Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA











Convulsiones

Deshidratación

Picadas y mordeduras

Piojos

Maltrato de menores

Envenenamiento Químico



UNIENDO A LOS PEDIATRAS DE PUERTO RICO

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRIA

¿Es realmente **saludable** la **alimentación** de su hijo?



Por: Yarismar Rivera, LND, CWCM
Licenciada en Nutrición y Dietética

A pesar de tener la mejor intención, puede que su hijo no esté alimentándose tan bien como usted cree. Cuando se tiene hambre y tenemos prisa, los restaurantes de comida rápida (fast foods) pueden ser un éxito, sobre todo si pensamos en la conveniencia, el que cuentan con menús económicos y porque son ricos en sabor.

Sin embargo, a menudo, están cargados de calorías, azúcar, sodio y grasa. En ocasiones una comida puede tener las calorías de un día completo. ¿Su familia visita restaurantes de comida rápida una vez a la semana? Alrededor de un tercio de todos los consumidores lo hacen y eso, en ocasiones, está bien. Pero hay una preocupación, que debe considerar sobre los nutrientes y es que muchas comidas de los fast foods, carecen de vitaminas, minerales y fibra.[1]

Como padres, queremos ver a nuestros hijos crecer saludables, por lo que tenemos que ofrecerles un estilo de alimentación saludable y balanceado, y que les ayude a moverse con ellos. Los niños no entienden la consecuencia de los malos hábitos en su salud. Los padres son los responsables de guiar a sus hijos a seleccionar las opciones saludables al comer fuera del hogar. Un patrón de alimentación saludable limita: las grasas saturadas, grasas trans, azúcares añadidas y sodio. Educar a sus hijos a llevar un estilo de vida saludable puede ayudar a evitar el sobrepeso y la obesidad y reducir el riesgo de enfermedades del corazón, diabetes y cáncer.[2]

1. **Para obtener los nutrientes que necesita,** enfóquese en la selección de alimentos y bebidas saludables que incluyan los cinco grupos de alimentos: frutas, vegetales, carnes, granos (cereales y farináceos) y productos lácteos.[2] Si comer en casa no es una opción, elija comer fuera con mucho cuidado y seleccione alimentos saludables: bolsitas de manzanas, leche o yogur bajo en grasa, ensalada side salad y comidas preparadas en métodos de cocción saludables: a la parrilla, horneado, al vapor o hervido.
2. **Algunas veces antojos con hambre.** escucha a su hijo decir "tengo hambre" y se detiene en el primer fast food que ve en el camino. Podría ser hambre de comida, una merienda o hambre emocional. Si este comportamiento es frecuente considere ofrecerle a su hijo una merienda nutritiva cada dos o tres horas, por ejemplo: una fruta con un palito de queso o galletas integrales con mantequilla de maní.[3]
3. **Incluya a toda la familia en ejemplo para sus hijos.** en tener una alimentación saludable y que sea un proceso divertido para todos. Enséñeles como seleccionar comidas y meriendas saludables.
4. **Evalué el uso de un suplemento nutricional** diseñado para niños, en lugar de llevarlo a comer comida chatarra que contienen una gran cantidad de calorías y grasa.

Además de consumir alimentos saludables en su dieta, llevar una rutina de actividad física es uno de los componentes más importantes para mejorar la salud. Los jóvenes de 6 a 17 años necesitan al menos 60 minutos de actividad física por día, incluyendo aeróbico, fuerza muscular y fuerza ósea.[4] Elija la actividad adecuada para su hijo según su edad y provéale muchas oportunidades para estar más activo.[5]

¡Visiten un parque hoy, y no olviden los suplementos nutricionales como merienda!

1- Academy of Nutrition and Dietetics. (2013, July 13) Eating in the Fast-Food Lane. Retrieved from http://www.eatright.org/resource/health/weight-loss/eating-out/eating-in-the-fastfood-lane. 2 - United States Department of Agriculture. (2016, Jan 7). Retrieved from http://www.choosemyplate.gov/MyPlate. 3 - Parents. (2016). How to Raise a Healthy Eater (in a Junk-Food World). Retrieved from http://www.parents.com/kids/eating-disorders/childhood-obesity/how-to-raise-a-healthy-eater/ 4 - U.S. Department of Health and Human Services. (2015, August 6). Physical Activity Guidelines for Americans. Retrieved from http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/appendix-1/ 5 - KidsHealth. (2016). Motivating Kids to be active. Retrieved from http://kidshealth.org/parent/nutrition_center/staying_fit/active_kids.html#

©2016 Abbott Laboratories APR-160446 LITHO EN PR.

Abbott Nutrition

Cuando tu hijo está atrás en la curva de crecimiento, dale

2 al DIA+ Para Crecer Saludable†

Con cada botella de PediaSure reciben:



La misma cantidad de prote na de 1 huevo



La misma cantidad de hierro de 1 taza de fideos cocidos



La misma cantidad de potasio que ½ guineo grande



Menos az car que 1 manzana* grande



La misma cantidad de vitamina D que 1 taza de leche 1%



La misma cantidad de calcio que ½ taza de yogur



PediaSure®

Nutrici n para ayudar a tus ni os a crecer.

2 al DIA+

Recomendado por #1 Pediatras

Verás la diferencia en sólo 8 semanas

PediaSure ha sido cl nicamente probado para mejorar el peso de ni os con riesgo nutricional en solo 8 semanas.†

http://es.pediasure.com/grow-gain-2-per-day

Use como parte de una dieta saludable.

Referencia: 1/ Huynh DT, et al. J Hum Nutr Diet 2015 Marzo DOI: 10.1111/jhn.12306. Epub antes de impresión.

+ En niños entre 3-4 años en riesgo nutricional (en el 9no percentilo peso-por-altura), cuando toma dos porciones al día en conjunto asesoría de dietista.

*Una porción de PediaSure contiene 25% menos azúcar que una manzana grande (18g vs 23g), exceptosabor de chocolate.

Fuente: Información nutricional obtenida de la Base de Datos de USDA, http://ndb.nal.usda.gov/, Accedido el 1 de mayo de 2015.

©2016 Abbott Laboratories Inc. APR-160432 LITHO en P.R.

Abbott Nutrition

Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Contenido

8 Urgencias o Emergencias Pediátricas

10 Emergencias por Edades Pediátricas

14 Envenenamiento Químico

19 Gastroenteritis Aguda en Niños

22 Emergencias Quirúrgicas en Pediatría

24 Emergencias Neurológicas Pediátricas

26 Manejo de Urgencias Psiquiátricas o Psicológicas en niños y/o adolescentes

28 Asma Alérgica

30 Alérgias a las Picaduras de Insectos

32 Mordidas por Animales Domésticos

34 Piojos y Liendres

37 Maltrato de Menores

38 Ley 246 de Maltrato



30



14



37

JUNTA
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRIA
2016-2018

Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP
Presidente

Vanessa Santini Hernández, MD, MHSA
Presidenta Electa

Ana Barletta Rodríguez, MD
Pasada Presidenta

Carmen Suárez Martínez, MD, FAAP
Secretaria

Ricardo García de Jesús, MD, FCCM
Tesorero

Milagros Martín de Pumarejo MD, FAAP
Tamara Riboul Flambert, MD, FAAP
Vocales

Melvin Bonilla Félix, MD, FAAP
Asesores

Mi Pediatra revista de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría se dedica a educar y orientar a nuestra población sobre los temas que afectan a nuestros niños y adolescentes frecuentemente. No nos hacemos responsables del contenido de los artículos y tampoco sustituyen las recomendaciones dadas por su médico.

Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

RECONOCIMIENTOS ESPECIALES

EDITOR
Ana I. Quintero Del Río, MD, MPH, FAAP

PRESIDENTE
Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP

COLABORADORES
Ana L. Medina Mateo, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Jesús M. Alvelo Santiago, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Lilian Arce, PharmD, RPh
Doctora en Farmacia

Rosalyn Díaz Crescioni, MD
Gastroenteróloga Pediátrica

Víctor Ortiz Justiniano, MD, FACS, FAAP
Cirujano Pediátrico

Carlos R. Laó Vélez, MD
Neurólogo Pediátrico

Ohel Soto Raíces, MD
Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Delmara Rivera Rivera, Psy D.
Psicóloga de Niños y Adolescentes

Alida Arroyo, MD, FAAP
Neumóloga Pediátrica

Rita M. Díaz, MD
Alergista e Inmunólogo Pediátrico

Ángela Suárez Ruiz, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Gerardo Tosca Claudio, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Carmen N. Ramos Reyes, BSW
Trabajadora Social

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Sr. Orlando A. Borras Colón
Diseño Grafico

Diana M. Benítez
Innovative Entertaiment

REVISTA Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA





¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

Puede comunicarse con nuestra división de mercadeo para los detalles de espacios, costos y calendario de publicación, a los siguientes números

787-378-1042
787-421-0944

Mensaje Editorial



Ana I Quintero Del Río, MD, MPH, FAAP, FACR
Editor de Mi Pediatra
Reumatóloga Pediátrica
Directora Centro de Investigaciones Clínicas del Puerto Rico Children's Hospital,
Profesor Asociado de la Universidad Central Del Caribe

ASESORES DEL EDITORIAL

Rita Díaz, MD
Alergista e Inmunóloga

Gerardo J. Tosca, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Ohel Soto Raíces, MD
Psiquiatra Pediátrico

Melvin Bonilla, MD
Nefrólogo Pediátrico

Edwin Rodríguez
Cardiólogo Pediátrico

Roselyn Díaz, MD
Gastroenterólogo Pediátrico

Carlos Laó Vélez, MD
Neurólogo Pediátrico

Lourdes Pedraza, MD
Neumóloga Pediátrica

En nuestra décima cuarta edición de la revista Mi Pediatra, de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría, encontrarán artículos relacionados a diferentes emergencias pediátricas de todos los días. Los temas han sido preparados por nuestros pediatras, subespecialistas pediátricos y colaboradores de la salud.

Los niños y adolescentes frecuentemente sufren de lesiones, enfermedades y accidentes los cuales resultan en diferentes tipos de emergencias o urgencias. Es importante identificar la diferencia de una o de la otra ya que de esto depende la vida de su niño (a), y su importancia según la edad de este. A nivel nacional hay alrededor de 136.3 millones de visitas anuales de las cuales 40.2 millones están relacionadas algún tipo de accidente. Las demás visitas están relacionadas a enfermedades o abusos. Encontrarás una serie de artículos que le explicarán en detalle sobre cómo identificar el problema de su niño (a) para buscar ayuda.

Envenenamiento por medicamentos, químicos, comidas y otras substancias resultan en una de las causas importante de emergencias en la edad pediátrica. Unos 800,000 niños a nivel nacional son evaluados en salas de emergencia de los cuales 30 niños mueren y otros quedaran con daños permanente como resultado del envenenamiento. Entre las substancias más comunes están los cosméticos/productos personales, químicos de limpieza en el hogar y los analgésicos recetados.

El maltrato o abuso de menores es una emergencia a nivel mundial de la que todos somos responsables de reportar a las agencias pertinentes si identificamos un caso. Cada año 3.2 millones de niños en la nación son evaluados por algún tipo de maltrato. En el 2013 teníamos 385,000 niños en hogares sustitutos a nivel nacional. De estos un 40-50% son por abuso físico, emocional o sexual y el resto por negligencia. Espero disfruten de los temas preparados por expertos en cada área para así proteger y ayudar a tiempo aquellos niños que lo necesiten.

Agradecemos a todos nuestros colaboradores por su valiosa participación. Que disfruten de esta gran edición, esperamos sea de gran utilidad para todos.

Dr. Ana I. Quintero Del Río

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

PROGRAMA DE VACUNACIÓN

AVISO IMPORTANTE

Requisitos de Vacunación para el Curso Escolar 2016-2017

Conforme a la Ley Núm. 25 de Inmunización aprobada el 25 de septiembre de 1983, todos los estudiantes que se matriculen en cualquier institución educativa del país pública o privada, incluyendo los centros de cuidado diurno (de acuerdo a su edad) deben tener administradas las siguientes vacunas:

A los Estudiantes de Escuela Elemental, Intermedia y Superior se les requerirá como mínimo:

1. Cuatro (4) dosis de la vacuna contra la Difteria, Tétanos y Tosferina (DTaP, DTP, DT) siempre y cuando la última dosis haya sido administrada en o después de los 4 años de edad.
2. Tres (3) dosis de la vacuna contra el polio (IPV) siempre y cuando la última dosis haya sido administrada en o después de los 4 años de edad.
3. Una (1) dosis de la vacuna contra el Haemophilus Influenzae tipo B (Hib) (si fue administrada en o después de los quince (15) meses de edad.
4. Tres (3) dosis de la vacuna contra la Hepatitis B.
5. Dos (2) dosis de la vacuna contra el Sarampión común, Sarampión alemán y Paperas (MMR).
6. Dos (2) dosis de la vacuna contra la Varicela (VAR).
7. Una (1) dosis de la vacuna conjugada contra el neumococo, siempre y cuando esta haya sido administrada en o después de los 24 meses de edad.
8. Una (1) dosis de la vacuna contra el Tétano, difteria y pertusis acelular (Tdap) para los niños de 11 a 18 años de edad.
9. Una (1) dosis de la vacuna conjugada contra el meningococo (MCV4) para los niños de 11 años de edad. Todo adolescente vacunado entre las edades de 11 a 12 años, requerirán una dosis de refuerzo a la edad de 16 años. Todo adolescente que fue vacunado entre los 13 a 15 años de edad también requerirá una dosis de refuerzo entre los 16 años hasta los 18 años. Si la primera dosis se administró a la edad de 16 años o más, no necesita dosis de refuerzo.

A los Estudiantes Universitarios de nuevo ingreso menores de 21 años se les requerirá como mínimo:

1. Un (1) refuerzo de la vacuna contra el Tétanos, difteria y pertusis acelular (Tdap) y/o un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y difteria (Td) según sea el caso.
2. Dos (2) dosis de la vacuna contra el Sarampión común, Sarampión alemán y Paperas (MMR).
3. Tres (3) dosis de la vacuna contra la Hepatitis B.
4. Tres (3) dosis de la vacuna contra el Polio (OPV/IPV), si la última fue administrada en o después de los cuatro (4) años de edad.

Recordamos a los padres de adolescentes de 11 a 18 años, la importancia de vacunar a sus hijos con la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) para la prevención de los cánceres asociados a esta infección. La primera dosis de vacuna contra el VPH debe administrarse a los 11 años de edad conjuntamente con las vacunas Tdap y MCV4.

De igual manera recordamos a todos los padres la importancia de vacunar a sus hijos contra la influenza para la próxima temporada. **La vacunación contra la influenza es el mejor método para prevenir esta infección y sus complicaciones.**

Estas vacunas deben estar registradas en el Formulario P-VAC-3 (papel verde)

Exenciones a vacunar por razones religiosas y médicas tienen que ser entregadas a la institución educativa para ser matriculado. Una declaración jurada solicitando exención religiosa deberá indicar el nombre de la religión/secta y deberá ser firmada por el padre/tutor legal y por el ministro de la religión. Una certificación solicitando exención médica debe ser firmada por un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico y deberá indicar la razón específica y la posible duración de las condiciones o circunstancias contraindicadas de una o más de las vacunaciones requeridas.

Se publica este anuncio Conforme a la Ley Núm. 25 de Inmunización aprobada el 25 de septiembre de 1983, Artículo 10 el cual expone:

El Secretario de Salud vendrá obligado a publicar anualmente, tres meses antes de comienzo de cada curso escolar las enfermedades contra las cuales los estudiantes deben ser inmunizados, entre otras, difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, sarampión alemán, sarampión común, paperas y cualquier otra que el Secretario de Salud tenga a bien requerir. Las inmunizaciones requeridas y la forma y frecuencia de administrar las mismas deberán estar de acuerdo con las prácticas médicas reconocidas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones (CEE) #CEE – C – 16 -055
Sometido a la CEE el 13 de enero de 2016
Anuncio Requerido por Ley

Tratamiento Médico de Emergencia en Pediatría

Por | **Ana L. Medina Mateo, MD FAAP**
Pediatra



Generalmente, se considera que es raro que un niño se enferme gravemente sin previo aviso.

¿Qué es una emergencia médica?

¿Cuál es la diferencia entre una emergencia médica y una urgencia médica?

Una URGENCIA MÉDICA es toda situación médica que requiera asistencia pronta, pero que no se entiende que ponga en peligro la vida de un paciente. Una EMERGENCIA MÉDICA es cualquier enfermedad o lesión grave que está poniendo la vida en peligro o puede causar algún daño permanentemente.

Muchas emergencias se pueden presentar debido a LESIONES o CONDICIONES que ocurren de repente y sin aviso.

Algunos ejemplos son:

- **Choques que envuelven autos, bicicletas o peatones**
- **Quemaduras**
- **Mordeduras o picadas de animales**
- **Descargas eléctricas**
- **Atragantamiento o asfixia con comida u objetos como juguetes**
- **Caídas y golpes con o sin sangrados fuertes en cabeza u otras regiones**
- **Cualquier cortadura grande o con sangrado que no se detiene**
- **Caídas o golpes donde se sospecha fractura de hueso**
- **Casi Ahogamiento ("Ahogamiento no mortal")**

Otros ejemplos de emergencias médicas son ENFERMEDADES. Algunos ejemplos de signos y síntomas de diferentes enfermedades en general son:

- **Ataques o convulsiones**
- **Comportamiento extraño o cambios en el estado mental o pérdida de conocimiento**
- **Dificultad respiratoria**
- **Piel o labios azul, morado o gris**
- **Dolor de cabeza fuerte con o sin fiebre**
- **Rigidez de cuello y fiebre con o sin lesiones en la piel**
- **Deshidratación por cualquier causa: ojos hundidos, pies y manos fríos y/pálidos, poca orina, somnolencia o muy irritable**
- **Vómitos y/o diarreas en exceso, o con sangre, o con deshidratación**
- **Sangrado en cualquier parte del cuerpo que no se detiene**
- **Dolor severo o que no mejore en cualquier parte del cuerpo**
- **Lesiones o salpullido en la piel que se extiende rápidamente**
- **Fiebre en un niño que no luzca bien o en un infante menor de 2 meses de edad**

Es prudente y necesario que los padres y cuidadores estén al tanto y sepan las condiciones médicas y de salud de los niños, incluyendo los nombres de los medicamentos que toman y si sus vacunas están al día. Además, es de suma importancia que los padres y cuidadores de los niños de antemano hayan discutido con su Pediatra acerca de cómo contactar su oficina para discutir cualquier situación de salud preocupante. Igualmente se debe tener a mano teléfonos y direcciones de las Salas de Emergencia más cercana. Siempre se debe recordar el número 911 cuando la situación médica del niño requiera asistencia y transporte de los servicios médicos de emergencia.

Si usted entiende que su niño está gravemente lesionado o enfermo, pudiera estar mas seguro su transporte a un hospital mediante los servicios médicos de emergencia que brinda el sistema 911.



ANTE UNA CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

- Tratar de mantener la calma
- De ser necesaria comenzar resucitación cardiopulmonar (CPR)
- Llamar 911 y pedir en adición ayuda a otra persona
- Aplicar presión firme con toalla o paño limpio en el lugar de sangrado
- Si el niño está convulsando, acostarlo de lado y ponerlo cómodo aflojando su ropa y quédese con el niño hasta que llegue ayuda

Aunque las urgencias y emergencias médicas muchas veces son inesperadas e inevitables, el reconocimiento y tratamiento temprano podría resultar en un mejor resultado o desenlace.





Por | **Jesús M. Alvelo Santiago, MD, FAAP, MT, ASCP**
Pediatra
Departamento de Pediatría del
Puerto Rico Children's Hospital y HIMA San Pablo

Qué es una EMERGENCIA en las edades PEDIÁTRICAS

Para unos padres, un familiar, un custodio, preocupado por la salud de su niño, una emergencia puede pacerle cualquier tipo de síntoma, cambio en comportamiento, situaciones que parezcan una enfermedad o preocupación que: él bebe, infante, niño o adolecente; presente en forma aguda y persistente. Sin embargo no toda preocupación o síntoma que presente un niño es una emergencia. Con este artículo pretendemos educar a los padres y familiares, sobre lo que son las verdaderas emergencias (urgencias) médicas.

> **Muchas de nuestras salas de Emergencias pediátricas, se sobrecargan, se abruman y se sobre utilizan con pacientes y condiciones; que no son una verdadera emergencia médica.**

Este artículo no pretende el substituir la comunicación efectiva que ustedes como padres responsables, deben tener con el Pediatra de sus niños. Él es el mejor profesional capacitado, que conoce la salud de su hijo y los puede educar, apoyar y ayudar a decidir; si existe una verdadera emergencia médica o no en esos momentos. De usted no poder comunicarse con el pedíatra de sus niños, puede consultar con su plan médico de salud y/o llamar a la sala de emergencias de su hospital más cercano. De ser una emergencia de vida o muerte comunicarse al 911.

Muchas de nuestras salas de Emergencias pediátricas, se sobrecargan, se abruman y se sobre utilizan con pacientes y condiciones; que no son una verdadera emergencia médica. Esto en muchas ocasiones causa varios efectos, entre estos están: largas horas de espera por ser atendidos y reevaluados por el personal de salud, exposición de su niño a otras enfermedades contagiosas, esperar por resultados de laboratorios, rayos-x y gastos en deducibles innecesarios. También, que el personal de salud de la sala de emergencia no tenga el tiempo apropiado, para atender las verdaderas emergencias.

Me gustaría comenzar hablando sobre que NO es una Emergencia.

Una emergencia NO ES:

1 Catarros leves nasales y sin dificultad respiratoria.

2 Fiebres leves menos de 39 Celsius (102.5 Fahrenheit), controlable con acetaminofén o ibuprofeno, en las dosis apropiadas para su peso o edad, medidas antifebriles y que su niño se vea activo e hidratado.

3 Vómitos y diarreas leves claros, en niños mayores de tres meses de edad y que puedan tolerar soluciones electrolíticas orales hidratantes como *Pedialyte*. Las bebidas deportivas no se recomiendan para hidratar a los niños.

4 Una caída menos de tres pies de altura de la cuna, cama o muebles, una hinchazón en la cabeza, en un niño activo, que no tenga los siguientes sintomas: pérdida de conocimiento, vómitos persistentes, dificultad en mover una extremidad, visión borrosa, o sangrado profuso.

5 Un golpe o cardenal aislado, en alguna extremidad o en el cuerpo, que no se vea deforme.

6 Una reacción alérgica leve que se puede controlar con algún antihistamínico oral o tópico como: *Benadryl, Claritin, Allegra, Zyrtec, calamina, caladryl*, etc.

7 Un mareo transitorio o dolor de cabeza leve y controlable con descanso y/o analgésicos.

8 Un pequeño sangrado: en la nariz, en la encía, boca, cabeza o extremidades que sea controlable; ejerciendo presión firme, por 5-7 minutos.

9 Un dolor de garganta y fiebre baja que se pueda controlar con analgésicos. No todas las infecciones de gargantas necesitan de un antibiótico, especialmente en niños menores de 4 años.

10 Buches, reflujos o cólicos leves a moderados, en un bebe menos de 3 meses de edad.

Marcas registradas

¿Qué son verdaderas Emergencias Médicas?

Las verdaderas emergencias médicas se presentan en forma aguda o un cambio serio y repentino en algún: comportamiento, conocimiento, respiratorio, etc. En pediatría varían por edades y por sistemas y por categorías. Estas son:

- Emergencias en las edades de 0-3 meses de vida
- Emergencias en las edades de los 3 meses a los 3 años de vida
- Emergencias en las edades de los 3 años a la adolescencia

Emergencias en las edades de 0-3 meses de vida:

1 Fiebre documentada por un termómetro rectal de más de 38 c o de 100.4 F.

2 Vómitos persistentes con fuerza y en forma de proyectil.

3 Vómitos con color verde y/o sangre.

4 Barriga distendida (inflada), caliente o enrojecida.

5 Ombligo enrojecido alrededor, con secreciones mal olientes, caliente y duro.

6 Diarreas liquidas, abundantes, numerosas, mal olientes, con sangre o moco.

7 Bebé bien lloroso, sumamente irritable, persistente e incontrolable por más de 3 horas consecutivas.

8 Bebé pálido con piel moteada, fría y la temperatura rectal menos de 36 c (96 F).

9 Bebé que persiste con: pobre chupar, desganado, dormilón por más de 4 horas consecutivas y que al despertarlo persista con estos síntomas.

10 *Bebé con dificultad respiratoria como: aleteo nasal, quejido (“grunting”), labios morados, retrayendo el pecho, las costillas, el esternón, con sibilancias o que deje de respirar de momento.*

11 Bebé que no orinen el panal por lo menos 4 veces al día, que la boca este seca, la saliva pastosa o escasa y la fontanela (“la mollejita”) hundida.

12 Bebé que se vea con un amarillo intenso en su piel repentino o progresivo, más debajo de sus genitales; al igual que: sus ojos, las encías, y debajo de su lengua.

13 Bebé de más de 4 semanas, que no haya hecho excreta por más de 7 días, con leche materna o más de 4 días con leche de formula y/o su barriga se vea inflamada.

14 Bebé con movimientos bruscos persistentes, especialmente después de despertarse, con llanto, irritable y de poco comer.

Recomendamos que cada pareja asista a un curso básico de resucitación cardiopulmonar, en el hospital más cercano y/o la Cruz Roja.

Un dolor de garganta y fiebre baja que se pueda controlar con analgésicos. No todas las infecciones de gargantas necesitan de un antibiótico, especialmente en niños menores de 4 años.

Emergencias en las edades de los 3 años a la adolescencia:

1 Todas las mencionadas anteriormente con alguna variaciones para las edades.
2 Traumas, laceraciones y caídas de: mayores alturas, sitios de juegos, parques, bicicletas, motoras, vehículos todos terrenos, accidentes de autos, etc.
3 Intentos de suicidios de múltiples formas.
4 Accidentes con armas de fuegos. Recuerde no tenerlas al alcance de los niños.
5 Violencia en las escuelas, calles, fiestas.
6 Accidentes de autos con traumas múltiples.
7 Intoxicación con substancias legales controladas e ilegales no controladas.
8 Accidentes serios en los deportes de contactos y fracturas.

Emergencias en las edades de los 3 meses a los 3 años de vida:

1 Todas las mencionadas de 0 a 3 meses de vida con algunas variantes.
2 Fiebre persistente mayor de 39 c (102.5 F), no controlables con medidas antifebriles, acetaminofén o ibuprofeno. Que el niño se observe: letárgico, apático, irritable, lloroso persistentemente y/o con movimientos repetitivos y bruscos de su cuerpo que no se puedan controlar (convulsiones).
3 Caídas de más de 3 pies de altura con: pérdida de conocimiento, convulsiones, visión borrosa, vómitos persistentes, no poder mover una extremidad o deforme.
4 Vómitos y diarreas persistentes y en grandes cantidades que provoquen deshidratación: lágrimas escasa, poca saliva o pastosa, ojos hundidos, no orinar por más de 6 horas, etc. Recordar siempre intentar la hidratación oral con el *Pedialyte* con diferentes sabores, *Freezer Pops*; en 1-2 oz cada 20 minutos.
5 Heridas o laceraciones que sangren profusamente.
6 Fracturas, torceduras y traumas serios en el cuerpo y/o cabeza con pérdida de conocimiento.
7 Partículas o cuerpos extraños en: la nariz, ojos, oídos con síntomas de dolor y/o sangrado.
8 Dificultad respiratoria de cualquier tipo con: sibilancias, retracciones del pecho, costillas, esternón, etc. Paciente con signos de atragantamiento.
9 *Envenenamiento con cualquier: medicina, substancias, que estén al alcance de los niños. No inducir vómitos en niños: inconscientes, o que hayan ingerido gas, gasolina y sus derivados, aceites, kerosen, ácidos o substancias cuasticas.*
Consultar con su pediatra o llamar al centro de envenenamiento de Puerto Rico: 1 (800)-222-1222 y/o al 911
10 Intentos de ahogamientos en: cubos con agua, piscinas, playas, etc.
11 Quemaduras serias en: la cara, brazos, manos, piernas, etc.
12 Shock Eléctrico. Recuerde desenchufar o apagar la caja eléctrica.

Marcas registradas





Made with natural ingredients.

Homemade is our inspiration.

Beech-Nut®

¿Cómo evitar envenenamiento por medicamentos, químicos y qué hacer si tu hijo(a) toma medicamentos por accidente?

Por | **Lillian Arce, R.Ph, Pharm.D, CMTM**

Para que la utilización de las medicinas sea segura y efectiva la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) recomienda que tanto los padres como la población pediátrica (entiéndase menores de 18 años) deben ser educados e informados en el uso correcto y seguro de los medicamentos a utilizar, sean prescritos por su profesional de la salud o de venta libre (OTC).

nvenenamiento se define como daño o muerte causados por haber ingerido, inhalado, tocado o inyectado varios medicamentos, químicos, veneno o gases. Muchas sustancias como las drogas (medicamentos) son dañinas solamente si se ingieren en altas concentraciones o cantidades no recetadas. Los pequeñines son altamente sensitivos a envenenamiento con tan solo ingerir pequeñas cantidades de ciertas drogas y químicos.

Envenenamiento accidental por medicamento es un fenómeno dependiente y por lo general relacionado a la edad. Incluso los niños que están sanos a veces se enferman o lesionan. Esto podría causar que usted como padre entre en pánico y quiera llevar inmediatamente a su hijo/a al hospital o llamar al sistema de emergencias 9-1-1. Algunos de estos eventos pueden ser tratados en casa. Debemos saber, que distintos problemas requieren distintos niveles de atención médica. Podemos determinar si llevamos al hospital, llamamos al médico o tratamos en casa.

Puedes tener diferentes opciones:

- **Cuando tratar en casa: algunas lesiones, enfermedades menores, algunas cortaduras, erupciones de la piel, los catarros, resfriados, ataques de tos, rasguños, golpes, y moretones se pueden tratar con curas y medicamentos de venta libre (OTC).**
- **Cuando llamar al pediatra/farmacéutico/enfermera: es una buena opción en la mayoría de los casos. Si tienes duda como padre sobre el cuidado médico que necesita tu hijo/a, contacta a tu profesional de la salud, este te puede indicar los pasos a seguir.**
- **Cuando llevarlo a un centro de urgencia o clínica: durante el fin de semana o por la noche cuando la oficina de tu proveedor de salud está cerrada. En este tipo de centros se hacen radiografías, se suturan cortaduras que necesitan puntos, y se atienden las lesiones menores que requieren atención médica en el mismo día. Saben que hacer en caso de envenenamiento por medicinas.**
- **Cuando llevarlo al centro de urgencias de un hospital: Aquí se pueden tratar una gama amplia de problemas de salud como envenenamiento por medicamentos, hemorragias, convulsiones, dificultad para respirar, deshidratación y vómitos que no paran.**
- **Cuando llamar al 9-1-1: hay situaciones graves que hay que llamar al servicio de emergencias para salvar la vida de tu niño/a. Este personal está capacitado para tratar una emergencia incluyendo haber ingerido una dosis excesiva de un medicamento, falta de aire y no respirar o poniéndose azul por la falta de oxígeno.**

Ante la duda si el problema de salud que presenta tu hijo/a es o no una urgencia/emergencia médica debes saber qué pasos a seguir llamando a tu pediatra/farmacéutico/enfermera de confianza.

¿Cuándo debería ir a un centro de urgencias/emergencias del hospital en el caso de que se halla ingerido una sustancia o medicamento en dosis altas?

- Dificultad al respirar, falta de aliento (jadeo)
- Hay un cambio es estado mental, no responde cuando se le habla
- Anormalmente soñoliento de repente y no reacciona
- Parece desorientado o confundido
- Convulsión, pérdida de conocimiento
- Sabes que ha ingerido una sustancia venenosa o una dosis excesiva de un medicamento
- Dolor de cabeza
- Vómitos que no paran
- Actúa de manera extraña, retraído o menos alerta



Debes saber qué hacer en caso de una emergencia, preguntarle a tu médico o pediatra los centros que ellos recomiendan y que tu seguro médico cubre, así tendrás una cosa menos por la cual preocuparte. Lo mejor es evitar envenenamiento por medicamentos preparándote para una emergencia.

Las medicinas se supone que trabajen para ti y no en contra tuya, así que hay que tomar la dosis correcta. Muchas medicinas liquidas de venta libre (OTC) - como las de dolor, catarro, antiácidos y anti-diarreico - vienen con cucharas, goteros, jeringuillas designadas para ayudar a los consumidores a medir la dosis correcta de medicina que necesita para tratar la afección. Estos medidores de dispensar y dar el medicamento traen las marcas que designan cucharadita (tsp), cucharada (tbsp) y mililitro (mL) para facilitar dar la dosis correcta al niño/a. La FDA por sus siglas en inglés ("Food and Drug Administration") ha recibido numerosos reportes de sobredosis accidéntales especialmente en niños/a que fueron en parte atribuidas al uso de estos medidores ya que son difíciles de leer y a veces las dosis ya marcadas en estos medidores no concuerdan con las instrucciones de uso. En Mayo del 2011, la FDA sugirió a los manufactureros y vendedores de dichos medicamentos que con los medicamentos de venta libre (OTC) proveyeran un medidor con marcas claras y fáciles de entender para evitar estas sobredosis de medicamentos que han llegado a causar la muerte.



Padres y cuidadores pueden hacer su parte para evitar sobredosis de medicamento con tan solo seguir estas sugerencias:

- **Siempre seguir las instrucciones del medicamento, leer la etiqueta antes de dar el medicamento**
- **Saber el ingrediente activo en la medicina, esto es lo que hace que la medicina trabaje. Por ejemplo, al tratar dolor de cabeza y catarro, estas usando dos medicamentos diferentes que tienen el mismo ingrediente activo, podrías estar dando dos veces la dosis recomendada causando una sobredosis al infante o niño/a.**
- **Dar la medicina correcta en la dosis correcta. Medicinas de la misma marca pueden ser vendidas en diferentes formulas: para infantes, niño/a y adultos. Las dosis y direcciones varían para niños/as según edad y peso. Siempre usa la dosis correcta a menos que tú medico indique diferente.**
- **Consulta con tu médico, farmacéutico o enfermera que medicamentos, vitaminas o suplementos puedes darle juntos o hay que separarlos**
- **Utiliza el medidor que trae el medicamento, si utilizas una cuchara de comer o un medidor diferente podrías administrar la dosis incorrecta causando una sobredosis o envenenamiento.**
- **Saber la diferencia entre cucharadita (5ml o 5cc) y cucharada (15mL o 15cc). Una cucharada tiene tres veces la dosis de una cucharadita**
- **Saber el peso de la persona que va a recibir el medicamento ya que varias medicinas la dosis están basada en el peso. Nunca estimes el peso ni la cantidad de medicamento que vas a darle.**
- **Prevenir una emergencia utilizando siempre la tapa original del medicamento que es resistente a que el niño la pueda abrir.**
- **Siempre guarda todo medicamento y vitaminas fuera del alcance y vista de los niños ya que algunos son coloridos, con sabor y muchos son gomitas ("chewables") y ellos podrían pensar que son dulces.**
- **Siempre chequea el medicamento y su empaque tres veces antes de utilizar y administrar especialmente a los chiquitines. Si se ve alterado o roto no utilizar podría estar contaminado o alterado.**

Siempre utiliza el vasito, la jeringuilla u otro dispositivo medidor que trae la medicina original. Ante la duda comunícate con tu farmacéutico o médico.

Oriéntese para saber qué hacer en caso de emergencia por envenenamiento con medicamentos o productos químicos. Añada en su celular o colócalo cerca del teléfono o en área que sea fácil de ver el número de teléfono del centro de envenenamiento; "POISON CONTROL HELP" 1-800-222-1222. Esta agencia te puede redirigir a su oficina en Puerto Rico y te puede ayudar hasta si tienes preguntas, aunque no tengas una emergencia. Las llamadas son gratis, confidenciales y son contestadas por expertos las 24horas, los 7dias a la semana, los 365 días del año.

Practica hábitos seguros para almacenar medicamentos y substancias lejos del alcance de los niños/a con seguros o candados resistente a los niños/as (child-resistant locks). Todas las medicinas incluyendo las vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre (OTC) deben de ser guardados en lugares altos, fuera de la vista del niño/a, y lo más importante en la botella o frasco original. Acuérdate que no hay tal cosa como anaqueles, contenedores, ni frascos100% seguros. Desarrolla la costumbre de leer las etiquetas para saber las dosis correctas y que hacer en caso de una sobre dosis.



Debes de saber cómo aplicar primeros auxilios para salvar una vida o brindar ayuda en lo que llega el personal entrando y se haga cargo de la situación para atender la emergencia

Según un reporte de algunos centros de envenenamiento encuestados, informaron que los productos medicinales más comunes ingeridos por menores de menos de 6 años fueron:

- Analgésicos
- Medicinas para catarros y para la tos
- Productos topicales
- Multivitaminas
- Antibióticos
- Antiácidos/productos gastrointestinales
- Sedantes, hipnóticos, antipsicóticos
- Antidepresivos
- Medicinas para el asma
- Estimulantes
- Antihistamínicos
- Anti diarreicos (ejemplo: lomotil)
- Litio
- Glyburide/glipizide (medicamento de diabetes)
- Clonidine
- Methyl salicilato (ingrediente activo en analgésicos externos como en el ben-gay)
- Camphor

Todas la medicinas de venta libre traen una advertencia de mantener fuera del alcance de los niños ("Keep out of reach of children"). El methyl salicilato presente en todos los productos para aplicar en la piel para tratar dolores musculares y el camphor pueden causar la muerte de un niño/a con tan solo ingerir la cantidad similar a una cucharadita (5mL). Los suplementos de hierro son también tóxicos para los infantes y niños/as. El acetaminofén (Tylenol, Panadol) en cantidades altas puede causar daño irreparable al hígado de tu hijo/a.

Padre estás preparado para una emergencia. Desarrolla un plan de acción, debes tener accesible y visible el teléfono del Centro de Envenenamiento (**Poison Center Help number 1-800-222-1222**), practicar hábitos seguros de almacenaje de medicamentos y químicos fuera del alcance de los pequeñines. Mantenerlos en los embaces originales en caso de necesitar, puedes encontrar e informar a tu médico/farmacéutico o al centro de envenenamiento los ingredientes activos para así poder recomendar que hacer. **Siempre leer la etiqueta para seguir las indicaciones correctas, nunca utilizar y administrar medicamento que el embase este abierto, que el sello de seguridad este roto y que el olor y color es inusual, ante la duda consulta con el farmacéutico u otro proveedor de la salud.**

Ya que sabemos que hacer en caso de emergencia por envenenamiento con medicamentos o químicos. Nos preguntamos: **¿Qué no debe de faltar en mi hogar?**

El Botiquín de primeros auxilios (First Aid Kit): es una necesidad para atender las emergencias que pueden surgir en nuestro diario vivir que son inesperadas y suceden en cualquier parte o momento: en el trabajo, en la casa, en el automóvil o cuando estamos de vacaciones. No debe faltar un "First Aid Kit" en la casa, en el trabajo y en el automóvil o cuando vamos de viaje. Todo miembro de la familia debe saber donde está en caso de ser necesitado. No tiene que ser el que está disponible comercialmente, podemos preparar el nuestro e incluir todos los miembros de la familia para así educarlos y que estén preparados para una posible emergencia.

Los botiquines deben de guardarse fuera del alcance de los pequeños y tu como padre/madre sabes el nivel de madurez de tu pequeñín que debe ser educado también en caso de una emergencia. Todo niño/a no importa la edad deber ser educado e instruido ara que pueda llamar el 9-1-1 en caso de así necesitarlo.

¿Qué debe contener mi Botiquín de primeros auxilios?

Puedes equipar una caja, maletín o comprar uno de los que está disponible en el mercado o farmacia.

Debe ser equipado con:

- Vendas
- Manual de primeros auxilios
- Gasa estéril de distintos tamaños
- Esparadrapo (cinta adhesiva)
- Vendas adhesivas de diferentes tamaños
- Vendas elásticas
- Jabón
- Cinta hipoalergénica
- Algodón estéril
- Parches estériles para ojos
- Tijeras, pinzas
- Termómetro
- Alcohol 70%, toallitas impregnadas de alcohol (alcohol suab)
- Bolsa de hielo o compresas frías químicas
- Compresas calientes o bolsa de agua caliente
- Guantes quirúrgicos estériles por lo menos dos pares
- Guantes desechables
- Mascarillas
- Solución antiséptica como agua oxigenada o peróxido de hidrógeno
- Cucharas de medidas
- Antibiótico en crema o ungüento (Triple antibiótico)
- Antidiarreico
- Aspirinas, acetaminofén (Tylenol, Panadol), e ibuprofeno (como Advil, Motrin)
- Crema antiséptica
- Loción de calamina
- Descongestionante nasal
- Su lista de números de teléfonos de emergencia



Ya completado tu botiquín de primeros auxilios debes leer el manual de primeros auxilios para saber cómo utilizar el contenido en caso de necesitarlo. Guardar el botiquín de primeros auxilios que este fuera del alcance y la vista de los niños pequeños pero que este accesible a los adultos.

Debes de saber cómo aplicar primeros auxilios para salvar una vida o brindar ayuda en lo que llega el personal entrando y se haga cargo de la situación para atender la emergencia. Los primeros auxilios se limitan a lo que sabemos y podemos hacer. Por nuestras limitaciones debemos prepararnos y reconocer que no podemos remplazar el conocimiento del personal médico. Debemos saber y tener accesible el teléfono de la Policía, Bomberos, Cruz Roja, ambulancias, servicios de salud y de tu medico primario. Recuerda que en caso de emergencia lo más importante es conservar la calma y preservar la vida de nuestro ser querido.

GASTROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS

Por | **Rosalyn Díaz Crescioni, MD**
Gastroenteróloga Pediátrica
Certificada en Pediatría y Gastroenterología Pediátrica
Oficinas en Bayamón y Manatí

Gastroenteritis aguda, "GEA", es una causa muy importante de mortalidad y morbilidad a nivel mundial en pediatría.

En los países de bajo ingreso, podría causar alrededor de 760,000 muertes al año en niños menores de 5 años. En otros países donde la mortalidad es bajita, aun así GEA representa una carga económica y de salud significativa. Los virus son los causantes más comunes de GEA. Debido a la vacunación contra **Rotavirus, norovirus** es actualmente el que más lleva a los niños a necesitar ayuda médica. Entre los años 2009 y 2010 hubo aproximadamente un millón de visitas médicas de niños debido a GEA por norovirus. **Campylobacter** y **Salmonella**, dependiendo del país, son los agentes bacterianos más comunes. A pesar que el manejo de GEA se basa en intervenciones sencillas, aún así hay una gran variabilidad en el manejo de un país a otro. La referencia estándar deben ser las guías basadas en evidencia científica.

La definición más aceptada de gastroenteritis es presencia de diarrea, o sea una disminución en la consistencia de las evacuaciones ya sean líquidas o blandas, y/o un aumento en la frecuencia de evacuaciones (típicamente >3 en 24 horas) con o sin fiebre o vómitos. Sin embargo, un cambio en la consistencia de las evacuaciones en comparación a cómo eran antes de enfermarse es más indicativo de diarrea que el número de evacuaciones. Típicamente dura menos de 7 y no más de 14 días. Usualmente los niños presentan con una combinación de los siguientes síntomas: diarrea, vómitos, dolor abdominal, malestar generalizado, disminución en apetito, escalofríos, entre otros dependiendo de la severidad de la infección. Si el paciente ha utilizado antibióticos recientemente, aumenta la probabilidad de infección por Clostridium difficile. El historial de viaje reciente va a ser de suma importancia también en especial para determinar la etiología de la infección. En términos de laboratorios y estudios, algunos pacientes van a necesitar evaluación de electrolitos en sangre, CBC, cultivos de escreta y cultivos de sangre, entre otras pruebas dependiendo de los signos y síntomas del paciente.

El Dr. Freidman, et al, desarrolló una Escala de Deshidratación Clínica para niños de 1-36 meses de edad. (Tabla 1) Escalas como ésta basada en una combinación de hallazgos en el examen físico, son las herramientas más sensitivas y específicas para diagnosticar deshidratación en niños y determinar severidad.

De acuerdo a la escala de deshidratación, se establece plan de tratamiento. El paciente con deshidratación mínima, debe recibir solución de rehidratación oral (SRO), 60-120 ml por cada episodio de diarrea si pesa menos de <10 kg y 120-240 ml por episodio si pesa 10 kg o más. Si el paciente tiene deshidratación leve a moderada, la fase de rehidratación debe incluir 50-100 ml/kg de SRO en las primeras 3-4 horas además de la terapia anterior descrita por cada diarrea. En ocasiones esto se logra con dosis pequeñas de líquidos administrados en jeringuillas, goteros o cucharas. Siempre y cuando el paciente lo tolere, se le debe permitir ingerir una dieta apropiada para la edad y así mantener una ingesta calórica. Este manejo se puede realizar en la casa si los padres entienden bien el plan de tratamiento y pueden detectar si el nivel de deshidratación progresa.

Los pacientes que deben ser admitidos al hospital para recibir hidratación intravenosa incluyen aquellos que fallaron terapia de rehidratación oral, tienen deshidratación severa, cambios neurológicos como convulsiones, vómitos biliosos o intractables y/o aquellos que podrían tener una condición quirúrgica. Los pacientes que están en shock necesitan una hidratación intravenosa sumamente agresiva con bolos de 20 ml/kg de 0.9% solución salina o lactato de Ringer lo cual se puede repetir cada 10-15 min 2-3 veces

Tabla 1 | Escala de Deshidratación Clínica

Característica	Puntuación de 0	Puntuación de 1	Puntuación de 2
Apariencia general	Normal	Sediento, inquieto, irritable al tacto, cansancio excesivo	Tono muscular disminuido, soñoliento, frío, comatoso
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Sumamente hundidos
Lengua	Húmeda	Pegajosa	Seca
Lágrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes

PUNTUACIÓN = 0 NO DESHIDRATACIÓN | 1-4 DESHIDRATACIÓN LEVE A MODERADA | 5-8 DESHIDRATACIÓN SEVERA

> La definición más aceptada de gastroenteritis es presencia de diarrea, o sea una disminución en la consistencia de las evacuaciones ya sean líquidas o blandas, y/o un aumento en la frecuencia de evacuaciones (típicamente >3 en 24 horas) con o sin fiebre o vómitos.

si las presiones permanecen bajitas. Para aquellos pacientes con deshidratación severa que no están en shock, se les administra 20 ml/kg/hora por 2-4 horas, 0.9% solución salina o lactato de Ringer.

El uso de medicamentos para los pacientes de GEA es asunto de mucha controversia. Los antibióticos no se recomiendan rutinariamente ya que la mayor parte de estos eventos hemos dicho son virales. Los medicamentos para controlar vómitos y diarreas tampoco se recomiendan debido a que los efectos secundarios usualmente son mayores que los beneficios que éstos proveen. Cierta evidencia científica recientemente establece que se podría considerar la utilización de ondansetron para ayudar a controlar las náuseas y los vómitos y así mejorar la probabilidad de que el paciente tolere rehidratación oral y evitar una hospitalización o acortar la misma. La evidencia que tenemos para el uso de los probióticos sugiere que podría acortar los días de diarrea pero en términos de su uso en el hospital, la evidencia es limitada pero hasta el momento se ha visto que los probióticos podrían acortar la hospitalización por un día (Lactobacilos GG, S. boulardii).

En conclusión, gastroenteritis aguda representa una condición importante en pediatría con morbilidad significativa y un número considerable de visitas a salas de emergencia. La rehidratación oral debe ser la primera línea de tratamiento en niños con deshidratación leve a moderada. Aquellos que requieran hospitalización, deben recibir hidratación intravenosa efectiva que logre en el menor tiempo posible estabilizar al paciente, alimentarlo y darlo de alta del hospital.



Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

La Sociedad apoya a nuestros Pediatras



GOYA® Néctares

La energía de la Fruta en 5 ozs.

¡La porción perfecta!

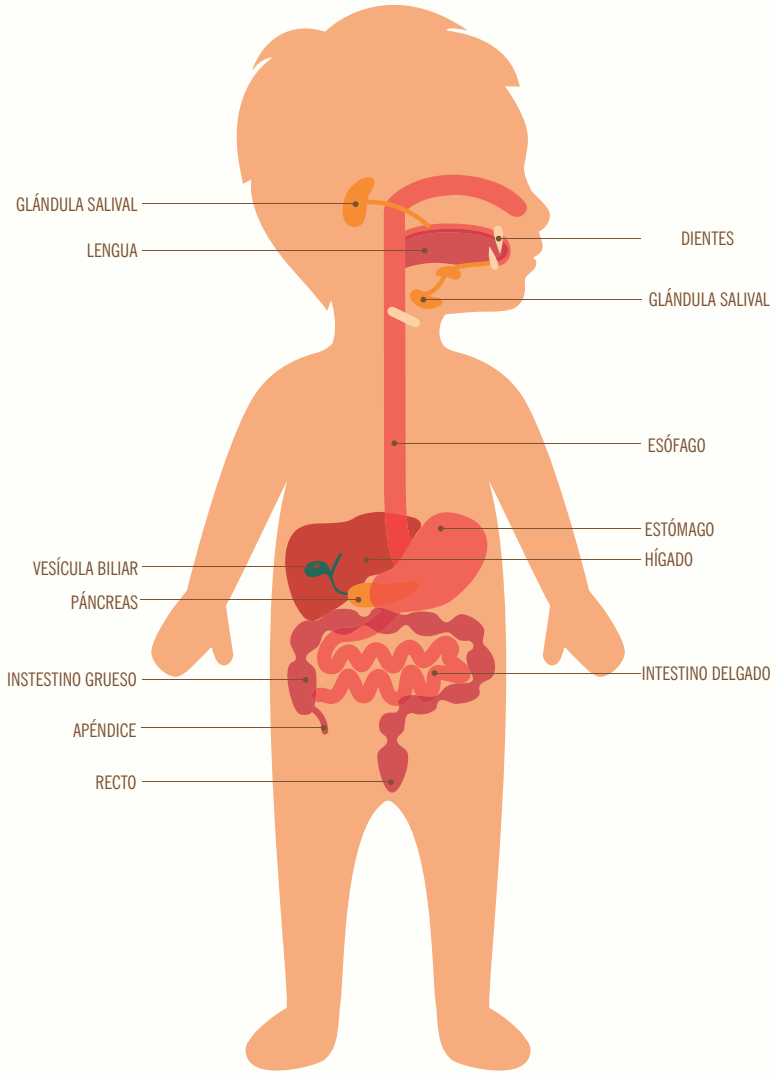
¡Si es GOYA... tiene que ser bueno!

www.goyapr.com .com/goyapuertorico



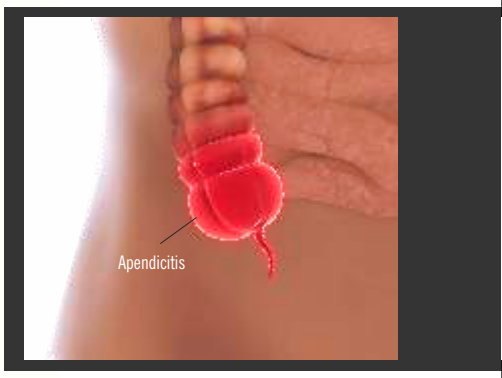
Emergencias Quirúrgicas en Pediatría

Por | **Yohanis O'neill Castro, MD; Zasha Vázquez Colón, MD**
Víctor N. Ortiz Justiniano, MD, FACS, FAAP
Cirujano Pediátrico



Apendicitis

Apendicitis ocurre cuando se inflama el apéndice. El apéndice es un órgano pequeño en forma de tubo que se encuentra entre la unión del intestino delgado y el intestino grueso. Por diferentes razones puede inflamarse y causar lo que se conoce como una apendicitis. Esto puede ocurrir a cualquier edad. Los síntomas pueden variar, pero el más común es dolor alrededor del ombligo que empeora gradualmente y luego se refleja en el lado inferior derecho del abdomen. También, puede estar acompañado con náuseas, vómitos, anorexia (pérdida de apetito) y fiebre. El dolor puede empeorar al caminar, toser o al hacer movimientos súbitos. El tratamiento de apendicitis es antibióticos y cirugía.



Intususcepción

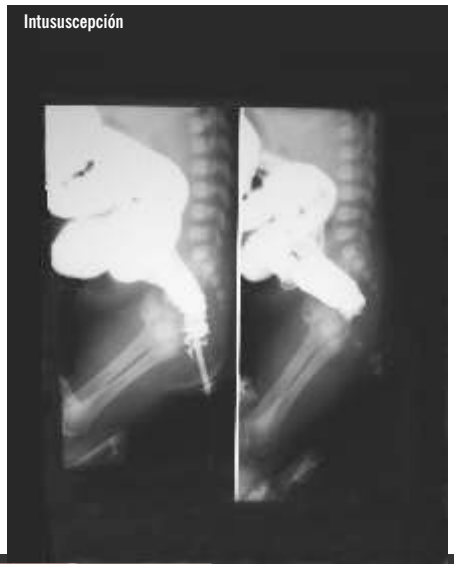
La intususcepción o invaginación intestinal sucede cuando una parte del intestino se introduce en sí mismo. Esta invaginación obstruye el flujo de sangre y el intestino puede morir. La mayoría de los casos ocurren en niños entre los seis meses y dos años de edad. Esta dolencia afecta a los niños con una frecuencia cuatro veces mayor que a las niñas. El síntoma más común es dolor abdominal súbito. El dolor es de tipo cólico e intermitente (no continuo) que reaparece continuamente. El dolor empeora cada vez que retoma. Un bebé que presente dolor puede llevarse las rodillas al pecho. También, pueden presentar evacuaciones sanguinolentas y mezcladas con mucosidad. El diagnóstico y tratamiento para esta condición es un estudio radiológico. En caso de no responder a este modo de tratamiento se debe llevar al paciente a sala de operaciones.

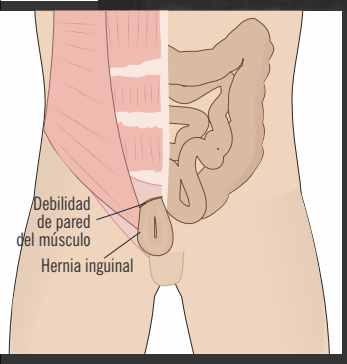
Hernia inguinal

La hernia inguinal es una de las condiciones quirúrgicas más comunes tratadas por un cirujano pediátrico. La mayoría ocurre en el lado derecho, siendo más común en varones. Una hernia es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal llamada peritoneo. Los bebés y los niños pueden desarrollar hernias. Las hernias se presentan como una protuberancia en el área de la ingle. Esta protuberancia puede aparecer y reaparecer con regularidad, especialmente si el niño está llorando, tosiendo o pujando. Pudiera ocurrir que el intestino o tejido alrededor se quedara atrapado en el saco herniario y el paciente presente con el área enrojecida y dolor a la palpación. Si el intestino queda atrapado puede ocurrir una obstrucción intestinal donde el paciente va a presentar con irritabilidad, náuseas, vómitos de contenido biliar (verde) y agrandamiento de la hernia. El tratamiento es reparación quirúrgica de la hernia.

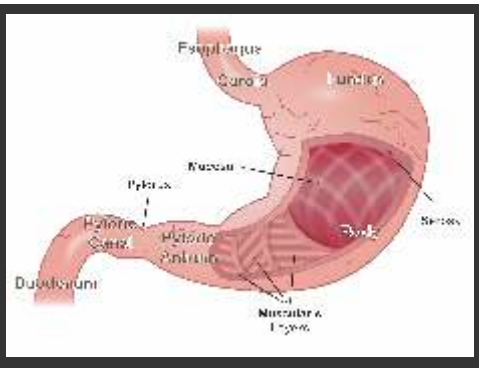
Enfermedad biliar

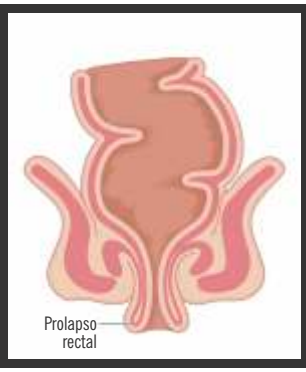
La enfermedad biliar ocurre cuando hay formación de cálculos (piedras) en la vesícula. La vesícula biliar se encarga de secretar el líquido biliar el cual ayuda a la digestión de grasas. La enfermedad biliar es más común en niñas. El síntoma más común es dolor abdominal en el cuadrante superior derecho. El dolor se siente generalmente después de ingerir comidas, especialmente con alto contenido de grasas. El dolor puede ser agudo, durar desde unos 30 minutos hasta unas horas y puede estar acompañado de náuseas y vómitos. En algunos niños el dolor puede irradiarse desde el lado superior derecho del abdomen hasta los hombros y la espalda. El diagnóstico se hace con un sonograma abdominal y el tratamiento consta de modificación de dieta hasta cirugía.


Intususcepción









Estenosis pilórica

La estenosis pilórica es una estrechez del píloro, estructura que conecta el estómago y el intestino delgado. La estenosis pilórica ocurre cuando los músculos del píloro se agrandan y no permiten el paso de la comida. La estenosis pilórica ocurre mayormente en niños menores de seis meses y es más frecuente en varones. El síntoma más común es vómito de contenido estomacal, usualmente color blanco o crema, en forma de proyectil. Estos pueden ocurrir después de las comidas. El bebé, por lo general, tiene hambre luego de los vómitos y desea ser alimentado de nuevo. También, pueden presentar con dolor abdominal, deshidratación, hambre constante, eructos y/o pérdida de peso. El tratamiento definitivo es cirugía.

Prolapso rectal

Un prolapso rectal ocurre cuando el recto desciende (o se cae) a través del ano. La mayoría de los casos de prolapso rectal ocurre en niños menores de seis años de edad. El síntoma principal es una masa rojiza que sobresale del ano después de una evacuación. Puede sangrar ligeramente o puede ser molestoso o doloroso. Es importante saber que hay que reintroducir la masa rectal. Es poco común que necesiten tratamiento quirúrgico de emergencia pero es importante tratar la condición de base.

Divertículo de Meckel

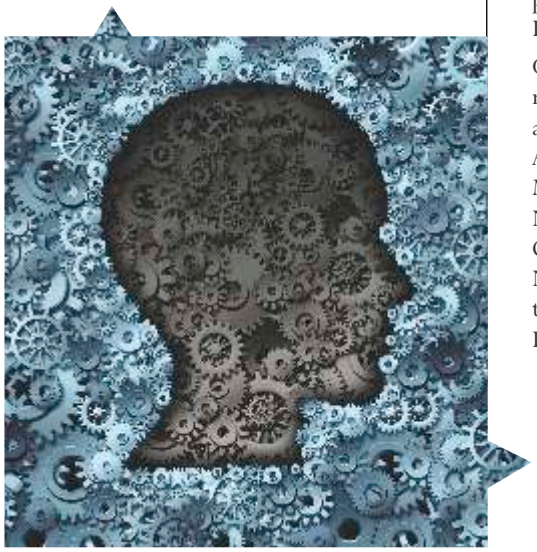
Un divertículo de Meckel es un tejido remanente en el tubo digestivo del feto el cual no se reabsorbe completamente y presenta síntomas luego. Los síntomas más comunes son malestar estomacal acompañado de sangrado rectal que no es doloroso. También, pueden presentar con náuseas y vómitos. Los síntomas usualmente se presentan en los primeros 2 años de vida. El tratamiento es cirugía para remover el divertículo luego de que un estudio radiográfico diagnostique la condición.

Emergencias Neurológicas Pediátricas

Por | **Carlos R. Laó Vélez, MD**
Neurólogo Pediátrico

Todo padre y madre enfrenta la difícil tarea de proporcionarles a sus hijos el mejor ambiente para su desarrollo. Es por eso que las madres se cuidan durante su embarazo y el padre procura el ambiente más seguro para la familia. Durante este proceso y subsiguientemente múltiples eventos pueden alterar la salud y el bienestar del niño y su familia.

Los eventos en los cuales se requiere asistencia médica inmediata se denominan como emergencias y nadie está exento de ellas. Para los niños que están en su proceso de desarrollo estos eventos pueden alterar significativamente el sistema nervioso del niño. Por tal razón es importante que identifiquemos estas emergencias y entendamos como se manejan.



Status Epilepticus

Se define como un ataque epiléptico que dure más de 30 minutos y dos o más ataques en los cuales no se recobra la consciencia entre ellos. El Status Epiléptico puede ser convulsivo o no convulsivo. Esto quiere decir que el tipo de ataque en el Status convulsivo se presenta típicamente con movimientos involuntarios descontrolados de todo el cuerpo. El Status no convulsivo puede manifestarse como una mirada fija persistente como en los ataques de ausencias o en los ataques parciales complejos donde hay movimientos estereotipados y conductas erráticas y desorganizadas. Puede presentarse como un coma o como un estado de alteración en el estado mental de un paciente antes o después de un ataque epiléptico. El diagnóstico se hace realizando un Electroencefalograma.

El Status Epiléptico es una emergencia y requiere acción inmediata para controlar los ataques por eso es necesario tener una idea de que precipitó el ataque. Entre las causas frecuentes están las Convulsiones Febriles que aunque de naturaleza benigna su presentación inicial puede ser el Status Epiléptico.

Otra causa de Status Epiléptico puede ser la retirada súbita del o los medicamentos anticonvulsivos en pacientes con Epilepsia. Algunos pacientes padecen de un Desorden Metabólico, otros de Infección del Sistema Nervioso; Hipoxia del Sistema Nervioso Central e Insultos Agudos del Sistema Nervioso como infartos cerebrales o trauma. Todos pueden precipitar el Status Epiléptico.

Dolor de Cabeza

El dolor de cabeza puede ser primario en cuyo caso puede ser causado por Migraña, Tensión u otras variantes de la Migraña. Puede ser secundario a múltiples condiciones médicas. Los Dolores de cabeza son frecuentes en niños por lo cual no es extraño que los padres se preocupen de que sea causado por alguna condición seria. Es importante determinar si el dolor de cabeza es agudo o crónico; si es progresivo o recurrente.

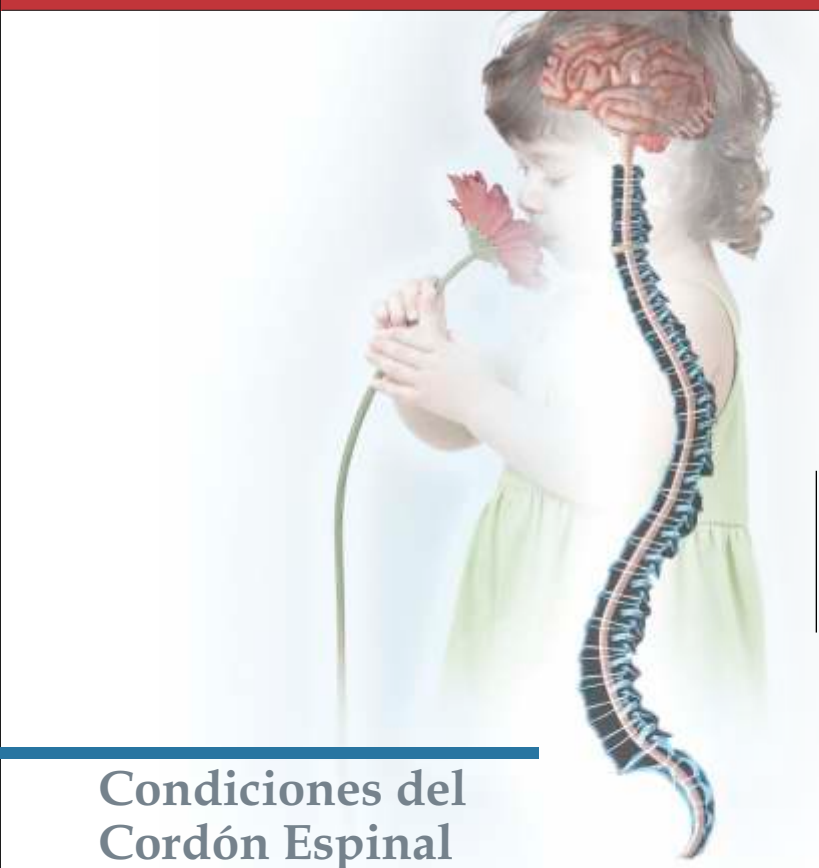
Signos Importantes

- Dolor de cabeza localizado en el área occipital o suboccipital.
- Dolor de cabeza temprano en la mañana y que despierte al niño con o sin nausea o vómitos
- Dolor de cabeza que empeora con esfuerzo físico, tos, risa o defecación.
- Papiledema (Edema del Nervio Óptico)
- Cambios en el Estado Mental durante el dolor de cabeza.
- Historial de trauma.
- Dolor Dental
- Meningismo (dificultad para flexionar el cuello)
- Hipertensión Arterial
- Debilidad/Dificultad en la Marcha

Síndrome de Guillain-Barre

Es una Polineuropatía causada por una reacción inmunológica. Usualmente se presenta luego de una infección por uno de varios organismos como Campilobacter jejuni, Citomegalovirus, Ebstein-Bar virus, Varicella-Zoster Virus, Micoplasma, Sarampión, Paperas, Hepatitis A/B, Rubella, Influenza, Coxakie y Echovirus, o Zika.

Síntomas Típicos: Dolor en la espalda baja; Parestesias Ascendentes Simétricas, Debilidad, Areflexia, Ausencia de Fiebre, Disfunción Autonómica, Debilidad Respiratoria, El síndrome de Guillian-Barre y sus variantes pueden ser severos y de una gran mortalidad si no se actúa con premura.



Existen otras emergencias pediátricas Neurológicas como el Infarto Cerebral, Ataxias agudas, Traumatismos Cerebrales, Alteraciones en Estado Mental (Encefalitis, Meningitis, Coma y Desordenes de la Conciencia, Psicosis, Intoxicaciones. Estas se tratarán en un artículo subsiguiente.

Condiciones del Cordón Espinal

Compresión del Cordón Espinal

Requiere un buen examen neurológico de los niveles motores y sensoriales que salen del Cordón Espinal así como la evaluación de la función de la vejiga y los intestinos. Puede haber dolor intenso de la espalda.

Mielitis Transversa

La Mielitis Transversa se define como una inflamación aguda localizada en un nivel del Cordón Espinal. Puede ser secundaria a infección: Viral, Bacteriana, Hongos o Parasitaria. También, como resultado de un proceso Autoinmune, Neoplásico, Paraneoplásico o Vascular.

El proceso se puede desarrollar desde horas hasta varios días y mientras más alto en el Cordón Espinal más extensa es parálisis que produce. El diagnóstico se hace por MRI con y sin contraste. De haber lesión localizada se hace MRI del Cerebro para descartar Esclerosis Múltiple.

Miastenia Gravis

Es un desorden neuromuscular debido a una disfunción o ausencia de los receptores de un neurotransmisor llamado aceticolina. En la unión neuromuscular; con frecuencia se encuentran anticuerpos contra estos receptores.

La Miastenia puede clasificarse como: **Neonatal** en la cual los anticuerpos son transmitidos por la madre al feto. **Miastenia Congénita** en la cual puede heredarse un defecto genético en las proteínas de la unión neuromuscular sin haber anticuerpos contra los receptores de acetilcolina. **Juvenil** usualmente asociada a un tumor del Timo y que es similar a las de los adultos.

La **Crisis Miasténica** es un cuadro de debilidad severa que puede ser fatal y que presenta dificultad al respirar, muchas secreciones y pobre oxigenación. ***En pacientes que sufren Miastenia Gravis esta es una verdadera emergencia.***

Referencias:

Sims, Katherine B., Peters, Jurrian., Musolino, Patricia L., Elibol, M. Zelimi Handbook of Pediatric Neurology. pp 50-70



Manejo de urgencias psiquiátricas y psicológicas en niños y/o adolescentes

Por **Ohel Soto Raíces, MD**
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Delmara Rivera Rivera, Psy D.
Psicóloga de Niños y Adolescentes



Los problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, cuando no se atienden de manera adecuada, típicamente se convierten en una urgencia psiquiátrica. La urgencia psiquiátrica se refiere a una alteración del estado de ánimo del menor, cuya conducta podría culminar en daño físico o emocional para el menor o terceras personas, si no se actúa de manera inmediata.

¿Qué conductas se considera como una urgencia psiquiátrica pediátrica?

1 Expresión verbal o gesto suicida.

2 Conductas dirigidas a dañar su cuerpo tales como la auto-mutilación.

3 Conductas agresivas hacia otros menores, adultos o figuras de autoridad.

4 Un cambio drástico en la conducta habitual del menor.

5 Crisis de angustia caracterizada por un estado de ánimo deprimido.

6 Alteraciones perceptuales tales como alucinaciones visuales y/o auditivas.



Debido al aumento de casos pediátricos de salud mental que acuden a las salas de emergencia de los hospitales, existen protocolos para el manejo inicial de la urgencia y estabilización de la situación. No obstante, la evaluación de especialistas en conducta humana tales como psiquiatras de niños y adolescentes, psicólogos y trabajadores sociales es de suma importancia al momento de establecer un plan de tratamiento para el manejo de las circunstancias que precipitan la urgencia psiquiátrica.

El nivel de cuidado típicamente utilizado para la estabilización de síntomas de una urgencia psiquiátrica es el hospitalario. En la evaluación inicial se realiza una evaluación de riesgo suicida. En dicha evaluación se explora más información sobre la peligrosidad, intencionalidad, existencia de mensajes o cartas de despedida. Además, se verifica el historial de salud mental, historial suicida en la familia e historial de gestos o intentos suicidas previos, por parte del menor de edad. Algunas de las condiciones de salud mental que mayormente se observan en las unidades de cuidado hospitalario son depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, uso de drogas y/o alcohol y trastornos psicóticos.

Existen algunos factores de riesgo que podrían predisponer a los menores de edad a presentar una urgencia psiquiátrica. Algunos de estos factores de riesgo son los siguientes:

1 Padres con condiciones psiquiátricas inestables.
2 El inicio a temprana edad de un trastorno psiquiátrico.
3 Consumo de drogas y/o alcohol.
4 Adversidades familiares.
5 Acontecimientos traumáticos en la niñez.
6 Patrones familiares destructivos tales como violencia doméstica y maltrato infantil (abuso físico, emocional o negligencia).
7 Bajo nivel educativo.
8 Desempleo en la familia.
9. Menores con baja autoestima.
10 Desertores escolares o con bajo aprovechamiento académico.
11 Falta de metas o expectativas futuras.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud identifica que existenunos factores protectores que debemos conocer y fomentar. Estos son algunos de los factores protectivos:

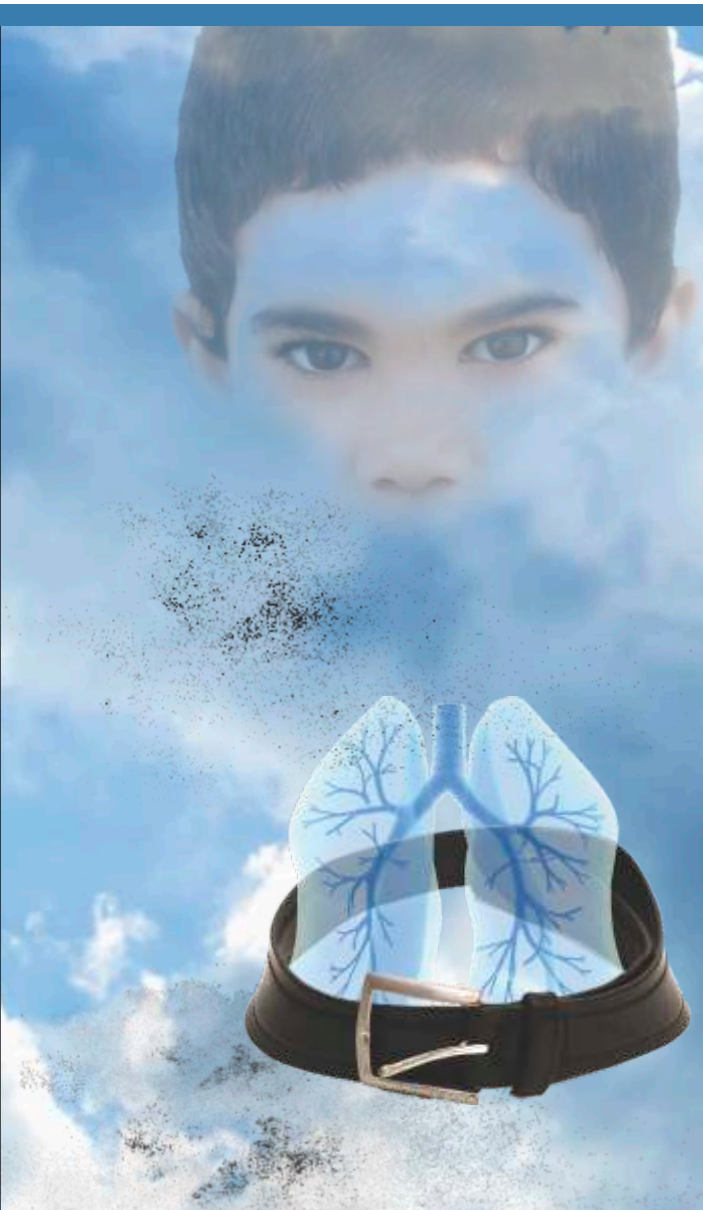
1 El apoyo de la familia, amigos y personas cercanas.
2 Las creencias religiosas.
3 La participación del menor de edad en la vida comunitaria.
4 Una vida social satisfactoria.
5 El acceso a servicios de asistencia y salud mental.
6 Uso constructivo del tiempo libre (actividades tales como deportes, arte, actividades comunitarias, culturales o educativas entre otras).

Si usted o algún familiar tiene un menor de edad que presente alguna de las conductas mencionadas al inicio de este artículo, busque ayuda especializada en el manejo de niños y adolescentes.

Para información sobre nuestra oficina y servicios visite nuestra página Web www.psiquiatria-psicologia.com

Asma Alérgica

Por **Alida Arroyo, MD, FAAP**
Neumóloga Pediátrica



El asma bronquial es una enfermedad crónica de las vías aéreas, la cual presenta inflamación, hiperactividad y broncoconstrición. Esta enfermedad es muy común, y es la enfermedad crónica más frecuente en la niñez. Esta condición puede ser precipitada o provocada por múltiples factores alérgicos y no alérgicos.

Los factores precipitantes más comunes del asma se relacionan con alergias en el 70% de los casos. El asma alérgica está asociada con alergias nasales (rinitis alérgica), y a dermatitis atópica, y comúnmente tienen un factor hereditario.

El historial que apunta hacia una base alérgica puede ser:

- **Tener síntomas después de barrer, limpiar alfombras o cambiar las camas, lo cual sugiere alergia al polvo casero;**
- **Tener síntomas en una época en particular, como en primavera, cuando predomina el polen;**
- **Época de lluvia cuando la humedad alta produce un aumento en hongos;**
- **Tener síntomas en la presencia de animales.**

El asma provocada por alegrías es desencadenada por un alérgeno que se adhiere a un componente del sistema inmunológico llamado **IgE** (anticuerpo), provocando una reacción que libera unos componentes en la sangre, llamados mediadores, que provocan las manifestaciones más comunes del ama: inflamación, broncoespasmo y aumento en las secreciones bronquiales.

A pesar de que los síntomas del asma son similares, no importa cuál sea el componente que lo provoca, alérgico o no alérgico, además de la tos, los pitos o sibilancias, y la dificultad respiratoria, el asma alérgica está asociada con estornudos, picor en la nariz, en los ojos, secreciones nasales y hasta molestia en la garganta.

Las pruebas que se utiliza para determinar alergias especificas consisten de pruebas en la sangre (RAST test), y pruebas de piel.

La prueba de sangre determina los alérgenos a la cual la persona es sensitiva, y no necesita descontinuar ningún medicamento como antihistamínicos, durante la prueba. Por otro lado, las pruebas de piel consisten en una serie de inyecciones, donde se aplican pequeñas cantidades de los alérgenos más comunes, y se determina a cuál de estos el paciente reacciona. En este tipo de prueba se tiene que descontinuar el uso de antihistamínicos, al menos una semana



Las pruebas que se utiliza para determinar alergias especificas consisten de pruebas en la sangre (RAST test), y pruebas de piel.

antes de la prueba, para evitar una respuesta falsa. Una vez se determina el alérgeno que está provocando la reacción alérgica es más fácil control lo que nos afecta.

El tratamiento en el asma alérgica abarca desde medicamentos antiinflamatorios como esteroides inhalados, broncodilatadores, estabilizadores de los mastocitos (células asociadas a reacciones alérgicas), bloqueadores de leucotrienos (células que provocan inflamación), y antihistamínicos. En pacientes más severos se utiliza una inyección mensual que bloquea el IgE (omalizumab).

Los alergistas pueden administrar vacunas (inmunoterapia), contra los alérgenos ya predeterminados. Este proceso es lento ya que el paciente tiene que desarrollar tolerancia a lo que es alérgico según se van administrando las vacunas (pequeñas cantidades de alérgenos). Este proceso puede tomar de 3 a 5 años, pero es muy efectivo controlado y hasta eliminado estas alergias.

Lo más importante es reconocer a lo que somos alérgicos, ya sea por pruebas alérgicas o simple observación de reacciones a factores en particular del diario vivir, y de esta forma evitar la exposición. Medidas tan simples como mantener los animales fuera del dormitorio, evitar humedad excesiva en el hogar (utilizar de humificador), cubrir las almohadas, y colchones con platicos, evitar exteriores cuando el contaje de hogos, polvo de Sahara, y polen estén elevados, al igual que mantener las ventanas cerradas. Es importante mantener un hogar libre de polvo, cucarachas, y olores fuertes que nos puedan perjudicar, además de tomar sus medicamentos según fueron recetados.



ALERGIAS A LAS PICADURAS DE INSECTOS EN NIÑOS

Por | **Rita Díaz Díaz, MD**
Alergista e Inmunóloga

Existen dos (2) tipos de reacciones alérgicas (de hipersensibilidad) dependiendo de la picadura del insecto.

1 Las picaduras por mosquito, majes, pulgas, garrapatas, chinches son debido a la saliva que inyectan al alimentarse. Característico de estas picaduras es su localización, suelen ser en áreas de exposición, piernas, brazos, cara y cuello.

Son comunes en la mayoría de los niños mas frecuentes en infantes hasta los 8 años de edad pero pueden ocurrir a cualquier edad. La respuesta del paciente es variable, se forma una roncha pequeña con picazón en el área afectada seguida de una lesión papular que puede durar varios días dejando una hiperpigmentación en dicha área después de la picadura.

El rascado puede producir que la piel se abra y se infecte desarrollando el niño una celulitis que requiere el uso de antibióticos sistémicos y locales a



nivel del área infectada (local). En algunos niños después de la picadura y formación de la pápula siguen reapareciendo lesiones nuevas como si fuera picado múltiples veces y es una reacción alérgica a la picada inicial. Estas lesiones pueden durar días a semanas y pueden seguir ocurriendo por meses y años envolviendo áreas de exposición conociéndose como "Urticaria Papular".

Se tratan con corticosteroides tópicos, antihistamínicos para suprimir el picor y en casos de urticaria papular moderada a severa se utiliza un curso corto de corticosteroides orales como anti inflamatorio.

2 El otro tipo de picadura ocurre en personas alérgicas al veneno de algunos insectos de la orden de las "HIMENOPTEROS" que pueden causar reacciones alérgicas severas y significativas afectando la calidad de vida de los padres y del paciente,

Este veneno contiene substancias, vaso activas que son la causa de la picazón, enrojecimiento, edema, ardor, dolor, en algunos pacientes producen aumento en la permeabilidad vascular haciendo que el veneno circule atreves del cuerpo.

Se incluyen 3 grupos de insectos:

- **Avispas**
- **Abejas**
- **Hormigas rojas y negras ("fire ants")**

La incidencia en niños es de 1% y en adultos es mas frecuente de 0.4 - 3% de la población general en E.U. En los E.U ocurre alrededor de 40 - 50 muertes cada año por anafilaxis en estos pacientes. Las reacciones alérgicas suelen ser más frecuentes en personas jóvenes, pero las fatalidades son mayores en adultos.

Las picaduras por estos insectos (avispas, abejas, hormigas rojas) puede producir diferentes tipos de reacción que se clasifican en:

a **Reacción local leve -** lesión localizada en el área de la picadura con edema y enrojecimiento que desaparece en varias horas.

b **Reacción local grande -** se puede extender desde el área de la picadura hacia un área mayor produciendo edema enrojecimiento con un pico de 24 - 48 horas y resuelve en 5 a 10 días. Son difíciles de distinguir de una celulitis, resultando un diagnostico erróneo y tratamiento con antibióticos sistémicos. Se sospecha que es una reacción alérgica mediada por IgE con fase tardía.

c **Reacciones toxicas -** múltiples picaduras pueden desencadenar una reacción toxica debido al veneno inyectado. Los síntomas son bien parecidos a una reacción anafiláctica donde el paciente presenta nauseas, vómitos, mareos, diarreas, sincope, fiebre, convulsiones.

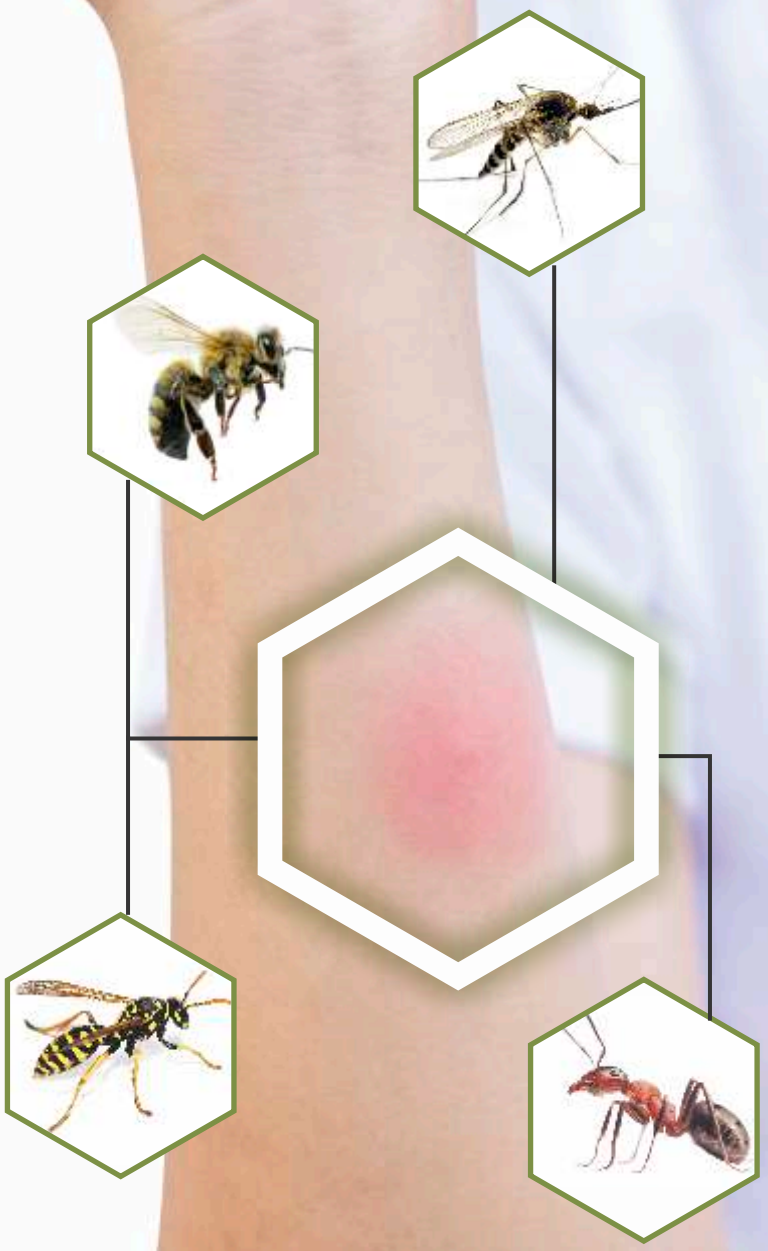
d **Reacciones sistemáticas -** ocurren signos y síntomas distantes al área de la picadura. Este tipo de reacción pueden variar desde leves a severas. Los síntomas pueden comenzar entre 10-15 minutos, de la picadura, cuanto mas temprano la reacción mas severas. En estudios en niños se han reportado frecuentemente reacciones leves a moderadas con urticaria generalizada. Pueden ocurrir reacciones más severas envolviendo más de un órgano, conocidas como anafilácticas.

Niños con reacciones moderadas a severas tienen un riesgo de desarrollar anafilaxis en un 40% de los casos. El riesgo mayor depende de la frecuencia de haber sido picado. Estas reacciones comienzan con una picadura local y rápidamente desarrollan manifestaciones alérgicas sistemáticas severas como pueden ser urticaria y/o angioedema de lengua, labio, garganta, opresión de pecho, dificultad respiratoria, tos, dificultad al tragar, mareo, perdida de conocimiento y colapso respiratorio. Las complicaciones incluyen "shock" y fallo cardiaco. Requieren de un tratamiento agresivo y rápido para evitar la muerte. Utilizar inmediatamente epinefrina para evitar una fatalidad y ser transportado de inmediato a un hospital, para continuar tratamiento y estabilizarlo.

Toda reacción por picadura de insecto que sea sistemática debe ser tratada como una reacción anafiláctica y se debe utilizar inmediatamente epinefrina para evitar una fatalidad, ser transportado inmediatamente a una sala de emergencia para su estabilización y tratamiento. Estos pacientes con reacciones alérgicas sistemáticas deben llevar siempre consigo una epinefrina auto inyectable por si ocurre una picadura subsiguiente.

El paciente que ha tenido una reacción sistemática a picadura de insectos debe ser evaluado por un Alergista, para manejo, identificación del insecto provocador mediante pruebas cutáneas de piel o en sangre. En muchas ocasiones el paciente desconoce que lo pico.

Se recomienda Inmunoterapia (vacunas) en pacientes con reacciones sistemáticas severas - anafilácticas como preventivo del riesgo a otras reacciones anafilácticas. Las vacunas son bien efectivas en prevenir anafilaxis subsiguiente en niños de alto riesgo. La duración del tratamiento debe ser entre 3 - 5 años. Cuanto mas largo tiempo de vacuna se reduce el riesgo de reacciones sistémicas a pesar de la persistencia de pruebas positivas en estos pacientes. Se ha demostrado que después de 3 años en vacuna el 83% - 100% de los pacientes están protegidos de reacciones sistemáticas y si ocurre alguna reacción tienden a ser leve.





¡MI HIJO(A) FUE MORDIDO(A) POR UN ANIMAL DOMÉSTICO! ¿QUÉ HAGO?

Por | Angela E. Suárez-Ruiz, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

En los Estados Unidos se reporta un estimado de 4.5 millones de mordidas al año. De estas aproximadamente, 80 a 90% son de perros, 5 a 15% son de gatos, 2 a 5% son de roedores, y el restante, de otros animales como conejos, mangostas, y reptiles.

"La complicación más común de una mordedura es la infección.

Si algo podemos hacer los padres y madres es prevenir, particularmente la de los perros, quienes están implicados en aproximadamente 20 muertes al año en los EEUU. Aproximadamente 65% de los ataques caninos ocurren en las casas de sus víctimas o sus alrededores. Los atacantes, en su gran mayoría, son conocidos. La mitad de estos ataques son provocados.

La mayor parte de las víctimas de mordeduras de perros, son los infantes y niños/as menores de 11 años de edad, estos suelen ser atacados en la cara y el cuello. Los adolescentes suelen sufrir mordeduras en las extremidades. Según J. Schalamon (2006) las razas más agresivas son Doberman, Rottweiler, Pitbull y German Shepherd, responsables de 50% de los ataques descritos como fatales.

Cualquier padre o madre interesado en adquirir una mascota, por ejemplo, un perro, deberá tomar en consideración los siguientes consejos:

1. Conocer la mayor información posible sobre la raza, en especial lo que respecta su temperamento y estabilidad. La "American Kennel Club" es un buen lugar para empezar la búsqueda. Entre las razas más recomendadas para niños/as por dicha entidad son: el Bulldog inglés, el Labrador, y el Beagle. También, pueden consultar a un veterinario/a.
2. Sea muy cuidadoso si tiene un infante en la casa, las razas agresivas no son propias para estos hogares.
3. Mantenga las vacunas de su mascota al día, especialmente la vacuna contra la rabia y lleve su mascota con regularidad al veterinario/a.
4. Enséñele a su hijo/a cómo comportarse en compañía de su mascota. Recuerde:
   - Evitar acercarse a mascotas desconocidas,
   - Nunca moleste a una mascota que esté comiendo, durmiendo, o cuidando de sus crías, especialmente si está recién parida,
   - Procure que sus niños/as cuenten con la compañía de un adulto durante el tiempo de juego con su mascota. No permita que el niño/a sea abusivo o brusco con esta, aún en los casos donde parezca que el animal lo disfruta,
   - No acaricie a una mascota antes de que este lo olfateé primero ni haga contacto visual directo con esta,
   - Deberá entrenar a su hijo/a para responder adecuadamente a una mascota amenazante o poco amistosa. Algunos signos de una mascota peligrosa son: cuerpo rígido y pelos encrespados, mirada fija, cola estirada, ladrido fuerte e histérico, y posición agachada. Si es arrojado al suelo por su mascota, el niño/a deber asumir posición de bola protegiendo con sus manos su cara y su cabeza.

Si su niño/a es atacado/a por un perro u otro animal doméstico, recuerde estos importantes pasos:

1. Contacte a su médico inmediatamente
2. Lave el área con jabón y agua profusamente.
3. Si está sangrando eleve la extremidad y ejerza presión firme sobre el área con una toalla limpia.
4. Si es una herida grave, llame a una ambulancia o diríjase a la sala de emergencia más cercana.

Es importante que usted conozca el estado actual de las vacunas del animal y de su niño/a. El/la pediatra o emergenciólogo le preguntará si el dueño del perro o animal es conocido. Es de suma importancia saber el historial previo del animal, este determinará el curso a tomar. El médico querrá saber si el ataque fue provocado, dónde y hace cuánto tiempo ocurrió.

Para el médico existen tres factores claves para la prevención de complicaciones:

1. El record de vacunación del animal, en particular de la vacuna contra el virus de la Rabia, globalmente este virus mata aproximadamente 55,000 personas al año en su mayoría niños/as. En Puerto Rico, las mordeduras de mamíferos deben ser reportadas al Departamento de Salud. Este determinará si el paciente debe ser vacunado contra la Rabia, de acuerdo a una sintomatología particular y unas guías establecidas. Debemos recordar que existen dos vacunas diferentes en contra del virus de la Rabia, una para el animal y otra para la víctima conocido como Profilaxis Post-exposición.
2. El médico también querrá conocer el estado de vacunación del niño/a contra el tétano. En heridas sucias y profundas este puede ser un agravante. Esta se administrará en el momento si el niño/a no ha completado su requisito de vacunación o si ha transcurrido más de 5 años de su última dosis.
3. El médico querrá saber si su niño/a es alérgico/a a la penicilina, debido a que oral o intravenoso el antibiótico más recomendado será uno de sus derivados.

La complicación más común de una mordedura es la infección. Esta podría evitarse si es atendida durante las primeras ocho horas después del ataque. El riesgo de infección aumenta si es infligida por un gato (las mordeduras de gatos suelen producir infección en 50% de los casos, aun cuando estas hayan sido atendidas durante las primeras ocho horas después del ataque).

En conclusión, no olvide las visitas regulares a su veterinario/a, y mantener un diario de las vacunas de su mascota. Evite que nuestros/as niños/as pequeños/as jueguen con animales domésticos conocidos y/o desconocidos sin supervisión de un adulto. Enséñele a respetar a los animales y por último, después de una mordedura, por más trivial que esta parezca, contacte a su médico de inmediato y a las 24 a 36 horas siguientes para una mejor y más completa resolución del evento.

Referencias:

Use of a Reduced (4-dose) Vaccine Schedule for Post Exposure Prophylaxis to Prevent Human Rabies. MMWR 2010; 59(RR-12)1:9

Nelson Textbook of Pediatrics 19th Ed, 2013. Chapter 705 Animal Bites.

AAP Red Book 2015 Committee on Infectious Diseases; Section 1- Active and Passive Immunization.

Schalamon, J., Ainoedhofer H., et al. Analysis of Dog Bites n Children Who Are Younger Than 17 Years. Pediatrics, 117(3): e374-e379, 2006

www.akc.org/dog-breeds/best-dogs-for-kids/ Recuperado el 16 de abril 2016

Sitios en Internet sugeridos para más información sobres este y otros temas de prevención:

www.healthychildren.org en español (Auspiciado por la Academia Americana de Pediatría).

www.familydoctor.org en español (Auspiciado por la Academia Americana de Médicos de Familia).

Piojos y Liendres en los Niños

Por **Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP***
Pediatra de Niños y Adolescentes



Los piojos son unos diminutos insectos parasitarios que viven entre el cabello de los seres humanos y se alimentan de cantidades sumamente pequeñas de sangre que extraen del cuero cabelludo. Los piojos son un problema muy habitual, sobre todo en los niños. Son contagiosos, molestos y veces muy difíciles de eliminar. Pero, por frustrante que pueda ser enfrentarse a los piojos, no son peligrosos. No trasmiten ninguna enfermedad, aunque sus picaduras puedan provocar picor e irritación en el cuero cabelludo, y una picazón persistente puede provocar infecciones.



Lo mejor es tratar los piojos en cuanto se detecten porque se pueden contagiar fácilmente de una persona a otra.

Signos de que un niño tiene piojos

A pesar de su diminuto tamaño, los piojos se pueden ver a simple vista. He aquí lo que deberá buscar en la cabeza de su hijo:

- Huevos de piojo (denominados "liendres"). Antes de salir del cascarón, tienen el aspecto de puntitos amarillos, marrones o de color mostaza. Los piojos sueltan sus huevos sobre hebras de cabello cerca del cuero cabelludo, donde la temperatura es perfecta para que se mantengan calientes hasta el momento de nacer. Las liendres parecen una especie de caspa, con la salvedad de que no se pueden eliminar simplemente cepillando o sacudiendo el cabello.



- A menos que la infestación sea considerable, es más fácil ver liendres en el cabello de un niño que piojos vivos moviéndose por su cuero cabelludo. Los huevos de piojo rompen el cascarón al cabo de entre una y dos semanas de la puesta. Al nacer, la cáscara externa se ve blanca o transparente y sigue firmemente adherida a la hebra de cabello donde se soltó el huevo. La etapa en que resulta más fácil detectar los piojos es cuando crece el cabello, porque las cáscaras de las liendres se desplazan hacia el exterior, alejándose del cuero cabelludo.
- Piojos adultos y ninfas (piojos inmaduros). Un piojo adulto no es más grande que una semilla de sésamo y su color oscila entre el blanco tirando a gris y el canela. Las ninfas son más pequeñas y se convierten en piojos adultos aproximadamente al cabo de una a dos semanas de romper el cascarón. Si los piojos no se tratan, este proceso se repite aproximadamente cada tres semanas. La mayoría de los piojos se alimentan de sangre varias veces al día y pueden sobrevivir hasta dos días fuera del cuero cabelludo.
- Rascado y/o Picazón. Cuando los piojos muerden el cuero cabelludo, llega la picazón y el rascado. Se trata de una reacción a la saliva de los piojos. De todos modos, el picor no siempre empieza de inmediato, es algo que depende de lo sensible que sea a los piojos la piel del niño. A veces, los niños tardan varias semanas en empezar a rascarse. De todos modos, se pueden quejar de que tienen cosas moviéndose o haciéndoles cosquillas por la cabeza.
- Pequeños bultitos rojos o llagas provocadas por el rascado. A algunos niños, la piel del cuero cabelludo solo se les irrita levemente, mientras que hay otros que desarrollan erupciones más molestas. Rascarse en exceso puede provocar infecciones bacterianas (esto puede provocar inflamación de los ganglios linfáticos, así como enrojecimiento y molestias en la piel, que puede supurar y cubrirse de costras). Si el pediatra cree que su hijo padece este tipo de infección, es posible que le recete un antibiótico por vía oral.
- Tal vez pueda ver piojos o liendres separando el cabello de su hijo e inspeccionando, con un peine de púas finas su cuero cabelludo, detrás de las orejas y cerca de la nuca (es poco habitual encontrar piojos en las cejas o las pestañas).
- Puede ayudarle el hecho de utilizar una buena lupa y una luz potente. Pero no es fácil encontrar ninfas ni piojos adultos porque no suele haber muchos y además se mueven deprisa.

Lleve a su hijo al Pediatra si se rasca constantemente la cabeza o si se queja de que le pica el cuero cabelludo y el picor no desaparece. El pediatra de su hijo deberá determinar si tiene piojos y cómo se deben tratar. No todos los niños presentan los síntomas típicos de tener el cuero cabelludo infestado de piojos y algunos niños no tienen síntomas.

Asimismo, asegúrese de informarse en la enfermería o la dirección del colegio o de la guardería de su hijo si ha habido más casos de piojos en el centro. Si descubre que su hijo tiene piojos o liendres, informe al personal del colegio o de la guardería. Averigüe cuál es la política del centro en lo que respecta a los piojos. La mayoría de centros permiten que los niños vuelvan a asistir cuando hayan

¿Son Contagiosos?

Los piojos son muy contagiosos y se propagan rápidamente de una persona a otra, sobre todo en contextos grupales (colegios, guarderías y demás centros educativos, fiestas de pijamas, actividades deportivas, campamentos de verano, etc.). Aunque no pueden volar ni saltar, estos diminutos parásitos tienen unas pinzas especialmente adaptadas que les permiten adherirse al cabello y aferrarse firmemente a sus hebras.

Se contagian sobre todo, a través del contacto cabeza con cabeza, pero la conducta de compartir ropa de vestir o de cama, peines, cepillos y gorros también favorece el contagio. Los niños son más proclives a tener piojos que los adultos porque tienden a establecer más contacto físico entre sí y a compartir más objetos de uso personal.

Tratamiento

Es posible que el pediatra de su hijo le recomiende un champú, crema o loción formulados médicamente para matar piojos. Podrá ser de venta con o sin receta médica, dependiendo de los tratamientos que ya hayan probado. Los tratamientos contra los piojos formulados médicamente suelen matar tanto a los piojos como a sus huevos, pero la picazón puede tardar varios días en desaparecer. En el caso de piojos muy resistentes, es posible que el pediatra también recete medicamentos por vía oral (tomados por boca).

Asegúrese de que el medicamento es seguro para la edad de su hijo. Mientras que los champús de venta sin receta médica son seguros para niños de solo dos meses de edad, los formulados médicamente solo son seguros a partir de los dos años. Es importante seguir las indicaciones del pediatra al pie de la letra porque estos productos son insecticidas. Aplicarlos en cantidades excesivas o utilizarlos demasiado a menudo pueden aumentar el riesgo de que provoquen lesiones. Siga las instrucciones del prospecto que acompaña al producto.

El tratamiento puede no ser eficaz si no se aplica correctamente o si los piojos se han vuelto resistentes al medicamento utilizado. Después del tratamiento, es posible que el pediatra recomiende extraer los huevos con la ayuda de un peine de púas finas (o liendrera) y repetir el tratamiento al cabo de siete a diez días para exterminar a las ninfas que acaban de romper es cascarón.

¿Cómo Prevenir la Reinfestación?

Las siguientes son algunas pautas sencillas para deshacerse de los piojos y de sus huevos, así como para ayudar a prevenir posibles reinfestaciones:

- Lave toda la ropa de cama y de vestir que se hayan puesto hace poco los miembros de la familia que tengan piojos con agua muy caliente (54,4 ºC o 130 ºF) y luego, si dispone de secadora, séquela utilizando un ciclo caliente durante por lo menos 20 minutos.
- Lave en seco cualquier cosa que no se pueda lavar con agua y jabón (como algunos peluches). O bien guárdelas en bolsas cerradas herméticamente durante por lo menos tres días.
- Pase la aspiradora por todas las alfombras y moquetas, así como por los muebles tapizados (tanto en su domicilio como en el coche) y tire luego a la basura la bolsa de la aspiradora.
- Ponga en remojo (en alcohol o un champú contra los piojos formulado médicamente) los utensilios relacionados con el cuidado del cabello, como peines, liendreras, cepillos, pasadores, diademas, gomas y cintas para el cabello, durante una hora. También puede lavarlos con agua caliente o simplemente tirarlos a la basura.
- Puesto que los piojos se contagian fácilmente de una persona a otra en el entorno doméstico, todos los miembros de la familia infestados, así como sus parejas, deberían tratarse para prevenir posibles reinfestaciones.

Lo que NO debe hacer

En sus esfuerzos por librarse de los piojos, hay algunas cosas que usted no debería hacer. Algunas de las conductas prohibidas en el tratamiento contra los piojos son las siguientes:

- No le seque el cabello a su hijo utilizando un secador de cabello después de aplicarle un tratamiento comercializado en el cuero cabelludo porque algunos de estos productos contienen ingredientes inflamables. El aire del secador también podría hacer que los piojos flotaran, facilitando el contagio de otras personas.
- No utilice crema suavizante o una combinación de champú y acondicionador para el cabello antes de aplicar un tratamiento tópico contra los piojos formulados médicamente.
- No le lave el cabello a su hijo durante uno o dos días después de utilizar un tratamiento contra los piojos formulado médicamente.
- No utilice insecticidas en aerosol ni contrate a una empresa de control de plagas para eliminar los piojos de su casa porque estos tratamientos pueden ser nocivos. Los piojos no sobreviven durante mucho tiempo fuera de la cabeza de una persona, de modo que no le compensa gastar tiempo y dinero para eliminarlos de su entorno doméstico.
- No utilice el mismo medicamento más de tres veces seguidas con la misma persona. Si no parece surtir efecto, lo más probable es que el pediatra les recomiende un cambio de medicación.
- No utilice simultáneamente varios productos médicamente formulados contra los piojos.
- No utilice aceites esenciales (como el aceite esencial de ylang-ylang o el del árbol del té) para tratar los piojos. Estos aceites pueden desencadenar reacciones alérgicas en el cuero cabelludo y no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés). Además, no se han publicado estudios que avalen su eficacia.
- No utilice productos como la gasolina o el queroseno para tratar los piojos. Son altamente inflamables y no se deben verter sobre el cuero cabelludo de nadie.

Consejos a Recordar

Tener piojos no es ningún signo de suciedad ni de falta de higiene. Estos molestos insectos pueden atacar a niños de todas las edades y niveles socioeconómicos, independientemente de la frecuencia con que se laven el cabello o se bañen. Tampoco influye el hecho de llevar el cabello largo o corto.

Independientemente de lo que dure el problema, asegúrese de dejar claro a su hijo que, por mucha vergüenza que le dé tener piojos, es algo que le puede pasar a cualquiera. Es importante que los niños entiendan que no han hecho nada malo y que el hecho de tener piojos no los convierte en personas sucias. Y asegúrele que, por pesado que pueda resultar el proceso de deshacerse de los piojos, el problema en algún momento se solucionará.

Tenga paciencia, siga al pie de la letra las instrucciones de tratamiento y las medidas preventivas que le indique el pediatra y estará en el camino de tener una familia sin piojos.

El autor es presidente de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría,
"Fellow" de la Academia Americana de Pediatría. El artículo es recopilado de Healthy Children.



Señales para detectar el Maltrato a Menores

Por Carmen N. Ramos Reyes, BSW
Trabajadora Social
Puerto Rico Children's Hospital

Las siguientes señales pueden ocurrir en los diferentes tipos de maltrato ya sea físico, abuso sexual, negligencia, maltrato emocional, la explotación de menores y maltrato institucional.

Abuso Sexual

- Menor verbaliza que fue abusado/a
- Conducta Sexual explícita no acordé para su edad
- Agresión Sexual
- Actos Lascivos
- Exposiciones Obscenas
- Exponerle para Actos Sexuales
- Proposición Obscena
- Producción de Pornografía Infantil
- Posesión y Distribución de Pornografía Infantil (Envió, Transportación, Venta, Distribución, Publicación, Exhibición o Posesión de Material Obsceno y Espectáculos Obscenos)
- Relaciones sexuales precoces

Maltrato Físico

- Laceraciones, moretones, lesiones físicas, fracturas, quemaduras, cicatrices o fracturas antiguas sin explicación.
- Lesiones no compatibles con la información ofrecida basada en los hallazgos médicos.
- Aplicación de castigos severos.
- Exponer al menor a sustancias nocivas (alcohol, drogas o medicamentos no recetados, con el fin de sedarlos)

Explotación de Menores

- Obligar al menor a realizar tareas fuera de su capacidad o exponerlos a situaciones que afecten su integridad.
- Exigirle que realicen tareas en el hogar que no estén de acuerdo a su capacidad.
- Prostituirle sexualmente.
- Pedir dinero en la calle.
- Vender drogas.
- Enviarle a robar.

“Exponer al menor a sustancias nocivas (alcohol, drogas o medicamentos no recetados, con el fin de sedarlos)”

Maltrato Emocional

- Cuando el adulto responsable del menor hace o dice cosas que afectan la autoestima y salud emocional del menor (No es amoroso, le grita, lo humilla en público o en privado)
- Exponerlos a presenciar actos de violencia
- Compararle con otros (“Tu hermano es mejor que Tu”)
- Exigirle más allá de sus capacidades
- Criticarlo constantemente
- Decirle bruto, inútil u otras palabras ofensivas
- Culparle por los problemas de la pareja

Negligencia

- Acción u Omisión del adulto que pueda poner en riesgo el bienestar del menor.
- Cuando el adulto deja sólo en el hogar al menor o dentro de un vehículo o bajo el cuidado de otro menor.
- Se observa pobre higiene o ropa sin higiene adecuada.
- Malnutrición (Muy Bajo Peso o Muy Sobre Peso para la edad del menor).
- Padre, Madre o Cuidador Primario hace uso de drogas o alcohol mientras cuida del menor.
- Necesidades médicas no atendidas (como enfermedades de la piel, heridas infectadas,
- ausencia de control de los cuidados médicos rutinarios).
- Incumplimiento con Tratamientos Médicos.
- Exponer al menor a riesgo de accidentes o caídas (montarlos en motoras o vehículos no apropiados).
- No suplir necesidades básicas intencionalmente.
- No utilizar el asiento protector o cinturón de seguridad.
- Violencia o discusión familiar frente al menor.

Maltrato Institucional

- Es cuando una institución o funcionario de ésta comete cualquier tipo de maltrato de los antes mencionados en contra de un/a menor a su cargo. Puede ocurrir en una Escuela, Hospital, Hogar de Crianza u otros.
- Se considera maltrato también no prestar los servicios o cuidados que necesita un/a menor en la institución.
- Negar el acceso a servicios para menores con necesidades especiales.
- No brindar la atención médica necesaria.

Ley 246 del 16 de diciembre de 2011
Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores

- **Esta Ley establece que los menores tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano, en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.**
- **Que los menores tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que les causen o puedan causar la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y a cualquier abuso por parte de sus padres, de representantes legales o de las personas responsables de su cuidado.**
- **Esta Ley se desarrolló orientada hacia el fortalecimiento de los menores, proveyendo para que se establezcan esfuerzos razonables de apoyo y el fortalecimiento a las familias en la prevención de la violencia y en la promoción de los valores en respeto a la dignidad humana y al valor de la paz.**

¿Qué es el Maltrato de Menores?

Se entiende por Maltrato de Menores toda forma de perjuicio, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos las agresiones sexuales y la conducta obscena y toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el/la adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.





28
AGOSTO
2016

Simposio de Reumatología y Adolescentología

SHERATON CONVENTION CENTER HOTEL

4 | DICIEMBRE | 2016

Simposio de Neonatología & Junte Navideño de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría



LUGAR
a ser anunciado

Abbott

SIMILAC® ALIMENTUM®

AHORA CON NUEVO TAMAÑO DE EMPAQUE E IMAGEN



ANTES



NET WT. 16 OZ (454g)

PARA ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y CÓLICOS DEBIDO A LA SENSIBILIDAD A LA PROTEÍNA

Comienza la reducción de los síntomas del cólico debido a la sensibilidad de la proteína en...

24 horas,

en la mayoría de los bebés*

* Based on a clinical study with Alimentum Ready To Feed without DHA and ARA in a small group of infants experiencing colic symptoms due to cow's protein sensitivity. Data on file, Study AC84, August 2004 Abbott Nutrition Columbus, Ohio.

© 2016 Abbott Laboratories, Inc. APR-160496 LITHO en Puerto Rico.