Revista Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 40



De la cuchara a las manitas: todo sobre el baby-led weaning

Lo que hay detrás de las bebidas energéticas

LAS VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO

¿Hasta cuándo debemos visitar al Pediatra?

¿Conoces sobre la tendencia de las "Sephora kids"?

+ ¿CÓMO PROTEGER A LOS NIÑOS de infecciones al viajar?

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

Para los detalles de espacios, costos y calendario de publicación, puede comunicarse con nuestra división de ventas:

mipediatra.spp@gmail.com

787-421-0944

Síguenos en las redes sociales de Facebook e Instagram bajo

@mipediatraspp







ESCANEA EL CÓDIGO QR para acceder nuestra versión digital de la revista

Mensaje Editorial



Nerian Ortiz MD FAAP
Catedrática
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Queridos lectores:

Bienvenidos a la última edición del año 2025. Desde la Revista Mi Pediatra queremos acompañarlos con educación e información clara y confiable en momentos de tantos retos; momento de tanta desinformación, mitos y dudas en asuntos de salud. Es nuestro compromiso el poder ofrecerles información actualizada y basada en evidencia que pueda ayudarles en el proceso de cuidar a sus mas preciados tesoros, sus hijos y así poder tomar las mejores decisiones..

Cada artículo que encontrarán en estas páginas fue pensado cuidadosamente para ayudarles a comprender mejor situaciones que comunmente afectan a los infantes, niños y adolescentes.

Gracias por confiar en nosotros y permitirnos caminar junto a ustedes en el proceso de cuidar la salud y bienestar de sus niños.

La Junta Editora de la Revista Mi Pediatra desea todos un Nuevo Año lleno de salud, paz y alegrías. Disfrutemos las fiestas con seguridad y aprovechando las herramientas de prevención que tenemos disponibles para todos!

¡Disfruten la edición!

Un abrazo caluroso,

Nerian Ortiz MD FAAP
Editora
Revista Mi Pediatra
Sociedad Puertorriqueña de Pediatría



Mensaje de la Presidenta

Queridas familias y comunidad:

Bienvenidos a esta nueva edición de nuestra revista MI PEDIATRA, creada con amor y compromiso para acompañarles en el hermoso camino de la crianza de sus hijos. Desde la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría reafirmamos nuestra misión de educar, orientar y apoyar a los padres, cuidadores y a todos los que quieran trabajar por el bienestar de nuestros niños y adolescentes.

En estas páginas encontrarán información confiable, cercana.y actualizada sobre salud, prevención y desarrollo infantil; escrita por profesionales que comparten una misma pasión: educar con ciencia ,cuidar con empatía y acompañar con el corazón. La crianza no es un destino, sino un viaje que se nutre del amor, la paciencia y la guía adecuada. Esperamos que cada artículo de esta revista sea una herramienta para fortalecer sus conocimientos, pero también una invitación a disfrutar de cada etapa de la infancia con alegría y esperanza.

Ser pediatra es cuidar con pasión y escuchar con el alma. Y cada familia que confía en nosotros nos inspira a seguir construyendo un Puerto Rico más saludable, más compasivo y más consciente del valor inmenso de su niñez.

Gracias por permitirnos acompañarlos y compartir con ustedes este compromiso de vida: cuidar a nuestros niños con amor y esperanza. Espero que disfruten los temas que les presentamos en esta edición, y puedan ser de gran utilidad en su vida diaria.

Con Bendiciones y Gratitud,

¡Siempre continuaremos trabajando por la Salud y Bienestar de nuestros niños!

Mariely Agosto Pérez, MD, FAAP
Presidenta, Sociedad Puertorriqueña de Pediatría









CONTENIDO

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA



08 / Protegiendo dos vidas: La importancia de las vacunas durante el embarazo

09 / Claves para el Bienestar Respiratorio en Niños con Síndrome de TBCK

11 / Los terribles dos: El desarrollo a los 24 meses

14 / Malformaciones de pies en infantes

16 / Protégelos siempre de las altas temperaturas en el interior de un vehículo

18 / Lo que hay detrás de las bebidas energéticas: una guía práctica para padres y adolescentes

20 / ¿Cómo proteger a los niños de infecciones al viajar?

23 / Comer no siempre es fácil: trastornos alimentarios en adolescentes

25 / Bronquiolitis: todo lo que los padres deben saber

27 / ¿Conoces sobre la tendencia de las “Sephora kids”?

29 / ¿Quén se considera una emergencia dental?

32 / De la cuchara a las manitas: todo sobre el baby-led weaning

34 / ¿Hasta cuándo debemos visitar al Pediatra si tenemos alguna condición médica?

36 / Nariz tapada: Entendiendo la sinusitis en los niños

38 / Más que un reflujo: Estenosis pilórica en el infante

JUNTA DE LA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Dra. Mariely Agosto Pérez, Presidenta 2024 -2026
Dr. Gerardo J. Tosca Claudio, Pasado Presidente
Dra. Nerian Ortiz Matos, Presidenta Electa
Dr. Ricardo García de Jesús, Tesorero
Dra. Tamara Riboul Flambert, Secretaria
Dra. Ángela Suárez Báez, Vocal
Dr. Enrique Carrión, Vocal
Dra. Milagros Martin de Pumarejo, Asesora
Dra. Yasmin Pedrogo Rodríguez, Asesora
Dra. Carmen I. Suárez Martínez, Asesora
Dra. Iris Cardona Genera, Asesora
Dra. Ana Medina Mateo, Asesora

JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

Nerian Ortiz, MD FAAP
Ana Medina, MD FAAP
Wilfredo De Jesús, MD FAAP

VENTAS

Diana M. Benítez

DISEÑO GRÁFICO

Aysha M. Berrios

Puerto Rico Children's Hospital



Puerto Rico Children's Hospital fortalece su Departamento de Cirugía Pediátrica con la llegada del Dr. Anwar Abdul-Hadi como nuevo director.

San Juan, Puerto Rico — 1 de octubre 2025 — El **Puerto Rico Children's Hospital,** institución líder en la atención de salud pediátrica en la isla, anunció el nombramiento del **Dr. Anwar Abdul-Hadi Martínez** como director del **Departamento de Cirugía Pediátrica,** efectivo el **1 de octubre de 2025**. Con esta designación, el hospital reafirma su compromiso de ofrecer a los niños y adolescentes de Puerto Rico el mejor cuidado quirúrgico especializado.

El Dr. Abdul-Hadi cuenta con una sólida trayectoria académica y profesional. Es "Board Certified" en cirugía general, cirugía pediátrica y obesidad (obesity medicine). Completó un **bachillerato en Biología** y su **formación en Medicina y Cirugía** en la **Universidad de Puerto Rico,** seguido por un **fellowship en Cirugía Pediátrica en el Children's Hospital of Eastern Ontario, University of Ottawa, Cánada.** Ha ejercido en prestigiosos hospitales dentro y fuera de la isla, incluyendo el **Manatí Medical Center y el Puerto Rico Children's Hospital y Nemours Children's Hospital en la Florida,** acumulando una experiencia que hoy pone al servicio de la niñez puertorriqueña.

"Es un honor y un privilegio asumir este rol y ser parte de este gran equipo. Mi misión es seguir desarrollando la calidad del cuidado de cada niño y adolescente que llegue por las puertas de nuestro Puerto Rico Children's Hospital, el hospital de los niños de Puerto Rico," expresó el Dr. Abdul-Hadi.

El Departamento de Cirugía Pediátrica del Puerto Rico Children's Hospital se distingue por reunir **al mejor equipo de especialistas en la isla,** compuesto por:

- **Dra. Marielena Bachier Rodríguez,** cirujana pediátrica
- **Dr. Aurelio Segundo Díaz,** cirujano pediátrico
- **Dr. Carlos Álvarez Allende,** cirujano pediátrico
- **Dr. Daniel Corsino,** anestesiólogo pediátrico
- **Dr. Anwar Abdul-Hadi Martínez,** cirujano pediátrico y director del Departamento

Este equipo multidisciplinario trabaja en conjunto para atender condiciones quirúrgicas complejas con la más avanzada tecnología y un enfoque centrado en el paciente y su familia.

Con esta integración de talento y liderazgo, el **Puerto Rico Children's Hospital** consolida su posición como el principal centro quirúrgico pediátrico en Puerto Rico, garantizando que cada niño reciba atención médica de excelencia, con humanidad y compromiso.

"ESTE ES Mi HOSPiTAL"

EL HOSPiTAL DE LOS NiÑOS DE PUERTO RiCO

Puerto Rico Children's Hospital



Sala de **Emergencias con Pediatras 24/7**

Grupo de **Subespecialistas Pediátricos**

Centro de Radiología e Imágenes
Puerto Rico Children's Hospital

Carr. #2 Bayamón • 787-474-8282 • childrenspr.com



Por:Jennifer Espinosa, MD
Residente de Pediatría, RCM

El embarazo es una etapa en la que la salud de la madre y el bebé es prioridad. Las vacunas son una herramienta importante en la prevención de enfermedad/es graves tanto para mamá como para bebé.

¿Por qué son importantes las vacunas en el embarazo?

- Durante el embarazo, el sistema inmunológico de la mujer cambia, lo que la hace más vulnerable a ciertas infecciones y sus complicaciones. Además, el bebé, al nacer por tener un sistema inmune tan inmaduro está a mayor riesgo de infecciones.
- Es necesario que mamá se vacune debido a esto y a que el bebé depende de la protección que le brinda la madre a través de los anticuerpos que se transfieren durante el embarazo, lo que se conoce como inmunidad pasiva.
- Al vacunarse en el embarazo aumenta protección para la madre y para el bebé de enfermedades potencialmente mortales.

Las principales vacunas recomendadas son:

Las principales vacunas que se recomiendan actualmente son COVID, Influenza, TDaP y RSV.

Las vacunas de influenza (gripe) y COVID se pueden administrar durante cualquier trimestre.

La administración de estas dos vacunas disminuye el riesgo de complicaciones graves para la madre y el bebé, entre esas complicaciones se incluye hospitalizaciones por dificultad respiratoria.

En el caso de la vacuna del TDaP(tétanos, difteria y tosferina) se recomienda en cada embarazo, entre las semanas 27 y 36.

La tosferina puede ser mortal para los recién nacidos, pero al recibir la vacuna ya el bebé va a estar protegida contra estas enfermedades mediante la inmunidad pasiva.

Debido el aumento de casos de bronquiolitis en infantes y sus complicaciones que muchas veces requieren hospitalización, se recomienda la **vacuna de RSV (virus respiratorio sincitial)**. Esta se puede administrar entre las semanas 32-36 de embarazo.

En el caso que la madre no reciba la vacuna durante el embarazo, el infante puede recibir la vacuna desde que nace, aumentando la protección contra este virus.

Estas 4, son las vacunas que se recomiendan de manera de manera estandarizada, otras vacunas, como hepatitis A, hepatitis B y meningococo, pueden ser indicadas en situaciones especiales, según el riesgo individual.

BENEFICIOS PARA LA MADRE Y EL BEBÉ

Como se ha mencionado anteriormente, vacunarse durante el embarazo aumenta la protección para la madre y el bebé de enfermedades y disminuye el riesgo a sus complicaciones, como pueden ser dificultad respiratoria, requiriendo hospitalizaciones.

De los primeros refuerzos que adquiere bebé respecto a su sistema inmunológico son los anticuerpos que fueron transferidos por la madre. Esta protección puede permanecer durante los primeros 6 meses de vida, permitiendo tiempo a bebé tener protección en lo que se cumple el tiempo para adquirir vacunas directamente y aumentar ese refuerzo.

RIESGOS DE NO VACUNAR

Influenza, COVID, tétano, difteria, tos ferina, RSV son enfermedades que pueden causar neumonía, dificultad respiratoria, hospitalizaciones e incluso muerte en especial paciente que tienen un sistema inmunológico inmaduro.

La influenza puede causar neumonía, hospitalización e incluso muerte en embarazadas.

La tosferina puede ser mortal para los recién nacidos, y el COVID-19 se asocia con mayor riesgo de parto prematuro y complicaciones. Además, la falta de vacunación puede contribuir a la propagación de estas enfermedades en la comunidad.

Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría

La Academia Americana de Pediatría recomienda que todas las embarazadas reciban la vacuna contra la influenza y COVID en cualquier trimestre y la vacuna TDaP en cada embarazo, dentro de las semanas establecidas (27-36). La vacuna de RSV recibirla dentro de las semanas 32-36 del embarazo. Estas vacunas se han demostrado que son seguras durante el embarazo y tienen más beneficios que riesgo, que pueden incluir como fiebre leve, dolor muscular, dolor de cabeza temporero.

CLAVES PARA EL BIENESTAR RESPIRATORIO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE TBCK





Por: Gabriel Román-Ríos- PHSU School of Medicine & Wilfredo De Jesús Rojas, MD, FAAP, MSc, ATFS
Pediatra y Neumólogo Pediátrico

El síndrome de TBCK es una condición genética poco frecuente que afecta múltiples sistemas del cuerpo, incluyendo el desarrollo neurológico, la fuerza muscular y la respiración.

En Puerto Rico, esta enfermedad ha cobrado una atención especial porque se ha identificado una mutación fundadora en el gen TBCK, lo que significa que la variante genética se originó en un ancestro común y se ha transmitido en varias familias de la isla.

- Este hallazgo ayuda a explicar por qué vemos más casos de TBCK en nuestra población que en otros lugares del mundo, y a la vez resalta la importancia de la detección temprana, el acompañamiento familiar y el acceso a cuidados especializados en nuestra comunidad.

¿Por qué es tan importante el cuidado respiratorio en TBCK?

En los niños con TBCK, los músculos que ayudan a respirar pueden ser débiles o no funcionar de manera coordinada. Esto puede llevar a una respiración superficial, llamada **hipoventilación,** donde el cuerpo no logra eliminar suficiente dióxido de carbono.

La hipoventilación puede causar:

- Cansancio extremo o sueño excesivo.
- Dolores de cabeza matutinos.
- Dificultad para concentrarse o responder.
- Mayor riesgo de infecciones respiratorias.

Por eso, el cuidado del pulmón debe ser un pilar en la atención diaria de los pacientes con TBCK.

Claves para el cuidado diario

1. **Visitas regulares al neumólogo pediátrico:**

   Un especialista en pulmones debe evaluar al niño cada 3–6 meses si está estable, o con mayor frecuencia si ya usa BiPAP, ventilador o tiene infecciones repetitivas.

   Estas visitas permiten ajustar tratamientos y prevenir complicaciones.

2 Estudios de sueño:

Al menos una vez al año se recomienda un estudio de sueño con monitoreo de oxígeno y dióxido de carbono.

Esto ayuda a detectar si el niño necesita soporte respiratorio nocturno como CPAP o BiPAP.

3 Vacunas:

Mantener el calendario de vacunas al día es fundamental:

- Influenza (gripe) cada año.
- Neumococo (Prevnar 13 y Pneumovax 23).
- COVID-19 con refuerzos.
- Virus sincitial respiratorio (RSV), en niños pequeños de alto riesgo.

Las vacunas reducen el riesgo de infecciones que pueden ser graves en niños con TBCK.

4 Higiene pulmonar:

Las secreciones en los pulmones pueden acumularse con facilidad. Para prevenir complicaciones se recomienda:

- Fisioterapia respiratoria con técnicas de percusión y vibración.
- Ejercicios de respiración profunda y drenaje postural.
- Uso de dispositivos como el asistente de tos, que ayuda a eliminar secreciones cuando el niño no puede hacerlo solo.
- Evitar jarabes antitusivos, ya que la tos es necesaria para limpiar los pulmones.

5 Nutrición adecuada:

La alimentación influye directamente en la fuerza muscular. Una nutrición pobre puede debilitar aún más los músculos respiratorios.

Los niños con dificultades para comer pueden requerir suplementos o apoyo especializado para asegurar suficiente energía y proteínas.

6 Ambiente saludable

- Mantener la casa libre de humo y contaminantes.
- Lavarse las manos con frecuencia para prevenir contagios.
- Evitar la exposición a personas con gripe o resfriado.

CUIDADOS RESPIRATORIOS EN CASA

Los padres y cuidadores pueden marcar la diferencia día a día:

- Aprendan a reconocer **signos de alarma**: respiración rápida o dificultosa, color azulado en labios o uñas, somnolencia inusual, tos persistente.
- Tengan siempre un **plan de emergencia** con el médico.
- Reciban entrenamiento en el uso y cuidado de dispositivos como BiPAP, CPAP o asistente de tos.
- Registren los cambios en el sueño, color de secreciones, apetito o energía del niño, ya que muchas veces son las primeras señales de un problema respiratorio.
- Utilizando técnicas asépticas para el cuidado de vías aéreas artificiales, como las traqueostomías, en el caso de que el niño haga uso de una.
- Haciendo uso de guantes limpios y catéteres de succión desechables, evitando su reutilización, en el caso del niño requerir succión orofaringeal o a través de una vía aérea artificial.

El valor del cuidado en equipo

El síndrome de TBCK requiere un enfoque **multidisciplinario.** Además del neumólogo, el niño puede necesitar neurólogo, cardiólogo, nutricionista, ortopeda y fisioterapeuta. Todos juntos trabajan para mantener al paciente en las mejores condiciones posibles.

MIRANDO AL FUTURO

Aunque el TBCK es un reto grande, los avances médicos y la investigación ofrecen esperanza. Con cuidados respiratorios adecuados, revisiones médicas regulares y un equipo de salud comprometido, los niños pueden mejorar su calidad de vida y mantenerse más estables.

El compromiso diario de los padres y cuidadores es esencial: cada vacuna, cada ejercicio de limpieza pulmonar, cada noche con BiPAP cuenta. Estas pequeñas acciones son las que construyen un gran impacto en el bienestar respiratorio de los niños con síndrome de TBCK.

Para más información sobre TBCK en Puerto Rico, pueden accesar:

www.tbckfoundation.org/es/Paginas/Exercise-and-Asthma.aspx

o escanear el código QR.

LOS TERRIBLES DOS: EL DESARROLLO A LOS 24 MESES



Por: Gabriela A. Rosario Reguero, MD
Departamento de Pediatrìa RCM

El niño de dos años es enérgico, alegre y desafiante. A esta edad, exploran el mundo con una mezcla de emoción y frustración.



Sus emociones pueden parecer una montaña rusa, pasando rápidamente de la alegría y la felicidad al miedo, la ira y las rabietas.

El desarrollo del niño a los dos años se manifiesta día a día y requiere apoyo constante de sus padres o cuidadores, pero sobre todo mucha paciencia.

Conocer cómo se desarrolla un niño a esta edad es fundamental por varias razones:

- ☑ Ayuda a los adultos a interpretar correctamente sus conductas y a identificar cuándo algo no está bien.
- ☑ Fomenta el aprendizaje y ofrece experiencias que estimulan su desarrollo.
- ☑ Permite brindar un apoyo emocional adecuado, comprendiendo sus emociones intensas y ofreciéndole herramientas para manejarlas.
- ☑ Facilita la detección temprana de dificultades en su crecimiento, lo que facilita una intervención temprana con mejores resultados a largo plazo.

El desarrollo a esta edad se divide en varias áreas: motor grueso, motor fino, socioemocional y lenguaje.

MOTOR GRUESO:
ya debe caminar solo y sin ayuda. Además, puede patear una pelota, brincar usando ambos pies, correr con coordinación, subir y bajar escaleras con apoyo y treparse a los muebles sin ayuda.

MOTOR FINO:
el niño puede pasar las páginas de un libro, usar sus manos para girar objetos como perillas de puertas, juguetes o tapas, construir torres de cuatro bloques o más, y hacer garabatos.

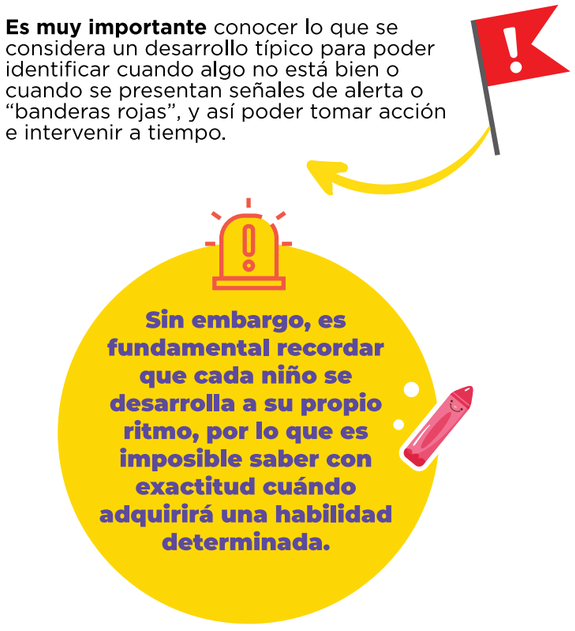
ASPECTO SOCIOEMOCIONAL:

el niño suele jugar al lado de otros niños, lo que se conoce como juego paralelo, disfrutando de la compañía de otros niños pero sin compartir sus juguetes. Puede quitarse algunas piezas de ropa, imitar el comportamiento de adultos y niños mayores, y comenzar a mostrar conductas desafiantes, como usar la palabra “no” para todo.

LENGUAJE:

los niños pueden utilizar alrededor de 50 palabras y combinar dos palabras en frases u oraciones cortas. Su lenguaje es comprensible en un 50% para personas que no los conocen, pueden seguir comandos de dos pasos, por ejemplo: “trae los zapatos”, nombrar al menos cinco partes del cuerpo y repetir palabras que escuchan en conversaciones.

Es muy importante conocer lo que se considera un desarrollo típico para poder identificar cuando algo no está bien o cuando se presentan señales de alerta o “banderas rojas”, y así poder tomar acción e intervenir a tiempo.





No hay que alarmarse si el desarrollo sigue un curso un poco diferente, pero sí es bien importante consultar con el pediatra si el niño presenta alguno de los siguientes signos para esta edad:

- no puede caminar a los 18 meses
- no desarrolla un patrón de caminar normal después de varios meses de caminar o camina exclusivamente de puntillas
- no dice al menos 15 palabras a los 18 meses
- no utiliza frases de dos palabras a los 2 años
- no imita acciones o palabras al final de este período, o no sigue instrucciones simples a los dos años.

La visita al pediatra es indispensable, ya que es el profesional capacitado para evaluar el desarrollo del niño en cada etapa, durante las visitas de rutina, e identificar junto con los padres si algo no anda bien.

- En cada consulta, usted tendrá la oportunidad de expresar sus preocupaciones, y el pediatra hará una serie de preguntas para evaluar cómo va el desarrollo del niño.
- En caso de detectar algo fuera de lo esperado, el niño puede requerir evaluaciones adicionales para descartar condiciones neurológicas, genéticas o problemas sensoriales como falta de visión o audición.
- Además, podría ser necesario contar con terapias especializadas, ya sean físicas, del habla u ocupacionales.
- Estas evaluaciones e intervenciones tienen como objetivo que el niño alcance su desarrollo adecuadamente, y viva una vida saludable.

Una intervención temprana suele tener mejores resultados a largo plazo.



Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría en cuanto al desarrollo infantil incluyen escuchar y respetar a los niños, elogiarlos cuando hagan lo que se les pide, ayudarlos a hablar sobre sus sentimientos y observar cómo reaccionan frente a personas o situaciones nuevas. También es fundamental hablarles, cantarles, leerles y explorar el mundo junto a ellos.

Es importante limitar el uso de dispositivos electrónicos como televisores, tabletas y teléfonos a no más de una hora diaria, y estimular el juego activo por encima del uso de electrónicos.

Hablar sobre lo que ven y oyen juntos, pedirles que señalen objetos o hagan sonidos de animales, o que terminen partes de una historia, son actividades que fomentan su desarrollo del lenguaje.

- **Respecto a seguridad,** se recomienda que se aseguren que el asiento de seguridad del automóvil esté colocado mirando hacia atrás hasta que el niño alcance el peso o la altura máxima permitida por el fabricante.
- Después de eso, se debe colocar en la posición hacia adelante.
- Nunca debe dejarse al niño solo en la casa o el patio sin la supervisión de un adulto responsable.
- Además, es importante que use casco adecuado cuando monte bicicletas o triciclos.
- Las piscinas deben estar protegidas con una verja de al menos cuatro pies de altura, y nunca se debe dejar al niño sin supervisión cerca de cualquier cuerpo de agua.
- A esta edad los niños comienzan a explorar mucho, por lo que es fundamental protegerlos del entorno y prevenir accidentes evitables.

COMO PADRES,

es fundamental que también tomen tiempo para ustedes mismos, mantengan el contacto con sus amistades, seres queridos, y dediquen tiempo a actividades familiares.

Enseñar a los hijos a través del buen ejemplo, aceptar ayuda de familiares y amigos, y recordar que están haciendo lo mejor que pueden, es fundamental para el bienestar tanto de los niños como de la familia en general.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, PUEDE ACCESAR:

American Academy of Pediatrics. Logros importantes del desarrollo: niños de 2 años de edad. HealthyChildren.org.

American Academy of Pediatrics. Información para padres: visita del niño de 2 años. Bright Futures.

Revisado por Nerian Ortiz MD, FAAP

Malformaciones de pies en infantes



Por: Edwin Portalatín Pérez, MD
Ortopeda Pediátrico
Clínica de Ortopedia del Oeste

El pies de un infante durante su desarrollo normal es flexible y no doloroso, independiente de la postura en descanso que adopte el infante. En algunas ocasiones, el niño nace con malformaciones o desviaciones de la forma normal del pie.

Las malformaciones más comunes son: pie corino, metatarso aducto y polidactilia.

El examen físico por parte del pediatra y el ortopeda pediátrico, por ejemplo, es suficiente para diagnosticar la mayoría de la malformaciones en los pies de los infantes.

El pie corino es una deformidad rígida del pie hacia dentro y abajo que no se puede corregir pasivamente.



En metatarso aducto el antepiés mira hacia dentro y esta es usualmente flexible.



Por último, **polidactilia** es la presencia de un dedo extra en pie.



Factores de riesgo

Por lo general, la causa de las malformaciones en los pies no es conocida.

- **En pies corino** se ha descrito una asociación con algunos genes, sin embargo, la mayoría sigue siendo clasificados como idiopáticos o que no conocemos la razón.
- **Metatarso aducto** se entiende que es causada por una posición dentro de la barriga de mamá que provoca una posición anormal del antepié.
- **La polidactilia** en gran parte es causada por mutaciones genéticas y en las familias del paciente usualmente hay más de una generación afectada.

Signos y síntomas

A temprana edad la mayoría de estas malformaciones son asintomáticos.

Sin embargo, todas son evidentes a simple vista al compararse con un pie normal.

Con el uso de ultrasonido durante el embarazo de mamá, hoy día muchas de estas malformaciones se pueden detectar dentro del útero y esto permite un referido temprano al ortopeda para orientación y educación sobre la condición.



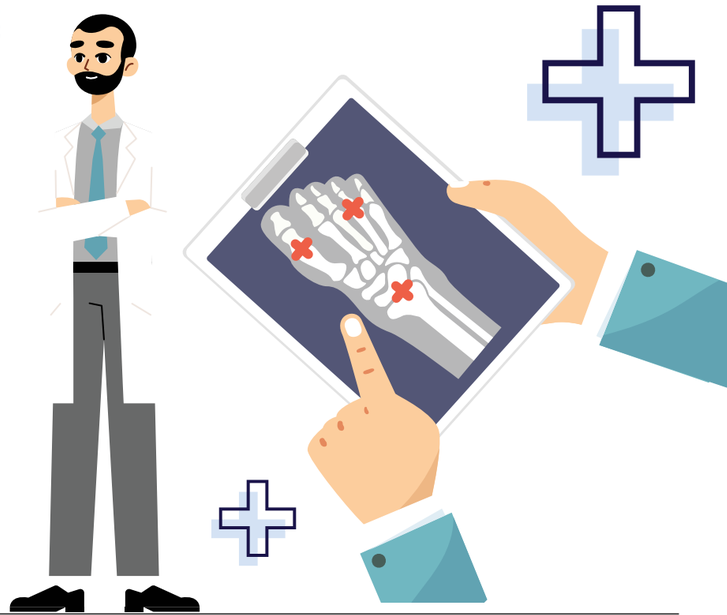
Evaluación y manejo

- En el momento que se identifica una malformación en el pie del infante es importante hacer un referido al ortopeda pediátrico.
- El manejo recomendado para trabajar estas malformaciones depende de la magnitud de la deformidad, área afectada y rigidez del pie.
- Por lo general, **aquellas malformaciones que comprometen la flexibilidad del pies deben ser tratadas con mayor prontitud ya que están asociadas a mejor funcionamiento del paciente en el futuro.**

CONSEJO A LOS PADRES

La identificación temprana de las malformaciones de los pies en infantes es la clave para obtener los mejores resultados en el tratamiento.

Consulte con su ortopeda pediátrico sobre la posibilidad de una evaluación y posibles planes de tratamiento.

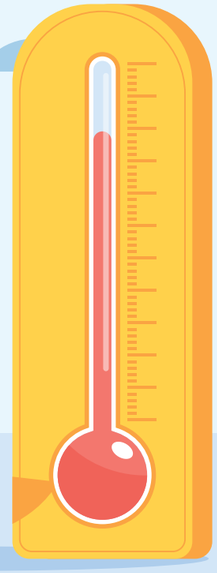


Referencias:
Mange, Tyler R. MD; Bram, Joshua T. MD; Scher, David M. MD; Doyle, Shevaun M. MD. Idiopathic Talipes Equinovarus: Current Concepts. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons ():10.5435/JAAOS-D-25-00347, July 11, 2025. | DOI: 10.5435/JAAOS-D-25-00347

PROTÉGELOS SIEMPRE DE LAS ALTAS TEMPERATURAS EN EL INTERIOR DE UN VEHÍCULO




Por: Virna M. Nazario Ayala, MD
& Mariely Agosto Pérez, MD, FAAP
Puerto Rico Children's Hospital &
Presidenta Sociedad Puertorriqueña de Pediatría



En Puerto Rico el carro es un medio de uso cotidiano. Sin embargo, pocos padres se detienen a pensar en lo que ocurre cuando un vehículo queda cerrado bajo el sol, incluso por un periodo corto de tiempo.

El calor dentro del carro aumenta de forma peligrosa y mucho más rápido de lo que la mayoría imagina.

¿POR QUÉ LOS NIÑOS SON MÁS VULNERABLES?

El cuerpo de los niños no regula el calor de la misma manera que el de los adultos. Por lo tanto, **un niño puede calentarse de 3 a 5 veces más rápido que un adulto.**

En situaciones de calor extremo, su temperatura corporal puede elevarse peligrosamente en minutos, llevando a daño irreversible en órganos vitales como el cerebro, los riñones y el corazón.

Investigaciones muestran que la temperatura interior puede subir **20 °F (11 °C) en apenas 10 minutos,** y en menos de una hora alcanzar niveles que amenazan la vida. Este fenómeno ocurre aunque las ventanas estén entreabiertas o el clima parezca "fresco".

Ejemplo: con una temperatura exterior de 90 °F (32 °C), el interior del carro puede sobrepasar los 110 °F (43 °C) en menos de 15 minutos. A 120 °F (49 °C), un niño pequeño puede sufrir un golpe de calor en cuestión de minutos.



EL GOLPE DE CALOR (HEATSTROKE)

- Ocurre cuando la temperatura corporal sobrepasa los 104 °F (40 °C).
- Además de deshidratación severa y convulsiones, el golpe de calor puede dejar secuelas neurológicas permanentes y hasta causar la muerte.
- Algunos signos y síntomas de alarma son la respiración rápida o jadeo, piel roja, caliente y seca (puede no haber sudor), somnolencia, irritabilidad o confusión, mareos o pérdida de conocimiento y convulsiones.

Es importante recalcar que esta situación es una emergencia médica. Si un niño presenta estos síntomas tras haber estado en un carro caliente, se debe llamar al 9-1-1 de inmediato y comenzar la hidratación, enfriarlo con paños húmedos y aire fresco mientras llega la ayuda.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ofrece unas guías claras para prevenir estas tragedias. Entre sus recomendaciones más importantes se encuentran:

- Revisar siempre el asiento trasero antes de cerrar el carro (Look before you lock).
- Mantener los carros cerrados con seguro cuando no estén en uso para evitar que los niños entren a jugar.
- No confiar en dejar las ventanas entreabiertas, ya que no previenen el aumento de temperatura.
- Educar a familiares, abuelos y cuidadores para que todos conozcan este riesgo.
- No dejar nunca a un niño bajo el cuidado de un hermano mayor dentro del carro. Recordar que ni un minuto es seguro: un descuido breve puede ser fatal.

Aunque pueda sonar increíble, olvidar a un niño en el asiento trasero le puede ocurrir a cualquier padre o madre. El cansancio, el estrés, los cambios en la rutina o la prisa hacen que la memoria falle. Por eso, se recomienda adoptar estrategias concretas:

1. Colocar la cartera, celular, identificación o maletín de trabajo en el asiento trasero, junto al niño.
2. Usar alarmas en el teléfono o aplicaciones móviles diseñadas para recordar revisar el carro.
3. Activar las alertas de seguridad que algunos autos modernos ya incluyen (sensores de asiento trasero).
4. Establecer un sistema con el cuido o escuela para que llamen si el niño no llega a la hora prevista.
5. Pedir a la pareja, familiares o cuidadores que envíen un mensaje de confirmación cuando entreguen o recojan al niño.



Las muertes y hospitalizaciones infantiles por golpe de calor en autos son totalmente prevenibles, pero cada año ocurren casos en EE. UU. y Puerto Rico que evidencian la vulnerabilidad de esta población.

La seguridad de los niños no depende de la suerte, sino de la conciencia, la educación y la prevención. Crear hábitos sencillos, compartir la información con la familia y estar siempre atentos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Para más información puede accesar:

- *Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Infants and children: Risk factors for heat-related illness.*
- *HealthyChildren.org. (2025, 22 de abril). Prevent Child Deaths in Hot Cars.*
- *"Children left in cars can die of heatstroke". (2015). AAP News, 36(8), 33.*



LO QUE HAY DETRÁS DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS:

una guía práctica para padres y adolescentes



Por: Bryan J Calderín Barreto, MD
& Mariely Agosto Perez, MD
Pediatría General
Puerto Rico Children's Hospital

¿QUÉ SON LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS?

Las bebidas energéticas son productos con altas dosis de cafeína, azúcar y aditivos como guaraná o taurina. A diferencia de las bebidas deportivas, no hidratan, sino que se promocionan como un impulso extra de energía o rendimiento. Algunas contienen más cafeína que un café expreso o incluso que ciertos medicamentos estimulantes regulados.

¿POR QUÉ LOS JÓVENES LAS CONSUMEN?

Los adolescentes son grandes consumidores: entre el **30% y el 50% de los jóvenes** han reportado tomarlas, y en algunas escuelas secundarias de USA hasta un **12% de las máquinas expendedoras o tiendas escolares las ofrecen.**

LOS PRINCIPALES MOTIVOS INCLUYEN:

- Mantenerse despiertos para estudiar, jugar videojuegos o usar redes sociales.
- Buscar un impulso de concentración o rendimiento deportivo.
- Imitar a sus compañeros o por presión social.
- En algunos casos, mezclarlas con alcohol en fiestas, lo que multiplica los riesgos.
- Sentir el "subidón" o la euforia que anuncian las campañas publicitarias.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL CONSUMO



El consumo frecuente de estas bebidas se asocia a múltiples efectos negativos:

Cardiovasculares

- Taquicardia, palpitaciones y aumento de la presión arterial.
- En casos extremos, arritmias graves y visitas a salas de emergencia.

Neurológicos y emocionales

- Ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, hiperactividad e impulsividad.
- Dificultades de atención y problemas escolares.

Sueño

- Insomnio y dificultad para conciliar el sueño.
- Alteraciones en el descanso que llevan a fatiga diurna y bajo rendimiento académico.

Metabólicos y digestivos

- Exceso de azúcar: dos o tres latas pueden aportar hasta **120–180 mg** de azúcar, lo que equivale a **4–6 veces el límite diario recomendado.**
- Esto aumenta el riesgo de **obesidad, caries, diabetes tipo 2 y enfermedad del hígado graso.**

Interacciones y riesgos adicionales

- Posibles interacciones con medicamentos como estimulantes, antidepresivos o antipsicóticos.
- Síntomas de abstinencia o dependencia leve a la cafeína.
- Mezcladas con alcohol, pueden enmascarar la embriaguez, llevando a consumos excesivos y conductas de riesgo.

¿EXISTEN BENEFICIOS?

Algunos estudios mencionan que las bebidas energéticas pueden generar un **aumento temporal en la alerta, la atención o el rendimiento físico, sobre todo en adultos.** Sin embargo:

- Estos beneficios son de corta duración.
- Los riesgos en adolescentes superan ampliamente esos posibles efectos positivos.
- Los aditivos como guaraná, taurina o ginseng no están regulados y no se conocen bien sus efectos a largo plazo.



RECOMENDACIONES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA (AAP)

La Academia Americana de Pediatría ha sido clara en sus pronunciamientos:

- **Las bebidas energéticas no son apropiadas para niños ni adolescentes y no deben ser consumidas.**
- La cantidad de cafeína y otros aditivos no está regulada y puede causar efectos dañinos.
- Los pediatras deben preguntar sobre el consumo de estas bebidas en la consulta y orientar sobre sus riesgos.

Se recomienda fomentar hábitos más saludables para los adolescentes:

- Dormir temprano y suficientes horas.
- Mantener una alimentación balanceada.
- Realizar ejercicio diario.
- Beber agua o leche en lugar de productos con cafeína.

CONCLUSIÓN

- **Las bebidas energéticas ofrecen más riesgos que beneficios en adolescentes debido a su alto contenido de cafeína, azúcar y aditivos no regulados.**
- **La Academia Americana de Pediatría recomienda evitarlas, promoviendo en su lugar hábitos saludables como buena alimentación, ejercicio y descanso.**

Referencias:
Seifert SM, Schaechter JL, Hershorin ER, Lipshultz SE. Health Effects of Energy Drinks on Children, Adolescents, and Young Adults. Pediatrics. 2011;127(3):511-
American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness. Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate? Pediatrics. 2011;127(6):1182–1189. doi:10.1542/peds.2011-0965
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Energy Drinks and Youth.

¿CÓMO PROTEGER A LOS NIÑOS DE INFECCIONES AL VIAJAR?




Por: Lorena N. Brito Sánchez, MD
Residente de Medicina Interna/Pediatría
& Sanet Torres Torres, MD, FAAP
Infectóloga pediátrica
Departamento de Pediatría, UPR-RCM

Viajar a diferentes destinos suele ser una experiencia muy emocionante y llena de aventuras enriquecedoras para el desarrollo de todo niño, sin embargo esto puede incurrir en ciertos riesgos a la salud.

Durante los viajes, especialmente a destinos internacionales o zonas rurales, los niños pueden estar expuestos a diferentes enfermedades que no son comunes en su entorno habitual. Es importante conocer los posibles patógenos y estar preparados con todas las herramientas antes de viajar a otros destinos.

Señales de alerta en los niños

Es normal que los niños se cansen o se sientan diferentes durante el viaje, pero hay síntomas que no debemos ignorar:

- Fiebre persistente que no mejora.
- Diarrea o vómitos que duran más de un día, particularmente si tienen sangre.
- Tos fuerte, silbidos o dificultad para respirar. Manchas o ronchas en la piel que se extienden rápido.
- Irritabilidad fuera de lo normal o agotamiento extremo.
- Poca orina, boca seca, ojos hundidos, o llanto seco.

SI NOTAS ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS, LO MÁS SEGURO ES BUSCAR AYUDA MÉDICA LO ANTES POSIBLE.



Las infecciones más comunes entre los viajeros son:

Diarrea del viajero:
Es la infección más común en viajes, especialmente si es internacional.

- Los síntomas más comunes son: diarrea líquida, fiebre, dolor de estómago, fatiga, naúseas y/o vómitos.

Infecciones respiratorias "gripe o resfriados":
Los virus y bacterias que causan infecciones respiratorias se transmiten con facilidad en lugares cerrados, en aviones o en espacios concurridos.

- Suelen provocar tos (seca o con flema), congestión nasal, secreciones por la nariz, dolor de garganta, fatiga, dolor de cabeza y/o dolores musculares.
- En casos más graves, se puede ver, dificultad para respirar, silbidos al inhalar y/o respiración más rápida o agitada. En este caso, debe acudir al hospital rápidamente.

Infecciones transmitidas por vectores, como mosquitos, moscasu otros insectos: En destinos tropicales o con clima cálido, las picaduras de mosquitos o contacto con agua contaminada pueden provocar problemas de piel o enfermedades transmitidas por insectos.

- Síntomas a vigilar: enrojecimiento, hinchazón o calor alrededor de una picadura, ronchas o erupciones que se expanden, fiebre o malestar general junto con las erupciones.
- Enfermedades como dengue, Chikunguya o zika pueden comenzar con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor detrás de los ojos o erupción en la piel.





MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

- Lave sus manos frecuentemente para prevenir infecciones por contacto.
- No consuma alimentos vendidos en la calle o si son servidos en condiciones poco higiénicas.
- Evita consumir carne cruda o poco cocida, así como las frutas y verduras crudas.
- Solo bebe agua proveniente de fuentes tratadas.
- Es importante que averigue con su médico si su niño está al día con las vacunas o si necesita alguna otra vacuna o medicamento preventivo de acuerdo al lugar/región a visitar (ejemplo: vacuna de fiebre amarilla o medicamento de prevenció de malaria).
- Utiliza protección ante los mosquitos en países donde sean prevalentes condiciones transmitidas por mosquitos como la Malaria, el Zika, elChikungunya y el Dengue.
- Haz que tu niño use camisas de algodón de manga larga y pantalones largos.
- Aplica replente que contenga DEET (dietiltoluamida) sobre la piel expuesta.





ANTES DEL VIAJE:

Consulta a tu pediatra antes de viajar

- Idealmente 4-6 semanas antes. Ten siempre a mano el número del pediatra y copias de su plan médico.
- Evaluar si el paciente se beneficia de alguna vacuna preventina o de rutina.
- Asistir a una clinica del viajero de ser necesario

Botiquín

- Lleva un botiquín con lo básico: termómetro, medicamentos para fiebre y dolor, repelente y curitas.

Seguro de viaje

- De ser necesario, obtenga un seguro de viaje por cualquier situación en la que su niño requiera atención médica de urgencia o emergencia.



CON UN POCO DE PREPARACIÓN, LAS VACACIONES PUEDEN SER UNA EXPERIENCIA DIVERTIDA, SEGURA Y LLENA DE BUENOS RECUERDOS PARA TODA LA FAMILIA.

Referencias:

-American Academy of Pediatrics. (2024). Traveling abroad with children: What parents should know. HealthyChildren.org. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Travel-Safety.aspx

-Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Definition of symptoms and reportable illnesses. https://www.cdc.gov/port-health/php/definitions-symptoms-reportable-illness/index.html

-Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Travelers' health: General travel advice. U.S. Department of Health and Human Services. https://wwwnc.cdc.gov/travel

-American Academy of Pediatrics. (2024). International travel. In Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases (32nd ed.). Itasca, IL: American Academy of Pediatrics.



COMER NO SIEMPRE ES FÁCIL: TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES



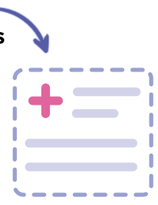
Por: Carlos Meléndez García, MD, MS, FAAP
Fellow Medicina de Adolescente
Boston Children's Hospital

¿Qué son los trastornos alimentarios y qué los causa?

Los trastornos alimentarios son un grupo de trastornos mentales incluyendo Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Trastorno por atracón y otros más recientes como el Trastorno de alimentación restrictivo o selectivo.[1]

Históricamente, estos trastornos se han asociado con adolescentes del sexo femenino y de raza Blanca. Sin embargo, en los últimos años muchos estudios se han enfocado en explorar cómo estos trastornos afectan a la comunidad Latina y al sexo masculino.[2]

Por ejemplo, múltiples estudios han demostrado alta prevalencia del Trastorno por Atracón en adolescentes Latinos en comparación con otros grupos minoritarios.



Se estima que cerca de un 22% de los adolescentes a nivel mundial tienen algún tipo de trastorno alimentario.[3] Más aún, están asociados a una alta tasa de mortalidad haciéndolos uno de los trastornos psiquiátricos más peligrosos, pero también tratables con detección temprana y apoyo especializado.

Estos trastornos usualmente comienzan en la adolescencia[4] y rara la vez encontramos una sola causa para el desarrollo de estos trastornos.

Múltiples estudios han demostrado que los adolescentes con otros trastornos mentales como ansiedad, depresión, entre otros están a mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.[5] Igualmente, a pesar de tener un componente genético y estar asociados a experiencias de traumas, gran parte de los casos tienden a aparecer sin dicho historial.

A pesar de no poder establecer una causa, el reconocer, evaluar y manejar estos trastornos es imprescindible para disminuir las complicaciones asociadas a ellos.

¿Cuáles son los síntomas y presentaciones de los trastornos alimentarios?

La presentación de estos trastornos puede ser variada y difícil de diferenciar de algunas condiciones gastrointestinales.

LOS SINTOMAS INCLUYEN:

preocupación excesiva por la imagen corporal, miedo intenso a ganar peso, alimentación restrictiva (una comida al día o días en los que no comen) o episodios de atracones (ingieren mucha comida en poco tiempo), problemas gastrointestinales (estreñimiento, dolor abdominal, náusea), cambios rápidos y marcados en el peso, y conductas compensatorias, como purgas (el inducirse el vómito) o ejercicio excesivo.[6]



En adición a estos, algunos adolescentes con Anorexia utilizan medicamentos como diuréticos o laxantes con el fin de perder peso y suelen estar en un índice de masa corporal (BMI por sus siglas en inglés) que les categoriza como “bajo peso”.

En cambio, las personas con Bulimia suelen tener un BMI “normal” o “elevado” acompañado de comportamientos compensatorios como purgarse o sobreejercitarse para perder peso.

Estos comportamientos llevan al adolescente a un estado de malnutrición severa y complicaciones asociadas como disminución en el ritmo cardiaco, presión arterial baja, pérdida del ciclo menstrual en las adolescentes con úteros, fatiga o cansancio excesivo, episodios de síncope, daño al hígado, e incluso la muerte.[7,8] Por tal razón deben ser atendidos con rapidez.

¿Qué hacer si sospecho que mi hijo/a/e tiene un trastorno alimentario?

A pesar de ser un trastorno psiquiátrico, la evaluación y manejo de estos debe ser una multidisciplinaria en donde se atienda tanto los pensamientos y comportamientos asociados al trastorno como las complicaciones médicas asociadas a él.[7] Este equipo debe incluir su pediatra, médico especialista en adolescentes, profesional de la salud mental y nutricionista o dietista.

1. El primer paso que debe hacer si sospecha que su hijo/a/e tiene un trastorno alimenticio es comunicarse con su pediatra. Su pediatra evaluará el peso, los signos vitales y solicitará análisis de sangre para descartar otras causas médicas y evaluar el impacto del trastorno en la vida del adolescente.
2. Luego su pediatra le conectará con un especialista en salud mental, nutricionista y el especialista en medicina adolescente.
3. El especialista en salud mental se enfocará en trabajar el aspecto psiquiátrico de la condición, como son los pensamientos asociados a la imagen corporal, la ansiedad asociada al ganar de peso, la relación con la comida y cualquier otro componente de la salud mental del paciente.
4. **En los comienzos del tratamiento la meta será restaurar peso, por lo cual es imprescindible trabajar mano a mano con expertos en nutrición.**
5. **El dietista ayudará a modificar el plan nutricional a través del tratamiento proveyendo la nutrición necesaria para restaurar el peso al mismo tiempo que promueve el desarrollo del adolescente.** Así mismo, los dietistas están entrenados en consejería de nutrición, que es fundamental en el tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con trastorno de alimentación restrictivo o selectivo se benefician de consejería nutricional relacionada con la exposición a diferentes comidas para poder llegar a una dieta regular.

Finalmente, un pediatra con especialidad en medicina de adolescentes recibe entrenamiento especializado para trabajar con niños y adolescentes con trastornos alimentarios.



Su trabajo consistirá de la evaluación y manejo a largo plazo del trastorno incluyendo medicamentos para apoyar el apetito, controlar impulsos asociados a trastornos de atracones, medicamentos psiquiátricos y de no haber mejora en el ámbito ambulatorio, es quien recomendará y manejará la admisión al hospital para lograr la rehabilitación nutricional. Adicionalmente, está entrenado en el lenguaje que se debe utilizar para evitar estigmatizar a los pacientes con trastornos y promover una recuperación enfocada en el paciente.

Este enfoque multidisciplinario junto con el apoyo familiar fomenta la recuperación rápida del adolescente.

Referencias:

1. Nagata JM, Brown TA, Murray SB, Lavender JM. Eating Disorders in Boys and Men. 1 ed. Springer Cham; 2021:XVII, 346:chap 229-251.
2.Cordero C, Pulgaron ER, Marchante-Hoffman AN, et al. Body image and disordered eating behaviors in Hispanic/Latino Youth: Findings from the Hispanic Community Health Study/Study of Latino Youth. Appetite. Aug 1 2022;175:106079. doi:10.1016/j.appet.2022.106079
3.López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. Apr 1 2023;177(4):363-372. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.5848
4.Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? Psychiatry Res. Apr 30 2016;238:225-227. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.048
5.Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M, Meng XL, Striegel-Moore R. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. Int J Eat Disord. Nov 2007;40 Suppl(Suppl):S15-21. doi:10.1002/eat.20406
6.Bern EM, O'Brien RF. Is it an eating disorder, gastrointestinal disorder, or both? Curr Opin Pediatr. Aug 2013;25(4):463-70. doi:10.1097/MOP.0b013e328362d1ad
7.Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Oct 2019;28(4):593-615. doi:10.1016/j.chc.2019.05.009
8.van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Curr Opin Psychiatry. Nov 2020;33(6):521-527. doi:10.1097/yco.0000000000000641

BRONQUIOLITIS:

TODO LO QUE LOS PADRES DEBEN SABER



Por: Ana L. Medina Mateo, MD, FAAP
Pediatra y Asesora
Sociedad Puertorriqueña de Pediatría



Bronquiolitis es una infección respiratoria común. Los tubos respiratorios inferiores pequeños de los pulmones (bronquiolos) se inflaman y ésto bloquea el flujo de aire através de los pulmones. Por tal motivo, dificulta el respirar. Ocurre mas frecuentemente en los infantes porque las vias aéreas son pequeñas y se bloquean mas fácilmente que en niños mayores.

Bronquiolitis es causado por diferentes viruses respiratorios. El **Virus Respiratorio Sincitial (VRS)** es el que más comunmente causa bronquiolitis.

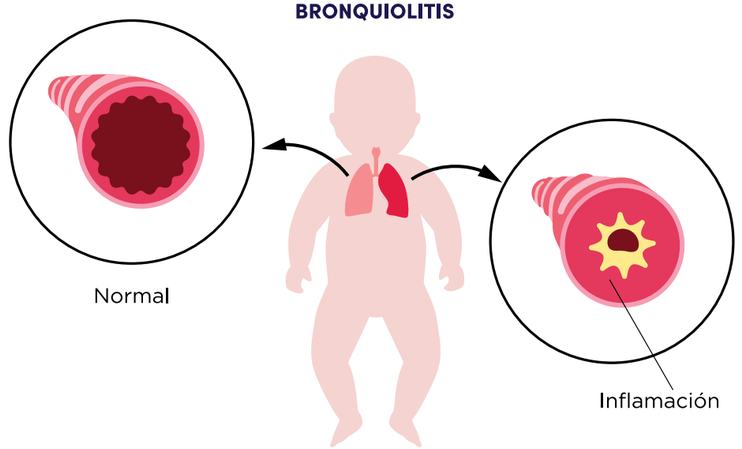
Casi todos los niños contraen el VRS antes de los 2 años de edad y es la causa más común de hospitalización en menores de 1 año. Las infecciones repetidas pueden ocurrir durante toda la vida y a cualquier edad. Los infantes <6 meses y los adultos mayores y personas debilitadas tienen mayor riesgo de enfermedad grave.

VRS es transmitido por el contacto con gotas respiratorias infectadas (saliva o moco) que se producen mayormente cuando una persona tose o estornuda.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE BRONQUIOLITIS?

- **En niños mayores,** infección por con VRS se comporta como un catarro o resfriado.
- **En los infantes,** hay más manifestaciones: frecuentemente comienza con signos de catarro, como fiebre, congestion nasal, secreciones nasales, tos leve, irritabilidad, falta de apetito, estornudos. Luego de 1-2 días la tos puede empeorar y el infante puede presentar pitos a la auscultación, dificultad al respirar y respiraciones rápidas. El niño se puede deshidratar por tener dificultad para ingerir alimentos.
- **Los síntomas de la bronquiolitis pueden ser peores entre los días 3 y 5 de la enfermedad.**
- Los síntomas suelen durar 7-14 días.

BRONQUIOLITIS





¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS?

El tratamiento consiste en aliviar los síntomas ya que no hay un medicamento específico.

- Se reduce la fiebre con acetaminofén.
- Se puede aliviar la congestión nasal con gotas nasales de normal salina y aspirar las secreciones nasales con una perilla de succión.
- Se debe evitar la deshidratación, manteniendo al infante con suficientes fluidos orales como líquidos claros y leche.
- **El tratamiento para bronquiolitis puede ser en el hogar,** pero si el niño presenta signos de deshidratación, orina poco, tiene dificultad respiratoria o no tolera por boca y se le reduce su apetito, hay indicación de llevar al paciente de inmediato a Sala de Emergencia para evaluación y tratamiento hospitalario.



PREVENCIÓN DE VRS:

Medidas básicas de higiene, como lavado de manos, limpiar superficies, no estar cerca ni usar utensilios ni vasos de personas enfermas con cuadros respiratorios son esenciales para prevenir VRS.

La inmunización para proteger contra RSV ha sido un gran adelanto en la medicina y están disponibles en Puerto Rico:

1. **Tres vacunas mayormentecpara adultos mayores:** *Arexvy, Abrysvo y mResvia*
2. **Abrysvo:** Para embarazadas entre 32-36 semanas de gestación; esta vacuna protege a los bebés que nacen en la temporada de VRS a través de anticuerpos que produce la mamá y le pasa al bebé por nacer a través de la placenta
3. **Anticuerpos monoclonales:** Se le pone uno de los anticuerpos monoclonales: ***nirsevimab o clesrovimab***
   - ***nirsevimab(Beyfortus):*** Se le pone una dosis al bebé de forma intramuscular desde que nace hasta los 8 meses de edad. Se le pone este medicamento en su primera temporada de VRS. En Puerto Rico esta temporada es desde agosto de un año hasta marzo del próximo año inclusive. Algunos bebés entre 8-19 meses de edad podrían también recibir este medicamento en consulta con su pediatra.
   - ***clesrovimab (Enflonsia):*** Se le pone una dosis al bebé, intramuscular, desde que nace hasta < 13 meses de edad; en su primera temporada de VRS.

CONSULTE A SU PEDIATRA, EL MEJOR ALIADO DE SU HIJO, PARA CUALQUIER DUDA SOBRE LA BRONQUIOLITIS Y LAS VACUNAS DE VRS.

¿Conoces sobre la tendencia de las "Sephora kids"?





Por:Bianca C. Rodríguez Martínez, MD
María C. Córdova Candamo, MD
Pediatría General

En los últimos años, particularmente luego de la pandemia, se ha observado un alza en el uso de las redes sociales tales como Instagram y *TikTok*, no tan solo en los adultos, sino que también en la población pediátrica. Esto ha llevado a que los jóvenes adopten ciertas tendencias que se observan en el contenido diario de las redes, tales como las rutinas extensas de cuidado de piel y el uso de productos *"anti-aging"* o para el envejecimiento que no necesariamente son recomendados por profesionales de la salud.



La tendencia de las "niñas Sephora" surge como un auge de preadolescentes y adolescentes que utilizan y promocionan sus rutinas de cuidado de piel utilizando productos "atractivos" que no necesariamente son de mayor beneficio para su piel que aún no ha comenzado a envejecer.

Recientemente, se publicó un artículo en la revista *Pediatrics* de la Academia Americana de Pediatría, donde se llevó a cabo un estudio sobre estas tendencias en la plataforma de *TikTok*.

Este artículo observó que niñas entre las edades de 7 a 18 años estaban utilizando rutinas de piel que contenían alrededor de 6 productos, con un precio promedio de $168 por régimen.

Muchos de los productos identificados contienen ingredientes que pueden ser abrasivos e irritantes, llevando a un riesgo aumentado de causar reacciones alérgicas, dermatitis irritante de contacto y sensibilidad al sol.

Más aún, se destacó que muy pocas de las rutinas incluían el uso del bloqueador solar, que es de los productos que más se recomienda por los pediatras y dermatólogos para evitar el cáncer de piel.

¿Qué implicaciones pueden tener estas tendencias en nuestra población pediátrica?

Los productos "anti-aging" pueden causar más daño que bien a las pieles de los jóvenes.

Estos productos contienen ingredientes tales como ácidos y retinol que se usan para prevenir el envejecimiento y, en casos, para tratar preocupaciones específicas, tales como el acné, arrugas o las cicatrices en pieles más maduras.

Sin embargo, estos productos pueden ser irritantes para pieles vírgenes.

Los niños y adolescentes tienen una piel joven que aún se está desarrollando y que no requiere productos dirigidos a adultos ni rutinas complejas.

Es una piel más fina, más sensible y se irrita con mayor facilidad.

El uso temprano de los productos que se promocionan en las redes tienen sustancias que pueden llevar a:

- Enrojecimiento e irritación, así como descamación y sarpullidos
- Dermatitis de contacto
- Disminución de la función de barrera de la piel Sensibilización o alergias a largo plazo

No tan solo debemos observar el impacto físico del uso de estos productos, sino también se debe reconocer el impacto social de estas tendencias.

Las redes sociales han influido significativamente en cómo los preadolescentes y adolescentes perciben el cuidado de la piel, promoviendo estándares de belleza irreales y expectativas inalcanzables.

A través de filtros, retoques y contenido patrocinado, muchos “influencers” difunden desinformación sobre rutinas complejas y productos que no son apropiados para la piel joven. Esto no solo puede causar daños a la piel, sino también afectar la autoestima y generar ansiedad.

Por tal razón, es fundamental educar a los jóvenes sobre el cuidado adecuado de la piel y fomentar el autocuidado basado en la salud, no en las modas.





CONSEJOS PARA LOS PADRES

- Debemos orientar a nuestros niños y adolescentes sobre las rutinas de piel apropiadas para su edad.
- Se recomienda utilizar una limpiadora suave dos veces al día, una crema humectante sencilla por las noches y protector solar todas las mañanas.
- Para limpiadoras, buscar productos con glicerina, ceramidas o ácido hialurónico
- Para cremas humectantes, buscar productos con ácido hialurónico, niacinamida, ceramidas, escualeno o pantenol
- Para protector solar, utilizar uno mineral de amplio espectro SPF30+
- La Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Dermatología recomiendan el uso de bloqueador en niños mayores de 6 meses.
- Se debe evitar el uso de productos “anti-aging” o productos con los siguientes componentes: sulfatos, alcoholes, fragancias, exfoliantes y aceites fuertes
- **Si su hijo/a adolescente identifica quejas específicas de la piel tal como acné, consulte con su pediatra. De ser necesario, puede sacar cita con dermatólogo para que puedan orientarlos bien sobre el cuidado adecuado de la piel dirigidas a su queja.**

**El término “sephora kids” se usa de forma coloquial y ampliamente difundida en medios para describir una tendencia en redes sociales; no implica afiliación, respaldo ni crítica a la marca Sephora.*

Referencias:

Hales M, Rigali S, Paller A, Liszewski W, Lagu T. Pediatric Skin Care Regimens on TikTok. Pediatrics. 2025 Jul 1;156(1):e2024070309. doi: 10.1542/peds.2024-070309. PMID: 40484399.

Kavilanz,P . The ‘Sephora kid’ trend shows tweens are psyched about skincare. But their overzealous approach is raising concerns. CNN. 2024 March 12. https://edition.cnn.com/2024/03/12/business/sephora-kid-tweens-skincare-obsession

Wetstone R, Grant-Kels JM. The skincare craze among tweens: Ethical and dermatologic implications of social media beauty trends. Clin Dermatol. 2025 Feb 17:S0738-081X(25)00043-4. doi: 10.1016/j.clindermatol.2025.02.009. Epub ahead of print. PMID: 39971259.

Trendy Skin Care for Tweens & Teens: Is It Safe? HealthyChildren.org. Published August 7, 2025. Accessed August 26, 2025. https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/Pages/trendy-skin-care-for-tweens-and-teens-is-it-safe.aspx?_gl=1



¿Qué se considera una emergencia dental?



Por: Dra. Melba Esquilin Cruz
Dentista Pediátrico
Directora Clínica Dental Hospital Pediátrico
Centro Medico de Puerto Rico

El acceso a los servicios de salud oral en Puerto Rico está limitado. Es común que usted tenga que esperar por una visita al dentista por varios meses. Pero, que pasa si en el medio de la noche su niño se levanta llorando, con mucho dolor de origen dental, ¿o están en un juego de baloncesto y sufre un golpe en la boca? Estas son algunos de los ejemplos que constituyen emergencias dentales.

La pregunta aquí que hacen muchos padres es ¿qué deben hacer, salir corriendo hacia el hospital más cercano o llamar al dentista? En este artículo le explicamos que debe hacer ante una emergencia dental y los pasos a seguir para proteger los dientes de sus hijos.



Una emergencia dental es un problema grave y repentino que requiere atención inmediata para evitar daños o consecuencias más serias, como, por ejemplo, el dolor intenso que interfiere con la vida diaria, infecciones (abscesos) que pueden causar hinchazón facial, hemorragia (sangrado) incontrolable o lesiones traumáticas como dientes partidos, y fracturas o golpes en la cara.

LA ATENCIÓN RÁPIDA ES CRUCIAL, YA QUE MUCHOS DE ESTOS PROBLEMAS NO DESAPARECEN POR SÍ SOLOS Y PUEDEN DETERIORAR SIN TRATAMIENTO.

A CONTINUACIÓN, VEAMOS LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE EMERGENCIAS DENTALES:

- **DOLOR INTENSO:**
  Un dolor de origen dental que no se alivia con analgésicos comunes y que afecta tu sueño o actividades diarias.
- **INFECCIÓN:**
  Hinchazón en la boca o la cara, que puede impedir la apertura de la boca con fiebre, puede indicar la presencia de un absceso dental.
- **SANGRADO:**
  Sangrado persistente en la boca que no se controla posterior a un procedimiento dental.
- **TRAUMATISMOS:**
  Dientes que se han salido fuera de sitio por un golpe, o fracturas en el hueso facial como la mandíbula.
- **LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS:**
  Laceraciones o heridas en la lengua, mejillas o paladar.
- **PROBLEMAS CON APARATOS DENTALES:**
  Un alambre de ortodoncia que ha penetrado en encías, lengua o mejilla, o la caída de brackets o aparatos ortodónticos que causan laceraciones a los tejidos.

Ante cualquiera de estas situaciones es importante buscar ayuda. Todo niño debe tener un dentista. A esto le llamamos el "Hogar Dental" donde se atienden sus necesidades. Todo dentista debe tener un protocolo establecido para el manejo de las emergencias.

Las oficinas dentales deben tener mecanismos para que usted se comunique ya sea por teléfono, mensaje de texto o vía correo electrónico y deje saber cuál es la situación.

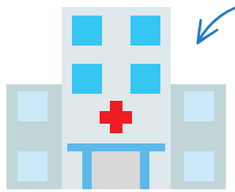
Sea especifico y describa nombre completo del paciente, edad y que fue lo que ocurrió. Incluya qué, cómo, cuándo y dónde. Esta información es de utilidad para el dentista poder establecer decisiones en cuanto al tratamiento y la prognosis.

SIN EMBARGO, EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS ES NECESARIO TOMAR ACCIÓN:



- **En el caso de dientes que se salen fuera de lugar es importante actuar de inmediato.** Si se sale parcialmente trate de que muerda una toalla para que con esta presión poco a poco lo vuelva a insertar dentro del hueso y busque ayuda.
- **Si el diente se sale por completo,** busque el diente, no toque la raíz, esto contiene las fibras vivas que le ayudaran al cuerpo a recibirlo nuevamente, enjuáguelo con agua salina o destilada y colóquelo en leche, saliva del propio paciente o alguna solución fisiológica y busque ayuda de inmediato. El diente permanente se debe colocar en su lugar lo antes posible.
- **En el caso de laceraciones y sangrado** aplique presión en el área con una toalla húmeda por 15 a 20 minutos.

Los hospitales de Puerto Rico tienen emergenciólogos capacitados que pueden evaluar y canalizar estas emergencias, siendo las más complicadas como los traumas severos, laceraciones grandes o dientes desplazados son manejadas a través de la sala de emergencias pediátricas y de adultos en el Centro Médico de Puerto Rico.



Allí un dentista en entramiento postdoctoral le ofrecerá alternativas de tratamiento a cualquier hora, los 7 días de la semana.

A CONTINUACIÓN, ALGUNOS UNOS CONSEJOS ÚTILES PARA MANEJAR ESTAS EMERGENCIAS EN EL HOGAR Y NO TENER QUE VISITAR LA SALA DE EMERGENCIAS:



DIENTE ROTO O FRACTURADO
Causa común: Caídas o golpes.

Qué hacer:
- Enjuaga la boca con agua tibia.
- **Aplica hielo en la cara** para reducir inflamación.
- Coloque cera ortodóntica sobre bordes filosos o cortantes.
- Coma dieta blanda, los líquidos no deben tener extremos de temperatura
- Use un cepillo de cerdas blandas
- Ve al dentista lo antes posible para evitar infección o daño al nervio



GOLPES O TRAUMATISMOS EN LA BOCA O MANDÍBULA

Síntomas: Dolor (molestia), sangrado, dificultad para masticar o mover la mandíbula.

Qué hacer:
- Aplica hielo.
- Si hay sangrado, enjuague el área y presiona con gasa limpia.
- Dieta blanda a liquida.
- Si el golpe es fuerte, ve al dentista o sala de emergencias



SANGRADO POSTERIOR A UN PROCEDIMIENTO DENTAL

Qué hacer:
- Lava suavemente con agua tibia.
- Aplica presión con una gasa húmeda por 10–15 minutos. Reevalúa
- Dieta debe ser al principio fría, luego blanda y nunca caliente
- Si el sangrado no se detiene o es abundante, **lleva al niño al dentista o al hospital.**



DOLOR DENTAL FUERTE O ABSCESO (INFECCIÓN)

Síntomas: Hinchazón en cara o una elevación (bolita) cerca en la encía, fiebre. Dolor agudo.

Qué hacer:
- Enjuaga con agua tibia con sal.
- Aplica frío externo si hay hinchazón.
- No coloques calor ni exprimas el absceso.
- Busca atención dental urgente- podría necesitar antibióticos.



RESTAURACIÓN EN AMALGAMA O RESINA QUE SE DESPRENDE

Qué hacer:
- Mantén limpia el área.
- Evita que el niño mastique del lado afectado.
- Acude al dentista para volver a colocarla o reemplazarla.



OBJETO ATASCADO ENTRE LOS DIENTES

Qué hacer:
- Haz un enjuague agua o enjuagador con fuerza
- Usa hilo dental con cuidado.
- No uses alfileres, clips ni objetos punzantes.
- Si no sale o causa dolor, acude al dentista.

Situación	Ir al dentista	Ir a sala de emergencia
Dolor leve a moderado	✓	✗
Diente roto o caído	✓ (Urgente)	✗
Infección leve sin fiebre	✓	✗ (a menos que haya mucho sangrado o golpe facial)
Hinchazón grave o fiebre alta	✗	✓
Dificultad para respirar o tragar	✗	✓
Sangrado que no se detiene	✗	✓
Golpe fuerte con sospecha de fractura	✗	✓

Último y no menos importante, las emergencias dentales relacionadas a caries, dolor agudo y abscesos son totalmente prevenibles si usted mantiene un cuidado rutinario en el dentista.

- Los niños deben comenzar a visitar el dentista no mas tarde del primer año de edad y de ahí en adelante cada 6 meses para sus visitas periódicas.
- Su dentista tomará radiografías y llevará a cabo tratamientos que eviten el dolor y la pérdida prematura de dientes primarios. Estos dientes mantienen el espacio y son la guía del diente permanente, deben permanecer en la boca hasta que sea el momento de caerse. La dentición primaria tiene importancia en los procesos de alimentación, pronunciación, ortodoncia y autoestima.
- También existen vínculos que relacionan las infecciones de origen dental con condiciones sistémicas.
- **La Sociedad de Dentistas Pediátricos de Puerto Rico (SDPPR)** tiene un directorio accesible en la web para que usted identifique un dentista pediátrico cerca de usted.

"Los dientes de leche son pequeños guardianes del futuro: cuidarlos hoy es regalarles sonrisas sanas mañana."



De la cuchara a las manitas: todo sobre el baby-led weaning





Por: Agnes G. Santiago Laboy, MD
& Nicole J. Cantellops Cueli, MD
Departamento de Pediatría RCM

Imagina a tu bebé tocando por primera vez un trozo de fruta con sus pequeñas manitas, llevándolo a la boca con curiosidad y descubriendo un nuevo sabor. Ese instante, lleno de risas y sorpresas, es uno de los momentos más mágicos en el crecimiento de un hijo. Cada etapa trae ilusión y también dudas, y la introducción de alimentos sólidos es, sin duda, una de las más emocionantes y a la vez desafiantes. En los últimos años, un método ha capturado la atención de padres en todo el mundo: el *baby-led weaning*, o conocido en español como *alimentación complementaria dirigida por el bebé.*

ANTES DE DECIDIR CÓMO INTRODUCIR LOS SÓLIDOS, SURGE LA PREGUNTA CLAVE: ¿CÓMO SABER SI MI BEBÉ ESTÁ LISTO?

- **Durante los primeros meses de vida,** la leche materna, la fórmula o una combinación de ambas cubren todas sus necesidades nutricionales, pero alrededor de los seis meses de edad comienzan a aparecer señales de preparación.
- Si el bebé puede sentarse con apoyo, mantiene control de cabeza y cuello, muestra interés por los alimentos de los adultos y lleva objetos a la boca, está dando señales claras de que puede explorar la comida de manera más autónoma y segura.

Observar estas destrezas es tan emocionante como revelador:

- nos dice que nuestro pequeño está listo para descubrir sabores, texturas y nuevas experiencias.

Durante mucho tiempo, la introducción de sólidos se ha hecho con purés, pero la alimentación complementaria dirigida por el bebé propone algo distinto: permitir que el niño explore los alimentos con sus manos, decida cuánto comer y aprenda a manejar las cantidades a su propio ritmo.

Es una transición gradual de la leche a una dieta mixta que incluye sólidos, sin que los padres tengan que controlar cada bocado con la cuchara.

El proceso es sencillo y a la vez fascinante.

Se ofrecen pequeñas porciones del menú familiar, en tamaños y texturas seguros, fáciles de agarrar con sus manos.

- Lo ideal es que tu bebé se siente a la mesa con la familia, compartiendo sonrisas y miradas cómplices mientras experimenta sin presiones.
- Si le ofreces alimentos suaves como majado de papa, papaya o yogur, puedes mostrarle cómo usar la cuchara, pero sin obligación siempre dejando que explore a su manera.

No importa si no termina todo: cada bocado es aprendizaje, y con la práctica diaria se frustran menos, manejan mejor los bocados y disfrutan más de la comida.



Entre sus principales ventajas, este método permite que el bebé aprenda a autorregular su apetito, fomentando una relación sana con la comida y reduciendo el riesgo de obesidad futura. Además, potencia habilidades motoras finas, mejora la coordinación mano-boca, y promueve la aceptación de distintos sabores y texturas desde temprano, reduciendo la selectividad alimentaria en etapas posteriores.

También integra al niño en la dinámica familiar, transformando cada comida en un momento de conexión y diversión.

Como todo aprendizaje, el *baby-led weaning* tiene desafíos. El atragantamiento es la preocupación principal, aunque estudios muestran que, con alimentos adecuados y supervisión constante, el riesgo no es mayor que con la alimentación tradicional.

Garantizar un aporte suficiente de nutrientes esenciales como hierro, zinc y proteínas también requiere planificación y variedad en la dieta, asegurando que cada bocado sea seguro y nutritivo.

Muchos padres eligen este método porque fomenta la independencia del infante, refuerza los lazos familiares en la mesa y promueve hábitos saludables desde el inicio. Para ellos, la alimentación complementaria dirigida por el bebé no es solo una forma de nutrir, sino un camino natural en el que el niño explora, aprende y se divierte.

Y como cada familia tiene su propio ritmo, es normal que surjan dudas. Afortunadamente, hoy existen herramientas que acompañan este viaje de manera práctica y segura.

Una de ellas es la aplicación *Solid Starts*, que ofrece a los padres información detallada sobre cómo preparar, cortar y presentar alimentos según la edad y habilidades del bebé.

Desde un trozo de zanahoria al vapor hasta la forma más segura de introducir carnes o frutas, esta aplicación se convierte en un gran recurso que guía a las familias mientras disfrutan de cada descubrimiento.

Lo mejor de todo es que este tipo de recursos digitales se alinean con las recomendaciones de los expertos. *La Academia Americana de Pediatría no se pronuncia a favor ni en contra del baby-led weaning en particular, pero sí enfatiza que los sólidos deben introducirse alrededor de los seis meses, cuando el bebé muestre señales de madurez. Recomiendan priorizar alimentos ricos en hierro y proteínas, y asegurarse de que sean seguros en tamaño y consistencia. De esta manera, la alimentación complementaria dirigida por el bebé es completamente compatible con sus guías, siempre con supervisión adulta constante.*

El *baby-led weaning* es mucho más que un método: es un viaje de descubrimiento y unión familiar.

- Permite que el bebé gane autonomía, desarrolle destrezas motoras y disfrute de los alimentos a su ritmo, mientras los padres lo acompañan en este aprendizaje, llenos de risas, sabores y texturas.
- Con paciencia, cariño y seguridad, cada bocado, cada sonrisa y cada manita llena de comida se convierten en pequeños momentos que nutren no solo el cuerpo, sino también los recuerdos y los lazos más importantes: los de la mesa familiar.

Revisado por Ana García MD, FAAP

¿HASTA CUÁNDO DEBEMOS VISITAR AL PEDIATRA SI TENEMOS ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA?



Por: Andrea D. Ramos Vicente, MD
Medicina Interna & Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Una buena y efectiva transición de cuidado pediátrico al cuidado de adulto en pacientes con condiciones crónicas es vital. El paciente pediátrico va desde el nacimiento hasta los 21 años, y luego su cuidado debe ser transicionado a un médico de adultos.

¿Por qué es importante la transición de cuidado?

Hoy en día, muchos de nuestros niños sobreviven condiciones crónicas que antes eran fatales. Estas incluyen, pero no se limitan a condiciones del corazón, síndromes genéticos, discapacidades intelectuales, condiciones reumatológicas como lupus, hematológicas como anemia falciforme, gastroenterológicas como enfermedad inflamatoria intestinal, entre muchas otras.

De igual forma, debido a la pandemia de obesidad y síndrome metabólico, estamos viendo cómo condiciones que son usuales en la adultez como presión alta, diabetes y lípidos elevados, ahora se están desarrollando desde la edad pediátrica.

La meta de una transición de cuidado es ayudar a este joven adulto a desarrollar responsabilidad, independencia y autoridad sobre su salud.

Deben aprender cuál es su condición, cuáles son los tratamientos que debe utilizar y por qué es importante el control de su enfermedad.

De igual forma, es importante que aprendan sobre su plan médico, costos de tratamientos y la coordinación de sus citas médicas. De esta forma podemos prevenir que se pierdan en el sistema de salud y por ende sufran de complicaciones médicas.

¿Cuáles son los retos para lograr una transición de cuidado efectiva?

- Muchas veces sentimos apego con nuestro pediatra o especialista pediátrico ya que es quien ha estado cuidando de nosotros desde una temprana edad.
- Esto crea resistencia a la hora de hablar de transición. Pero, lamentablemente, el cuidado luego de los 21 años debe estar en manos de un médico de adultos.
- Otros retos incluyen aspectos del sistema de salud, seguro médico y la resistencia de muchos médicos de adultos de recibir a al paciente con condiciones crónicas.



¿Cuándo debemos comenzar la transición de cuidado pediátrico al cuidado de adulto?

Para lograr una transición satisfactoria, se recomienda comenzar este proceso tan temprano como desde los 12 años. Se debe comenzar a hablar sobre una transición de cuidado adulto desde una corta edad para que el adolescente y sus padres se vayan educando y preparando, y así no les tome de sorpresa.

De los 14 a los 18 años se le deben hacer preguntas al adolescente sobre su condición, cuáles son los medicamentos que utiliza, si sabe el nombre de sus doctores, y si sabe qué plan médico tiene. Se deben ir identificando que especialistas de adultos quedan cerca, estén dispuestos a aceptar al paciente y que acepte su plan médico.

Ya cercano a los 18 años, el médico debe ir preparando un resumen médico para el paciente, sus padres y el especialista de adulto que lo vaya a seguir.

Entre los 18 a los 21 años se puede hacer por lo menos una cita con el especialista de adulto y se le puede permitir que el joven vaya a su cita solo y haga la coordinación de la misma.

Entre los 21 y 23 años ya el proceso de transición debe estar completado.

¿Cómo sabemos que el adolescente está listo para la transición?

Se puede realizar una evaluación de habilidades de autocuidado al adolescente donde se le pregunte sobre conocimiento de su condición médica, tratamientos actuales, su plan médico, cómo sacar una cita entre otras. De esta forma podemos evaluar cuán preparado está el adolescente para hacer la transición de forma exitosa.





CONSEJOS PARA LOS PADRES:

- Pregúntele a su médico primario y especialistas sobre la transición de cuidado pediátrico al cuidado de adulto y cuándo es el mejor momento para comenzar la preparación.
- Ayude a su hijo a tomar autocontrol de su condición, como la responsabilidad de coordinar la cita, tomarse sus medicamentos solos y pregúntele qué sabe de su condición.
- Déjele saber a su hijo que entre los 18 y 21 años, su cuidado ya no será por el pediatra por lo que hay que buscar un médico de adulto. De esta manera no le tomará por sorpresa la transición y habrá menos resistencia al proceso.



NARIZ TAPADA:

Entendiendo la sinusitis en los niños



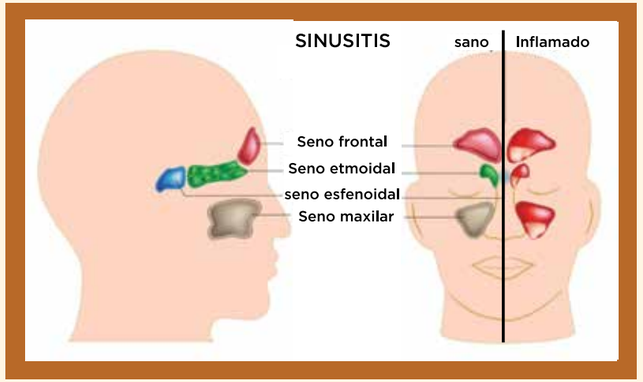

Por: Edwin J. Arce Maldonado, MD
Pediatría General
& Sanet Torres Torres, MD, FAAP
Infectóloga pediátrica

¿QUÉ SON LOS SENOS PARANASALES?

Los senos paranasales son pequeñas cavidades llenas de aire que se encuentran alrededor de la nariz. Están recubiertos de mucosa y cumplen funciones importantes: humedecer y calentar el aire que respiramos, ayudar a filtrar impurezas y contribuir a la resonancia de la voz.

Su desarrollo ocurre en diferentes etapas: etmoidales y maxilares desde el nacimiento, frontales alrededor de los 7 años y esfenoidales en la adolescencia.

Cuando estas cavidades se inflaman o se llenan de moco, aparece la sinusitis.



¿QUÉ ES LA SINUSITIS?

La sinusitis es una inflamación o infección de los senos paranasales, casi siempre después de un resfriado común o de una alergia.

Se clasifica según el tiempo que duran los síntomas en aguda (menos de 4 semanas), subaguda (4 a 12 semanas), crónica (más de 12 semanas) y recurrente (varios episodios en un mismo año).

CAUSAS Y MANIFESTACIONES DE LA SINUSITIS EN NIÑOS

Causas más frecuentes

- Resfriados o gripes
- Alergias
- Problemas anatómicos en la nariz
- Infecciones dentales
- Reflujo gastroesofágico (en algunos casos)

¿Por qué ocurre?

El moco no puede salir bien y se acumula, lo que favorece la proliferación de bacterias.

Síntomas en los más pequeños

- Moco espeso por más de 7–10 días
- Tos (sobre todo nocturna)
- Hinchazón alrededor de los ojos

Síntomas en niños mayores y adolescentes

- Síntomas de resfriado que no mejoran en más de una semana
- Dolor de cabeza o presión facial
- Tos
- Mal aliento
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Hinchazón alrededor de los ojos (más evidente en la mañana)

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico clínico. El mismo lo puede hacer el pediatra o medico primario con un buen historial y examen físico. Pruebas como radiografías o tomografías se reservan para casos especiales, cuando los síntomas son severos, muy persistentes o hay sospecha de complicaciones.

¿CUÁNDO PENSAR EN SINUSITIS BACTERIANA Y QUÉ LA CAUSA?

No todo moco es infección. Muchas veces los síntomas son causados por un simple resfriado. Sin embargo, se debe sospechar sinusitis bacteriana aguda cuando ocurre alguna de estas situaciones:

- Mocos espesos o tos de día que duran más de 10 días seguidos sin mejorar.
- Síntomas que primero mejoran y luego vuelven a empeorar.
- Fiebre de 39 °C o más junto con secreción nasal purulenta y/o dolor de cara por al menos 3 días consecutivos.

Las bacterias más comunes que pueden producir sinusitis en los niños son:

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*

TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN CASA

El manejo depende de la edad, la duración y la intensidad de los síntomas. Incluye medicamentos como antibióticos (solo cuando son necesarios, generalmente 5-7 días en casos no complicados), analgésicos y antipiréticos para el dolor o fiebre, y descongestionantes o “sprays” nasales con supervisión médica.

Los cuidados caseros más recomendados son usar humidificador de vapor frío, mantener una buena hidratación, favorecer el descanso y enseñar a los niños mayores a sonarse la nariz suavemente.

La cirugía solo se considera en casos crónicos o complicados.

Los antihistamínicos únicamente ayudan si el niño tiene alergias.

¿SE PUEDE PREVENIR?

Algunos consejos útiles son: mantener buena higiene de manos, evitar el humo de cigarrillo, vacunar a los niños según el esquema recomendado y controlar las alergias con ayuda médica.

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES?

La mayoría de las sinusitis son leves y resuelven. En raras ocasiones pueden causar infecciones alrededor de los ojos, infecciones intracraneales o inflamación de los huesos cercanos. Estas complicaciones requieren atención médica inmediata.

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

- Un resfriado con moco que dura más de 7–10 días puede ser signo de sinusitis.
- No siempre es necesario iniciar antibióticos de inmediato.
- La mayoría de los casos mejoran con cuidados en casa y tratamiento médico sencillo.
- Siempre se debe consultar al pediatra antes de dar medicamentos.
- La cirugía es la última opción y solo se utiliza en casos graves.

Referencias:

Kimberlin, D. W., Banerjee, R., Barnett, E. D., Lynfield, R., & Sawyer, M. H. (2024). Systems-Based Treatment Table. In Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases (33rd ed., p. 7). essay. Retrieved from https://doi.org/10.1542/9781610027373-TAB.

Long, S. S., Prober, C. G., Fischer, M., & Kimberlin, D. W. (2022). Principles and practice of pediatric infectious diseases. https://www.sciencedirect.com/book/9780323756082/principles-and-practice-of-pediatric-infectious-diseases

Schochet, P. N., & Lie, H. S. (2015, December 11). Sinuses. Pediatric Pulmonologists. https://www.pedilung.com/pediatric-lung-diseases-disorders/asthma/sinuses/

MÁS QUE UN REFLUJO:
ESTENOSIS PILÓRICA
EN EL INFANTE




Por: Katia Santiago Ledée, MD
& Rebeca Fuentes Rodríguez, MD, FAAP
Departamento de Pediatría
Hospital Municipal de San Juan

¿QUÉ ES LA ESTENOSIS PILÓRICA?

La estenosis pilórica hipertrófica (EPH) es un **engrosamiento del píloro o válvula muscular situada en la base del estómago.**

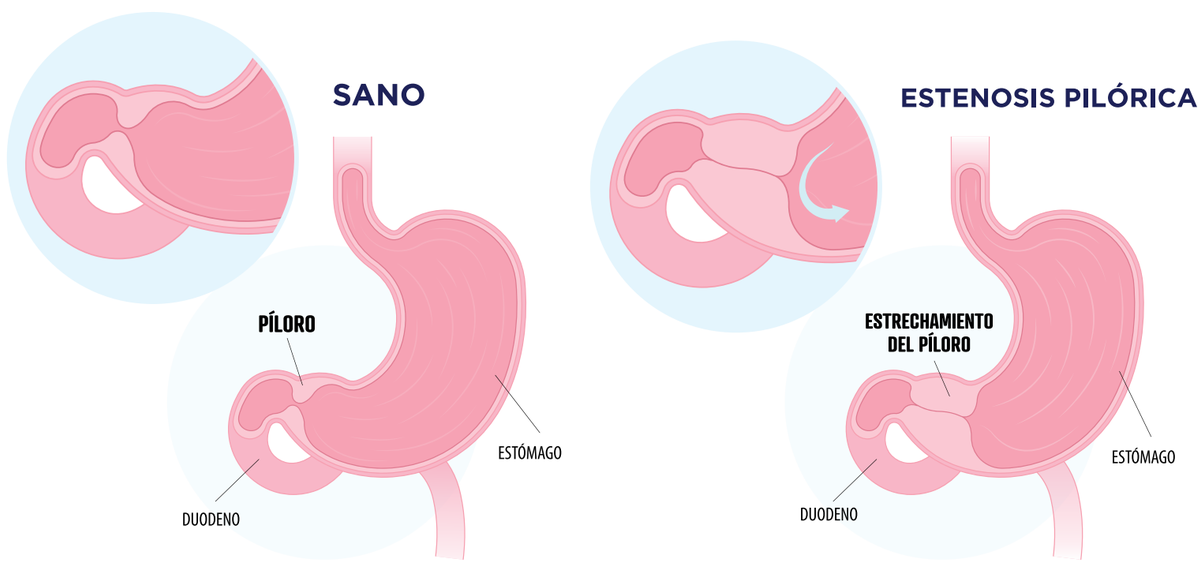
Cuando esta válvula se engrosa causa obstrucción en el estómago por lo que el alimento no puede pasar al intestino delgado, provocando **vómitos luego de cada alimentación y de forma proyectil.**

¿EN QUIENES OCURRE LA EPH?

La EPH ocurre en 0.2%-0.4% de los niños, siendo más común en los varones. Es un problema que afecta a los infantes entre nacimiento y los 6 meses de edad.

- Su edad de presentación típicamente ocurre a las 6 semanas de vida.

Algunos estudios han identificado algunos factores de riesgo como: infantes cuyas madres tomaron algunos antibióticos al final del embarazo; el ser prematuro; el parto por cesárea; historial de madre fumadora; primogénitos, madres jóvenes o bebés con hernias inguinales tienen un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.



¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA EPH?

- vómito proyectil no bilioso
- pérdida de peso
- hambre todo el tiempo
- vómito con cada alimentación
- falta de evacuaciones
- abdomen distendido (se pudiera sentir abultamiento en el área del músculo engrosado)

¿CÓMO SE EVALÚA LA EPH?

Hasta principios del 1900, la única forma para diagnosticar la EPH era por medio de la palpación del engrosamiento del píloro a través de la piel como una masa abdominal en forma de oliva o realizando una radiografía del tracto gastrointestinal superior. Esto conllevaba tiempo y entrenamiento en adición a exposición a radiación.

Con los avances en la tecnología, el sonograma abdominal se ha convertido en la forma más sensitiva de establecer un diagnóstico fácil y seguro.

- Un sonograma se considera positivo para EPH cuando se identifica >3 mm de grosor y >15 mm de largo en el músculo pilórico.
- Sin embargo, un sonograma normal no elimina el diagnóstico de EPH ya que en etapas tempranas puede no cumplir con los criterios diagnósticos. **En este caso, se recomienda repetir el estudio.**

MI BEBÉ TIENE EPH, ¿EXISTE UN TRATAMIENTO?

El tratamiento definitivo para la EPH es la intervención quirúrgica llamada pilorotomía.

ESTE PROCEDIMIENTO ES SEGURO PARA INFANTES Y NO NECESITA SER DE EMERGENCIA.

1. Para proceder con la intervención, su pediatra ordenará laboratorios para identificar y corregir desórdenes electrolíticos característicos de la condición.
2. Aunque la cirugía conlleva riesgos inherentes como complicaciones por la anestesia, sangrado, infección o daño a otros órganos, éstos son poco frecuentes.
3. Una cirugía exitosa usualmente no tiene complicaciones o secuelas a largo plazo y aunque la persistencia postoperatoria de la obstrucción es una complicación conocida de la piloromiotomía, la reaparición de la estenosis pilórica es improbable.
4. El infante puede ser dado de alta una vez esté clínicamente hidratado sin la necesidad de líquidos intravenosos y tolere la alimentación por vía oral sin presentar vómitos.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA AYUDAR A MI BEBÉ?

Visite su pediatra si observa vómitos proyectiles: expulsa con una fuerza y distancia considerables del cuerpo

Monitoree el peso de su bebé

Posicione a su bebé semisentado o luego de la comida

Reconozca los signos y síntomas de deshidratación: ojos hundidos, disminución en la orina, boca seca, poca actividad y falta de lágrimas al llorar.

Referencias:
Barrie S. Rich, Stephen E. Dolgin; Hypertrophic Pyloric Stenosis. Pediatr Rev October 2021; 42 (10): 539–545. https://doi.org/10.1542/pir.2020-003277

Estenosis pilórica hipertrófica: ayuda para bebés con vómitos fuertes. Healthychildren.org. December 20,2019. https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/abdominal/paginas/hypertrophic-pyloric-stenosis-hps-babies-forceful-vomiting. Accessed February 5,2025

Endom, E. Dorfman, S. Olivé, A.(2025). Infantile hypertrophic pyloric stenosis. UpToDate Retrieved February 2, 2025. https://www.uptodate.com/contents/infantile-hypertrophic-pyloric-stenosis

PRECISION HEALTH KIDS

LE CUIDAMOS DE LA CABEZA A LOS PIES

Cuidando



A LOS MÁS PEQUEÑOS DE LA CABEZA A LOS PIES PIES

AUDICIÓN | HABLA-LENGUAJE INTERVENCIÓN TEMPRANA | QUIROPRÁCTICA

787.419.2276 PRECISIONHEALTHPR.COM

Miracle-Ear

ACEPTAMOS LA MAYORÍA DE LOS PLANES MÉDICOS INCLUYENDO VITAL, ADVANTAGE Y MEDICARE