el Pediatra

Panamá 2023, año 20 No. 68

SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

PRO INFANTIS-SALUTE

FARMACIA PANAMA EL JAVILLO

"Nuestra experiencia hace la diferencia"

Contamos con ***42 sucursales*** a nivel nacional y servicio a domicilio para su comodidad.

- 5 DE MAYO
- AGUADULCE
- ARRAIJÁN
- BRISAS DEL GOLF
- BOQUETE 1
- BOQUETE 2
- BUGABA
- COSTA DEL ESTE
- COSTA VERDE
- CORONADO
- CHITRÉ 1
- CHITRÉ 2
- COLÓN
- DON BOSCO
- EL CANGREJO
- EL CRISOL
- EL DORADO
- LA CHORRERA
- LA SIESTA
- LAS CUMBRES
- LA DOÑA
- LAS TABLAS 1
- LAS TABLAS 2
- LOS PUEBLOS
- MARBELLA
- MEGAMALL
- OBARRIO
- RÍO ABAJO 1
- RÍO ABAJO 2
- PARAISO (SAN MIGUELITO)
- PAITILLA
- PLAZA EDISON
- PLAZA OTEIMA (DAVID)
- PARQUE CERVANTES (DAVID)
- PENONOMÉ
- SAN FERNANDO
- SAN MATEO
- SANTIAGO
- SABANITAS
- VÍA ISRAEL
- VÍA PORRAS
- VISTA ALEGRE

SERVICIO A DOMICILIO
392.0101 / 6001.0202

Afíliate a nuestro programa de **Puntos Saludables**
y acumula puntos por compra

SÍGUENOS
@FarmaciaElJavillo

Fundador
Dr. Egberto Stanziola

Editora Honoraria
Dra. Leonor Olivares

Editor
Dr. José Almario
Consejo Editorial
Dra. Geraldine Norte Lanza
Dr. Martín Lasso B.
DR. Iván A. Wilson

Junta Directiva

Presidente
Dra. Marvis Corro

Vice - Presidente
Dr. Ramiro García

Secretaria de Asuntos Internos
Dra. Yesenia Williams

Secretaria de Asuntos Externos
Dra. Geraldine Norte

Tesorero
Dr. Roderick Bejarano

Vocal
Dra. Ana G. Lucas

Asesor
Dr. Alberto Bissot A.

Capítulo de Chiriquí

Presidente
Dra. Kathia Montero

Capítulo de Veraguas

Presidente
Dr. José A. Luque

Capítulo de Azuero

Presidente
Dra. Nazareth del Carmen Vásquez

Créditos de Producción
PSG Publicidad, S.A.

Concepto y Diseño
Erix Muñoz

elpediatra@psgpublicidad.com
mercadeopsg@psgpublicidad.com
pagina web www.spp.com.pa
spponline

Contenido

2 Editorial

4 Lonchera saludable

6 Consejos para un regreso exitoso de sus hijos a la escuela

11 Comunicado de la Sociedad Panameña de Pediatría. Vacuna Bivalente contra Covid.19 en niñas, niños y adolescentes

12 El entorno y la influencia en la adolescencia

14 Consejos para un regreso exitoso de sus hijos a la escuela. Parte II

Manejo de la hiperbilirrubinemia en el neonato de 35 o más semanas de gestación / Parte I **17**

Importancia del juego en la infancia **20**

El uso de las pantallas en niños: efectos y recomendaciones **22**

Manejo de la hiperbilirrubinemia en el neonato de 35 o más semanas de gestación **25**

Publicación de la Sociedad Panameña de Pediatría con el propósito de educar y de informar sobre sus actividades a sus afiliados y a la comunidad en general.

Editorial

Los niños son el legado más caro de la humanidad y como tal, no podemos abstraernos de esa verdad, en ningún momento; ni en ningún lugar. Optar por conseguir y proteger un medio, donde se les permita crecer y desarrollar el óptimo de sus potencialidades; y que es un deber y una función obligatoria de toda sociedad humana (Estatutos SPP).

Los efectos del abuso sexual infantil son múltiples, afectando la salud física y mental de las víctimas. Se pueden mencionar depresión, síndrome de estrés postraumático (Murray, 2018), trastornos de ansiedad, ideación e intento suicida; y predispone a enfermedades crónicas como hipertensión, trastornos de la tiroides, diabetes y cáncer.

Diversos estudios ya puntualizan el impacto al neurodesarrollo (Blanco et al. 2015, O´Brien et al. 2016), describiéndose alteraciones en el correcto funcionamiento neurológico con consecuencias a nivel funcional, neuroendocrino, psicológico, estructural y alterando la plasticidad neuronal. Los efectos más nocivos del abuso sexual infantil se manifiestan entre las víctimas de la infancia tardía (entre los 6 y 12 años) y la adolescencia temprana. Efectos muchas veces irreversibles y que impactan negativamente la vida adulta de las víctimas.

Panamá no escapa de esta realidad. De acuerdo con datos del Ministerio Público 3 de cada 10 delitos sexuales denunciados tienen como víctima a menores de edad. Esto sin tomar en cuenta los no denunciados. En enero de 2021 se presentaron 416 denuncias de esta índole, en enero de 2022 fueron 472.

La Sociedad Panameña de Pediatría comprometida con la promoción de la salud integral infantil y velando por el respeto a la dignidad de cada bebé, niño, niña y adolescente en nuestro país, condena categóricamente el incremento de los delitos sexuales contra menores de edad. Hacemos un llamado a todas las instituciones encargadas en velar por la protección infantil y específicamente a las instancias legales para que, llevando el debido proceso, agilicen el cumplimiento de leyes que protegen a la niñez y adolescencia. Y principalmente que garanticen la certeza del castigo, salvaguardando los derechos individuales de las víctimas y permitirles una rehabilitación acorde a las necesidades integrales de cada caso.

Desde la Sociedad Panameña de Pediatría nos ponemos a disposición para colaborar en la creación y/o mejora de programas que permitan la prevención del maltrato infantil en todas sus presentaciones y sobre todo de aquellas herramientas sociales que permitan el desarrollo integral y protección de cada niño, niña y adolescente de nuestro país.

Dado en la Ciudad de Panamá,
el 13 de febrero de 2023.
Sociedad Panameña de Pediatría

Mente, Cuerpo y Salud con

VITAFER Kids

El multivitamínico que complementa su alimentación para un buen crecimiento y desarrollo

Favorece su bienestar con las vitaminas y minerales en sus variados sabores!

RIGAR 55 años

NO SE AUTOMEDIQUE, CONSULTE A SU MÉDICO

Laboratorios Rigar | Laboratorios Rigar | www.laboratoriosrigar.com

Lonchera **Saludable**

Con el inicio de clases llega también el dilema de ¿qué le mando en la lonchera? Y es que, con la falta de tiempo, de organización y de creatividad, terminamos mandando alimentos no saludables que poseen una alta cantidad de azúcar y agregados artificiales, lo cual contribuye a una mala alimentación. Para empezar, debemos saber cuál es la función de una lonchera: debe brindar energía para cubrir las necesidades gastadas durante las actividades escolares diarias, además de brindar nutrientes que favorezcan el crecimiento y desarrollo del niño.

La lonchera saludable debe ser variada nutricionalmente, en sabor, textura y color; y se caracteriza por ser completa, equilibrada, funcional y suficiente. A la vez, debe satisfacer los gustos de los niños, por ello es clave que se involucren en la selección y preparación. Por otro lado, debemos tener en claro que la lonchera escolar no reemplaza ninguna comida principal del niño, es decir, no reemplaza ni el desayuno ni el almuerzo, es una pequeña merienda que le ayudará a mantener la energía requerida. Las porciones y cantidad de cada alimento dependerán de diversos factores como el estado nutricional, edad y el tipo de actividad física que realice.

Se debe procurar que los estudiantes ya sean preescolares y/o escolares incluidos los adolescentes, deben salir de casa tomando un desayuno completo, que por lo general no se cumple, porque nuestros hijos se levantan con el tiempo justo para prepararse para dirigirse a su escuela, siendo más difícil de cumplir para aquellos que viven alejados de las mismas.

La lonchera escolar deberá ser fácil de preparar, práctica de transportar usando envases simples, herméticos e higiénicos, variada con alimentos disponibles localmente y nutritivos evitando los alimentos ultra procesados que no aportan ningún beneficio a la salud escolar como golosinas y bebidas gasificadas.

> ***"Debemos seguir manteniendo recomendaciones para seguir evitando el contagio de la COVID-19 en las escuelas. No compartir alimentos ni utensilios propios de la lonchera escolar y el lavado de manos antes y después de consumir los alimentos."***

Al comenzar el período escolar se debe hacer mayor énfasis a la pandemia mundial que el sobrepeso y la obesidad se han incrementado en los niños en etapa escolar, debido al aumento de los estilos de vida poco saludables y hábitos alimentarios inadecuados aunado al excesivo y abusivo uso de pantallas y que se incrementó con la pandemia del COVID19. Bajo este contexto, es importante brindar una alimentación saludable que sea completa, adecuada, balanceada, equilibrada, sostenible y suficiente, con el fin de aportar todos los nutrientes que el niño necesita para sus actividades diarias, esto permite, entre otras cosas, mejorar el rendimiento escolar."

Es necesario recordar que existe la Resolución No. 49 del 30 de enero de 2018, Que adopta la guía básica para la oferta de alimentos saludables en kioskos y cafeterías de Centros Educativos del país. El cumplimiento de la oferta alimentaria en los kioscos y cafeterías de los centros educativos será responsabilidad del Minsa y el Meduca. Sin embargo, la mayor responsabilidad de la lonchera saludable radica en los padres, los cuales deben ser orientados siempre con la guía del pediatra y ser vigilada por los educadores.

Dr. José C. Almario
Pediatra / MSPP

Nutribén® innova® 3

Fórmula exclusiva con el Paraprobiotico

"La leche materna es el mejor alimento para el bebé"

BPL-1

La obesidad infantil se puede prevenir desde el primer día.

ÚNICA Sin aceite de palma

Fórmulas exclusivas con BPL-1 y sin aceite de palma para ofrecer una alimentación completa y un equilibrio nutricional adecuado para tu bebé.

Síguenos

www.nutriben.pa

Consejos para un **regreso exitoso** de sus hijos a la escuela

Parte 1

Antes de que llegue el momento de regresar a la escuela, siga estos consejos para ayudar a garantizar que sus hijos tengan un año seguro, feliz y productivo.

Cómo hacer más fácil su primer día a clases

Los padres deben recordar que no es necesario esperar hasta el primer día de clases para pedir ayuda. Las escuelas están disponibles durante el verano para responder a cualquier pregunta o inquietud que los padres tengan, incluyendo las necesidades especiales de un niño. La mejor época para hacer sus preguntas es probablemente de una a dos semanas antes de que empiecen las clases.

Muchos niños se ponen nerviosos frente a nuevas situaciones, tales como cambiarse a una nueva escuela, un nuevo salón de clases o maestro. Esto ocurre a cualquier edad. Si su niño parece estar nervioso, sería bueno practicar antes de que tenga que enfrentar la nueva situación. Llévelo a visitar la escuela o salón de clases nuevo antes del primer día de clases. Recuérdele que probablemente habrá muchos otros estudiantes que se sientan intranquilos al comienzo de las clases. Los maestros saben que los estudiantes están nerviosos y harán todo lo posible para que sus estudiantes se sientan lo más cómodos posible. Si su niño parece nervioso, pregúntele por qué está preocupado y ayúdele a encontrar formas para solucionar problemas y así aprender a hacerle frente a las nuevas situaciones.

Señale los aspectos positivos de empezar de nuevo en la escuela para lograr que anticipe cosas buenas el primer día de clases. Verá a sus viejos amigos y conocerá nuevos. Háblele sobre las experiencias positivas que pudieran haber tenido en años pasados en la escuela y con otros grupos de niños. Localice a otro compañero que viva en el vecindario con quien su hijo pueda caminar a la escuela o viajar en el autobús.

“Si es una escuela nueva, asista a las orientaciones disponibles y aproveche la oportunidad de visitar y hacer un recorrido por la escuela antes del primer día de clases. Lleve a su niño a la escuela un par de días antes del inicio de las clases para que juegue en el patio de recreo y se aclimate con su nuevo entorno.”

Si lo considera necesario, lleve a su niño en automóvil a la escuela (o camine con él o ella) y recójalo al final del día, y lleguen temprano el primer día para reducir estrés innecesario. Contemple la idea de empezar el horario del año escolar para levantarse y acostarse una semana antes del inicio de las clases para que el cambio de horario no sea un factor en sus primeros días de escuela.

Consideraciones

Una mochila segura

Elija una mochila con bandas o correas amplias acolchonadas para los hombros y la espalda.

No la llene tanto. Organice la mochila usando todos sus compartimientos. Empaque los artículos más pesados para llevar hacia el centro de la espalda. Las mochilas no deben pesar más de 10 a 20 por ciento del peso corporal de su niño. Revisa la mochila con su hijo cada semana y saque los artículos que no necesita para mantenerla ligera.

Recuérdele a su niño que siempre use las dos bandas o correas de los hombros. Colgársela sobre un solo hombro puede producir un esguince muscular. Acomode o reajuste la mochila para que la parte de abajo quede al nivel de la cintura de su niño. Si su escuela lo permite, elija una mochila con rodos o ruedas. Este tipo de mochila puede ser una elección adecuada para los estudiantes que tienen que llevar una carga pesada de libros. Recuerde que las mochilas con ruedas tienen que ser cargadas para subir las escaleras, pueden ser difíciles de rodar y puede que no quepan en algunos casilleros; y revise la información de seguridad para el uso de mochilas con su niño.

El viaje de ida y regreso a la escuela

Revise estas reglas básicas con su estudiante y practique con antelación cualquier ruta nueva o modo de transporte:

Autobús escolar

Los niños siempre deben abordar y bajarse del autobús en lugares donde tengan acceso seguro al vehículo o las instalaciones escolares. Cerciórese de que su niño camina donde puede ver al conductor del autobús (lo que quiere decir que el conductor puede ver al niño también). Recordar reglamentos establecidos del cinturón de seguridad para preescolares, escolares y adolescentes.

Automóvil

Todos los pasajeros deben usar el cinturón de seguridad, asientos de seguridad o una silla elevadora del tamaño apropiado para la edad.

Caminar a la escuela

Normalmente, los niños pueden empezar a caminar a la escuela entre los 9 y 11 años. Cerciórese de que la ruta a la escuela por dónde camina su niño es segura y conocida por los escolares y que hayan tenido la rigurosidad de supervisión de sus padres.

Identifique a otros niños del vecindario con los que pueda caminar a la escuela. En los vecindarios con mucho tráfico, considere la posibilidad de organizar a grupos de "niños caminantes" para que caminen a la escuela en compañía y con la supervisión de un adulto.

Sea consciente de que tan buen peatón es su niño. Los niños pequeños son impulsivos y menos precavidos con el tráfico. Piénselo cuidadosamente y decida si su niño está listo para caminar a la escuela sin la supervisión de un adulto o familiar.

Alimentación durante el día escolar

Casi todos los estudios de investigación demuestran que los niños que comen un desayuno nutritivo se desempeñan mejor. Les va mejor en la escuela, se concentran mejor y tienen más energía. Algunas escuelas brindan desayunos; si su escuela no lo hace, cerciórese de que sus niños coman un desayuno que contenga algo de proteína. El hambre puede afectar el desempeño académico de los niños.

Revise la oferta de alimentos dentro y fuera de la cafetería, incluyendo a las expendedoras de alimentos, a la carta, tiendas escolares, puestos de refrigerios incluidos los eventos para recaudar fondos que se llevan a cabo en la escuela. Todos los alimentos que se venden en las escuelas deben cumplir con los requerimientos nutricionales establecidos por el Ministerio de Salud.

Conozca la política de bienestar de su escuela y participe en los grupos que trabajan para implementarla. También tenga en cuenta la buena nutrición si su niño llevara alimentos para consumir en la escuela (lonchera saludable).

Fuente American Academy of Pediatrics 2022/2023
La información contenida en esta revisión no debe usarse como sustituto al consejo y cuidado médico de su pediatra. Puede haber muchas variaciones en el tratamiento que su pediatra podría recomendar basado en hechos y circunstancias individuales.

La dermatitis irritante del pañal

Es la enfermedad dermatológica más frecuente en bebés

Por Annabella Alfaro
Médico Asesor BCH-CAC

Un 50% de los bebés va a padecerla durante el primer año de vida y su máxima frecuencia ocurre entre los nueve y los 12 meses de edad. Sin embargo, no es seria y su incidencia, así como su severidad han disminuido gracias a las mejoras en el diseño de los pañales y productos de calidad en el cuidado de la piel del bebé así como un mejor manejo por los padres.

La pañalitis está causada principalmente por el uso de pañales. El pañal crea un ambiente oclusivo que provoca maceración. También prolonga el contacto de la piel con una mezcla de orina y heces que contienen irritantes que dañan la piel. Además, el pañal involucra rozaduras por fricción cuando el bebé se mueve.

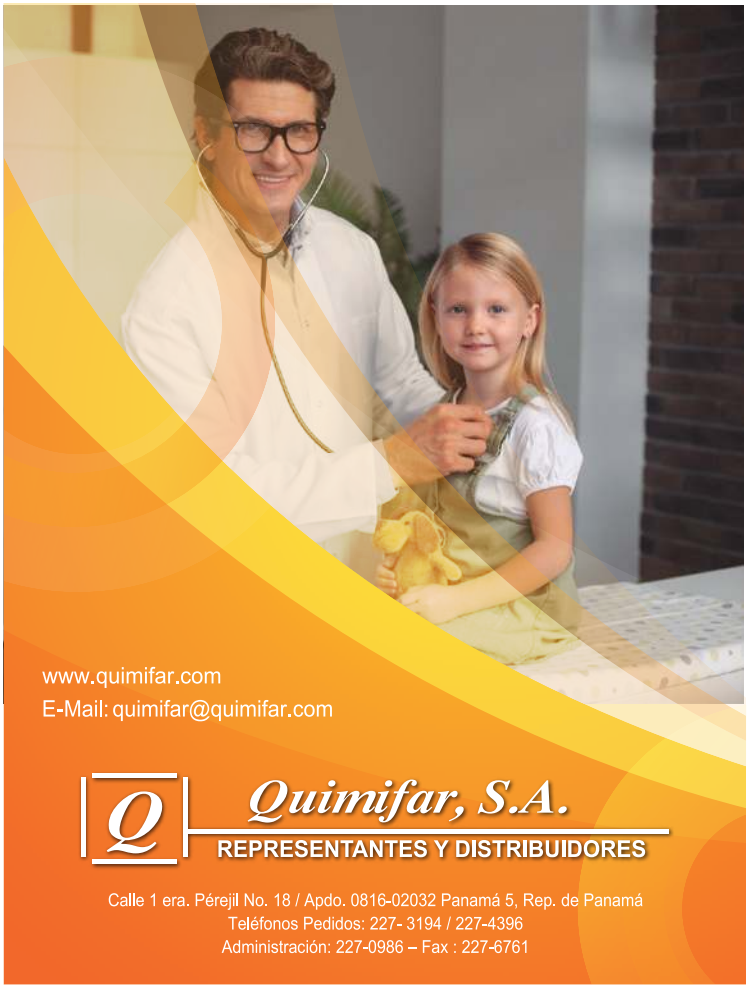
El tratamiento y la prevención de la dermatitis irritante del pañal con Dexpantenol ofrece eficacia y seguridad mediante tres mecanismos de acción bien establecidos:

1. Protege al formar una barrera protectora frente a los irritantes
2. Humecta al permitir la entrada de agua a la piel
3. Regenera y repara la piel apoyando la función de la barrera cutánea

El **Dexpantenol** es el análogo biológicamente activo del ácido pantoténico, una vitamina del complejo B. Respecto a la fisiología de la piel, el ácido pantoténico es esencial para la función epitelial normal. Por ejemplo, se sabe que participa en una variedad de roles biológicos clave como la síntesis de Coenzima A y en el ciclo del ácido cítrico. El ácido pantoténico aumenta la proliferación celular, la migración celular y la síntesis de colágeno, entre otras funciones.

El **Dexpantenol** está descrito en varias farmacopeas y está indicado para una variedad de lesiones en piel y mucosas, incluso la dermatitis irritante del pañal.

(1) Atherton D, Proksch E, Schauber J, Stalder JF. Irritant Diaper Dermatitis: Best practice management. SelfCare (2015) 6(S1): 1-11. (2) Benitez Ojeda AB, Mendez MD. Diaper Dermatitis.StatPearls Publishing; (2022) Jan. Ebner F, Heller A, Rippke F, Tausch I. (3) Topical use of dexpanthenol in skin disorders. Am J Clin Dermatol (2002) 3(6): 427-433


www.quimifar.com
E-Mail: quimifar@quimifar.com
Quimifar, S.A.
REPRESENTANTES Y DISTRIBUIDORES
Calle 1 era. Pérejil No. 18 / Apdo. 0816-02032 Panamá 5, Rep. de Panamá
Teléfonos Pedidos: 227- 3194 / 227-4396
Administración: 227-0986 – Fax : 227-6761

DRA. LAVINIA WESLEY
Radiología Pediátrica
Ultrasonidos
Radiología general
Fluoroscopía
Tomografía
Resonancia Magnética
Videodeglución
CENTRO DE DIAGNÓSTICO PEDIÁTRICO
CENTRO DE DIAGNOSTICO PEDIATRICO
Plaza Comercial y Profesional
San Fernando local 5
278-1775 / 6490-5258
NEURO CLINIC Group Panama
NEUROCLINIC
Hospital The Panama Clinic piso 24
Consultorio 2401 / 6202-5398
Servicio de Ultrasonido en Domicilio
6381-1730

PUBLICIDAD
PSG
PANAMA SOLUTION GROUP
elpediatr@psgpublicidad.com
www.psgpublicidad.com

FARMACIA GUADALAJARA
Entrega a Domicilio
Variedad en Medicamentos
Medicamentos Dermatológicos
Insumos Médicos
Regalos y Golosinas
Teléfono: 277-3374
Lunes a Viernes de 7:00 a 10:00 pm
Sábado, Domingos y Feriados de 8:00 am a 9:00 pm
farmaciaguadalajara@cwpanama.net
Entrada Principal Villa Lucre,
Consultorios Privado
San Judas Tadeo,
Planta Baja al
lado de Centro
Médico Bernardette

Comunicado de la **Socieda Panameña de Pediátra** vacuna bivalente contra covid-19 en niñas niños y adolescentes

3 de enero de 2023

A medida que continuamos transitando la pandemia y se van incrementando las coberturas de vacunación de las poblaciones adultas, se presenta un aumento del número de niños y niñas, en todo el mundo que se enferman de COVID-19. En Panamá, según el último reporte del Ministerio de Salud (MINSA), en el Hospital del Niño José Renán Esquivel se han confirmado, a lo largo del año 2022, 875 casos de menores con COVID-19, de los cuales 307 han debido ser hospitalizados y 29 casos han sido ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Este aumento de los casos se atribuye en parte a, nuevas variantes y sub-variantes del virus SARSCoV-2, más transmisibles que las cepas originales, pero también a otros factores vinculados con la flexibilización del autocuidado, por ejemplo, la higiene de manos, el uso de mascarillas, la ventilación de espacios y la recuperación de las actividades habituales sociales, educativas, encuentros familiares y viajes. Aunque los riesgos de COVID-19 para los niños y niñas siguen siendo significativamente menores que los de los adultos, es importante destacar que es altamente probable que exista un ubregistro en este grupo por la falta de acceso a diagnóstico y la dificultad para distinguir los cuadros respiratorios virales causados por COVID-19 y los de otros virus.

Por último, a diferencia del avance producido con el desarrollo de las vacunas no hay demasiada experiencia en cuanto a tratamientos específicos para la enfermedad en edades pediátricas. El 8 de diciembre de 2022, la FDA autorizó el uso de emergencia de las vacunas bivalentes contra el COVID-19 de Moderna y de Pfizer-BioNTech para incluir su uso en niños a partir de los 6 meses de edad.

Las vacunas bivalentes contra el COVID-19, de Moderna y de Pfizer-BioNTech, incluyen un componente de ARNm correspondiente a la cepa original para proporcionar una respuesta inmunitaria que es ampliamente protectora contra el COVID-19 y un componente de ARNm correspondiente a los linajes BA.4 y BA.5 de la variante ómicron para brindar una mejor protección contra el COVID-19 causado por la variante ómicron.

Los niños que reciben las vacunas bivalentes pueden experimentar efectos secundarios similares reportados por personas que recibieron dosis anteriores de las vacunas originales de ARNm contra COVID-19 (monovalentes).

Recomendaciones de la SPP respecto a las vacunas bivalentes en niños

La vacunación es la estrategia disponible más segura y eficaz para prevenir la infección, las complicaciones e internación por la infección por SARS-CoV-2, entre niños, niñas, adolescentes y adultos.

Existe evidencia reciente de que la infección por SARS-CoV-2 ejerce una desregulación inmune prolongada que, por un lado, puede estar impulsando la sintomatología conocida como COVID persistente y, por otro lado, podría inducir una mayor vulnerabilidad frente a otras infecciones comunes de la infancia. Según los datos disponibles, se espera que las vacunas bivalentes brinden una mayor protección contra el COVID-19.

Las vacunas no ofrecerán una protección total contra la infección por COVID-19, por lo cual es probable que estos niños y niñas puedan enfermar, pero los estudios demuestran que los síntomas son significativamente menos graves evitando en un alto porcentaje la hospitalización y COVID19 persistente. Animamos a los padres de niños mayores de 6 meses, que reúnan los requisitos para recibir las vacunas monovalentes o la dosis de refuerzo de la vacuna bivalente contra el COVID-19, y que los vacunen tan pronto sea posible, ya que esto ayudará a protegerlos contra esta enfermedad y sus complicaciones.

Por lo pronto la vacuna bivalente contra COVID 19 se coloca solamente a los mayores de 12 años de edad.

El entorno y la influencia en la adolescencia

La adolescencia se define como un período de crecimiento y desarrollo, de comienzo y duración variables, que demarca el final de la niñez y crea los cimientos de la maduración, teniendo implicaciones a nivel biopsicosocial. Constituye casi la mitad del período del crecimiento y desarrollo. La adolescencia se caracteriza por cambios rápidos en lo físico y constantes readaptaciones personales, familiares, académicas y sociales. Un adolescente promedio se desenvuelve principalmente en tres entornos, dedicando aproximadamente una tercera parte de su tiempo a cada uno: el hogar y la familia; el colegio y el tiempo de ocio. Cada uno de estos influye en forma positiva o negativa, en su formación como individuos, que forman parte de una sociedad.

La familia juega un papel primordial en la transmisión de valores y formación integral del individuo. Recordemos que hoy en día nos estamos enfrentando a una sociedad que ofrece al adolescente contenido materialista, por encima de transmisión de valores éticos, morales, humanísticos, lo que puede influir negativamente en su formación. Como padres, debemos tener una comunicación lo más efectiva con nuestros hijos; escucharlos y dialogar con ellos. Se debe cumplir con normas y reglas, con cierta flexibilidad, dentro del marco del respeto, pero no en forma rígida o impositiva.

Ellos desean que mostremos interés en los que dicen, ser escuchados, comprendidos y amados. Debemos confiar en ellos y otorgarles cierta autonomía para desempeñarse en otros ámbitos. En el hogar y la familia se debe satisfacer las necesidades básicas del desarrollo; construir la afectividad y fomentar la autoestima.
Un adolescente con autoestima podrá enfrentar los retos que se le presenten fuera del hogar.

A un adolescente con autoestima positiva le será más fácil:
- Actuar independientemente
- Asumir su responsabilidad
- Afrontar nuevos retos con entusiasmo
- Estar orgullosos de sus logros
- Demostrar amplitud de emociones y sentimientos
- Tolerar bien la frustración
- Sentirse capaces de influir en otros

Luego del hogar, la escuela representa el entorno que es la continuación de la enseñanza de los mecanismos de adaptación social. Las primeras experiencias sociales fuera de la familia vienen con la escolarización. En la escuela no solo se debe impartir conocimientos teóricos, sino habilidades, técnicas y mecanismos de aprendizaje social, que potencien la personalidad del alumno. Es importante resaltar que no todos los adolescentes provienen de hogares ideales o familias tradicionales. Muchos provienen de familias disfuncionales, lo que puede afectar en forma negativa en su desempeño y conducta.

El tiempo escolar es la tercera parte del tiempo del adolescente. Allí comparte con pares; se establecen las bases del convivio en una sociedad, relaciones interpersonales, tolerancia, disciplina. Todo esto contribuye con el moldeamiento de su personalidad. Como padres debemos estar vigilantes y supervisar el desempeño de nuestros hijos en el colegio, no solo desde el punto de vista académico, sino conductual. Debemos estar atentos ante cambios de conducta, retraimiento, aislamiento, episodios de enojo o ira, ansiedad, depresión, negativa a asistir a clases. Éstas pueden ser manifestaciones de rechazo, bullying o inadaptación.

“Debemos mantener una comunicación estrecha con nuestros hijos y con los educadores, en forma periódica, sobre todo si estamos preocupados por cambios en la conducta. Los adolescentes dedican cerca de una tercia parte de su tiempo al espacio de “ocio”, es decir, actividades escogidas libremente por ellos y que les proporcionan diversión o bienestar. Estas actividades son compartidas usualmente con grupos de pares.”

En un estudio realizado en Madrid, España, cerca del 40 al 65% de los adolescentes dedican su tiempo de ocio a escuchar música o radio; estar con amigos, bares o discotecas, ver televisión; navegar por internet. Mientras un 20% dedican su tiempo al deporte, leer, cine, teatro, jugar videojuegos o simplemente no hacer nada. Los amigos juegan un rol importante en el tiempo que el adolescente dedica al ocio.

Adoptan estilos de vida, obedeciendo a la presión de grupo. Desean responder a los ideales de la sociedad, en lo que a imagen corporal y atractivo físico se refiere. Los adolescentes construyen su identidad proyectándose en sus pares. Ven a los adultos diferentes y ajenos a ellos. Los adolescentes, junto a sus pares, comparten mismas experiencias; se entienden; existe empatía. El adolescente está en la búsqueda de la novedad, nuevas experiencias, que encuentran con sus pares.

El ser aceptado es vital para el adolescente, ya que es muy sensible ante el rechazo, lo cual puede amenazar su salud física y/o mental. Es aceptable hasta cierto punto, cierto distanciamiento de los padres, en miras a un crecimiento saludable e independiente.

En general, el tiempo de ocio que el adolescente comparte con pares, puede ser positivo o negativo. Si observamos cambios en la conducta, asociado a nuevas amistades, debemos estar alertas. Existen grupos o pandillas, a los cuales nuestros hijos pueden pertenecer, obedeciendo a presión de grupos y deseos de aceptación. Estos grupos se asocian con conductas de riesgo: conductas delictivas, abandono de los estudios, consumo de drogas, fracaso en las relaciones sociales.

La comunicación con nuestros hijos es fundamental para detectar estos cambios y solicitar ayuda profesional en forma oportuna. El tiempo de ocio se puede relacionar a sedentarismo, falta de ejercicio, exceso de pantallas, e ingesta de comida con alto contenido de azúcares simples y grasas saturadas. Esto contribuye al sobrepeso y obesidad, que como sabemos es un serio problema de salud pública.

Es indudable el beneficio de los medios de comunicación y tecnología. Cumplen una función en todos los ámbitos de la sociedad. Sin embargo, en el caso de los adolescentes, el uso de la tecnología en forma excesiva, es una de las nuevas adicciones del adolescente. Las estadísticas son alarmantes. Los adolescentes invierten gran parte de su tiempo en videojuegos, mensajes electrónicos y hablando por celular, internet. En la sociedad actual existe un consumismo u ocio digital por parte de los adolescentes. Un entorno lejos de padres y educadores. Un adolescente no supervisado y que consume internet en forma excesiva, está en riesgo de exposición a los nuevos tipos de maltrato: grooming, ciberacoso, sexting, entre otros.

Resulta paradójico, que como adultos nos preocupemos más de que los ordenadores tengan un antivirus (70%), vs a que tengan un filtro (18%) para la protección de nuestros hijos, tal y como lo demostró un estudio reciente. La educación de calidad es la herramienta más poderosa para evitar el impacto negativo que pueden tener los medios en el proceso de desarrollo de los adolescentes. La comunicación, el respeto, el amor y la educación en valores son fundamentales para el desarrollo de nuestros hijos adolescentes y para que se enfrenten a los retos venideros en los diversos entornos.

Dr. Iván Antonio Wilson
Pediatra / MSPP

Consejos para un **regreso exitoso** de sus hijos a la escuela

Parte 2

Consideraciones para supervisar en el período escolar.

Acoso escolar

Se considera acoso escolar o acoso cibernético llamado también hostigamiento (matoneo), cuando un niño hostiga a otro en repetidas ocasiones. El acoso puede ser físico, verbal o de carácter social. Puede suceder en el patio de recreo de la escuela, en el autobús escolar, en el vecindario o por internet o a través de dispositivos móviles como los celulares.

Cuando su niño es víctima de acoso escolar

Alerte a los oficiales de la escuela sobre el problema y colabore con ellos para encontrar soluciones. Enséñele a su hijo a saber cuándo y cómo debe pedir ayuda a un adulto de confianza. Pídales que identifiquen a quién pueden pedir ayuda. Reconozca la seriedad del acoso y acepte los sentimientos que el niño le comunica de cómo se siente al ser acosado.

Ayude a que su niño aprenda como responder, enseñándoles como:

Mirar directo a los ojos del abusador.
Pararse erguido y permanecer tranquilo frente a una situación difícil.
Alejarse del conflicto.
Enseñe a su niño a cómo decir con voz firme.
"No me gusta lo que estás haciendo".
"Por favor, NO me hables de esa forma".

Anime a su niño para que haga amistades con otros niños.

Apoye las actividades fuera de la escuela que le interesan a su niño. Cerciórese de que un adulto que está enterado del acoso pueda velar por la seguridad y bienestar de su niño cuando usted no pueda estar presente. Vigile o monitoree las interacciones que tiene su niño en los medios sociales o mensajes de texto para poder identificar estos problemas antes de que salgan fuera de control.

Cuando su niño es el abusador:
Cerciórese que su niño sepa que acosar a otros NUNCA está bien. Establezca límites a la conducta agresiva de su niño que sean firmes y consistentes. Ayúdele a su niño a tener compasión por otros niños, preguntándole cómo cree que ellos se sienten cuando él los maltrata. Pregúntele a su hijo cómo se sentiría si alguien lo estuviera acosando o maltratando a él.

Sea un ejemplo positivo a seguir. Muéstreles a sus niños que pueden obtener las cosas que quieren sin tener que burlarse, amenazar o lastimar a otra persona. Utilice "castigos" eficaces que no sean físicos, como la pérdida de privilegios. Haga un esfuerzo para elogiar a su niño cuando se comporta bien, por ejemplo, cuando ayuda a otros niños o es amable con ellos en lugar de cuando los acosa/maltrata. Elabore un plan con soluciones prácticas con el rector de la escuela, maestros, trabajadores sociales de la escuela o psicólogos y los padres del niño que es acosado por su niño.

Cuando su niño sólo observa:
Anime a su niño para que le comunique a un adulto de confianza sobre algún caso de acoso escolar. Dígale a su niño que se una a otros que le dicen NO al acoso. Ayude a que su niño le brinde apoyo a otros niños que puedan estar sufriendo acoso. Aconséjele a que invite a estos niños a participar en actividades.

Cuidado de los niños antes y después de la escuela
Durante la escuela primaria y secundaria, los niños necesitan supervisión. Un adulto responsable debe estar disponible para ayudarlos a alistarse en la mañana y mandarlos a la escuela y para supervisarlos después de la escuela hasta que usted regresa a casa del trabajo.

Si un miembro de la familia cuidará de su hijo, comuníquele la necesidad de tener reglas coherentes que han sido establecidas por los padres con respecto a los horarios, la disciplina y las tareas escolares. Los niños que se aproximan a la adolescencia (de 11 y 12 años de edad) no deben regresar de las clases a una casa vacía a no ser que muestren una madurez poco común para su edad.

Si no puede encontrar otra solución para supervisar a sus niños, los padres deben esforzarse para supervisar a los niños a distancia. Los niños tienen una hora definida para su regreso a casa de la escuela y deben avisar y mantenerse en contacto por teléfono con un vecino o con los padres.

Si elige inscribir a su niño en un programa privado para el cuidado de los niños después de la escuela, averigüe qué preparación tiene el personal del lugar. Debe haber una proporción alta en relación con el número de niños y los salones, personas capacitadas para abordar temas de salud y emergencias y los patios de recreo deben ser seguros.

Establezca una rutina para la hora de dormir
Dormir las horas necesarias es de suma importancia para que el niño tenga éxito en la escuela. Los niños que no duermen suficiente tienen dificultad para concentrarse y para aprender cómo podrían hacerlo. Establezca un horario para ir a dormir para su hijo y sígalo todas las noches. Tener una rutina consistente ayudará a su hijo a calmarse y a conciliar el sueño. Los elementos de una rutina para calmar al niño antes de ir a dormir pueden incluir un baño/ducha, leerles un libro, y arroparlos en la cama y decirles buenas noches.

Pídale al niño que apague todos los dispositivos electrónicos con anticipación mucho tiempo antes de ir a dormir. En lo posible, trate de que haya silencio y calma en su hogar cuando los niños más pequeños están tratando de conciliar el sueño.

"No dormir las horas necesarias está vinculado con índices altos de faltar a la escuela o de llegar tarde. La cantidad óptima de horas que la mayoría de los niños pequeños debe dormir en las noches es de 10-12 horas y para los adolescentes (13-18 años) está entre un promedio de 8-10 horas por noche.
Cómo adquirir buenos hábitos para el estudio y para hacer las tareas."

Cree un ambiente que sea propicio para hacer las tareas desde una edad temprana. Los jóvenes necesitan un lugar de trabajo en su habitación o en otra parte de la casa, que sea tranquila, sin distracciones y que promueva el estudio. Programe suficiente tiempo para las tareas. Tenga en cuenta este tiempo dentro de su participación en actividades después de la escuela. Establezca como regla familiar que el televisor y otros dispositivos electrónicos permanezcan apagados mientras se hacen las tareas.

Supervise el uso de la computadora y del internet.
Cuando llegan a la secundaria es común que los profesores pidan a los estudiantes enviar sus tareas de manera electrónica y que realicen otras tareas en el computador (ordenador). Si su niño no tiene acceso a un computador o al internet en su hogar, hable con los administradores y profesores de la escuela para que establezcan un plan adecuado para su caso. Esté disponible para responder preguntas y ofrecer ayuda, pero nunca le haga la tarea a su niño.

Tome medidas para aliviar la fatiga de los ojos, el cuello y la mente mientras estudian. Cerrar los libros por unos minutos puede ayudar, así como estirarse y tomar un descanso de vez en cuando, siempre y cuando esto no los interrumpa mucho. Si su niño tiene dificultad con una materia en particular, hable con el maestro del niño para que le brinde recomendaciones sobre cómo puede usted o otra persona ayudar al niño en su casa o en la escuela. Si tiene preguntas referentes a las asignaciones/tareas que le dan a su niño, hable con el profesor o maestro.

Si su niño tiene problemas para concentrarse o completar sus tareas, hable con el maestro de su niño, el consejero escolar o el proveedor de salud. Para problemas generales que no se pueden solucionar con la ayuda del maestro, puede considerar un mentor/tutor para que ayude al niño. Algunos niños necesitan ayuda para organizar sus tareas. Listados, temporizadores (minuteros) y la supervisión de los padres pueden ser útiles para solucionar los problemas a la hora de hacer las tareas.

Algunos niños pueden necesitar ayuda adicional para recordar sus tareas. Hable con su niño y con su maestro para elaborar un plan adecuado para manejar/organizar sus tareas, tales como un cuaderno de notas o asignaturas.

Fuente American Academy of Pediatrics 2022 / 2023
La información contenida en esta revisión no debe usarse como sustituto al consejo y cuidado médico de su pediatra. Puede haber muchas variaciones en el tratamiento que su pediatra podría recomendar basado en hechos y circunstancias individuales.

Manejo de la hiperbilirrubinemia en el neonato de 35 o más semanas de gestación

Parte 1

Más del 80% de los recién nacidos tendrán algún grado de ictericia.

La vigilancia cuidadosa de todos los neonatos y la aplicación de tratamientos adecuados es fundamental, ya que las altas concentraciones de bilirrubina pueden causar encefalopatía aguda por bilirrubina y kernicterus. El kernicterus es una afección neurológica incapacitante permanente caracterizada por algunos o todos de los siguientes: parálisis cerebral coreoatetoide, paresia de la mirada hacia arriba, displasia del esmalte de dientes temporales, pérdida auditiva neurosensorial o neuropatía auditiva o trastorno del espectro de disincronía y hallazgos característicos en la resonancia magnética de cerebro. Para esta guía es fundamental contar con sistemas que incluyan políticas en hospitales y otros tipos de lugares de parto para brindar la atención necesaria y minimizar el riesgo de kernicterus.

Este artículo actualiza y reemplaza la Guía de práctica clínica para el manejo y la prevención de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido ≥ 35 semanas de gestación de la Academia Americana de Pediatría (AAP) del 2004. Esta guía de práctica clínica, al igual que la anterior, aborda cuestiones de prevención, evaluación de riesgos, seguimiento y tratamiento.

Proceso de desarrollo de la guía

La AAP convocó a un comité para la guía de práctica clínica que incluyó neonatólogos, médicos de hospital, pediatras de atención primaria, una enfermera y expertos en lactancia. Algunos miembros también tenían especial experiencia en hiperbilirrubinemia neonatal. Este comité trabajó de 2014 a 2022 para revisar nueva evidencia e identificar oportunidades para aclarar y mejorar la guía de 2004. Este reporte se sometió a una extensa revisión por pares por una amplia gama de médicos y expertos en hiperbilirrubinemia neonatal y por los padres de niños con kernicterus.

El comité reconoce que en Estados Unidos y en otros países de altos recursos, el manejo recomendado de la hiperbilirrubinemia y el riesgo de kernicterus pueden diferir significativamente de los países con más limitaciones de recursos. El manejo de la hiperbilirrubinemia también puede variar entre los países de altos recursos donde el alta temprana de la díada madre-bebé es menos común. El comité recomienda precaución e incorporación de expertos locales en la adaptación de estas directrices para su uso fuera de los Estados Unidos.

Esta guía de práctica clínica proporciona recomendaciones específicas donde la evidencia o la experiencia clínica significativa sugieren el beneficio de la acción clínica. En algunos casos, las opciones de administración de la atención médica se proporcionan cuando la evidencia o experiencia clínica es menos segura. Para recomendaciones seleccionadas que son fundamentales para esta guía, el subcomité reportó la evidencia de calidad agregada y la fuerza de la recomendación según la declaración de política de la AAP "Clasificación de Recomendaciones para las Guías de Práctica Clínica." Estas recomendaciones tienen el formato de "declaraciones de acción clave" (DAC) para su fácil identificación. Se debe tener en cuenta que a lo largo la guía, el término "padre" se utiliza para representar al(los) cuidador(es) responsable del niño y "madre" para representar a la persona que dio a luz y/o que está amamantando.

La guía de 2004 se centró en lactantes ≥ 35 semanas de gestación. Este rango de edad gestacional incluye a la mayoría de los neonatos atendidos y en general seguidos posteriormente por pediatras generales y otros médicos de atención primaria en servicios para recién nacidos sanos o unidades de atención materno-infantil. La guía de 2004 hizo recomendaciones para prevención primaria (ej., tipificación de Rh materno y tratamiento) y prevención secundaria (ej., evaluación de factores de riesgo y seguimiento cercano del desarrollo de hiperbilirrubinemia y, cuando fuera necesario, tratamiento).

En 2009, se publicó un comentario describiendo varias aclaraciones y modificaciones a la guía de práctica clínica de 2004. Estas incluían la distinción entre "factores de riesgo de hiperbilirrubinemia", que aumentan el riesgo de hiperbilirrubinemia posterior, y "factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia", que aumentan el riesgo de neurotoxicidad por bilirrubina. Una nueva recomendación fue para el screening universal de bilirrubina previo al alta con mediciones de bilirrubina sérica total (BST) o bilirrubina transcutánea (BTc), ligada a recomendaciones para el seguimiento. Aunque es difícil determinar el impacto directo de estas recomendaciones, la incidencia de hiperbilirrubinemia peligrosa, definida como BST ≥ 30 mg/dL, disminuyó en al menos 3 grandes sistemas de salud de EE.UU. después de la adopción del screening universal de bilirrubina previo al alta con seguimiento post-alta más cercano.

Evidencia que conduce a cambios

Desde la publicación de la guía anterior, la base de evidencia sobre el seguimiento y el tratamiento de la hiperbilirrubinemia se ha expandido. Además, el comité revisó las directrices del Consorcio Neonatal del Norte de California y de la Academia de Medicina de Lactancia Materna. Dado que la nueva evidencia era insuficiente para derivar umbrales de tratamiento específicos estimando cuantitativamente los riesgos y beneficios de diferentes enfoques de atención, el comité comenzó con la guía de la AAP anterior. En base a la evaluación de la evidencia publicada desde 2004, el comité elevó los umbrales de fototerapia en un rango estrecho que consideró seguro. El comité también usó nuevos hallazgos de investigación para revisar el enfoque de evaluación de riesgos en base a la concentración de bilirrubina horaria específica y el enfoque para abordar rápidamente las concentraciones elevadas de bilirrubina, definido como "escalada de la atención".

I. Prevención de la hiperbilirrubinemia

A. Prevención de la hiperbilirrubinemia asociada con enfermedad hemolítica isoinmune

La prevención de la hiperbilirrubinemia comienza en el embarazo reconociendo y tratando a las mujeres que están en riesgo de desarrollar anticuerpos contra los antígenos de glóbulos rojos, que pueden causar enfermedad hemolítica del recién nacido (es decir, enfermedad hemolítica isoinmune). Si la madre no fue examinada para anticuerpos anti-eritrocitos durante el embarazo, la evaluación y tratamiento deben ocurrir poco después del parto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que las mujeres embarazadas se realicen una prueba para determinar su grupo sanguíneo ABO y tipo Rh (D) y una prueba de anticuerpos para determinar la necesidad de inmunoglobulina Rh (D) (RhIG) y evaluar el potencial de enfermedad hemolítica isoinmune del feto o recién nacido.

1: Si el screening de anticuerpos maternos es positivo o desconocido porque la madre no tuvo detección prenatal de anticuerpos, se le debe realizar al bebé una prueba de antiglobulina directa (PAD) y se debe determinar su tipo de sangre lo antes posible usando sangre periférica o de cordón. (Calidad de evidencia agregada Grado B, Recomendación).

La PAD ayuda a identificar a los lactantes en riesgo de hiperbilirrubinemia atribuible a hemólisis. Los lactantes con PAD negativa pueden ser manejados con los cuidados habituales. Las madres que recibieron RhIG pueden tener una detección de anticuerpos positiva para anti-Rh(D), y la RhIG puede causar un PAD positiva (anti-Rh[D]) en el lactante, pero generalmente no hemólisis. Si se sabe que la PAD de un bebé es positiva solo para anti-Rh(D) porque la madre recibió RhIG durante el embarazo y que la madre no tenía anticuerpos Rh(D) antes de recibir RhIG, el bebé puede ser tratado como si tuviera una PAD negativa. Sin embargo, cualquier bebé con una PAD positiva atribuible a otro anticuerpo distinto al anti-Rh(D) después de la recepción de RhIG debe ser considerado como PAD positivo. Si el tipo de sangre materna es Rh(D) negativo, debe determinarse el tipo Rh del bebé para evaluar la necesidad de administración de RhIG a la madre. Si la sangre materna es O+ y el screening de anticuerpos maternos es negativo, es opcional analizar la sangre del cordón umbilical para detectar el tipo de sangre y/o la PAD del niño. No es necesario determinar el tipo de sangre del bebé o la PAD si el control de la bilirrubina y la evaluación de riesgos siguen esta guía de práctica clínica y se ordena un seguimiento adecuado después del alta. De lo contrario, esta prueba debe realizarse.

B. Proporcionar apoyo para la alimentación

La lactancia materna exclusiva y la hiperbilirrubinemia están fuertemente asociadas. La ictericia en lactantes amamantados puede corresponder a 2 categorías principales, dependiendo de su momento de aparición. Estos tipos de ictericia deben ser diferenciados para orientar adecuadamente el manejo. La ingesta subóptima puede conducir a hiperbilirrubinemia, la llamada "ictericia de la lactancia", que típicamente alcanza su punto máximo en los días 3 a 5 después del nacimiento y se asocia frecuentemente con pérdida de peso excesiva. Dado que este tipo de ictericia, especialmente cuando es elevada, casi siempre se asocia con ingesta inadecuada de leche más que con la lactancia perse, se describe más correctamente como "hiperbilirrubinemia por ingesta subóptima."

Amamantar menos de 8 veces por día se ha asociado con mayores concentraciones de BST.

La baja ingesta de leche y la baja ingesta calórica contribuyen a la disminución de la frecuencia de las deposiciones y al aumento de la circulación enterohepática de bilirrubina. En contraste con la ingesta subóptima, la hiperbilirrubinemia que persiste con una ingesta de leche humana y un aumento de peso adecuados se refiere como "ictericia por leche materna" o "síndrome de ictericia por lactancia materna". Esta causa de hiperbilirrubinemia no conjugada prolongada, que puede durar hasta 3 meses, es casi siempre no patológica y no se asocia con hiperbilirrubinemia directa o conjugada. Un estudio halló que 28 días después del nacimiento, el 34% de los lactantes predominantemente amamantados tenía concentraciones de BTc ≥ 5 mg/dl, el 9% tenía concentraciones de ≥10 mg/dl, y el 1% tenía concentraciones de ≥ 12,9 mg/dl. Aunque esta guía de práctica clínica no puede abordar completamente la alimentación infantil, la alimentación adecuada es un componente importante para la prevención de la hiperbilirrubinemia. La AAP recomienda la implementación de prácticas de atención de la maternidad que promuevan un soporte completo, basado en evidencia, de la lactancia materna centrada en la familia. Los médicos deben promover el apoyo a la lactancia materna para todas las madres y la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento con alimentación frecuente a demanda (es decir, al menos 8 veces en 24 horas). Los signos de adecuación de la lactancia incluyen diuresis apropiada y deposiciones de transición, pérdida de peso normal por hora de vida y método de parto, ausencia de incomodidad materna y deglución audible a medida que aumenta el volumen de leche materna. Los lactantes amamantados que están adecuadamente hidratados no deben recibir rutinariamente suplementación con fórmulas comercialmente disponibles.

2: No se debe proporcionar suplementación oral con agua o agua con dextrosa para prevenir la hiperbilirrubinemia o disminuir las concentraciones de bilirrubina. (Calidad de evidencia agregada grado B, Recomendación fuerte) Las decisiones sobre suplementación temporal con fórmula infantil o leche materna donada deben hacerse en conjunto con los padres del lactante, cuando sea posible, después de discutir riesgos y beneficios.

II. Evaluación y seguimiento de la hiperbilirrubinemia

A. Identificación de factores de riesgo para hiperbilirrubinemia

Los lactantes con factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (Tabla 1) requieren un seguimiento más estrecho que los lactantes sin factores de riesgo. Determinar la presencia de estos factores implica examinar al lactante, evaluar datos de laboratorio, y obtener antecedentes familiares de trastornos sanguíneos o de ictericia neonatal.

La deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), una enzimopatía recesiva ligada al X que disminuye la protección contra el estrés oxidativo, ahora se reconoce como una de las causas más importantes de hiperbilirrubinemia con potencial para conducir a kernicterus en los Estados Unidos y en todo el mundo. La identificación de neonatos con deficiencia de G6PD es un desafío. La mayoría de los bebés afectados no tendrán antecedentes familiares positivos. La ascendencia genética de una población en la que esta condición es frecuente (por ejemplo, África Sub-sahariana, Medio Oriente, Mediterráneo, Península Arábiga, y Sudeste Asiático) puede ser útil en la predicción del riesgo. Esto es un ejemplo de cómo el manejo de la medicina consciente de la raza puede conducir a mejores resultados de salud. Tener la información sobre la ascendencia genética puede ayudar en la evaluación del riesgo de G6PD. En general, el 13% de los hombres afroamericanos y alrededor del 4% de las mujeres afroamericanas tienen deficiencia de G6PD. Hay eventos clínicos que deben levantar sospechas sobre la presencia de una deficiencia de G6PD. Los recién nacidos con deficiencia de G6PD es más probable que reciban fototerapia antes del alta hospitalaria, probablemente tanto por el aumento de la producción de bilirrubina como por la disminución de la conjugación, y tienen un mayor riesgo de readmisión y retratamiento. La hiperbilirrubinemia severa o el desarrollo atípico de hiperbilirrubinemia, como BST elevada en un lactante alimentado con fórmula o ictericia de inicio tardío, deben plantear la posibilidad de deficiencia de G6PD.

Un lactante con deficiencia de G6PD puede desarrollar un aumento repentino y extremo de la BST que puede ser difícil de anticipar o prevenir. Incluso después de lo que parece ser un evento hemolítico agudo, puede haber poca o ninguna evidencia de laboratorio de hemólisis. Es importante para los médicos reconocer que la medición de la actividad de G6PD durante o poco después del evento hemolítico o después de una exanguinotransfusión puede conducir a un resultado falsamente normal. Si se sospecha fuertemente una deficiencia de G6PD, pero la medición de la actividad de G6PD es normal o cercana a lo normal, la actividad de G6PD debe ser medida al menos 3 meses después.

Fuente: Revista INTRAMED, revisión por Dr. José C. Almario que consideramos de interés de conocimiento de todos los médicos que tiene que ver con los recién nacidos.

Importancia del Juego en la Infancia

El juego es una actividad de crucial importancia en la infancia, ya que es la forma en la que el niño interactúa con su entorno. Por tal motivo, se considera al juego como una actividad indispensable para el desarrollo psicomotor, intelectual, afectivo y social de cada infante.

El niño tiene derecho a jugar, tal como se expresa en el artículo 31 de la Convención sobre los derechos del niño. Como adulto tú eres el principal agente para hacer valer este derecho tan importante durante la primera infancia y a lo largo de la vida. Cuando el niño interactúa contigo a través del juego se crea una relación afectiva de calidad y perdurable. El juego es una actividad que estimula el desarrollo cerebral pues contribuye directamente a la creación de nuevas conexiones neuronales y desarrolla el pensamiento y el razonamiento, al mismo tiempo que experimenta y regula las emociones en el niño.

"Las conexiones cerebrales de un niño se desarrollan mientras lo miramos, le cantamos, lo arrullamos, le hablamos, lo sostenemos y jugamos con él; estableciendo una mejor relación consigo mismo, con los demás y con el mundo. Conforme los niños van creciendo, sus juegos van cambiando. Inician jugando solos, alrededor de los 2 años el juego sigue siendo individual aun cuando parece que los niños interactúan con otros y a partir de los 4 años se hace más frecuente el juego social."

Los niños aprenden de una manera práctica, adquieren conocimientos mediante la interacción lúdica con los objetos y las personas. Por ejemplo, bailando según una pauta consistente en dar un paso adelante, un paso atrás, girar, dar una palmada y repetir, pueden empezar a aprender las características de los patrones que constituyen el fundamento de las matemáticas. Los juegos de simulación (como jugar a la familia o al mercado) resultan especialmente beneficiosos, ya que, en este tipo de juegos, los niños expresan sus ideas, pensamientos y sentimientos; aprenden a controlar sus emociones, a interactuar con los demás, a resolver conflictos y a adquirir la noción de competencia.

El juego sienta las bases para el desarrollo de conocimientos y competencias sociales y emocionales. A través del juego, los niños aprenden a forjar vínculos con los demás, y a compartir, negociar y resolver conflictos, además de contribuir a su capacidad de autoafirmación. El juego también enseña a los niños aptitudes de liderazgo, incrementa su resiliencia y sus competencias de afrontamiento y les ayuda a relacionarse en grupo.

Beneficios del juego en la infancia

- Desarrollan la coordinación de sus movimientos.
- Conocen su cuerpo y dimensionan los espacios.
- Comprenden su entorno y desarrollan habilidades de pensamiento.
- Desarrollan su creatividad e imaginación.
- Promueve la interacción social y posibilita el establecimiento de relaciones entre pares.
- Adquieren autonomía al explorar su mundo familiar y social.
- Respetan reglas y desarrollan tolerancia a la frustración.
- Manifiestan sus necesidades, emociones e intereses.

Rol del adulto en el juego

Hoy en día resulta una tarea ardua para las familias lograr un balance entre el trabajo, los oficios del hogar y jugar con sus niños. Sin embargo, es esencial lograr momentos exclusivos y de calidad con los pequeños, donde aprovechen al máximo el tiempo que tienen juntos para relajarse y jugar. Esta actividad construye vínculos afectivos duraderos, permite a los padres apreciar la singularidad de cada niño y promueve el bienestar tanto del infante como el de los adultos.

Los adultos deben comprender que el juego es más que sólo diversión, es un derecho y una actividad imprescindible para el desarrollo de cada niño. Para promover el desarrollo de los niños es importante que el adulto le brinde atención, afecto, tiempo, espacio y materiales que enriquezcan sus capacidades facilitándoles espacios para jugar.

Recomendaciones para promover el juego

- Proponer actividades de acuerdo con sus intereses.
- Escoger objetos variados que tengan formas, tallas, pesos y texturas diferentes para jugar.
- Inventar juntos historias que promuevan el uso de la imaginación.
- Procurar que toda la familia participe en los juegos.
- Enseñar juegos tradicionales (yoyo, rayuela, saltar soga, etc.).
- Evitar o disminuir el tiempo de exposición a pantallas (tv, tabletas, celular, videojuegos).
- Promover el juego al aire libre.

Una herramienta de mucho valor para guiar a los padres y cuidadores en este sentido, son las guías elaboradas por la UNICEF "Juega conmigo". Son 5 guías que explican cómo ayudar a crecer y progresar al niño a través del juego. Se dividen según edad y van desde el embarazo hasta los 5 años. Jugar es una de las principales ocupaciones de los niños, es importante para su desarrollo y para que se unan con otros niños. Es también una oportunidad para que los padres se conecten con sus hijos. Los padres son los primeros maestros de los niños y gran parte de esa enseñanza sucede a través del juego, ya que le permite al niño comprender las reglas de la familia y lo que se espera de él.

Dra. Yamileth Quintero
Especialista en Medicina Familiar

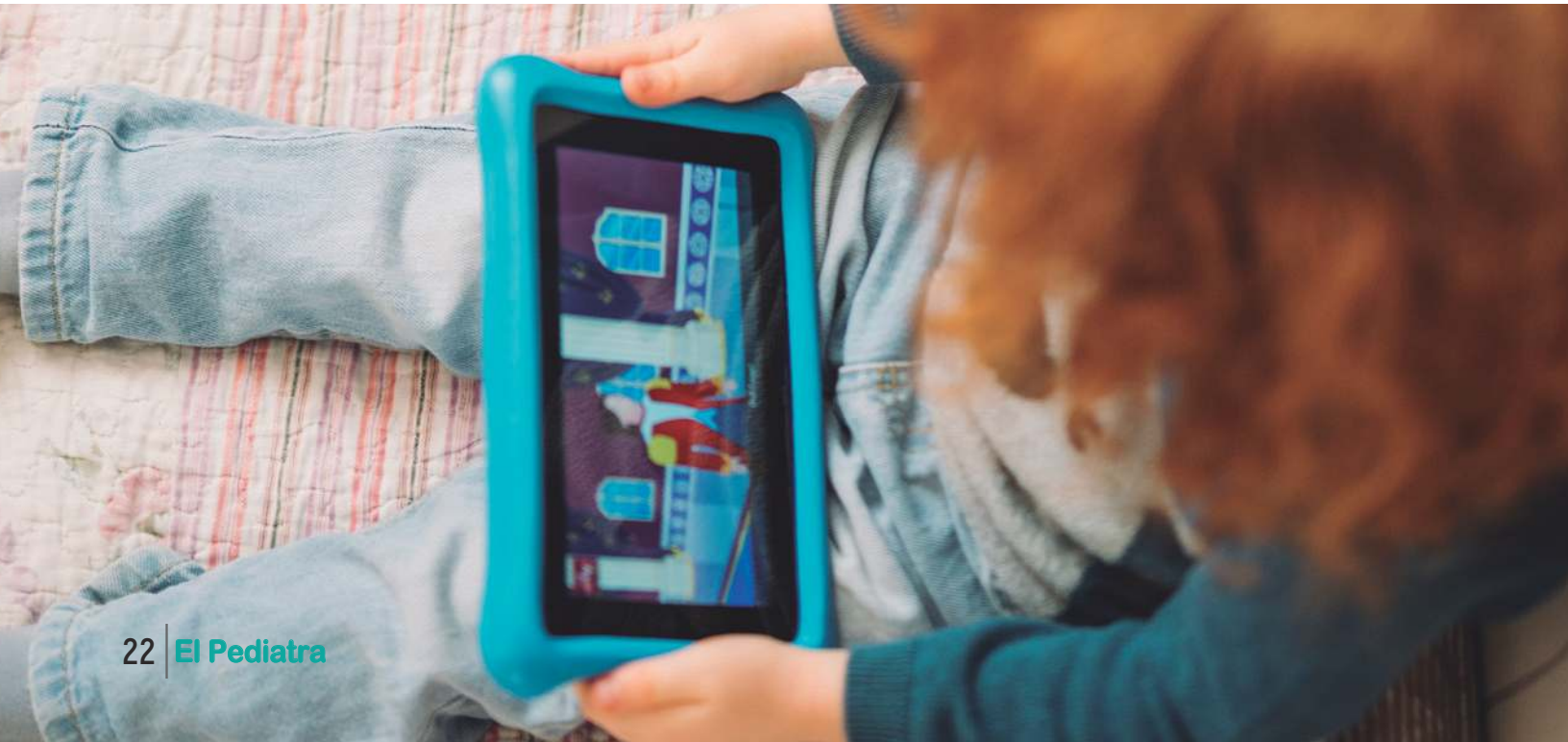
El uso de las pantallas en niños: Efectos y Recomendaciones

"En la actualidad, los niños están inmersos en un entorno digital muy distinto de aquel en el que la mayoría de los adultos nos criamos. Los juegos que nosotros practicábamos se han visto sustituidos, en muchos casos, por su representación en una pantalla. Entre 2001 y 2012 las nuevas generaciones consumieron menos tiempo delante del televisor que sus predecesoras, pero, paralelamente, dedicaron más tiempo al uso de teléfonos y tabletas digitales, según indican algunos estudios como el de Loprinzi y Davis (2016).

Esto requiere un debate abierto en la sociedad, pero mientras éste tiene lugar, padres y profesionales de la educación necesitan información de calidad con la que afrontar esta nueva realidad. Este breve documento pretende arrojar algo de luz sobre las evidencias científicas acumuladas al respecto. Los teléfonos móviles y tabletas digitales han supuesto un cambio radical en lo que cualquiera de nosotros podemos hacer independientemente del lugar en el que nos encontremos: localizar con exactitud una dirección, consultar cualquier información y escribir o llamar a cualquier persona conocida representan una ampliación exponencial de las posibilidades de acceso a la información y comunicación tradicionales.

Pero, como cualquier nueva herramienta, deben comenzar a dibujarse los límites que separan el buen del mal uso. Y, aunque la respuesta es compleja, la ciencia señala que determinados factores como la edad del niño, el momento del día en que interacciona con las pantallas, el contenido que consume y el tiempo de uso son especialmente importantes. En la actualidad, existe un consenso general sobre el impacto negativo del exceso de uso de pantallas digitales en los niños. A pesar de ello, númerosos estudios nos indican que hasta dos tercios de los niños pasan más tiempo delante de pantallas de lo recomendable.

Por ejemplo, la mayoría de los niños menores de 2 años usan a diario este tipo de dispositivos, ocupando un tiempo que, posiblemente, debería dedicarse a la interacción con un adulto. En los niños de esa edad existe una fuerte necesidad de realizar actividades de exploración manual y de interacción social con sus cuidadores, lo que les ayuda en el desarrollo de su cognición, su lenguaje, su motricidad y sus habilidades socioemocionales.



Impacto negativo en la primera infancia

Diversas investigaciones revelan que los niños más pequeños no pueden aprender de los medios digitales como lo harían de la interacción con sus cuidadores. De hecho, los estudios denominan a este fenómeno déficit del video, que consiste en una dificultad en aprender a partir de representaciones grabadas y transferirlas al mundo real, observadas en niños menores de 30 meses.

Por ejemplo, un estudio que evaluaba la capacidad para aprender palabras nuevas de niños de diferentes edades a través pantallas digitales hallaba que, a los 15 meses de edad, los niños podían aprender palabras nuevas de determinadas aplicaciones para pantallas táctiles, con un cuidado diseño educativo, pero tenían problemas para transferir este conocimiento al mundo real. Estos resultados han sido atribuidos a la falta de pensamiento simbólico en los niños más pequeños, una habilidad necesaria para trasladar lo aprendido en una pantalla digital al mundo real, por lo que hace que la interacción con los adultos siga siendo crucial para lograr un aprendizaje efectivo.

Un inconveniente adicional, que señalan varios estudios que han revisado aplicaciones comerciales, es que pocas de ellas están disponibles comercialmente como educativas o están basadas en estudios empíricos, y, además, no están diseñadas para ser utilizadas de manera interactiva con un adulto a pesar de que esa interacción mejoraría el aprendizaje.

Riesgos para la salud

Numerosos estudios señalan que el uso excesivo de estos medios digitales se ha asociado también a un mayor retraso a nivel cognitivo en funciones ejecutivas, del lenguaje, de desarrollo socioemocional o de la teoría de la mente, posiblemente porque ese tiempo que el niño pasa con este tipo de dispositivos es restado a la interacción con la figura de apego, tan necesaria en los más pequeños. Y un elevado uso de medios digitales se ha relacionado con mayor obesidad y riesgo cardiovascular hasta el punto de que, por ejemplo, ver la televisión entre 1 y 3 horas al día incrementa entre un 10-27% el riesgo de obesidad.

Otro hallazgo relevante sobre el uso de pantallas y medios digitales es su efecto negativo en el sueño. Así, el incremento de la exposición o la presencia de pantallas, ordenadores o móviles en el dormitorio se ha relacionado con menor tiempo de sueño. Por ejemplo, en niños de 6 a 12 meses que eran expuestos a pantallas durante las últimas horas de la tarde, mostraban significativamente menor duración del sueño que los que no eran expuestos. Algunos estudios han encontrado que la luz azul emitida por este tipo de dispositivos tendría un efecto supresor sobre la liberación de melatonina endógena, lo que podría afectar a la regulación de los ritmos circadianos. Y un sueño de calidad es vital para un adecuado desarrollo cognitivo y emocional.

Un último aspecto relevante tiene que ver con la salud ocular. El número de personas que desarrolla miopía en los EE. UU. se ha duplicado desde 1971; y en Asia, el porcentaje de jóvenes y adolescentes con este defecto de la visión ha pasado del 10-20% al 90% en 60 años. Este incremento ha sido tan elevado que la revista Science lo titulaba en 2015 como The myopia boom.

Aunque los mecanismos responsables de este incremento sólo están comenzando a ser entendidos, parece haber un importante efecto relacionado con el trabajo de cerca, no solamente con el uso de pantallas, sino con todas las actividades que actualmente realizamos a distancias cortas y con luz artificial. De hecho, cada vez más estudios encuentran que realizar actividades al aire libre tiene un importante efecto protector sobre el desarrollo posterior de miopía pues parece que la luz natural sería beneficiosa.

Cuando se exponen todos estos hallazgos sobre el uso de las pantallas y medios digitales a menudo se cae en el extremo de estigmatizar su uso general, pero lo verdaderamente necesario es que padres y cuidadores regulen su uso. Toda esta tecnología, unida al acceso a internet cada vez más extendido, posibilita el acceso a la información a millones de personas que de otro modo no lo conseguirían. En la situación de pandemia actual, está permitiendo que millones de personas continúen sus estudios y sus trabajos, y mantengan sus relaciones sociales y familiares de una forma impensable hace sólo 10 años. Cómo decíamos al inicio, es necesario distinguir el buen del mal uso..

Recomendaciones para el uso de pantallas en la infancia

En este sentido, la Asociación Americana de Pediatría y la Organización Mundial de Salud han elaborado sendas guías para padres y profesionales con recomendaciones de uso de estos dispositivos digitales en función de la edad de los niños, a la que se une la Sociedad Panameña de Pediatría.

A continuación, presentamos algunas de sus principales conclusiones:

Seguir la regla 20-20-20: asegurarse de mirar objetos situados a unos 6 metros, cada 20 minutos y durante, al menos, 20 segundos. En el caso de niños pequeños, es conveniente fijar algún tipo de alarma o recordatorio que obligue al niño a levantar su mirada. Evitar el uso de pantallas digitales en niños menores de 18 a 24 meses (excepto videoconferencias). Para niños entre 18 y 24 meses, en el caso de usar medios digitales, elegir sólo aplicaciones de alta calidad educativa y usar siempre en interacción con el adulto. Menos tiempo es siempre mejor. Para niños de 2 a 5 años limitar el uso de las pantallas a 1 hora al día, y siempre con programa educativos de alta calidad, recomendando que el adulto interaccione con ellos y le ayude a comprender el contenido. Menos tiempo es mejor.

Para niños de 6 años en adelante, establecer límites de tiempo claramente definidos. Apagar las pantallas y televisores cuando no se estén utilizando. Mantener los dormitorios, la hora de la comida y el tiempo de juego con el niño libre de este tipo de dispositivos.

No usar pantallas una hora antes de ir a dormir.

Evitar su uso como estrategia usual para calmar al niño. Los niños deben pasar un tiempo diario realizando actividad física que debe ser de, al menos, 180 minutos en niños de 1 a 5 años y de 60 minutos de 5 a 17 años, aunque más es mejor.

Fuente: Revisión del artículo del Doctor en Psicología Clínica y de la Salud y experto en Neuropsicología Clínica, Alejandro González Andrade, considerado de mucho interés de lectura para profesionales de la salud y la sociedad en general.

Manejo de la hiperbilirrubinemia en el **neonato de 35 o más semanas** de gestación

Parte 2

B. Identificación de la necesidad de tratamiento

Aunque hay una considerable variabilidad de laboratorio en las mediciones de BST, prácticamente todos los estudios de tratamiento se basan en niveles de BST medidos en laboratorios hospitalarios.

3: Utilizar la BST como prueba definitiva para guiar la fototerapia y las decisiones de escalada de atención, incluida la exanguinotransfusión. (Calidad de evidencia agregada Grado X, Recomendación).

Las decisiones de iniciar fototerapia o escalar la atención son guiadas por la edad gestacional, la BST específica por hora, y la presencia de factores de riesgo de neurotoxicidad por bilirrubina. La presencia de factores de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia reduce el umbral para el tratamiento con fototerapia y el nivel al que se debe escalar la atención.

Es importante que los médicos utilicen su juicio para determinar la presencia de factores de riesgo para neurotoxicidad, incluyendo inestabilidad clínica o sepsis. Aunque la acidemia puede indicar inestabilidad clínica, no se dispone de pruebas suficientes para proporcionar un umbral de pH específico para mayor riesgo de neurotoxicidad.

La menor edad gestacional y la enfermedad hemolítica isoinmune son factores de riesgo tanto para desarrollar hiperbilirrubinemia importante como para neurotoxicidad por bilirrubina. Aunque no está claro si la hemólisis atribuible a causas distintas a la isoinmunización también aumenta el riesgo de neurotoxicidad por bilirrubina, es prudente suponer que lo hace. Otros factores de riesgo importantes para neurotoxicidad están relacionados con enfermedad grave en el recién nacido (ej., sepsis).

La albúmina sérica baja puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad debido a la mayor disponibilidad de bilirrubina libre (es decir, bilirrubina no unida a albúmina). La mayoría de los laboratorios clínicos no pueden medir directamente las concentraciones de bilirrubina libre, e incluso si esta información estuviera disponible, hay datos insuficientes para guiar la atención clínica utilizando específicamente las concentraciones de bilirrubina no unida. Para abordar esas brechas, esta guía considera una concentración de albúmina <3,0 g/dl como un factor de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia Aunque hubo datos insuficientes para que el comité recomiende medir la concentración de albúmina de todos los recién nacidos, se recomienda su medición como parte de la escalada de la atención.

C. Estimación visual de las concentraciones de BST

Varios estudios han examinado la precisión de la estimación visual de las concentraciones de BST, correlacionando ya sea la progresión cefalocaudal de la ictericia o la concentración de BST estimada visualmente con la BST medida. Aunque las correlaciones en general son alta y estadísticamente significativas, se han observado diferencias tan grandes como de 13 a 15 mg/dl entre la BST o BTc real y los valores de bilirrubina estimados por el nivel de ictericia. Un hallazgo más consistente es que si el lactante no tiene ictericia en absoluto o la estimación visual de la bilirrubina del médico es <4 mg/dl, una BST ≥ 12 mg/dl es muy poco probable. La estimación visual se usa rutinariamente para orientar las decisiones sobre la obtención de mediciones de BST o BTc en recién nacidos a término ambulatorios de 3 o más días de vida, para quiénes los umbrales de tratamiento son lo suficientemente altos como para que distinguir entre grados más leves de ictericia no sea importante. Sin embargo, todos los bebés deben tener al menos una medición de BTc o BST, como se describe más abajo.

Todos los lactantes deben ser evaluados visualmente para detectar ictericia al menos cada 12 horas luego del parto y hasta el alta. La BST o la BTc deben medirse tan pronto como sea posible para los bebés que impresionan tener ictericia <24 horas después del nacimiento. (Calidad de evidencia agregada Grado X, Recomendación fuerte). Aunque la ictericia antes de las 24 horas de vida puede no tener una causa identificable,50 cuando se identifica una causa, lo más probable es que sea un proceso hemolítico. Las consecuencias de la falta de ictericia temprana atribuible a hemólisis significativa justifican la medición de BST o BTc. Esta recomendación para la evaluación visual no reemplaza la necesidad de obtener al menos una evaluación de BST o BTc como se describe a continuación. La evaluación visual es complementaria a la medición de BST o BTc.

D. Niveles de bilirrubina transcutánea

El nivel de BST se puede estimar en base a las mediciones de la BTc. Se han estudiado extensamente los instrumentos para BTc de 2 fabricantes (Draeger, Inc. [Instrumentos JM]; Philips, Inc [instrumentos BiliChek]). Estos dispositivos miden el amarilleo de la luz reflejada transmitida desde la piel y usan un algoritmo para predecir el nivel de BST a partir de la medición objetiva del color de la piel. Aunque las mediciones de BTc no evalúan directamente los niveles de bilirrubina, son válidas y confiables cuando se utilizan como prueba de tamizaje para identificar a los bebés que requieren una medición de BST.

Medir la BTc de esta manera puede resultar en una reducción de las extracciones de sangre. La implementación del cribado universal de BTc durante la estadía hospitalaria y en los controles de salud posteriores se ha asociado con una reducción de las extracciones de sangre y de la probabilidad de tener un nivel de BST ≥ 20 mg/dl. Hay una buena correlación entre las mediciones de BTc y las concentraciones de BST, con la BST generalmente dentro de 3 mg/dl de la BTc entre neonatos con concentraciones de BST <15 mg/dl. La magnitud y dirección de la diferencia media entre las mediciones de TBc y las concentraciones de TSB pueden depender de la concentración de melanina de la piel y el instrumento utilizado para medir la BTc.

Por ejemplo, los instrumentos BiliChek pueden subestimar la BST a niveles más altos (ej., por encima de unos 15 mg/dl) en lactantes con mayor concentración de melanina en la piel en un promedio de alrededor de 1 a 2 mg/dl. Por el contrario, los instrumentos JM pueden sobrestimar la BST en bebés con mayor concentración de melanina en la piel en un promedio de alrededor de 0,7 a 2,5 mg/dl. Las recomendaciones para el uso de las mediciones de BTc tienen en cuenta el grado de incertidumbre relacionado con la concentración de melanina en la piel.

5: La BTc o la BST deben medirse entre las 24 y 48 horas después del nacimiento o antes del alta si ocurre antes. (Calidad de evidencia agregada Grado C, Recomendación) La sangre para BST se puede obtener en el momento que se recoge la muestra para las pruebas de detección neonatal para evitar una punción de talón adicional. Los

bebés nacidos de parto domiciliario también deben hacerse la prueba de bilirrubina entre 24 y 48 horas después del nacimiento.

6: La BST debe medirse si la BTc excede o está dentro de 3 mg/dL del umbral de tratamiento con fototerapia o si la BTc es ≥ 15 mg/dL. (Calidad de evidencia agregada Grado C, Recomendación)

7: Si está disponible más de una medición de BTc o BST, la tasa de aumento se puede utilizar para identificar lactantes con mayor riesgo de sufrir hiperbilirrubinemia. Una rápida tasa de aumento (≥ 0,3 mg/dl por hora en las primeras 24 horas o ≥ 0,2 mg/dl por hora a partir de entonces) es excepcional y sugiere hemólisis. En este caso, se debe realizar una PAD si no se ha hecho previamente. (Calidad de evidencia agregada Grado D, Opción). Si está disponible, la medición de la producción de monóxido de carbono al final de la espiración, corregida por el monóxido de carbono ambiental, es un potencial método útil para cuantificar la hemólisis. El monóxido de carbono es producido en cantidades equimolares a la bilirrubina cuando el hemo es catabolizado a bilirrubina.

8: Si no se puede coordinar el seguimiento apropiado de un lactante con recomendación de control ambulatorio de la medición de bilirrubina, puede retrasarse el alta hospitalaria. (Calidad de evidencia agregada Grado D, Opción). Entre los bebés con concentraciones de BST por debajo del umbral de fototerapia, la necesidad potencial de futura fototerapia o escalada de la atención aumenta cuanto más cerca está la BST del umbral para fototerapia. Sin embargo, una vez que se ha documentado una disminución espontánea de la BTc o BST (es decir, no asociada con la fototerapia) durante al menos 6 horas, el riesgo de hiperbilirrubinemia posterior es bajo y no es necesario obtener mediciones adicionales de bilirrubina a menos que haya otros signos preocupantes, como empeoramiento de la ictericia o enfermedad aguda.

E. Evaluación de concentraciones elevadas de bilirrubina conjugada o de reacción directa

En algunos laboratorios, se mide la concentración de bilirrubina conjugada o directa cada vez que se mide la BST. Es útil entender que la bilirrubina conjugada y la directa son diferentes. La bilirrubina se hace hidrosoluble por conjugación con ácido glucurónico en el hígado, lo que facilita la excreción.

La bilirrubina conjugada y una pequeña cantidad de bilirrubina no conjugada reaccionan directamente (es decir, sin la adición de un agente acelerador) en las reacciones químicas utilizadas para medir las concentraciones de bilirrubina, que es como la bilirrubina "de reacción directa" o "directa" es medida. Después de medir la bilirrubina de reacción directa, se agrega un agente acelerante y la bilirrubina se mide nuevamente para obtener la bilirrubina total. Las concentraciones de bilirrubina directa son más altas y variables que las de la bilirrubina conjugada y tienden a aumentar con la BST. Los rangos de referencia para las mediciones de bilirrubina directa varían según el laboratorio clínico.

Una recomendación conjunta de las Sociedades Americana y Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica definen una concentración de bilirrubina sérica directa de >1,0 mg/dl como anormal, mientras que se ha utilizado un punto de corte de ≥ 0,3 mg/dl para la bilirrubina conjugada. Debido a que la prevalencia de atresia biliar es baja (1 en 14.00079) y este valor de corte es sólo sobre el percentilo casi todos (> 99%) los lactantes que tienen una sola elevación de la concentración de bilirrubina conjugada o directa no tienen atresia biliar. El valor predictivo positivo para la atresia biliar y otras causas de colestasis patológica se puede mejorar mucho con la repetición de la medición dentro de los pocos días a 2 semanas.

Un aumento en la concentración de bilirrubina directa o conjugada sugiere la posibilidad de colestasis patológica que requiere más evaluación. Una concentración de bilirrubina directa de >20% del total ya no se considera necesaria para el diagnóstico de colestasis. Es importante considerar también las causas de hiperbilirrubinemia directa neonatal diferentes a la atresia biliar que requieren tratamiento temprano. Estas incluyen infección del tracto urinario, enfermedad hemolítica isoinmune, sepsis y algunos errores congénitos del metabolismo.

9: Para bebés amamantados que todavía tienen ictericia a las 3 o 4 semanas de vida y para lactantes alimentados con fórmula que todavía tienen ictericia a las 2 semanas de vida, se deben medir las concentraciones de bilirrubina total y directa (o conjugada) para identificar una posible colestasis patológica. (Calidad de evidencia agregada Grado X, Recomendación). Cuando se presenta ictericia prolongada, los médicos también deben revisar los resultados de las pruebas de detección neonatal, porque algunas condiciones detectadas a través de las mismas (ej., galactosemia, hipotiroidismo, tirosinemia) pueden conducir a ictericia persistente. En lactantes alimentados con fórmula con ictericia prolongada, o en niños

amamantados con hiperbilirrubinemia directa o conjugada, se recomienda la consulta con un gastroenterólogo u otro experto.

III. Tratamiento de la hiperbilirrubinemia
A. Provisión de fototerapia

La fototerapia disminuye las concentraciones de bilirrubina a través de una variedad de reacciones fotoquímicas que permiten que la bilirrubina sea más fácilmente excretada. Su efectividad depende de la intensidad de la fototerapia administrada y de la superficie del niño expuesta a la misma. Lamentablemente, no existe un método estándar para la administración de fototerapia y hay variación sustancial en los equipos. Información completa sobre fototerapia, incluyendo su mecanismo de acción y estrategias para su uso, se puede encontrar en el Apéndice de la guía de 2004, en un informe técnico del Comité de Feto y Recién Nacido de la AAP y en revisiones recientes.

El enfoque general es proporcionar fototerapia intensiva a la mayor parte de la superficie del bebé cuando sea posible. La fototerapia intensiva requiere una luz LED azul de espectro estrecho con una irradiación de al menos 30 μW/cm2 por nm a una longitud de onda de alrededor 475 nm. La luz externa de 460 a 490 nm de rango proporciona calor innecesario y longitudes de onda potencialmente dañinas. La ventaja de la fototerapia intensiva es que puede bajar rápidamente la BST y debería acortar la duración del tratamiento. El objetivo principal de la fototerapia es disminuir la probabilidad de más aumentos en la concentración de BST que llevarían a la necesidad de escalar la atención, incluyendo la exanguinotransfusión. Los umbrales recomendados para fototerapia están muy por debajo de aquellos en los que se manifiesta neurotoxicidad aguda por bilirrubina o kernicterus.

La fototerapia no debe usarse únicamente con el objetivo de prevenir efectos adversos sutiles del neurodesarrollo, dado que la literatura que vincula estas anomalías con la bilirrubina es contradictoria; no hay evidencia de que la fototerapia mejora o previene cualquiera de estos resultados, y hay alguna evidencia de que la fototerapia puede dar lugar a un pequeño aumento del riesgo de epilepsia infantil posterior. El comité cree que el beneficio de la fototerapia excede el pequeño riesgo potencial de epilepsia cuando la BST está en o por encima del umbral de fototerapia.

El comité determinó que la nueva evidencia de que la neurotoxicidad de la bilirrubina no ocurre hasta que las concentraciones están muy por encima de los umbrales de exanguinotransfusión, la guía de 2004 justificó elevar los umbrales del tratamiento con fototerapia en un rango estrecho. Con el aumento de los umbrales para fototerapia, es importante seguir adecuadamente las directrices actuales, incluyendo el screening de bilirrubina durante la hospitalización post parto y el oportuno seguimiento posterior al alta.

Aunque se ha demostrado que la exposición directa a la luz solar disminuye las concentraciones de BST, las dificultades prácticas involucradas en la seguridad de los bebés expuestos al sol, ya sea dentro o fuera, mientras que también se evitan las quemaduras solares impiden el uso de la luz solar como una herramienta terapéutica confiable, y por lo tanto, no se recomienda. Aunque la luz solar filtrada se ha utilizado de forma segura en entornos con recursos limitados donde la fototerapia no está fácilmente disponible, estas directrices no fueron desarrolladas para su uso en tales ambientes. Se debe considerar que esta guía, incluyendo los umbrales para fototerapia y exanguinotransfusión, la no fue desarrollada para su uso en países de bajos y medianos ingresos donde los recursos descriptos para la detección, el seguimiento, y el tratamiento podrían no estar disponibles.

10: La fototerapia intensiva se recomienda a diversos umbrales de BST en base a la edad edad gestacional, los factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia, y la edad del lactante en horas. (Calidad de evidencia agregada Grado X, Recomendación). Los umbrales de tratamiento con fototerapia tienen en cuenta tanto la edad gestacional como la presencia de otros factores de riesgo para neurotoxicidad. Se sugieren determinados umbrales de fototerapia cuando no hay factores de riesgo para neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia sumados a la edad gestacional, y otros umbrales cuando existen factores de riesgo distintos a la edad gestacional.

Fuente: Revista INTRAMED,
Revisión por Dr. José C. Almario

Ballena Azul®
¡El Gigante de la Salud!

Fortalece el sistema inmunológico de tus hijos con la Emulsión Balleza Azul

Contiene:

- Omega 3
- Aceite de hígado de bacalao
- Vitaminas A, D, E y B1
- Flúor

Ayuda a:

- Fortalecer las defensas
- Desarrollar huesos sanos y fuertes
- Proteger su corazón
- Minimizar las caries dentales gracias al flúor

Síguenos @BallenaAzulPanama

PARECEN IGUALES PERO NO LO SON.

LO BUENO SE CERTIFICA

AGUA
100%
PURIFICADA

NSF

labwa
latin american bottled water association