

el **Pediatra**

Panamá 2023, año 20 No. 69

Las redes sociales y
los niños

El uso de pantallas
en pediatría



El Pediatra digital

Con una cuenta de ahorro

Panamá Ahorra

Ahorrar es
más fácil

Cuenta Panamá Ahorra: con una tasa de interés conveniente para saldos entre B/3,000.00 a B/100,000.00, sólo presentando tu cédula y documentos que sustenten la fuente de ingresos.

Grande como tú

 banconalpa
800-5151
www.banconal.com.pa

 **BANCO
NACIONAL**
DE PANAMA



Fundador
Dr. Egberto Stanziola

Editora Honoraria
Dra. Leonor Olivares

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

Junta Directiva

Presidente
Dra. Marvis Corro

Vice - Presidente
Dr. Roderick Bejarano

Secretaria de Asuntos Internos
Dra. Mirna Rodríguez

Secretaria de Asuntos Externos
Dr. Edgar Carrasco

Tesorero
Dra. Liliana Neil

Vocal
Dra. Ana Leandro

Asesor
Dr. Alberto Bissot

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 Decálogo de fiebre

6 Desafíos y oportunidades de la vacunación pediátrica: Influenza impredecible y sublinaje XBB.1.5. de ómicron

10 El color de los mocos en los niños

12 Las redes sociales y los niños

14 El llanto en el lactante



18 El uso de pantallas en pediatría

20 Signos de alarma en enfermedades frecuentes de la infancia

22 Convulsiones febriles

24 Importancia de la microbiota en pediatría

26 La verdad oculta al otro lado del espejo

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.

EL Congreso Nacional 2023 de la Sociedad Panameña de Pediatría fue dedicado por merito a un destacado miembro de la Sociedad Panameña de Pediatría, miembro emeritus, que lo distingue como un socio de más de 30 años continuos: “Dr. Max Ricardo Ramírez Rosales y se le otorga la medalla de más alto honor en nuestra sociedad Dr. Pedro Vasco Núñez.

ESTUDIOS DE POSTGRADO:

Título: Especialista en Pediatría.

Residencia en Pediatría, Hospital del Niño. Panamá Rep. de Panamá.

Título: Magíster de Salud Pública, Facultad de Salud Pública.

Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.

Título: Especialista en Docencia Superior.

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Panamá.

CARGOS ADMINISTRATIVOS:

Director y Subdirector y General de Salud. MINSa PANAMÁ 1991-1993.

Consultor materno infantil y nutrición. INCAP/OPS. 1993-95

Médico Especialista del Hospital del Niño de 1981 a febrero 2011.

Coordinador de Salud de la Niñez y de Nutrición. Región de Salud de San Miguelito, las Cumbres y Chilibre, años 1998- 2010.

Jefe del Departamento de Salud Pública. Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre periodo. 2010-2012 y 2019 a la fecha.

Director General de Salud. MINSa PANAMÁ. 2013

Subdirector General de Salud MINSa PANAMÁ. 2014

Coordinador Nacional de Salud de la Niñez y Adolescencia; MINSa 2012 a 2019, miembro por MINSa en Comisión Nacional de promoción de lactancia materna (CONFOLACMA), Comisión nacional de prevención de delitos de explotación sexual comercial (CONAPREDES), Comisión nacional de prevención de violencia contra niños, niñas y adolescentes (CONIPREVINNA). Ex secretario de asuntos externos y vicepresidente de la Sociedad Panameña de Pediatría 2016 - junio 2018.

Presidente de Comisión de Practicas de Inmunización CONAPI 2019.

Consejero en Lactancia materna. LACTMAT.

Coordinador IBFAN PANAMA.

Representante principal por SPP en CONFOLACMA

Reseña elaborada por la
Dra. Lilibeth Ureña, MSPP



Editorial



Probados en el paladar más exigente: el de tu bebé

Nos esforzamos cada día para que tengan lo mejor, **alimentos sanos y de calidad.**

Nutribén® contienen todos los nutrientes necesarios para ayudar a los más pequeños a desarrollarse de una forma equilibrada y segura, porque están elaboradas con fórmulas propias y los mejores ingredientes.

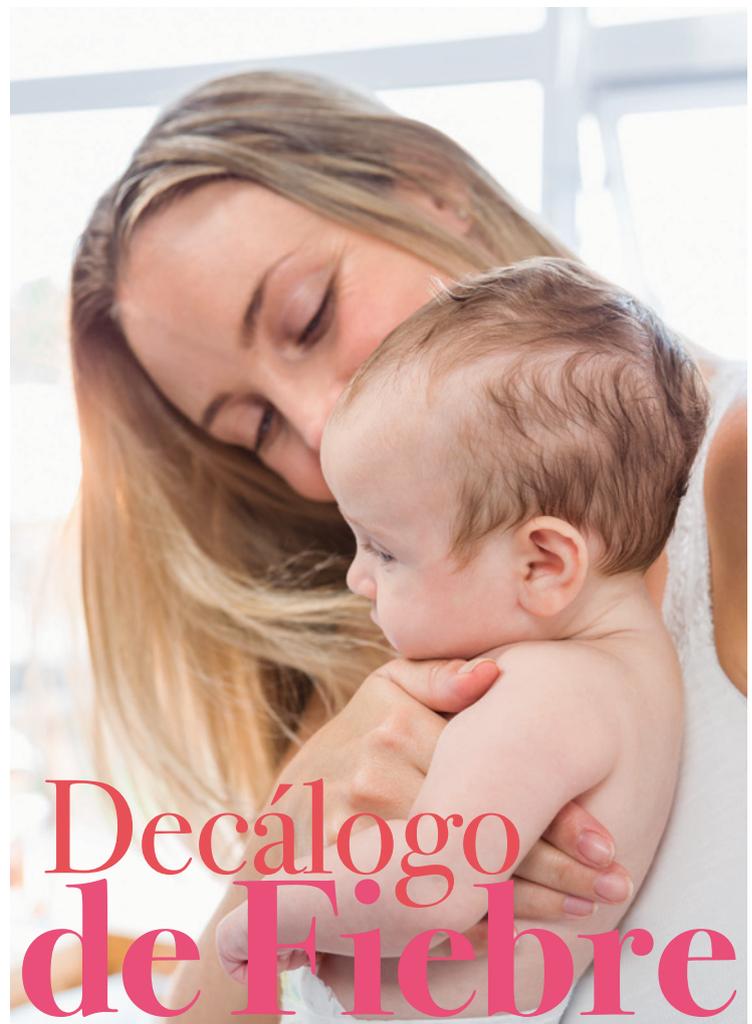


“La leche materna es el mejor alimento para el bebé”

SIGUÉNONOS EN: /@NUTRIBENPANAMA CLUBNUTRIBENPANAMA

Línea
Atención al cliente
6413-0115

1. La fiebre no es una enfermedad, es un mecanismo de defensa del organismo contra las infecciones, tanto las causadas por virus como por bacterias.
2. La fiebre por sí misma no causa daño cerebral, ni ceguera, ni sordera, ni muerte.
3. Algunos niños predispuestos (4%) pueden tener convulsiones por fiebre, pero el tratamiento de la fiebre no evita estas convulsiones. Se debe evitar dar medicamentos para evitar convulsiones febriles.
4. Hay que tratar los niños febriles sólo cuando la fiebre se acompaña de malestar general o dolor.
El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia para tratar la fiebre y su dosificación debe realizarse en función del peso del niño y no de la edad. La combinación o alternancia de ibuprofeno y paracetamol no es aconsejable
5. El uso de paños fríos, paños de alcohol, desnudar a los niños para duchas y baños fríos para el tratamiento de la fiebre está desaconsejado.
6. No abrigar ni desnudar demasiado al niño con fiebre.
7. El niño con fiebre debe estar bien hidratado. Hay que ofrecer frecuentemente líquidos en forma abundante.
8. No es aconsejable el uso de paracetamol o ibuprofeno tras la vacunación para prevenir las reacciones febriles o locales.
9. Ni la persistencia de fiebre ni el descenso de ésta tras administrar ibuprofeno o paracetamol sirven para orientar sobre la gravedad de la infección.



10. Debe vigilar signos de empeoramiento clínico y consultar con carácter urgente si su hijo:

presenta:

- Manchas en la piel, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
- Decaimiento, irritabilidad o llanto excesivo y difícil de calmar.
- Rigidez de cuello.
- Convulsión o pérdida de conocimiento.
- Dificultad para respirar (marca las costillas y hunde el esternón, se oyen como silbidos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Vómitos y/o diarrea persistentes o muy abundantes que causen deshidratación (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
- Si no orina o la orina es escasa
- Siempre requiere consulta urgente la fiebre en un niño menor de 3 meses
- Jamás se desplace a un cuarto de urgencia por fiebre, baje la temperatura en casa.

Dr. José C. Almario /
Pediatra/MSPP

RIGAR 55 años



*Que nuestros
hijos agarren
un resfriado,
no es cosa
de juegos*

Por eso ataque
el problema dándoles
Gripe Kid Jarabe

Congestión Nasal ✓
Estornudos ✓



NO SE AUTOMEDIQUE CONSULTE A SU MÉDICO.
EL USO PROLONGADO DE ACETAMINOFÉN PUEDE
CAUSAR DAÑO HEPÁTICO O RENAL.

Y si el que se resfría es un adulto
confía en el poder y resultados
que da la nueva presentación de
Gripe Kid en tabletas.





Desafíos y oportunidades de la vacunación pediátrica: Influenza impredecible y sublinaje XBB.1.5 de ómicron

El 51° Congreso Nacional de Pediatría, el cual se desarrolló del 21 al 23 de junio, organizado por la Sociedad Panameña de Pediatría (SPP) y dedicado al Dr. Max Ramírez, abordó la importancia de la vacunación pediátrica para atender los desafíos de la salud.

El riesgo persistente de COVID-19, en particular por la circulación de la subvariante XBB.1.5 de ómicron y una influenza más agresiva, que incluso deja en los niños trastornos neurológicos, enfermedad grave y muerte, son desafíos y oportunidades para reforzar la vacunación de la población pediátrica.

El riesgo de muerte a causa de COVID-19, los efectos del Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Niños y de COVID prolongado, así como la circulación de XBB.1.5 que llevó a la FDA a aconsejar una composición monovalente de las vacunas dirigida a este sublinaje de ómicron, recuerda que el virus permanece, aun así, se declarara el fin de la emergencia.

Por otro lado, una influenza cambiante e impredecible, que incluso deja en los niños trastornos neurológicos, enfermedad grave y muerte, ya no puede ser vista por los padres como una gripe de temporada: hay que inmunizar a tiempo y, en el caso de Panamá, aprovechar la disponibilidad de la vacuna bivalente (COVID-19) y de la vacuna de última generación de influenza que protege contra todas las cepas en circulación.

Con el tema el impacto de la vacunación COVID-19 en pediatría, se ofreció una mirada retrospectiva de los logros y desafíos en el contexto de un virus cambiante. ¿Por qué vacunar a los niños? Los argumentos siguen vigentes:

- Reducir incidencia de casos, hospitalizaciones y muertes en niños y adolescentes
- Reducir incidencia del síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)
- Prevenir las secuelas post COVID (incluyendo diabetes)
- Retomar al colegio en ambiente seguro y así disminuir también la transmisión en niños y adultos.

- Reducir la emergencia a causa de nuevas variantes y recombinaciones del SARS-CoV-2: Al principio, en el periodo 2020-2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó a diferentes variantes, entre variantes de interés y de preocupación: Alfa, Beta, Gamma, Delta... sin embargo, a partir de noviembre de 2021 solo existe ómicron “y eso se debe por la inmunidad poblacional, tanto por infección natural como por vacunación. Es decir, el virus no consigue tantas personas susceptibles”.

Acelerar la transición de pandemia a endemia con la inmunidad grupal: “Todavía el virus circula de manera importante (12%) e incluso existiría un subregistro por las personas que enferman y no se hacen la prueba. Además de estos argumentos, las vacunas, al probar seguridad y eficacia, se convierten en herramientas poderosas de prevención».

“Si todos son potenciales argumentos a favor y se ha demostrado que las vacunas son seguras y eficaces, ¿cuál es el miedo para no vacunar al niño, en particular a los menores de 12 años?”.

Un estudio publicado en JAMA Network Open, demostró que en los Estados Unidos, antes de contar con las vacunas contra el virus, COVID-19 causó muchas más muertes anuales en menores de 19 años que cualquier enfermedad prevenible con vacunas. De acuerdo con el estudio, de manera global se situó como la causa número 4 de muerte en menores de 18 años.

Un aspecto relevante, es que la tasa de hospitalización y muerte en Estados Unidos (con datos de los CDC, periodo enero 2020- 11 de febrero, 2023) arroja que el 50% de los niños hospitalizados no tenían comorbilidades lo cual desestima que solo el niño con enfermedades tenga riesgos de sufrir o morir a causa de COVID. De acuerdo con los datos de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica, conforme a la data de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Brasil, Perú, Ecuador, Argentina y Panamá, la tasa de mortalidad pediátrica ha sido sustancialmente mayor que en Estados Unidos, Reino Unido y países de Europa, «asociada a razones socioeconómicas y retraso en la asistencia de salud».



En Panamá, hasta abril de 2023, hay un registro de 1.036.100 casos de COVID-19. De esta cifra, 192.119 corresponde a niños infectados: es decir, el 18% de los casos globales en el país son población pediátrica.

“ El virus encuentra a la gente no vacunada y, sin embargo, todavía tenemos bajas coberturas de vacunación en menores de 5 años, ” advirtió el especialista, quien abogó por universalizar la vacuna, en particular en el campo pediátrico ya que se trata de una enfermedad inmunoprevenible con vacunas y está comprobada la reducción sustancial en muertes al iniciar la vacunación.

Un aspecto relevante, es que la tasa de hospitalización y muerte en Estados Unidos (con datos de los CDC, periodo enero 2020- 11 de febrero, 2023) arroja que el 50% de los niños hospitalizados no tenían comorbilidades lo cual desestima que solo el niño con enfermedades tenga riesgos de sufrir o morir a causa de COVID.

“El virus encuentra a la gente no vacunada y, sin embargo, todavía tenemos bajas coberturas de vacunación en menores de 5 años”, advirtió el especialista, quien abogó por universalizar la vacuna, en particular en el campo pediátrico ya que se trata de una enfermedad inmunoprevenible con vacunas y está comprobada la reducción sustancial en muertes al iniciar la vacunación.

Otro beneficio asociado a la vacunación es la prevención del Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Niños. De acuerdo con los CDC, la efectividad estimada con dos dosis fue de 91% en reducción de riesgo.

Una publicación *The Lancet Psychiatry* (2022), reporta que COVID prolongado también se asocia a fenómenos neurológicos y neuropsiquiátricos, que en el caso de los niños puede incidir en su aprendizaje escolar. Al exponer sobre los factores de riesgo y tasas reportadas de miocarditis después de la aplicación de vacunas ARNm en niños y adolescentes, la frecuencia es de 1:20,000, con la segunda dosis, y particularmente en hombres. Muy leve en mujeres.

Por otro lado, la miocarditis secundaria a la vacunación es casi 10 veces menos frecuente que aquella inducida por sufrir de COVID. Además, es leve, con recuperación en días o en semanas y casi nulos los casos de mortalidad, a diferencia de la miocarditis que ocasiona COVID, mucho más severa. Espaciar la segunda dosis de COVID-19 en esta población ha reducido el riesgo de miocarditis. Se describió los desafíos con la variante ómicron de COVID-19, con pérdida de la efectividad de la vacuna contra su infección.

La mutación del virus es la razón de colocar refuerzos y cambiar la formulación de las vacunas como ocurrió con la reciente autorización a Moderna y Pfizer-BioNTech de uso de vacunas bivalentes contra ómicron BA.4 y BA.5. Estas vacunas bivalentes incluyen también la cepa original del virus.

Pero ocurre que ahora es el sublinaje XBB 1.5 el de mayor circulación, tanto en Estados Unidos como en Europa, con pérdida de eficacia de las vacunas bivalentes por ser más transmisible y con más evasión inmune. También comienza a circular en Panamá.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), junto con otros reguladores internacionales, están solicitando a las farmacéuticas actualizar la composición a monovalente XBB.1.5 (sin la

cepa original que ya desapareció) y así producir una respuesta inmunitaria más sólida. Moderna emitió un comunicado para anunciar que ya ha completado el proceso de solicitud de autorización a la FDA para su vacuna actualizada COVID-19 que contiene proteínas de pico para el sublinaje XBB.1.5 del SARS-CoV-2 (ARNm-1273.815).

Panamá debería contar con una vacuna contra COVID-19 actualizada a finales de 2023 o principios de 2024 y así hacerle frente a los sublinajes en circulación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 6 de junio, produjo una alerta epidemiológica ante “el aumento de la actividad de los virus respiratorios a niveles prepandémicos y las hospitalizaciones asociadas predominantemente entre niños menores de 2 años, en la subregión andina y el cono sur”, por lo cual recomendó a los Estados Miembros fortalecer e integrar la vigilancia de la influenza, el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y el SARS-CoV-2 y adoptar las medidas necesarias para la prevención y el control de los casos graves, asegurando una alta cobertura de vacunación.

Durante la pandemia “nuestro sistema inmune dejó de reconocer a nuestros agresores y ahora tiene que volver nuevamente a producir anticuerpos” contra los virus causantes de la influenza y otros virus respiratorios. Estamos en presencia de un virus de influenza de “patología cambiante e impredecible”, con “espectro clínico más amplio que solo manifestaciones pulmonares” e incluso asociada a mortalidad importante.

Influenza A y B “incluyendo ambos linajes de B y cepa pandémica de 2023”, son de alta circulación lo cual confirma la pérdida de estacionalidad del virus. Los niños, junto con las personas con comorbilidades, constituyen el grupo de más alto riesgo. Recomendó la vacunación como principal herramienta de prevención.

Fuente: Charlas del Congreso Nacional de la Sociedad Panameña de Pediatría. (Dr. Xavier Sáez II. / Dr. Wilfrido Coronell.



**CENTRO DE
DIAGNÓSTICO
PEDIÁTRICO**

Plaza Comercial y Profesional
San Fernando local 5
278-1775 / 6490-5258

**DRA.
LAVINIA WESLEY**

Radióloga Pediatra

- Ultrasonido
- Tomografía
- Resonancia Magnética
- Fluoroscopia
- Rayos X



NEUROCLINIC
Hospital The Panama Clinic piso 24
Consultorio 2401
6202-5398

ULTRA EXPRESS 

Ultrasonido en domicilio ☎ 6381-1730



tictactoe KIDS Matrículas abiertas!

¡Ofrecemos experiencias de aprendizaje con sentido!

Nuestra filosofía se sustenta en distintos pilares: la teoría socio constructivista del aprendizaje, la imagen del niño, el rol del docente, el ambiente como tercer maestro y el trabajo en equipo con las familias de nuestra escuela.

Estamos comprometidos con brindar un espacio a la vanguardia, sensible a las necesidades de los niños/as y respetuoso a sus derechos.



VEN A CONOCERNOS!
+INFO
Info@tictactoepty.com

TicTacToe Kids | Av. 5ta B Sur, Marbella, Panamá
[T] +(507) 831-7759 [M] + (507) 6981-0431

La Colina De Colores

CENTRO DE APRENDIZAJE CREATIVO
Contamos con Licenciadas en Estimulación Temprana para la atención de sus niños.
Horario: 6:30 a.m. a 5:30 p.m.
  [colina de colores](#)



Ofrecemos :

- Maternal A, B y C Cuidado de niños a partir de los 3 meses
- Guardería p.m. de 12:30 m.d. a 5:30 p.m.
- Pre-Escolar
- Primaria
- Inglés, Educación Física, Folklore



Ave. 12 de octubre a un costado del Banco General
Tel.: 398-1020 Celular: 6545-0685

El moco es una sustancia que es secretada en la nariz por unas glándulas específicas que se encuentran en la mucosa nasal. Más del 95% de su composición es agua y el resto se divide entre mucinas que son proteínas glucosadas que le da la viscosidad al moco, por inmunoglobulinas y otros factores inespecíficos.

El color de los mocos puede cambiar dependiendo de la proporción de sus componentes. Su función es trabajar como una barrera protectora frente a microorganismos para proteger nuestro cuerpo, ya que los atrapa cuando entran por las fosas nasales al respirar, además de atrapar polvo, partículas contaminantes, polen y otras antes que lleguen a la vía respiratoria. Como tiene células inmunitarias desactiva ciertos gérmenes previniendo infecciones o combatiéndolas si ya están activas, luego las elimina del cuerpo junto con la secreción mucosa, ya sea por medio de estornudos, sonarnos la nariz, tragándolos o por medio de lavados nasales.

Es común escuchar que si hay mocos verdes significa que tenemos infección y se necesita antibióticos, argumento que es falso. Pasamos a describir el significado de los mocos según el color de su aspecto. Y también es frecuente que los niños durante los primeros 5 años tengan mocos, de ahí sale la palabra “mocososo” ya que es común tener mocos en esta etapa de la vida.

Mocos transparentes: llamado rinorrea hialina y se produce por la mucosa nasal inflamada a causa de alergias, rinitis por medicamentos, polen, por el cambio de estaciones o por irritación, también se observa en resfriados comunes.

Mocos blancos: aparecen cuando la mucosa nasal está inflamada y levemente deshidratada y la proporción de células inmunitarias está aumentada son los más comunes en el resfriado común o en la sinusitis.

Mocos verdes o amarillos: ocurren por resto de células inmunitarias con contenido de lactoferrina que es una sustancia que se produce en el organismo para combatir a ciertos microorganismos. Si se torna muy espeso puede ser signo de sobreinfección bacteriana. Es un signo clásico de infección en la cavidad nasal desde un resfriado común hasta sinusitis.



El color de los mocos en los niños

Mocos color café, marrones o naranja: ocurren por presencia de sangre antigua, es decir si hubo un sangrado varios días antes de su aparición. También por inflamación importante de los senos paranasales o por la inhalación de ciertas sustancias o humo.

Mocos rojos o rosados: aparecen cuando hay sangre en la mucosidad ya sea por lesión, por trauma, irritación presencia de un cuerpo extraño en la fosa nasal. En las rinitis con inflamación severa también puede haber moco con sangre.

Mocos grises o negros: se encuentran en fumadores o en personas que consumen drogas inhaladas. En ciertos casos aparecen en infecciones por hongos en las fosas nasales. También pueden estar en personas que inhalan humo de la polución o polvo.

Siempre hay que relacionar el color de los mocos con más síntomas presentes en el niño, el color del moco per se no es un diagnóstico, si no un signo. Si tu hijo presenta mocos y más síntomas debes consultar a tu médico.

Dra. Geraldine Norte Lanza
Pediatra Neonatóloga
MSPP

NAN[®] EXPERTPRO COMFORT 3

Ayuda a reducir malestares digestivos

- ✓ Reduce el dolor abdominal
- ✓ Disminuye el estreñimiento
- ✓ Fácil digestión

NUTRE TODAS SUS POSIBILIDADES



AVISO IMPORTANTE: LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO PARA EL LACTANTE. Este producto no debe ser utilizado para la alimentación del lactante. Alimento lácteo NAN[®] EXPERTPRO COMFORT 3 consumir a partir de los 12 meses. Marcas registradas usadas bajo licencia de su titular Société des Produits Nestlé S.A., Case Postale 353, 1800 Vevey, Suiza.

- Psicología, Psiquiatría • Paidopsiquiatría • Neuropsicología
- Estimulación Temprana • Terapia de Conducta • Integración Sensorial
- Fonoaudiología • Psicopedagogía • Terapia Ocupacional



**Telfs. 374-9099 / 6132-8010
385-0248 / 6282-3717**



 @sinapsis_pty
@sinapsis_ab

 Sinapsis panamá

 @sinapsispty

**Ave. Balboa – Edificio Bay Mall – Piso 3 – Local 315
Brisas del Golf – Plaza del Global Bank – Local 6**



Atención Integral:

- Método Tomatis Consultora Nivel Tres
- Audiometría
- Integración Sensorial
- Terapia Ocupacional.
- Fonoaudiología
- Fisioterapia
- Estimulación Temprana
- Psicología Clínica
- Psicopedagogía
- Aula Inclusiva Maternal, Prekinder y Kinder.



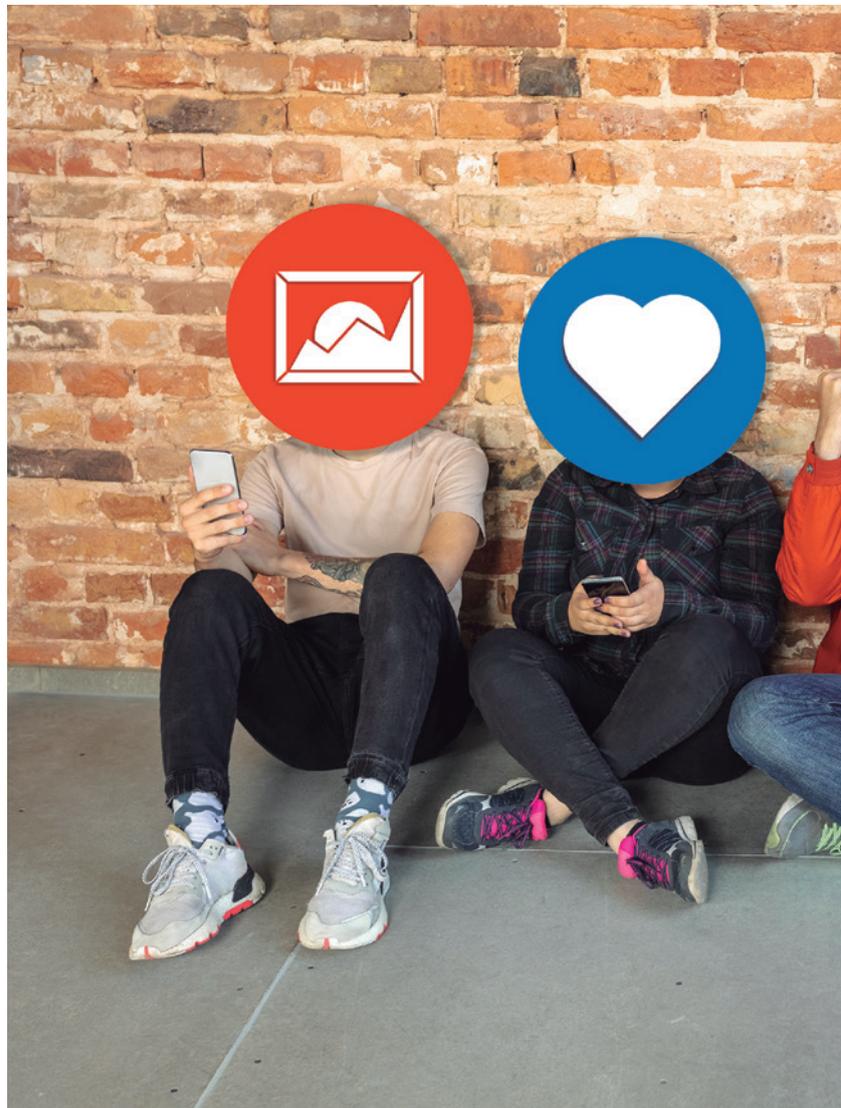
**Brisas del Golf Calle 30 norte casa 36 J
☎ 831-1191 o 📞 6234-5919**

Las redes sociales y los niños

Este es un tema difícil para los padres y para los pediatras. Vemos cómo cada día más niños hacen uso de las redes sociales sin saber el impacto que esta conducta causa a varios niveles.

Una red social es una página web en la que los internautas pueden intercambiar información de cualquier tipo y contenidos multimedia creando una comunidad de amigos virtuales interactiva. Se sugiere que la edad mínima para acceder a una red social es a los 14 años, exceptuando aquellas que están diseñadas para menores de esta edad. Sabemos que algunos niños crean sus propios perfiles en redes sociales antes de la edad sugerida con o sin permiso de sus padres.

Estas herramientas virtuales pueden distorsionar el desarrollo de las habilidades de socialización, al punto de tener más amigos virtuales que reales que no saben si existen en realidad o si lo que publican o escriben es real. El advenimiento de las redes sociales junto con los teléfonos inteligentes ha logrado que los niños incluyendo a los adolescentes, se pierdan de actividades sociales y familiares, y cosas tan sencillas como hablar en la mesa a la hora de la comida, que les sirve para reforzar la socialización real y no virtual, lo que logra es afectar negativamente en términos cognitivos de maduración y el proceso natural de pensamiento a nivel cerebral al no practicarlo.



Si ya el niño usa redes sociales, debe estar supervisado y debemos conocer y enseñarle los riesgos de su uso. Hablar, o escribirse con un desconocido en internet no lo convierte en su amigo ni en conocido. Los perfiles deben tener las pautas de seguridad y de privacidad para protección de su persona. Hay que recalcar que no deben brindar información personal como el lugar donde viven, la escuela que asiste, número de teléfono. Hay que enseñarles a que todo lo que se publique, aunque se borre, queda en internet para siempre.



La adicción a las nuevas tecnología incluyendo a las redes sociales no se debe descuidar y hay que brindarle la importancia que tiene en la actualidad. El tiempo que sus hijos pasen en internet debe ser regulado y supervisado según la edad de cada niño o adolescente. Asegúrese que pase horas del día conviviendo y socializando de forma real, que salga con sus amigos, que haga deportes al aire libre y conversen en familia. Si los padres usamos la tecnología y los teléfonos inteligentes en la mesa, no le estamos enseñando nada productivo a nuestros hijos y no podemos exigirles que ellos no lo hagan.

Protegamos a nuestros niños, sabemos que hoy en día no es tan fácil mantener alejados a los niños de las redes sociales, pero sí podemos prevenir contratiempos y problemas ocasionados por su uso.

Dra. Geraldine Norte Lanza
Pediatra Neonatóloga
MSPP

Tengamos en cuenta que existe el “sexting” que es una práctica en la cual se intercambian fotografías o videos con contenido erótico y muchas veces son utilizados para extorsión causando daños psicológicos. El “grooming” donde a través de las plataformas un adulto se gana la confianza del menor con propósitos sexuales. El “ciberbullying” que es el acoso en internet y por su carácter global puede llegar a tener gran alcance causando daño al niño o adolescente, a su familia y amigos.





El llanto en el lactante

Los lactantes comunican y expresan sus molestias mediante el llanto. La incidencia de llanto excesivo en lactante es de 8 a 30% en Estados Unidos.

Un lactante normal puede llorar en forma inconsolable en los primeros meses de vida.

Edad	Horas de llanto al día (media)
Dos semanas de vida	2 horas
Seis semanas de vida	3 horas
Doce semanas de vida	1 hora

Para los padres, el llanto es motivo de estrés, ya que desconocen si el menor tiene algún malestar, sobre todo si se trata de su primer bebé. Poco a poco irán identificando, de acuerdo a las características del llanto, a qué está asociado.

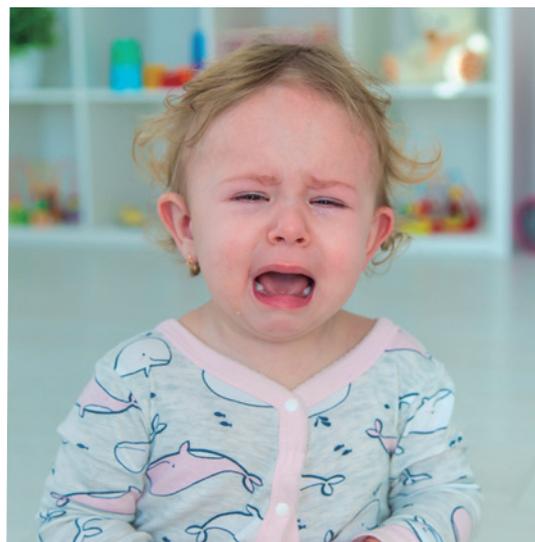
Dentro de las causas más frecuentes de llanto fisiológico (por condiciones normales), en el lactante, en los primeros meses de vida, están:

- Hambre
- Sed
- Frío
- Calor
- Ruidos excesivos
- Necesidad de afecto

Otras causas frecuentes de llanto que no traducen enfermedad son:

- Necesidad de cambio del pañal
- Soledad
- Erupción dentaria
- Mala técnica alimentaria
- Excesiva producción de gases

Existe un grupo de lactantes con personalidad temperamental, que lloran un poco más que el promedio. Si el llanto es excesivo, se debe investigar por alguna alteración del desarrollo psicomotor, tomando en cuenta los antecedentes y manejarlo en conjunto con el equipo de Estimulación Precoz y Fisioterapia.



Si bien es cierto, en la mayoría de los casos el llanto en los lactantes no representa algún problema serio, el 5% de los lactantes con llanto e irritabilidad, pueden tener alguna condición seria de fondo, de allí que, si como padre tiene alguna duda o preocupación, no dude en consultar con su pediatra, para realizar una evaluación exhaustiva y descartar algún problema.

La irritabilidad y el llanto en lactantes representa 1 de 400 consultas al Cuarto de Urgencias. Algunas condiciones de llanto excesivo en lactantes que deben ser evaluados por el médico, para recibir tratamiento oportuno incluyen:

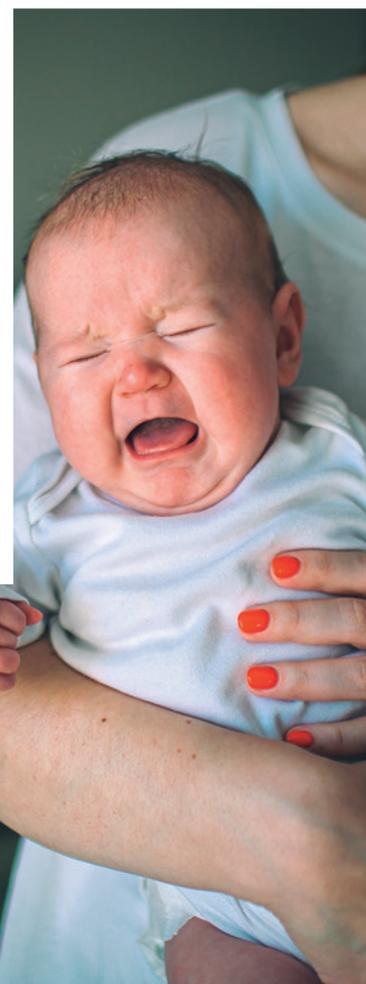
- Cuerpos extraños en los ojos
- Otitis
- Estreñimiento
- Reflujo gastro esofágico
- Hernias inguinales
- Meningitis
- Traumatismos craneales
- Problemas cardíacos no diagnosticados

En estas condiciones, el llanto no mejora con las soluciones de los problemas más frecuentes mencionados anteriormente (cambio de pañal, alimentar al bebé, cargarlo, etc.). Además, el bebé puede cursar con afección del estado general, fiebre, decaimiento y otras manifestaciones clínicas.

Una de las causas frecuentes de llanto en lactantes menores de cinco meses es el “cólico del lactante”. Los cólicos no traducen algún problema serio en el lactante, sin embargo, por las características y duración del llanto, producen angustia y preocupación en los padres.

Los cólicos se describen como episodios paroxísticos de irritabilidad y llanto en lactantes menores de cinco meses de edad. Llanto en el lactante no es sinónimo de cólico. Las manifestaciones incluyen episodios de llanto inconsolable, flexión de las piernas y endurecimiento del abdomen.

Usualmente ocurre en las últimas horas de la tarde (6:00 p.m.) en adelante. Las causas del cólico del lactante no están bien confirmadas. Es un proceso benigno y autolimitado. El diagnóstico lo confirma el pediatra, luego de evaluar al lactante, el cual debe cumplir con ciertos criterios.



La base del tratamiento, luego de evaluado el bebé, es conversar con los padres y explicarles que se trata de un proceso pasajero, benigno y transitorio, de manera que se queden tranquilos.

Se menciona el balanceo rítmico, es decir, balancear al lactante, en brazos de los padres, o desplazarlo en su coche o llevarlo a un paseo.

También se menciona el uso de algunos probióticos, prescritos por el pediatra. No se recomienda automedicar a su bebé con té de anís, mastranto, medicamentos, etc. Estas medidas pueden ser nocivas para su hijo.

Si su bebé presenta llanto inexplicable o excesivo, que le produce a ustedes como padres, angustia y preocupación, no dude en consultar con su pediatra.

Dr. Iván Antonio Wilson
Pediatra
MSPP




TransMundi

GOJO **Purell**

Mantén a tus hijos sanos, dispuestos aprender y libre de gérmenes con Purell, el antiséptico instantáneo para manos que elimina el 99.99 % de los microorganismos patógenos.

📍Panamá: Calle 2da. Llano Bonito, Juan Diaz – Edificio Transmundi. 📍Aguadulce. 📍David.
 Central: (507) 233-9200 Ventas: (507) 233-9212/13/14 www.transmundi.com



FARMACIA GUADALAJARA



- Entrega a Domicilio
- Variedad en Medicamentos
- Medicamentos Dermatológicos
- Insumos Médicos
- Regalos y Golosinas

Entrada Principal Villa Lucre,
 Consultorios Privado
 San Judas Tadeo,
 Planta Baja al
 lado de Centro
 Médico Bernardette

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
farmaciguadalajara@cwpanama.net



www.quimifar.com

E-Mail: quimifar@quimifar.com



Quimifar, S.A.

REPRESENTANTES Y DISTRIBUIDORES

Calle 1 era. Pérezil No. 18 / Apdo. 0816-02032 Panamá 5, Rep. de Panamá
 Teléfonos Pedidos: 227- 3194 / 227-4396
 Administración: 227-0986 – Fax : 227-6761

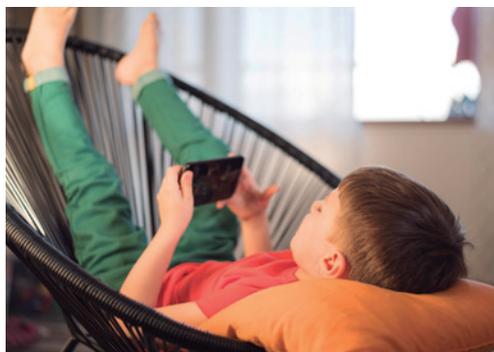
El uso de pantallas en pediatría

Vivimos en la era digital, y nuestros hijos están naciendo y creciendo en un entorno en el que las tecnologías de la información y la comunicación forman parte de su día a día. El uso de medios y dispositivos digitales por parte de los niños no sólo no es malo, sino que puede aportarles grandes beneficios siempre que se usen de manera apropiada y moderada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado unas pautas sobre el uso de pantallas en niños menores de cinco años. Según la OMS, los niños de menos de un año no deben ser expuestos a ningún tipo de dispositivo electrónico. Los niños de uno a cuatro años tampoco deberían tener más de una hora por día de tiempo de pantalla, que incluye televisión, juegos de computadora o móviles. La OMS recomienda que los niños realicen actividades físicas con frecuencia y duerman adecuadamente para prevenir la obesidad y otras enfermedades.

Utilizar las pantallas de forma adecuada puede resultar beneficioso y mejorar determinados aspectos de la vida diaria. Por eso, la Sociedad Panameña de Pediatría recomienda establecer un plan de uso familiar, para utilizarlas siguiendo nuestros valores y estilo de crianza.

Los pediatras recomiendan conocer el entorno digital en el que se mueven nuestros hijos, al igual que deberíamos conocer físicamente a sus amigos y los entornos que frecuenta a medida que aumentan en edad.



El tiempo que nuestros hijos pasan frente a las pantallas no tienen por qué vivirlo en soledad. Jugar con ellos e interesarnos por lo que están haciendo en Internet también tiene muchos beneficios, como el fortalecimiento del vínculo padres-hijos, y el fomento del aprendizaje.

No nos cansamos nunca de decir lo importante que es dar ejemplo a nuestros hijos con nuestros actos, y en este sentido si siempre “nos ven pegados al móvil”, el mensaje que les estaremos transmitiendo no será el más apropiado y eso aplica tanto para fuera de casa en diversas actividades de compartir en familia, como para cuando estamos en casa: momento de la comida, estudiar, compartir experiencias, etc.

Juguemos con nuestros hijos, interactuemos con ellos, interesémonos por su día, dejemos las pantallas a un lado y demostremos que podemos pasar tiempo sin mirar el móvil. Numerosas investigaciones han demostrado los beneficios que tiene la comunicación bidireccional con nuestros hijos, desde muy temprana edad. Los niños aprenden a través del diálogo cara a cara, y a medida que van creciendo, charlar y debatir con ellos les aportará un sinnúmero de beneficios que no encontrarán con la comunicación unidireccional a través de las pantallas.

Existen una serie de reglas que sirven para limitar el uso de pantallas de acuerdo a la edad y desarrollo del niño:

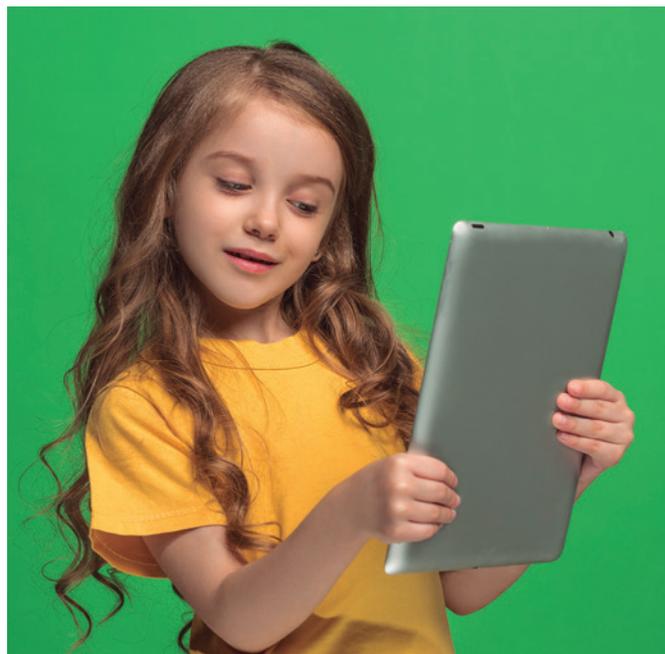
- Evitar las pantallas en menores de 18 meses, salvo que vayan a participar en una videoconferencia.
- Los niños de 18 a 24 meses podrán comenzar a utilizar pantallas siempre que el contenido sea de calidad y los padres estén presentes, interactuando, jugando o viendo con ellos los vídeos.

- Se recomienda que los niños en edad preescolar (de dos a cinco años) sólo hagan uso de las pantallas durante una hora al día, y siempre que vean contenido de calidad. Además, recalcan la importancia de reforzar lo que hayan visto, o bien de mostrárselo físicamente en el mundo real.
- En este sentido, si por ejemplo han visto un vídeo sobre las letras del abecedario, reforcemos con ellos posteriormente este contenido mediante canciones, juegos o ejemplos. O si han jugado a un juego de animales o insectos, aprovechemos después para mostrarles cómo son realmente estos animales en la naturaleza.

Los pediatras en consenso a través de sus sociedades científicas aconsejan evitar el uso de móviles y pantallas durante las comidas familiares y reuniones sociales, y no disponer de aparatos tecnológicos como ordenadores o televisiones, ni dispositivos móviles en las habitaciones de los niños.

Seguro que muchos padres o tutores han recurrido en algún momento a los móviles o tabletas para mantener a nuestros hijos entretenidos y callados durante un rato. Pero los expertos advierten del riesgo que esto supone, ya que los niños deben aprender a estar tranquilos y a disfrutar sin ayuda de la tecnología, a comer sin la distracción de un móvil, y a idear juegos o actividades creativas para salir del aburrimiento.

Cuando los niños aprenden algo es normal y lógico que cometan errores, y esto también puede ocurrir con el uso de la tecnología. Por tanto, si detectamos un mal uso o un error por su parte debemos manejar la situación de la mejor forma posible y convertir el momento en algo educativo, para eso tenemos que estar pendiente de su uso y límites. Igualmente, si los padres detectamos que nuestros hijos están enganchados al móvil, o manifiestan comportamientos extraños que puedan hacernos presuponer que están siendo víctimas de ciberacoso o cualquier otro tipo de práctica, es importante determinarlo y/o consultarlo de inmediato con su pediatra, esto aplica para el escolar y el adolescente.



Hay varias razones por las cuales los padres deben ser muy conscientes de qué tanto tiempo permiten que sus hijos pequeños utilicen la pantalla. La cantidad de uso de pantalla por día se ha asociado con resultados de desarrollo como obesidad, mala calidad de sueño y desordenes de refracción ocular(miopía). También otras investigaciones han encontrado que los niños en edad preescolar que utilizan la pantalla durante más de dos horas al día tienen un incremento de cerca de 8 veces en hiperactividad con déficit de atención (TDAH).

Las nuevas directrices sobre actividad física, sedentarismo y sueño para niños menores de 5 años fueron elaboradas por un comité de expertos de la OMS. Aumentar la actividad física, reducir el sedentarismo y garantizar un sueño de calidad para los niños pequeños mejorará su salud física y mental y su bienestar, y ayudará a prevenir la obesidad infantil y las enfermedades asociadas a ella en etapas posteriores de la vida.

El papel del pediatra debe llevar diariamente un mensaje a todos los padres o tutores en cuanto al uso de todos los dispositivos en casa, independiente de la edad del menor en consulta, de tal forma que la educación temprana pueda promocionar o prevenir el uso inadecuado del mismo.

Dr. José C. Almario
Pediatra
MSPP

Signos de alarma en enfermedades frecuentes de la infancia

Los niños son más sensibles a los cuadros infecciosos debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. La mayoría de las enfermedades infecciosas que afectan a los niños son causadas por algún virus y son autolimitados.

A pesar de esto, siempre es importante tener en cuenta que existen señales de alarma que requerirán una evaluación prioritaria y en menor incidencia una atención urgente. En estos casos nada sustituye una buena evaluación presencial con un interrogatorio detallado y un examen físico completo.

Algunos signos de alarma que ameritan atención inmediata por el pediatra son los siguientes:

1. Deshidratación o dificultad para tolerar líquidos: aquel bebe, niño o adolescente que en el transcurso de una enfermedad que ocasione vómitos o diarrea, no tolere la vía oral ni los alimentos ofrecidos, vomite todo lo que ingiera de manera persistente, rechace el pecho materno.



2. Temperatura de 38 grados Celsius en bebés menores de 4 meses o de 40 grados Celsius en cualquier edad: la fiebre en lactantes menores de 4 meses puede significar la presencia o desarrollo de una infección bacteriana grave y debido a la corta edad, esto amerita una evaluación urgente. En todos los grupos de edad las temperaturas de 40 grados o más requieren un examen físico completo y determinar la necesidad de laboratorios para descartar infecciones específicas.

3. Convulsiones por fiebre: las convulsiones febriles son aquellas que no se producen por una infección del sistema nervioso central en niños de 6 meses a 5 años y principalmente que no han presentado convulsiones sin fiebre asociada previamente. El diagnóstico es clínico y por lo general duran menos de 5 minutos. La mayoría son convulsiones febriles simples (90% aproximadamente), que consisten en convulsiones únicas que no repiten. Las convulsiones febriles complejas puede que requieran evaluación adicional por neurología pediátrica.

4. Dificultad para respirar: bebés, niños o adolescentes con cuadro respiratorio que presenten “agitación”, quejido al respirar o que se les marquen las costillas al respirar ameritan evaluación inmediata en urgencias. Si se acompaña de tos persistente o que no mejora debe sospecharse compromiso de la vía respiratoria baja (importante no dar antitusivos y acudir a urgencias para evaluación).

5. **Cianosis o coloración morada de labios, piel y/o mucosas:** pacientes con enfermedad respiratoria que presenten cambio de coloración de rosado a pálida y/o cianótica deben ser llevados al cuarto de urgencias.
6. **Evacuaciones con sangre:** si el paciente tiene un cuadro de gastroenteritis o sin enfermedad y presenta evacuaciones con sangre, siempre debe ser evaluado de manera oportuna.
7. **Dolor abdominal que no cede, empeora o se acompaña de vómitos:** las patologías abdominales que requieren cirugía son la menor incidencia en pediatría. Pero si a pesar de tomar medidas generales el dolor abdominal no mejora, se acompaña en cambios de posturas (“posiciones antialgicas”) para disminuir el dolor o induce vómitos en el paciente, es una urgencia.
8. **Ingesta accidental de elementos de aseo** (desinfectantes, cloro, etc), medicamentos de uso controlado o indicado a los adultos del hogar, baterías de botón, monedas, juguetes, entre otros. Siempre requerirán evaluación por pediatría.
9. **Trauma craneal con pérdida de conciencia, hematomas grandes o heridas abiertas.** También aquellos que sin tener estas características cambien el estado general del paciente en las siguientes 24 hrs (llanto incontrolable por dolor, vómitos, cefalea o dolor de cabeza que no mejora o aumenta, alteración en la marcha o postura, somnolencia excesiva).
10. **Reacciones alérgicas con dificultad para respirar o tos persistente que no cede o aquellas que se presentan con vómitos continuos.** Si la reacción es cutánea (urticaria) cuando esta no mejore a pesar de la medicación con antihistamínico y se disponga en placas extensas (habones en placas) o comprometa mucosa ocular/labial (angioedema).



11. **Cambios en el estado general:** independiente de la causa del cuadro si el niño deja de comer, no juega como antes, no está activo, está muy decaído o solo duerme, amerita evaluación por pediatría.
12. **Cefalea o dolor de cabeza:** cuando se acompañe de manchas en la piel, rigidez en el cuello, fiebre sin causa aparente, malestar general o decaimiento del estado general.

Siempre converse con su pediatra en las citas de control acerca de las medidas a tomar ante cualquier cambio en la condición de salud de sus hijos.

Dra. Yesenia Williams Alvarado
Pediatra
MSPP

Convulsiones Febriles

Una convulsión febril es una convulsión en un niño provocada por una fiebre.

Este es un evento que asusta a la familia, pero suele ser inofensivo. La causa de la fiebre suele ser una infección y ocurre cuando la fiebre supera los 38C (100.4F). Las convulsiones suelen durar unos pocos minutos, usualmente menos de 15 minutos. Son benignas y ocurren en 2 al 5% de los niños de 6 a 60 meses (5 años). Sin embargo, deben consultar con un médico enseguida, aunque la convulsión dure solamente unos segundos. Deben llevar al niño a urgencias si la convulsión dura más de 5 minutos o esta acompañada de vómitos, dificultad para respirar o demasiada somnolencia.

SINTOMAS

Por lo general el niño tiembla de pies a cabeza (convulsión tónico-clónica) y pierde el conocimiento. También, el niño puede ponerse rígido (tónica) o contraer (clónica) una parte del cuerpo, brazos y piernas. Estas son menos frecuentes. La convulsión usualmente ocurre en las primeras 24 horas de la enfermedad (fiebre).

CAUSAS

La causa más frecuente de las convulsiones es una infección por virus, como el virus de la influenza o gripe, el virus de la roséola, que producen fiebres altas. Algunas vacunas producen fiebre en el niño y el niño puede presentar una convulsión, pero la convulsión no se debe a la vacuna, sino a la fiebre.



FACTORES DE RIESGO

- Fiebre alta (40C).
- Infección viral.
- Retraso en el desarrollo.
- Historia familiar de convulsiones febriles.

PRONOSTICO

Excelente. Con bajo riesgo de desarrollar desordenes convulsivos y no hay riesgo de daño neurocognitivo (Neurológico); es decir, no causan daño cerebral ni discapacidad. Las convulsiones febriles son convulsiones provocadas (por la fiebre) y no es epilepsia. La epilepsia consiste en tener convulsiones no provocadas de manera repetitiva que se deben a señales eléctricas anormales en el cerebro. El riesgo de epilepsia es de 1 a 2% después de un episodio de convulsión febril simple. Los niños que han tenido múltiples convulsiones febriles tienen un ligero aumento de padecer de epilepsia. La mayoría de las convulsiones febriles simples se resuelven por sí solas y no requieren de pruebas de laboratorio, radiografías o tratamiento. Hay que enfocar la evaluación en la causa de la fiebre. El riesgo de recurrencia de una convulsión febril es de 33% antes de los 6 años y los factores de riesgo para la recurrencia son:

- Historia familiar.
- Edad antes de los 18 meses con la primera convulsión.
- Fiebre baja con la convulsión.
- Poca duración de la fiebre antes de la convulsión.

El riesgo de desarrollar epilepsia es más alto después de una convulsión febril compleja o si existe anomalía de neurodesarrollo

CLASIFICACIÓN DE LAS CONVULSIONES

1. Convulsiones febriles simples

Es una convulsión generalizada que está asociada con fiebre, dura de 10 a 15 minutos y no recurre dentro de las 24 horas. No está asociada a un riesgo significativo de desarrollar epilepsia.

2. Convulsiones febriles complejas

Son convulsiones febriles con cualquiera de los signos siguientes:

- Son parciales o focales o son convulsiones seguidas de un déficit neurológico.
- Prolongadas, más de 15 minutos.
- Recurren antes de 24 horas.
- Algunos consideran también a niños con daño neurológico preexistente (Parálisis cerebral, retraso en su desarrollo).

Representan el 20 al 30% de la primera convulsión febril. Esta asociada con un incremento 5 veces mayor de desarrollar convulsiones no provocadas, especialmente si son provocadas y van asociadas a focalización.

ESTATUS EPILÉPTICO FEBRIL

Es un subtipo o subgrupo de las convulsiones febriles complejas y consisten en:

- Convulsión febril de más de 30 minutos de duración.
- Un grupo de convulsiones más cortas sin recobro de la conciencia en el periodo postictal, con duración mayor de 30 minutos.
- Constituyen el 5% de las convulsiones febriles.
- Es más común en la infancia.
- Con mayor frecuencia va asociada a encefalopatía, encefalitis y meningitis.

EXAMEN FÍSICO

El niño está febril. Llega al hospital después que ha pasado la convulsión febril simple. El niño regresa a su estado mental usual en menos de una hora después de la convulsión. El final de la convulsión usualmente se caracteriza porque el paciente cierra los ojos y toma un respiro profundo seguido de respiración normal.



DIAGNÓSTICO

Lo esencial es la historia y examen físico para diagnosticar la convulsión febril. Para una convulsión febril simple no se requieren pruebas diagnósticas en la mayoría de los casos. Lo que hay que determinar es la causa de la fiebre, si el niño regresa a su estado mental usual y que presente un examen neurológico normal. La evaluación se basa en la presentación clínica (causa) de la fiebre.

TRATAMIENTO

LAS CONVULSIONES FEBRILES SIMPLES NO REQUIEREN TRATAMIENTO. El uso de antipiréticos no se ha comprobado que reduzcan la recurrencia de nuevas convulsiones.

QUE HACER DURANTE UNA CONVULSIÓN

- Evite que el niño se lastime.
- No le meta nada en la boca.
- Puede colocarlo de lado en caso de que vomite.

Dr. Alberto Mizrachi
Pediatra
MSPP



Importancia de la microbiota en pediatría

La microbiota se define como la comunidad de microorganismos que ocupa un hábitat específico, mientras que el término de microbioma se refiere a la microbiota y a la función que cumple dentro de dicho entorno. Los humanos adquirimos la microbiota al momento de nacer y su composición dependerá de la vía de nacimiento (vaginal o cesárea). Ya desde entonces se hace una distinción entre el tipo de bacterias que predomina en el neonato, que pueden ser similares a los que se encuentran en intestino y vagina de la madre o como las que se encuentran en la piel.

La microbiota se ve influida por muchos aspectos, desde la etapa prenatal, a través de una translocación de la microbiota intestinal materna, pasando por el tipo de parto, el tipo de lactancia recibida, la alimentación de los mil primeros días, la toma o no de antibióticos, el entorno en el que vivamos y el estilo de vida que tengamos. La población de bacterias del intestino del recién nacido se origina en la microbiota vaginal y perianal de la madre, así como de la leche humana, donde se ha demostrado su presencia.

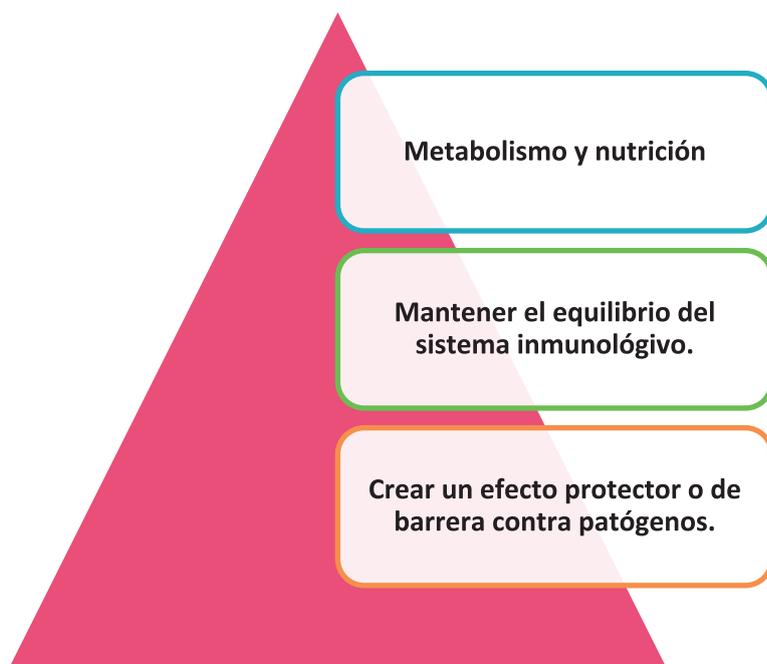
¿Cómo está compuesta la microbiota?

Al iniciar la lactancia materna exclusiva durante la primera hora y hasta el tercer día de vida, el recién nacido es colonizado en mayor parte por *Bifidobacterium*; debido a la alta concentración de oligosacáridos de la leche materna (OLM) que actúan como prebióticos. Además la microbiota intestinal del niño alimentado con leche materna tiene presencia de *Lactobacilos* que garantiza recuentos bajos de anaerobios, *Bacteroides* y *Enterobacterias*. Otras especies aparecen después con la alimentación complementaria como *Firmicutes*, *Bacteroides*, *Ruminococcus*, *Clostridium*, *Veilonella* y *Prevotella*. Desde el sexto mes y luego del segundo año de vida hay un incremento por la introducción de la alimentación complementaria así como la dieta familiar y a la exposición a factores ambientales.

¿Qué factores influyen en la colonización del intestino y formación de la microbiota intestinal del niño?



¿Qué funciones se le han atribuido a la microbiota?



Durante los 1000 primeros días de vida, periodo crítico para el crecimiento y el desarrollo del bebé y que comprende desde la concepción hasta los 2 años de edad, es un periodo determinante en el establecimiento de la microbiota. Aún queda mucho por investigar y determinar alrededor del concepto de microbiota y su posible interacción en el proceso de salud enfermedad de los niños. Lo importante es continuar promoviendo aquellos factores que promueven un buen desarrollo de la misma (lactancia materna, alimentación saludable y balanceada en la madre lactante y el bebé desde su ablactación, promoción de estilos de vida saludable, uso racional y adecuado de los antibióticos).

Dra. Yesenia Williams Alvarado
Pediatra
MSPP

La verdad oculta al otro lado del espejo

Niños y adolescentes transgénero

¿Una realidad que el pediatra debe abordar o ignorar?

Nadie nos ve nunca como humanos porque somos más fantasmas que cuerpos, porque la gente teme que mi expresión de género sea un truco que existe para ser perversa y atraparles sin su consentimiento, que mi cuerpo es una fiesta para sus ojos y manos y que una vez se alimentan de mi extrañeza regurgitarán las partes que no les plazcan.

*Me pondrán de vuelta en el armario, colgado junto a los otros esqueletos.
Seré la mejor atracción.*

**Fragmento del Poema:
¿Qué se siente al ser transexual?
Por Lee Mokobe**

¿Qué entendemos por transgénero?

Se refiere al amplio espectro de personas que se identifican con un género diferente a su género natal (DSM-5, 2013).

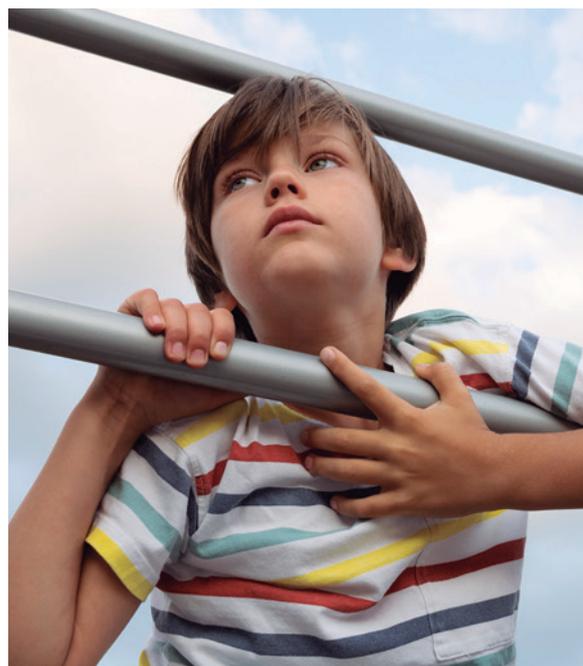
A nivel científico, según se han ampliado los estudios a lo largo de las últimas décadas, se considera cada vez más que la causa es de origen biológico. La teoría más poderosa habla de que en algún momento del periodo de embriogénesis en los primeros dos meses de vida intraútero, el cerebro de la persona se desarrolla con un concepto de género diferente a las características fenotípicas. Por ejemplo, aunque fenotípicamente la persona sea de género masculino, su cerebro está en desacuerdo y se considera de género femenino. No se sabe claramente por qué o cómo sucede esto, lo que permite que se siga generando el rechazo y el desconocimiento general. (Swaab y García – Falderas 2009)

La palabra transgénero genera en nuestras sociedades más temor que entendimiento, más rechazo que aceptación, más odio que hermandad. Todas esas emociones negativas alcanzan a los profesionales médicos, quienes muchas veces lejos de aplicar el método científico, siguen la misma línea social que los rodea; olvidando que la identidad transgénero involucra a niños y adolescentes que también necesitan de un pediatra que pueda apoyarlos y guiarlos con una mirada neutral y no con el dedo acusador que solo perpetua el mismo ciclo vicioso.

Las confusión, el estrés, el sufrimiento, la sensación de ser aislados por sus pares incluyendo a sus propios padres, el acoso escolar, el cyber-acoso; todas son situaciones que atormentan al mismo tiempo a la población pediátrica que se identifica con un género diferente al que dictan sus cuerpos. Y en ocasiones la mayor decepción viene cuando la ciencia es todo menos científica, dándoles también la espalda.

El término transgénero contrarresta la estructura de una sociedad binaria que solo admite los dos géneros convencionales. Para las sociedades es inaceptable la ruptura de dicho esquema tradicional, dejando sin opciones a quienes no encajen en el mismo.

La transgeneridad es una realidad que cruza culturas, razas, religiones y periodos históricos. Contrario a lo que se piensa, esto no es causado por una crisis familiar, por un abuso sexual, por un estilo parental de tipo estricto o liberal. La gente tiende a pensar que es una fase (Rosin, 2008), una elección o incluso una enfermedad. Sin embargo, para algunos niños que expresan una diversidad de género constante en el tiempo, no es una fase ni una elección racional, sino una expresión de la diversidad humana, y si bien no hay claridad con respecto a sus causas, es posible que la transgeneridad pueda ser explicada por razones biológicas más que por componentes sociales o por la historia de vida de una persona (Brill y Pepper, 2008).



Por varios años hasta el año 2013, ser transgénero se vinculaba a la categoría de los trastornos sexuales y de la identidad sexual de acuerdo al Manual Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). Generando controversia, ya que algunos especialistas distinguen las variaciones en el género como una enfermedad mental, mientras que para otros; los síntomas que presentan los niños transgéneros, tales como baja autoestima, automutilación, pobre

“La disforia de género se refiere al estado de angustia o estrés que viene acompañado con la incongruencia del género que la persona manifiesta y el género asignado al nacer.”

Table H.3.1 Terminología

CONCEPTO	DEFINICIÓN
• Género asignado al nacer	Género asignado a un niño al nacer, generalmente basado en la observación de sus características físicas (genitales, etc.)
• Sexo Natal	
• Sexo de Nacimiento	
• Género experimentado	La comprensión psicológica de los individuos sobre su propio género
• Identidad de género	
• Género afirmado	La comprensión psicológica de los individuos sobre su propio género, típicamente se refiere a vivir socialmente según el género experimentado por el propio individuo
• Sexualidad	Hace referencia al tipo de individuos hacia quienes se siente atracción romántica y/o sexual
• Orientación sexual	
• Incongruencia de género	Hace referencia a las personas cuyo sexo asignado al nacer e identidad de género no coinciden
• Rol de género	Características consideradas como "masculinas" o "femeninas" por una cultura en particular

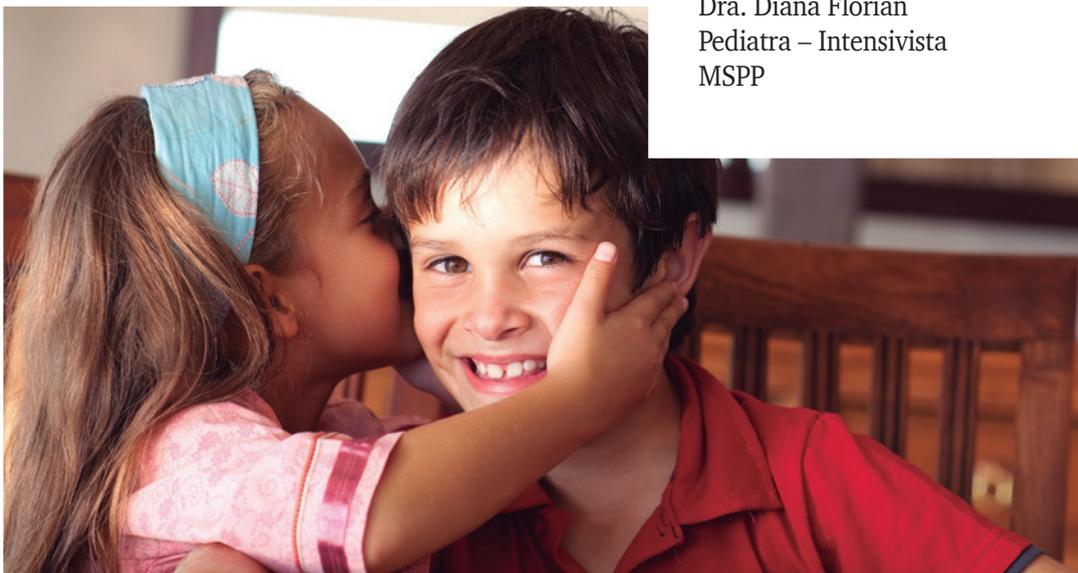
**Tabla 1.
Terminología
Manual de salud
mental infantil y
adolescente**

imagen de sí mismo, abuso de drogas e intentos suicidas (Chen-Hayes, 2001; Grossman & D'Augelli, 2007) son el resultado de las restricciones que viven, el rechazo de terceros y las estigmatizaciones por parte de sus familias y la sociedad (Conroy, 2010) en vez de características propias de la naturaleza de las personas transgéneros (Mallon & De Crescenzo, 2006).

En la versión DSM-V, se elimina el trastorno de identidad sexual indicando un desorden mental, pasando al nombre de disforia de género, para referirse a un descontento cognitivo y afectivo con el género asignado al nacer, siendo definido más específicamente cuando es usado como una categoría diagnóstica (APA, 2013).

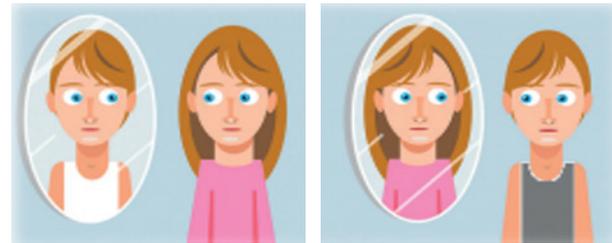
¿Desaparece la transgeneridad en la pubertad o adolescencia?

En su gran mayoría, los niños mantienen la disforia de género, incluso se tornan más desafiantes respecto a la misma ya que se agotan de vivir en un género asignado que no es el que sus cerebros consideran real. Debido a esto, se hace necesaria la intervención médica para la guía emocional y el tratamiento hormonal, para facilitar la transición. Se considera incluso que los pocos que presentan transgeneridad transitoria, renuncian a la misma por el inclemente rechazo de la sociedad y de sus propias familias, decidiendo vivir una vida simulada, mostrando a los demás algo que realmente no sienten.



¿Qué debemos hacer como pediatras ante esta situación?

Los niños y adolescentes transgénero, no van a dejar de serlo por más que ignoremos la situación e insistamos en juzgar y rechazar. Lo mínimo que podemos hacer por ellos es ver lo que sucede bajo el espectro científico y humanístico, para poder acompañar en el camino a este grupo de la población pediátrica.



En la Alemania del siglo XVIII, se creía que los espejos eran “reveladores de la verdad”.

Los niños transgénero ven el reflejo de quien verdaderamente son, no lo que todos los demás ven, dicho reflejo se acompaña de dolor y depresión por el rechazo social.

Comprendamos y transformemos el dolor en felicidad y aceptación.

Dra. Diana Florian
Pediatra – Intensivista
MSPP

PARECEN IGUALES
PERO NO LO SON.



Afílate al Servicio
a Domicilio

CONTÁCTANOS

 **260.5644**  **6948.1820**

www.aquacristalina.com     @cristalinapanama

¡ESCANEA Y AFÍLATE!



MÁS DE 50 AÑOS CUIDANDO DE TU PIEL



Línea Hipoalergénica para el
cuidado del bebé y toda la familia.
Recomendado por Profesionales

Síguenos en
Instagram

