

el **pediatra**

Panamá 2024, año 21 No. 71

**REGRESO
A CLASES**

**Mochila
ESCOLAR IDEAL**

Panamá Alerta ante el Sarampión



70 Aniversario de la SPP

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!



NO SE AUTOMEDIQUE, CONSULTE A SU MÉDICO



Fundador
Dr. Egberto Stanzola

Editora Honoraria
Dra. Leonor Olivares

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

Junta Directiva

Presidente
Dra. Marvis Corro

Vice - Presidente
Dr. Roderick Bejarano

Secretaria de Asuntos Internos
Dra. Mirna Rodríguez

Secretario 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** Mochila escolar ideal
- 6** Las vacunas no causan autismo, salvan vidas
- 8** Lonchera saludable
- 10** Malas prácticas, mitos, retos, banderas rojas y signos de alarma para el pediatra relacionados con la alimentación complementaria tradicional
- 14** Actividad física en adolescentes
- 18** ¿Qué es el dengue ?
- 20** Recomendaciones generales para el uso de los protectores solares en la infancia
- 24** Recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría vacunación contra SARS - Cov-2 Temporada 2024
- 26** Alimentación complementaria
- 28** Trastornos de la conducta alimentaria

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

Regreso a clases

Después de los años de pandemia y de un sistema educativo irregular, prácticamente hemos vuelto a lo que llamábamos normalidad, con aulas más llenas y horarios completos. Aunque la realidad es que nada es igual a lo que era antes.

A la distancia, muchos estudiantes sufrieron dificultades para seguir con sus estudios con regularidad, por lo que durante los últimos años tuvieron que buscar adecuaciones o apoyo para lograr sus estudios, mientras que otros simplemente abandonaron las actividades, ya que sus recursos eran limitados. A pesar de todas las dificultades, ya estamos de regreso en las aulas y ahora el reto es otro, esos estudiantes que perdieron contenidos e incluso interés por la educación vuelven a un horario completo, ya no más en casa y en ocasiones sin mucho ánimo de retomar la clase.



Volver a las aulas después de un periodo de descanso, requiere de una actitud alegre y positiva por parte de todos los miembros del hogar, mientras la rutina se vuelve a acomodar. Al igual el ambiente en las escuelas debe ser combinado con las motivaciones que deben iniciarse en casa y ser reforzadas desde el primer día de clases con colegios con infraestructuras adecuadas y con equipo de educadores y directivos con una mentalidad de brindar el ambiente más agradable y con mensajes que durante todo el año ofrecerán todos los elementos necesarios para que los estudiantes puedan adquirir todos los conocimientos y motivarlos para que cada día se sientan atraídos por sus estudios que son los que lo llevarán a un futuro promisorio.

El nuevo año escolar debe iniciar con palabras de apoyo, para eso es la familia, algunas sugerencias:

Creo en ti.

- Todo lo que te propones lo logras.
- Eres muy importante para todos y sabemos que vas a lograr todo lo que quieras.
- Permítete brillar como una estrella.
- Disfruta de este nuevo comienzo.
- Se amable con tus compañeros, serán tus amigos para siempre.
- Nunca te rindas, siempre se puede.
- Sigue adelante, el éxito es la suma de pequeños esfuerzos que se repiten cada día.
- Va a ser un gran año escolar en el que todo va a salir muy bien y será divertido.
- Un gran futuro, inicia en las clases escolares.
- Cuentas con nuestro apoyo, siempre estaremos para ayudarte a lograr tus metas.

La vida escolar nos llevará que el conocimiento es poder, el aprendizaje es un tesoro que seguirá contigo siempre, cada día es una nueva oportunidad para aprender y crecer.

"La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo".

MILEX® KINDER GOLD

Nueva fórmula

Gold Plus



Formulada específicamente para apoyar las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento. **Milex® Kinder Gold con su fórmula Gold Plus** contiene una combinación de prebióticos + probiótico que fortalecen el sistema inmune de tu hijo mejorando su defensa contra las bacterias, los virus y enfermedades.



PROBIÓTICO + PREBIÓTICOS

Formulada con 2 Prebióticos FOS e Inulina y 1 Probiótico BB-12 que favorece a una mejor salud digestiva, ayuda con el estado de ánimo del niño, promueve un mejor sueño, fortalece la salud respiratoria e inmunológica y mantiene una piel más sana.



ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES

Tiene una mezcla de grasas enriquecidas con DHA que apoya al desarrollo cerebral y visual del niño.



VITAMINAS & MINERALES

Enriquecida con vitaminas y minerales que apoyan un crecimiento saludable del niño y ayudan al desarrollo del sistema digestivo e inmunológico.

*No contiene sacarosa. Este producto no es sucedáneo de la leche materna.



Early Life Nutrition

Mochila escolar ideal



La mochila escolar ideal (y sobretodo saludable) es aquella que no representa una sobrecarga funcional en la columna vertebral de los niños y adolescentes. La frecuencia de lumbago o dolor de espalda por cambios en la marcha y sobrecarga muscular, son de las consecuencias más frecuentes de una mochila inadecuada.

En términos generales una adecuada mochila escolar cumple con lo siguiente:

1. El peso de la misma está entre el 10 y 15% del peso corporal del niño. Una manera sencilla de darse cuenta que está muy pesada es si la misma obliga a que su hijo se incline hacia adelante para soportar su peso.
2. Es del tamaño correcto, proporcional a la altura del niño. Esto es muy importante porque una mochila más grande no es necesariamente la mejor.
3. Las correas que cuelgan en los hombros deben ser anchas y igual que el respaldo deben estar acolchadas. No sólo mantiene estable y cómoda la espalda, sino que protege contra objetos afilados que puedan estar dentro de la misma. Se debe usar ambas correas para no lesionar los hombros.
4. Poseen un ajuste anterior, con cinturón que rodee el pecho o abdomen. Esto ayuda a redistribuir el peso de la mochila en todo el cuerpo.
5. Si tiene ruedas, es imperativo que se adapte a la estatura del niño, que sea cómoda para empujarla o halarla y sobre todo que al caminar no genere curvaturas en la espalda.
6. Debe distribuirse el contenido en diferentes compartimentos idealmente para distribuir la carga de la misma.
7. Debe llevar lo necesario para el día solamente. Y de requerir exceder el peso, se debe contar idealmente con casilleros o la posibilidad de dejar lo más pesado en el colegio (esto último dependerá de la oportunidad que se tenga según el colegio o comunidad educativa).



Dra. Yesenia Williams
Pediatra - MSPP



FORTALECE

el sistema inmune de tu pequeño con

Ballena Azul

Contiene:

Omega 3



Aceite de hígado de bacalao



Vitaminas A, D, E, y B1
Fluór



Fortalecer las defensas



Ayuda a:

Minimizar las caries dentales gracias al fluór



Huesos sanos y proteger su corazón



@BallenaAzulPanama

Las vacunas no causan autismo, salvan vidas

“Las vacunas causan adultos”, reza una frase en una de mis camisetas que uso para caminar una hora diaria cada día. Para romper el hielo, recuerdo que, la mala práctica médica, se vigila y, en los EEUU, se castiga con penas económicas. Si, la vacunación fuera una mala práctica médica, todas las organizaciones científicas y médicas, como los médicos que la promueven, estarían quebrados o en las cárceles. Nada de eso hay.

El autismo es una condición, muy probablemente asociada con variadas causas, entre genéticas y ambientales. Es una condición que, por desconocerse su origen, tiene muchos orígenes sospechados, pero sin prueba alguna de ellos.

Por eso, la desinformación y las teorías de conspiración, encuentran en esta condición, un sitio propicio para proliferar. Ud. y yo, tenemos que educarnos para contrarrestar tales afirmaciones, que no son nada infrecuentes en la cultura anti-ciencia y anti-vacunas que nos agobia y tanto daño hace a las familias. Hoy resurgen infecciones entre los niños, los suyos y los míos, que son fatales o dejan secuelas con incapacidad para el resto de la vida, que se habían barrido de nuestras ciudades y campos. Ya Uds. deben estar enterados de los varios casos de sarampión, tos ferina, difteria, polio que reaparecen entre nosotros, cuando estaban erradicados.

La nefasta publicación, tomados por sorpresa, de un estudio fraudulento que asoció la génesis del autismo con la vacuna MMR o triple viral (contra el sarampión, paperas y rubeola) y cuyo autor, el tristemente célebre Dr. Wakefield es prófugo de la justicia inglesa, sigue matando niños sanos, cuyos padres temerosos de que enfermaran con la vacunación, la rechazaron y la rechazan. Es fácil entender el temor de los padres de hacer daño a sus hijos, y eso lo conocen bien los grupos anti vacunas. El daño se puede hacer, sin embargo, al rechazar la vacunación probada como eficaz, protectora y segura. El sarampión es una de las enfermedades más

contagiosas y se complica con neumonía, daño cerebral, sordera y fatalidad. Por lo menos 1 de cada 5 niños no vacunados requieren hospitalización con el sarampión.

Son muchos los estudios que revelan la no existencia de alguna relación de esta vacunación con el autismo. Por razones de brevedad, solo mencionaré algunos. El estudio danés, de 500 mil niños vacunados con la vacuna MMR, número que en el lenguaje de las estadísticas representa aproximadamente 2 millones de niños expuestos o a riesgo de sarampión cada año, nacidos en Dinamarca entre los años 1991 a 1998, encontró 700 niños con autismo o trastornos del espectro autista. Este número no fue superior al número de niños con autismo y espectro autista entre 96,648 niños no vacunados con MMR. Otro estudio, inglés, comparó unos 1,300 niños con autismo con 4,500 niños controles, sin autismo, y no se encontró diferencias en cuanto a la vacunación con MMR. Un estudio canadiense en 2006 probó que no había evidencia de persistencia del virus del sarampión por la vacunación con MMR, ni en los niños con autismo ni en los niños sin autismo, y tampoco los niveles de anticuerpos protectores contra el sarampión fue diferente entre esos dos grupos de niños. Un estudio japonés de 1,929 niños con un hermano mayor con autismo reveló que entre los hermanos de niños con autismo, la vacunación con MMR no aumentó los casos de autismo, información que no favorece el sospechado mayor riesgo genético.

No hay un solo estudio que asocie la vacuna del sarampión con el autismo, solo aquel fraudulento estudio inglés, publicado hace varios años atrás.

Vacune a su hijo, su preciado tesoro.

Dr. Pedro Ernesto Vargas
Neonatólogo y pediatra
www.pedroevargas.com
pedroevargas174@gmail.com

MALTA
Vigor

**ESCANÉALO
PARA ENCONTRAR
ALGO
ÉPICO**

ENERGÍA NATURAL
300 mL

QR code

The advertisement features three young people in a vibrant, green and blue background with city silhouettes and lightning bolts. On the left, a young man in a red baseball cap and jersey holds a bat. In the center, a young man in a yellow shirt holds a camera. On the right, a young woman in a pink shirt and backpack smiles. Two bottles of Vigor Malta are shown on the left, one larger and one smaller, both with condensation. A large QR code is positioned on the right side of the image.

Baby
CASTILLE

**MÁS DE 50 AÑOS
CUIDANDO DE TU PIEL**

Síguenos en
Instagram

QR code

Detergente Líquido
Para Ropa Delicada

Baby
CASTILLE

Hipoalérgico
con Suavizante

64
LAVADAS

Jabón para
Biberones

Baby
CASTILLE

100%
SIN PFPs DE ORIGEN PETROLERO

The advertisement features a collection of Baby Castille baby care products displayed on a white pedestal against a light blue background with a soft glow. The products include a large white bottle of liquid detergent, a smaller white bottle of detergent, three small bars of soap in pink, white, and orange, and a blue bottle of baby powder. The Baby Castille logo, featuring a baby's face, is prominently displayed at the top left. The text 'MÁS DE 50 AÑOS CUIDANDO DE TU PIEL' is written in large, bold letters. An Instagram logo and a QR code are located in the bottom left corner.

Lonchera saludable



En la 57a Asamblea de Organización Mundial de la Salud (OMS) se planteó que el aumento de peso se considera como la epidemia del siglo XXI, lo que sugiere que es necesario establecer estrategias y programas de salud pública que mejoren la alimentación, promuevan la actividad física regular, disminuya los diagnósticos de sobrepeso y obesidad. En los últimos 30 años la cifra de personas con sobrepeso y obesidad ha aumentado de forma inquietante tanto en adultos como en niños.

Las ventajas de una alimentación saludable en los niños, principalmente en edades escolares, puede reducir significativamente algunos problemas de salud pública como lo son obesidad, sobrepeso, enfermedad cardiovascular temprana, diabetes tipo 2, entre otras que anteriormente no eran atribuibles en la infancia pero que cada vez más se convierten en un reto en la atención pediátrica.

Los niños suelen permanecer en un ambiente escolar como mínimo 6 horas de su día, esto corresponde a $\frac{3}{4}$ partes del año por lo que el ambiente escolar es determinante en la prevención de patologías asociadas a una nutrición inadecuada y sobre todo a la introducción y mantenimiento de hábitos saludables. Todo esto liderado desde el hogar.

Tomando en cuenta estos factores podemos concluir entonces que la Lonchera Saludable es aquella que reúne los alimentos que suplen las necesidades nutricionales del niño durante el día, reponen la energía gastada durante las actividades rutinarias y mejoran la concentración durante el estudio optimizando así su rendimiento escolar.

Tiene características importantes:

- Representa entre el 10 y 15% de los alimentos que consume al día.
- Corresponde a una comida adicional a las tres principales, por lo que es muy importante recordar que no sustituye a las anteriores. Este factor se ve impactado directamente cuando la jornada escolar es extensa o incluye 2 o 3 periodos de descanso. Idealmente debe destinarse uno sólo a la alimentación y los otros a actividades lúdicas o actividad física.
- Cada lonchera preescolar debe contener de 150 a 200 calorías como mínimo y no reemplazar al desayuno o almuerzo.
- Debe contener alimentos energéticos que aportan energía (carbohidratos, azúcares y grasas), alimentos constructores que ayuden a la formación de tejidos mejorando el crecimiento / desarrollo de los niños (proteínas de origen animal / vegetal, lácteos y derivados), alimentos reguladores y alimentos protectores que aportan vitaminas / minerales / fibra (verduras, frutas) y agua que mantiene al niño hidratado.
- Debe contener alimentos de fácil preparación, prácticos para llevar, ligero sin preparaciones grasosas o abundantes.
- Se debe evitar la comida chatarra o industrializada. Principalmente evitando los azúcares agregados (máximo 25 gramos al día o el equivalente a 6 cucharaditas/día).
- El periodo de tiempo que se le otorgue al recreo o la alimentación en los colegios debe permitir la correcta ingesta y aprovechamiento de los mismos. No debe ser menor a los 20 minutos.

El rol de la familia es crucial en el establecimiento de prácticas saludables. Son modelo a seguir y principal referente para los niños. La inclusión de una alimentación variada y acompañarlo de actividad física regular debe ser una práctica familiar. De lo contrario, su adherencia puede ser irregular.

Cierto es que los factores sociales, económicos, la oportunidad de adquirir productos y la estabilidad en el hogar deben estar acordes a las necesidades. Las políticas públicas sostenibles en el tiempo deben ir orientadas a ampliar las capacidades y oportunidades de la población para mejorar la adquisición de los alimentos de alto valor nutricional.

Dra. Yesenia Williams
Pediatra- MSPP



Malas prácticas, mitos, retos, banderas rojas y signos de alarma para el pediatra relacionados con la alimentación complementaria tradicional.

Dr. Martín A. Lasso B.
Pediatra- Neonatólogo
MSPP.

La alimentación complementaria es un proceso de aprendizaje para el bebé que inicia a los seis meses y cuando haya alcanzado los hitos madurativos en su neurodesarrollo para el inicio de esta. Algunos de los hitos madurativos son: control postural, control cefálico, interés por los alimentos, desaparición del reflejo de extrusión, coordinación de la succión, deglución, coordinación ojo, mano, boca como los principales.

La alimentación puede implementarse por diversos métodos como: BLW, BLISS, tradicional y los métodos mixtos. La alimentación con sólidos está liderada por BLW y su variante el BLISS, que cuentan con el aval de OMS y UNICEF. El método tradicional o también llamado “método con papillas” y el método mixto que utiliza una mezcla de todos los anteriores. Lo que debes tener presente es que cualquier aparato, olla o utensilio para preparar u ofrecer alimento al bebé no son métodos de alimentación complementaria. La alimentación complementaria es un periodo de aprendizaje que va del sexto mes hasta los dos años, en donde le mostraremos todos los alimentos al niño para que se familiarice con ellos, aprenda a masticarlos en donde el error, el fallo y la exploración es parte de este. No es ablactación. No es destete, porque no vamos a retirar la leche materna, la leche materna continuará siendo el principal alimento para el bebé.

Este concepto representa un gran reto para todos los involucrados, para los profesionales de la salud el reto es documentarse. Para las familias es implementarlo. Para las abuelas, tías y nanas es desaprender y desinstalar sus viejos paradigmas e instalar los nuevos conceptos. Para el niño, el reto es aprender a comer cosas nuevas, desarrollar nuevas habilidades y adquirir autonomía.



De todos los métodos de alimentación complementaria existentes, el método que está saturado de mitos, dificultades, banderas rojas y problemas es el método de alimentación complementaria tradicional progresiva. Esta es la razón principal de esta publicación, intentar acabar con ellos, al menos entre los profesionales de la salud. Lo sé, me han dicho que soy ambicioso en el pasado.

Algunos de los mitos en alimentación complementaria surgieron por convicción de las abuelas y otros, realmente no sé ¿de dónde salieron? Lo cierto, es que aún en nuestros días muchos se aferran a este sistema y no consideran cambiarlo independientemente de los resultados derivados del mismo, con sus pacientes en su práctica profesional.

Este método que aprendimos durante nuestros años formativos y que muchos continúan utilizando porque les hace sentir seguros, no cuenta con una evidencia científica sólida, ni estudios que lo respalden. Lo que si tenemos, es una gran cantidad de niños con dificultades para masticar y tragar sólidos; niños con rechazo a algunos alimentos por su aspecto, color, forma, sabor, olor; niños con algún tipo de selectividad a los alimentos; niños con retraso del desarrollo del habla y/o trastornos fonológicos; otros lactantes con dificultades para la deglución; algunos con poca coordinación de los procesos de masticación y deglución por hipotonía; un gran porcentaje de niños con deficiencia de hierro, pre-escolares tomadores de leche y otras situaciones aberrantes que están relacionadas directa o indirectamente con este método de alimentación complementaria.

Los mitos más comunes están relacionados con falsa sensación de seguridad que ofrecen los jugos, sopas, líquidos y licuados. Estas presentaciones no evitan el atragantamiento. La papilla no es un paso obligado. No reduce el riesgo de alergias y este método reduce las propiedades nutricionales de los alimentos, destruimos la fibra, aumentamos la carga de glucosa, fructosa y si, además se utilizan productos industriales “fortificados” exponemos al bebé a altas cargas de azúcar añadida, sal, miel, preservantes, conservantes, colorantes, grasas saturadas inflamatorias y potenciadores de sabor como el glutamato monosódico. También debo informarte, que muchos de estos productos industriales mezclan alimentos y esta mala práctica; sólo debe implementarse cuando el bebé ya conoce los alimentos por separado. Por estas razones, los jugos, licuados y sopas no es la forma correcta de comenzar la alimentación.

Los signos de alarma en la alimentación complementaria son señales que te indican que el proceso de aprendizaje del niño no está ocurriendo dentro de lo esperado. Aquí te enumero una pequeña lista de los hallazgos más comunes en mi experiencia personal:

1. Dificultad para tragar o rechazo persistente de lagunas alimentos.
2. Tos al ingerir un tipo particular de alimento.
3. Episodios de atragantamiento frecuentes durante la comida.
4. Vómitos repetidos después de la ingesta de alimentos. No reflujo, vómitos.
5. Diarrea persistente posterior a la ingesta de algunos alimentos.
6. Constipación.
7. Ganancia inadecuada de peso o pérdida de peso.
8. Erupciones cutáneas inespecíficas o reacciones alérgicas con la exposición a nuevos alimentos.
9. Alergias o problemas respiratorios que se agravan después de la ingesta de una comida.
10. Salivación excesiva.

Las banderas rojas en la alimentación complementaria se refieren a ciertos signos o síntomas que pueden estar relacionados problemas en el proceso normal de la alimentación del bebé; estas dificultades pueden deberse a una serie de alteraciones sensoriales, motoras, conductuales y hasta eventos ambientales en el hogar o en la implementación de la alimentación del bebé por parte de los cuidadores a cargo. Estas banderas nos indican que existe la posibilidad que sea necesario referir al niño con algún otro especialista o considerar alguna situación que estemos pasando por alto. Te enumero las que recuerdo de mi práctica clínica:

1. Tiene doce meses y sólo come 10 alimentos.
2. No acepta texturas distintas a los colados y compotas.
3. Sólo acepta leche en el biberón.
4. Tiene salivación abundante.
5. No mantiene la boca cerrada.
6. Mantiene alimentos en las mejillas.
7. No mastica los alimentos, los escupe o los vomita.
8. Varios episodios de atragantamientos que ameritan maniobras.
9. Llora, grita y tiene aversión a los alimentos.
10. No muestra interés por los alimentos.

Algunos productos industriales y alimentos peligrosos que no deben ser parte de este proceso de aprendizaje llamado alimentación complementaria son:

1. Salchichas, chorizos, embutidos y otras carnes procesadas por su alto contenido de sal, nitratos, grasas saturadas, glutamato monosódico.
2. Galletas industriales: son altas en azúcar o edulcorantes.
3. Néctares, yogurt de frutas líquido, gaseosas, té frío y similares. Tienen azúcar y colorantes.
4. Sopas industriales de lata, sobres, paquetes, envases de plástico. Tienen exceso de sal, grasas saturadas, glutamato monosódico.
5. Leches saborizadas o con chocolate de leche.
6. Avena con canela líquidas tienen exceso de azúcar.
7. Cereales de caja contienen colorantes, exceso de azúcar y otros.
8. Chocolate de leche tienen exceso de azúcar.
9. Nuggets de pollo son los restos del pollo mezclado con colorantes, saborizantes, harina, sal y potenciadores de sabor. Además, los utilizan fritos en aceites vegetales inflamatorios.
10. Frutos secos y maní enteros. Recuerda nunca los deben ofrecer enteros a los niños menores de cinco años. Triturados a partir de los 3 años. Sólo en forma de mantequilla para untar alrededor de los doce meses.
11. Palomitas de maíz. En mayores de 5 años por el riesgo de atragantamiento y asfixia.
12. Mariscos (moluscos y crustáceos): están involucrados en una gran cantidad de reacciones alérgicas. La recomendación más común es introducirlos después de los dos años.
13. Caramelos.
14. Productos industriales de paquetes o sobres.



En este camino de orientar a las familias para que logren que sus pequeños aprendan a comer de forma sana y balanceada nosotros los pediatras debemos reconocer nuestras limitaciones, responsabilidades, roles y competencias. Derivar a los bebés oportunamente hacia otros profesionales de acuerdo con las características de cada lactante como, por ejemplo: nutrición, fonoaudiología, terapia ocupacional, intervención temprana, medicina física, fisioterapia, nutriología, alergología, gastroenterología, psicología.

El profesional integral reconoce que en muchas situaciones el manejo requiere acompañamiento emocional a los padres, a los abuelos y a otros agregados culturales que están involucrados con la crianza del bebé. Estos factores externos al niño contribuyen al adecuado proceso y a que se establezca con éxito esta necesaria transición.

BABE
LABORATORIOS

Alta seguridad y eficacia
para la delicada piel
del bebé y el niño



- Syndet
 - Perfume sin alérgenos
 - Sin alcohol
 - Sin parabenos
 - Sin aceites minerales
 - Sin colorantes
 - Alta tolerancia cutánea
 - Hipoalérgenos
 - Testados pediátrica y dermatológicamente
- ALTA SEGURIDAD
HIGH SAFETY
- BIOPHARMACEUTICAL
COSMETIC

La salud que su piel merece

laboratoriosbabe.com

De venta en farmacias

TOTAL VISION
Óptica

CENTRO DE CONTACTOLOGÍA Y OPTOMETRÍA ESPECIALIZADAS BY TOTAL VISION OPTICA

Centro de Contactología & Optometría Especializadas
Dra. Olga Sandoval

MYOPIA MANAGEMENT HAS NEVER BEEN SO EASY!

ORTO-K

El tratamiento que **corrige tu visión** mientras duermes

Corrige

Controla

Tu miopía a paso de tortuga

Sabías que entre más temprano se detecte la **MIOPÍA** en nuestro niños, más podemos **DISMINUIR** su avance. La **ortoqueratología** es resultado de los estudios de la **PROGRESIÓN** de la **MIOPÍA** en los niños y jóvenes en los últimos 50 años. Es un tratamiento que se realiza mientras duerme el niño, con uso y adaptación de lentes de contacto de doble geometría inversa.

REDUCIENDO o eliminando de manera temporal el error refractivo miópico **SIN EL USO DE ANTEOJOS** ni lentes de contacto durante el día y disminuyendo hasta un 50% su progresión. Otra alternativa si lo prefieres son los anteojos con tratamientos especiales para la gestión de la miopía en niños.



© +507 6615 4714 | Tel.: 302 5330 / 29
@opticatotalvisionpty | Multiplaza Pacific, Local 233



© +507 6205 5735 | Tel.: 310 2829
The Panama Clinic, Piso 22, Cons. 2201, Torre B

Actividad física en adolescentes

Dr. Iván Antonio Wilson
Pediatra
MSP

La adolescencia se define como un período de crecimiento y desarrollo de comienzo y duración variable, que demarca el final de la niñez y crea los cimientos de la maduración. Este período va desde los 10 años hasta los 19 años.

En esta etapa de la vida, el individuo puede adoptar estilos de vida no saludables, entre otros el sedentarismo, la falta de actividad física y desórdenes nutricionales. A nivel mundial, el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años de edad no alcanzaron un nivel suficiente de actividad física en el 2016.

El aumento de los niveles de inactividad física tiene repercusiones negativas en los sistemas de salud, medio ambiente, desarrollo económico, bienestar de la comunidad y calidad de vida. La mejor herramienta con la que contamos para combatir el sedentarismo es la implementación de la actividad física.

Hasta un 20% o más de los adolescentes está en riesgo de sobrepeso u obesidad. De igual forma, estos pacientes estarán en riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer), que ocupan los primeros lugares de mortalidad a nivel mundial.

Son numerosos los beneficios de la actividad física:

- ✓ Prevención de complicaciones cardiovasculares
- ✓ Control del peso
- ✓ Mejora la salud ósea
- ✓ Reducción de los síntomas de depresión y ansiedad
- ✓ Mejora la autoestima del adolescente
- ✓ Asegura un crecimiento y desarrollo saludables
- ✓ Fortalece el sistema inmune



- ✓ Fortalece el sistema respiratorio
- ✓ Ayuda a mantener la condición física
- ✓ Mejora el bienestar general.
- ✓ Mejora el desempeño escolar

Las recomendaciones actuales dictan que la cantidad mínima de actividad física necesaria para garantizar una buena salud cardiovascular en niños y adolescentes es de al menos 60 minutos/día de actividad física de intensidad moderada o vigorosa.

Cuando nos referimos a actividad física, es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos. El ejercicio físico es una actividad planificada, estructurada y repetida, que

tiene como objetivo mejorar o mantener los componentes de la forma física. El deporte es cuando el ejercicio es reglamentado y competitivo.

Algunos ejemplos de actividad física moderada son:

- Caminar a paso rápido
- Natación recreativa
- Paseos en bicicleta
- Bailar
- Zumba
- Patinar
- Jardinería
- Tareas domésticas
- Pasear con animales

Algunos ejemplos de actividad física vigorosa son:

- Deportes competitivos
- Subir escaleras rápido
- Ciclismo
- Saltar soga

La adopción de un estilo de vida saludable se aprende fácilmente en la edad infantil, con mayor dificultad conforme el sujeto crece. De allí la importancia de fomentar la actividad física en etapas tempranas de la vida. Cuando el adolescente descubre actividades físicas de las que disfruta, es más probable que haga ejercicio con regularidad y continúe haciéndolo como adulto.

El ejercicio físico estimula la producción de endorfinas en el cuerpo, neurotransmisores que mejoran nuestro estado de ánimo. En términos generales, se recomienda actividad física aeróbica (correr, nadar, bicicleta, deportes, patinar, bailar, entre otros), para optimizar la salud cardiovascular. Una buena condición física aeróbica aumenta los niveles de energía y les permite a los adolescentes mantenerse físicamente activos durante períodos más largos, sin que se fatiguen.



En relación al ejercicio anaeróbico (pesas, ejercicios de entrenamiento de fuerza), deben ser realizados con precaución y supervisión, sobre todo en etapas tempranas de la adolescencia, para prevenir lesiones potenciales y afección del crecimiento.

En 2018 la OMS puso en marcha un nuevo plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030, en el que deben participar todos los sectores de la sociedad y partes interesadas, adoptando medidas a nivel mundial, regional y local, para proporcionar entornos seguros y propicios y más oportunidad para ayudar a las personas a que aumenten sus niveles de actividad física.

Algunas recomendaciones en relación a la actividad física en poblaciones entre 5 y 17 años incluyen:

1. Actividad física moderada o vigorosa, al menos 60 minutos/día. Puede ser dos o más tiempos. De preferencia aeróbicos, intercalado con ejercicios de fortalecimiento muscular.
2. Evitar el sedentarismo
3. Se debe implementar la actividad física desde tempranas etapas de la vida, para establecer estilos de vida saludable.
4. La actividad física y el ejercicio deben ser apropiados para cada edad, tomando en cuenta la afinidad del menor.
5. Se debe asegurar que el entorno en el que se practique la actividad sea adecuado y sin peligros.
6. Los padecimientos o enfermedades asociadas no son contra indicación para realizar actividad física. Los padres deben solicitar asesoría con su pediatra.

Los primeros 1,000 días de vida son críticos para la colonización y el desarrollo de bacterias adecuadas en nuestro intestino⁵

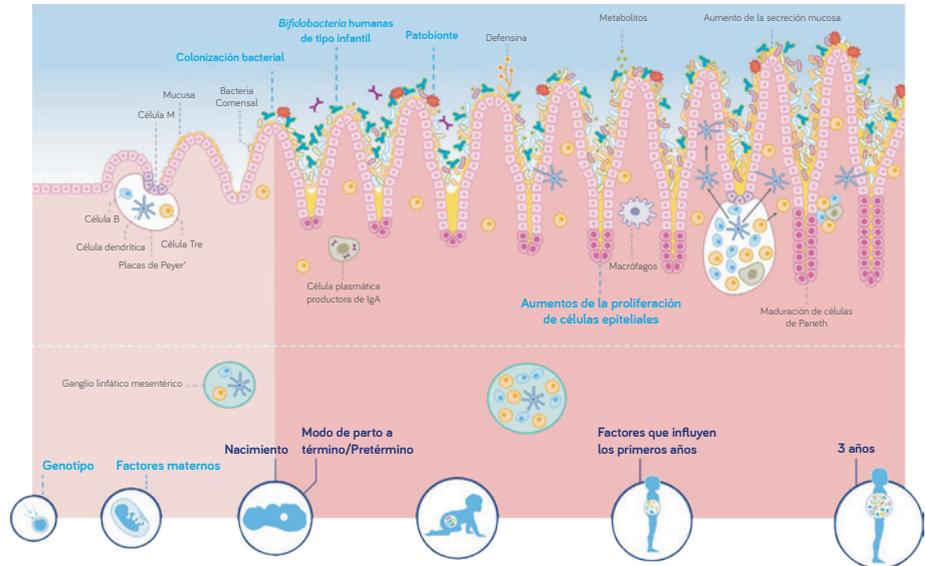
SISTEMA INMUNE Y MICROBIOTA INTESTINAL¹

El desarrollo del sistema inmune y la composición de la microbiota intestinal interactúan de forma dinámica y tardan tiempo en desarrollarse y aprender.

Prenatalmente, las células inmunitarias y los tejidos en el intestino se desarrollan en preparación para la exposición extrauterina.

Al nacer, los bebés son inoculados con microbios maternos y ambientales. **En este proceso influye mucho el modo de nacimiento y la edad gestacional.**

Durante la primera etapa de vida, el desarrollo microbiano intestinal es influenciado por varios factores, como la dieta, mientras que la maduración continúa hasta los tres años de edad.



La microbiota intestinal y el desarrollo del sistema inmune están influenciados por múltiples factores en los primeros años de vida.²

Hay múltiples factores que influyen en la microbiota intestinal y el desarrollo del sistema inmune en los primeros años de vida.² Además de los orígenes del desarrollo o la microbiota materna, **el parto vaginal o por cesárea**, el embarazo prematuro o a término, y la alimentación con leche materna o con fórmula, el momento de la alimentación complementaria pueden afectar a la microbiota intestinal y al desarrollo del sistema inmune en los primeros años de vida.

El uso de antibióticos durante el parto por cesárea y/o para combatir infecciones en los primeros años de vida, factores ambientales externos como el entorno geográfico, el tamaño de la familia, la exposición a animales domésticos y la asistencia a guarderías son los otros factores que contribuyen de forma importante.

DISBIOSIS INTESTINAL

La disbiosis intestinal suele definirse como un desequilibrio de la microbiota intestinal.³

La composición microbiana se altera tras las intervenciones médicas, como la cesárea y el uso de antibióticos. Como alteraciones más comunes, se observa una reducción de las bifidobacterias y de los miembros de la familia *Bacteroidaceae*, mientras que aumenta la abundancia del género *Clostridium* y de las *Enterbacteriaceae* (por ejemplo, *Klebsiella*, *Escherichia coli*) en los bebés nacidos por cesárea, expuestos a antibióticos maternos y tratados con antibióticos.⁴

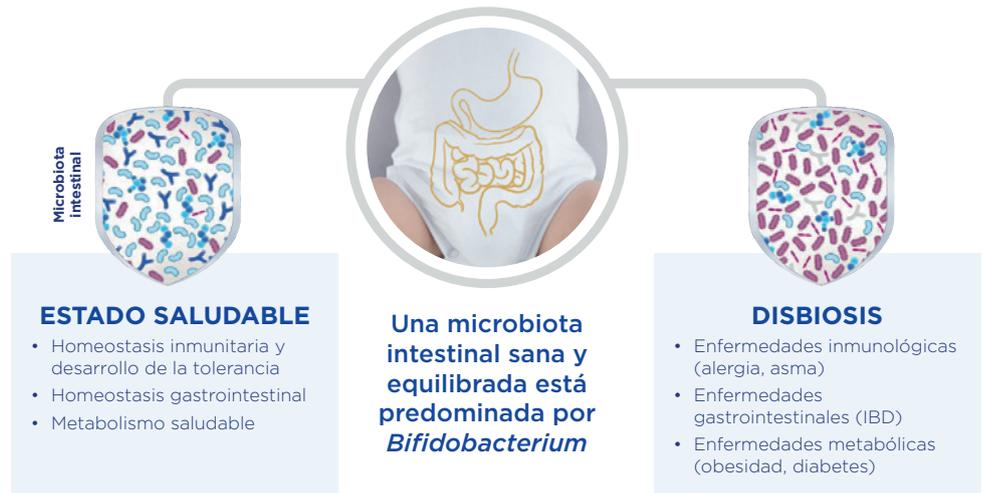


Figura adaptada de Lee, YY, et al. J Paediatr Child Health. 2017; 53, 1152-1158.

SÓLO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. NO DISTRIBUIR AL PÚBLICO EN GENERAL.

AVISO IMPORTANTE: La lactancia materna es la mejor forma de nutrición para los bebés y proporciona muchos beneficios a los bebés y a las madres. La decisión de no amamantar puede ser difícil de revertir y se deben considerar las implicaciones financieras. Se deben seguir cuidadosamente todas las instrucciones de preparación y alimentación, debido a que una preparación inadecuada podría provocar riesgos para la salud. Consulte siempre con el profesional de la salud para obtener consejos sobre la alimentación de su bebé.

Los estudios indican que una microbiota comprometida al nacer y en los primeros 1,000 días de vida es un riesgo de alergia y obesidad.⁴

MICROBIOTA INTESTINAL COMPROMETIDA AL NACER*

Investigadores de la Universidad Nacional de Singapur, la Universidad de Turku (Finlandia), la Universidad de Wageningen (Países Bajos) y Nutricia Research debían determinar el efecto del modo de parto y la práctica clínica asociada (parto vaginal, parto vaginal con profilaxis antibiótica intraparto (IAP) y parto por cesárea con IAP) en la maduración de la microbiota intestinal del bebé.

Se reclutaron tres grupos de bebés sanos nacidos a término en el Hospital Universitario Nacional de Singapur: (1) bebés nacidos por vía vaginal; (2) bebés nacidos por vía vaginal cuyas madres recibieron IAP; y (3) bebés nacidos por cesárea.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se observó un retraso en la colonización por *Bifidobacterium* en los bebés nacidos por vía vaginal cuyas madres recibieron IAP y en los bebés nacidos por cesárea, pero no en los nacidos por vía vaginal. Esto fue estadísticamente significativo al séptimo día y al primer mes. A diferencia de los bebés nacidos por vía vaginal (con y sin exposición a IAP), los nacidos por cesárea presentaron un retraso en la colonización por *Bacteroides* desde el día 7 hasta los 3 meses. La abundancia relativa de *Enterobacteriaceae* fue mayor en los bebés nacidos por vía vaginal cuyas madres recibieron IAP y en los bebés nacidos por cesárea, en comparación con los bebés nacidos por vía vaginal el día 7 y al mes. Se observó una correlación negativa entre *Bifidobacterium* y *Enterobacteriaceae* el día 7 y al mes. En el día 7, la diversidad de especies era mayor en los bebés nacidos por vía vaginal en comparación con los bebés nacidos por vía vaginal cuyas madres recibieron IAP y los bebés nacidos por cesárea.

El estado comprometido de la microbiota se tradujo en un retraso en la colonización por parte de los colonizadores clave, *Bifidobacterium* y *Bacteroides*, ambos anaerobios estrictos con capacidad para metabolizar los oligosacáridos de la leche materna. También se asoció a un enriquecimiento de anaerobios/aerobios facultativos (*Klebsiella*).

¿QUÉ SIGNIFICA ESTO?

“

Nuestro estudio demostró que la profilaxis antibiótica intraparto y la cesárea perjudican la colonización microbiana temprana y esto puede representar un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos inmunológicos o metabólicos.

Christophe Lay,

Científico Senior de Microbiota/Microbioma Intestinal en Danone Nutricia Research y Profesor Adjunto Honorario en la Universidad Nacional de Singapur.

”

“

Esperamos investigar el efecto de los patrones de alimentación en un futuro próximo. Creo que la intervención nutricional con moduladores del microbioma a la medida (probióticos, prebióticos, sinbióticos) podría ser una estrategia para reducir el riesgo de enfermedad asociado a una microbiota comprometida.

Comentó el
Dr Lay

”

La intervención nutricional podría ser una estrategia para reducir el riesgo de enfermedades asociadas a una microbiota comprometida

*El estudio se presentó en la Asociación Científica Internacional de Probióticos y Prebióticos (ISAPP), que tuvo lugar en Singapur los días 5 y 6 de junio de 2018. Bajo el lema " Los Principales Impulsores Científicos de las Aplicaciones de los Probióticos y Prebióticos", fue la primera conferencia de la ISAAP en Asia.

REFERENCIAS: 1. Wopereis H, et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2014;25:428-438. 2. Vandenplas et al. *Nutr.* 2020; 78:110812. 3. Petersen C y Round L. *Cellular Microbiology* 2014;16(7):1024-33. 4. Danone Nutricia Research. (2018) "Microbiota intestinal comprometida al nacer" Disponible en: <https://www.nutricia-research.com/compromised-gut-microbiota-at-birth/>. 5. Zhang et al. *Front Microbiol.* 2021;12:724449.

¿Qué es el dengue?

La infección por el virus del dengue es un problema de salud pública a nivel internacional (principalmente a nivel de los trópicos) que afecta a todas las edades, siendo la población pediátrica una de las más vulnerables; por lo tanto, ¿qué debo conocer como padre y cómo puedo afrontar esta situación?

Esta infección es provocada por cuatro variaciones de virus que recibe el mismo nombre “virus del dengue” y se transmite por la picadura de mosquitos hembra de la especie *Aedes aegypti*, principalmente. Es importante recalcar que infectarse por una de las cuatro variantes del virus confiere inmunidad ante ella; sin embargo, no es el caso para las demás y existe la posibilidad del reinfectarse con otra, incrementándose el riesgo de padecer mayores complicaciones en comparación al cuadro previo.

- ¿Qué síntomas produce el virus del dengue?

La sintomatología del dengue puede presentarse entre cinco a siete días luego de la picadura del mosquito y la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica esta patología en tres categorías dependiendo de su severidad:

- Curso de la infección

El dengue cursa por tres fases, las cuales se denominan: fase febril, crítica y de convalecencia. Generalmente, los niños no presentan mayores complicaciones y pasarán de una fase febril a convalecencia; sin embargo, es importante tener en cuenta cómo se comportan las mismas e identificar en caso tal si algo no ocurre como se espera.

1. Fase febril:

Usualmente dura entre dos a siete días. Las personas presentan fiebre más una variedad de los síntomas antes mencionados, principalmente aquellos en la columna de “dengue sin signos de alarma”. La fiebre puede manejarse con acetaminofén, también conocido como paracetamol, con previa consejería por parte del pediatra (no automedique y utilice las dosis indicadas por el profesional de salud), para evitar alteraciones neurológicas; pero lo más importante es mantener a la persona hidratada, principalmente con agua.

2. Fase crítica:

Esta etapa oscila entre 24 a 48 horas luego de la fase febril e indica el pronóstico del paciente. Es fundamental el identificar los signos de alarma y acudir a la institución de salud más cercana para evitar su progresión a consecuencias más severas.

Dengue sin signos de alarma	Dengue con signos de alarma	Dengue severo
Fiebre + dos síntomas del siguiente listado: <ul style="list-style-type: none">- Náuseas- Vómitos (mínimo tres en 24 horas)- Erupción cutánea- Dolor retro-ocular, de cabeza, muscular y/o articular- Leucopenia (niveles de glóbulos blancos bajo)	<ul style="list-style-type: none">- Hipersensibilidad o dolor abdominal- Vómitos persistentes- Hinchazón en extremidades (acumulación de líquidos)- Sangrado nasal u oral repentino o aparición de moretones con facilidad (sangrado de las mucosas)- Somnolencia- Hepatomegalia (agrandamiento del hígado)	<ul style="list-style-type: none">- Fuga de plasma severo: se manifiesta por medio de hinchazón y signos de shock hipovolémico acompañados con dificultad respiratoria, tales como: agitación, extremidades frías, llenado capilar prolongado, oliguria (el niño orina menos de lo usual) y confusión.- Sangrados severos- Daño a órganos específicos

3. Fase de convalecencia:

Ocurre en las próximas 48 a 72 horas en donde el paciente empieza a recuperar su apetito, se encuentra más alerta y activo, y en caso de presentar erupciones cutáneas, las mismas comienzan a mejorar.

- ¿Cómo se trata el dengue?

No existe un tratamiento específico para curar la infección por el virus del dengue, por lo que su manejo se enfoca en tratar la sintomatología y vigilar a la persona.

- Controla la fiebre: se recomienda el tomar baños con agua a temperatura ambiente, colocar compresas frías en la frente y como se mencionó previamente, se puede utilizar acetaminofén para regular la fiebre; mas no se sugiere el uso de aspirina y AINES porque incrementan el riesgo de sangrados.
- Mantener hidratado al niño y vigilar por signos de deshidratación: si se logra manifestar formas de pérdida de líquidos del cuerpo ya sea por fiebre, vómitos, diarrea; los mismos deben reponerse por medio de la ingesta de agua y/o sueros rehidratantes, estando atento a la presencia de signos como: llanto sin lágrimas, boca seca, ojos hundidos, piel retraída, disminución en la cantidad de veces que el niño orina, debilidad generalizada, cambios en el estado de alerta, entre otros.

- ¿Cómo prevenir el dengue?

La mejor manera de prevenir esta infección es evitando la picadura del mosquito. Se puede disminuir su probabilidad con estas recomendaciones:

- Utilice repelentes para mosquitos.
- Evite los criaderos de mosquitos, verificando que no exista la presencia de agua empozada cerca del hogar como, por ejemplo, en neumáticos, latas, botellas, floreros, piscinas, etc.
- Use ropa que cubra los brazos y piernas en días lluviosos.
- Coloque mallas en puertas y ventanas.

Actualmente la OMS, recomienda la vacuna cuadrivalente TAK -003 basada en una versión debilitada del virus causante del dengue, para menores entre 6 y 16 años, en zonas donde esa enfermedad se haya convertido en un problema importante de salud pública.

D'Angelo MON
Estudiante de Medicina
Universidad de Panamá
Tutora Dra. Geraldine Norte
Pediatra Neonatóloga
MSP

VITAbex Complejo **B**

**TE DA ENERGÍA
PARA QUE ESTUDIES
TODOS LOS DÍAS**

200 mL

VITAbex Complejo B Jarabe

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS, SA

Recomendaciones Generales para el Uso de los Protectores Solares en la Infancia

Dr. Martín A. Lasso B.
Pediatra – Neonatólogo
MSPP

Inicia la estación seca y con este cambio de temporada, se produce un incremento de las actividades familiares al aire libre con paseos al interior y actividades acuáticas; aumentando la exposición al sol y por ende, a los rayos ultravioleta. La exposición a los mismos produce riesgos de deshidratación, golpe de calor, quemaduras solares, daño a la piel y aumenta el riesgo de cáncer de piel.

Diversas sociedades científicas han advertido de los riesgos a la exposición de los rayos ultravioleta y la AAP en su página de internet, recomienda que en todo niño que realice actividades al aire libre debería:

- Utilizar gorros y/o sombreros para proteger el rostro del sol.
- Los niños deben usar lentes infantiles con 99% protección UV.
- Evitar la exposición prolongada al sol y buscar sombra debajo de un árbol, tolda, sombrilla o con el toldo del coche.
- Los niños deben utilizar ropa de colores claros y para los más pequeños ropa con protección ultravioleta.
- Los menores de 6 meses deben permanecer fuera de la luz solar directa.
- Utilizar protectores solares de forma correcta.

El uso por separado de estas recomendaciones de la AAP no es suficiente para prevenir las lesiones a la piel por el efecto de los rayos ultravioleta.

¿Qué son los rayos ultravioleta y por qué debemos evitarlos?

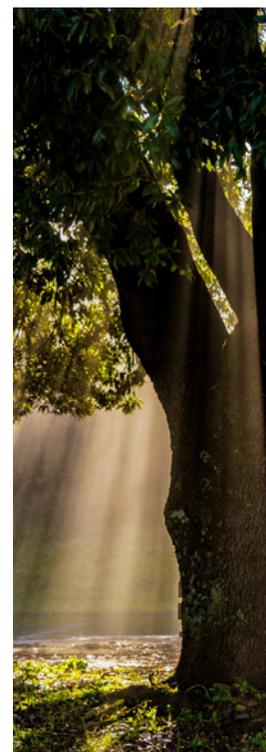
Los rayos ultravioleta (UV) son una forma invisible de radiación, ellos pueden penetrar la piel y producir daño a nivel de las células. Cuando sufrimos quemaduras de sol, éstas indican que ocurrió un daño en nuestra piel. Las quemaduras de la piel se producen cuando la radiación ha superado la capacidad de nuestros factores protectores cutáneos y de un pigmento llamado melanina. El “bronceado” de la piel, aspecto muy valorado por nuestra cultura occidental indica que los rayos ultravioleta ya mataron algunas células y dañaron otras, esas células dañadas pueden degenerar en cáncer de la piel. Debemos saber, contrario a la creencia popular, que los rayos ultravioleta producen daño en nuestra piel en cualquier época del año y a cualquier temperatura. Las personas que tienen una mayor cantidad de lunares, muy característico de nuestra población mestiza, tienen más riesgos de desarrollar cáncer de la piel. Existen dos tipos de rayos ultravioleta: los de tipo A (con las siglas UV-A) que son los causantes del cáncer de la piel y el envejecimiento de la misma (las llamadas arrugas prematuras) y los rayos UV-B quienes son los causantes de las quemaduras en la piel. Los protectores solares tradicionales sólo ofrecen protección contra los UV-B.

Los protectores solares de acuerdo a la reglamentación europea 2006/647/CE son cualquier preparado (como loción, gel, crema, aceite, aerosol) que evita o disminuye las quemaduras por exposición al sol. Debemos saber, que ningún protector solar ofrece una protección a los rayos ultravioleta del 100%.

Existen dos tipos de protectores solares:

- Filtros solares físicos: son los también llamadas pantallas totales. Este tipo de producto refleja la radiación solar. Hay que aplicarlo de forma generosa, aplicando una capa gruesa, uno de los más utilizados es el óxido de titanio, que apenas se nota en la piel.
- Filtros solares químicos: actúan absorbiendo la radiación solar y la transforman en otro tipo de energía que no es dañina para la piel. De acuerdo a la capacidad que tengan para realizar este efecto se clasifican y se gradúan con la medida de factor de protección solar (SPF por sus siglas en inglés); a mayor SPF mayor será la protección contra los UV-B. Por lo tanto, al usar un protector solar con SPF 30, lo que quiere decir es que la piel no se quema hasta que haya sido expuesta 30 veces más a la cantidad de energía solar que normalmente produciría una quemadura. Recuerde que no es el tiempo al que se expone el niño al sol, sino la cantidad de energía solar que recibe la piel, lo que produce la quemadura y el daño en la piel. Otro factor que incide, es la hora del día, nuestros abuelos hablaban que el sol de la mañana era mejor, en realidad durante la mañana, la capa de la atmósfera que deben atravesar los rayos del sol antes de llegar a la piel, es más densa y gruesa por efecto de la temperatura en comparación a lo que ocurre al mediodía.

Para elegir un protector solar y evitar quemaduras en la piel hay que considerar diversos factores como: el tipo de piel de la persona (las pieles más oscuras tienen más melanina), la edad de la persona, las actividades que realiza durante la exposición al sol (al nadar se produce pérdida del producto en menos tiempo), la sudoración del individuo, la cantidad de protector solar aplicada, la frecuencia de las aplicaciones y la cantidad de protector solar que la piel ha absorbido antes de la exposición al sol. En la mayoría de las personas un SPF de 30 es suficiente para brindar una protección adecuada. Como es de esperar a mayor SPF mayor será el costo del producto para los padres.



Recomendaciones generales para el uso de los protectores solares:

- Ningún niño menor de 6 meses debe estar expuesto directamente a los rayos del sol. Los menores de un año, deben utilizar pantallas solares o filtros físicos con SPF 30, usted puede elegir entre los que contienen un tres por ciento de avobenzona, octocrileno, o bien, uno que contenga óxido de zinc o dióxido de titanio. Existe un gran debate sobre los potenciales efectos a largo plazo de los protectores solares físicos, pero los riesgos de la exposición a los rayos UV son mayores que el posible efecto de estos productos.
- Debe evitar la exposición al sol cuando los rayos son más fuertes (entre las 10 am y las 4 pm).
- Debe aplicarse al menos 30 minutos antes de la exposición al sol.
- Deben aplicarse cada dos horas durante el tiempo en que uno se encuentre expuesto.
- Utiliza un producto que te guste, existen cremas, lociones, atomizadores, barras, todos son realmente efectivos siempre y cuando uno se lo aplique. “el mejor protector solar es aquel que realmente uses” y el producto debe aplicarse de forma generosa, es mejor que sobre a que falte.
- Lo ideal es que toda la familia utilice un mismo producto, se ha demostrado que hay más adherencia a la aplicación por parte de los niños, si ven que sus padres se aplican el mismo producto. Hay situaciones especiales para aquellos con pieles sensibles en un protector solar con base mineral como los que contienen dióxido de titanio u óxido de zinc es más conveniente.



- Si realizas actividades acuáticas, aquellos productos “resistentes al agua” permiten dos inmersiones de 20 minutos antes de re-aplicarlos nuevamente y los “muy resistentes al agua” permiten hasta cuatro inmersiones de 20 minutos. Las personas que transpiran de manera excesiva, también deberían utilizar este tipo de productos.
- Los protectores solares tienen un tiempo de caducidad, que usualmente es de tres años.
- Los protectores solares “caros” no necesariamente son los mejores. La calidad dependerá de la protección combinada contra los UV-A y los UV-B, más que su costo o marca.

A partir del verano del 2012, se han cambiado la denominación en el etiquetado de los bloqueadores solares por ley federal de los Estados Unidos basada en las nuevas recomendaciones de la FDA. Estos cambios, intentan disminuir la confusión que han producido los distintos productos comerciales disponibles en el mercado en la elección del consumidor. En el pasado los productos sólo le daban importancia a la protección contra los rayos UV-B y no se tomaba en cuenta los UV-A, entre otras disposiciones. Los cambios entraron en vigencia a partir del 17 de diciembre del 2012. He aquí un resumen de los principales cambios basados en las recomendaciones de la FDA:

- Debe buscar la frase amplio espectro o “broad spectrum” en inglés. Esto significa que el producto pasa las pruebas de la FDA y brinda protección contra los UV-A y UV-B.
- Debe decir que el protector solar “reduce el riesgo contra el cáncer de la piel” y esta advertencia sólo la pueden tener los productos con SPF 15 o mayor.

- Los protectores solares con SPF entre 2 a 14 solamente podrán indicar en sus etiquetas que pueden proteger contra las quemaduras de la piel.
- Los protectores solares sólo podrán decir SPF 50+ pero no mayor de 50, porque los protectores solares mayores de 50 no brindan beneficios adicionales contra el efecto de los rayos UV-A y UV-B.
- Que no digan bloqueador solar sino protector solar. Recuerde que los protectores solares no ofrecen beneficio por más de 2 horas.
- Deben indicar que son “resistentes al sudor” y no deben decir resistentes al agua (waterproof), en el nuevo etiquetado de los protectores solares debe establecerse claramente, cuánto tiempo el producto brinda protección luego del contacto con el agua, ya sea cuando se sumerge o presenta sudoración excesiva. Si el producto, no es resistente al agua, el fabricante debe establecerlo claramente en la etiqueta y recomendar al usuario un protector solar que si lo proteja cuando entra en contacto con el agua.
- Todos los protectores solares deben ofrecer al usuario una lista amplia de todos los componentes de su contenido en su etiqueta, esta información debe estar en un sitio visible de la etiqueta.
- La nueva clasificación de estrellas para la protección contra los rayos UV-A con el propósito de advertir que nivel de protección ofrecen. La FDA recomienda una estrella para los que menos protección ofrecen hasta cuatro estrellas para la máxima protección.

ENGLISH FOR

LITTLE ONES

5 - 6 años

CHILDREN

7 - 10 años

TEENS

11 - 16 años

Clases Presenciales

Niveles: Básicos, Intermedios y Avanzados

Horario: Sábados 9:00 a.m. a 12:00 m.d.

**Prepaga
3 niveles y recibe
1 gratis.**

Promoción válida para la colegiatura al prepagar 3 niveles, recibe 1 nivel gratis. Promoción exclusiva Revista El Pediatra válida del 18 de marzo al 5 de abril de 2024.



Próximas fechas de inicio
23 de marzo / 27 de abril

+507 264-0924 / ☎ 6677-5277

info@els.edu.pa / www.els.edu.pa

Centro comercial Plaza Paitilla Segundo Piso, Locales 62 y 63



PUBLICIDAD
PSG
PANAMA SOLUTION GROUP

elpediatra@psgpublicidad.com

www.psgpublicidad.com

consejos
Umbrella
PARA PROTEGERTE DE LA
radiación solar

Busca sombra cuando estés haciendo actividades al aire libre

Evita exponerte al sol entre las 9:00am a 4:00pm

Usa Gorra y lentes al exponerte al sol.

Utiliza protección solar todos los días, antes de salir a jugar

Recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría

Vacunación contra SARS – Cov-2 temporada 2024

Justificación

El SAGE (Grupo Estratégico Consultivo de Expertos en Inmunización – OMS) actualizó su hoja de ruta para la vacunación contra COVID-19 el 10 de noviembre de 2023. Esta actualización se basa considerando que, después de cuatro años de pandemia, la mayoría de las personas en el mundo tienen inmunidad contra el SARS-CoV-2 a través de la infección, la vacunación o ambas. En el escenario actual, los países pueden reducir sus tasas de morbilidad y mortalidad garantizando que todas las personas reciban al menos una dosis de vacuna COVID-19.

Respecto al tipo de vacunas a utilizar, la OMS señala:

Cualquier vacuna contra COVID-19 con aprobación de listado de uso de emergencia puede ser utilizada para serie primaria o refuerzo. Las vacunas formuladas con cepa ancestral y bivalente siguen otorgando protección contra la enfermedad grave; sin embargo, la protección contra enfermedad sintomática es limitada y menos duradera que la conferida por una vacuna monovalente XBB.

Las vacunas monovalentes XBB.1.5 se pueden utilizar para serie primaria o refuerzo porque muestran muy buenos niveles de anticuerpos neutralizantes contra las principales variantes circulantes (XBB.1.5, EG.5.1, FL.1.5.1) y variantes bajo seguimiento (BA.2.86).

El 15 de junio de 2023, el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados de la FDA de EE.UU (VRBPAC, por sus siglas en inglés) se reunió para analizar la formulación de las vacunas contra COVID-19 para la temporada 2023 – 2024 en EE.UU. La evidencia revisada, aún escasa, sugiere que los linajes XBB tienen una estrecha similitud antigénica y que los datos preclínicos de estudios de vacunas candidatas XBB.1.5 y XBB.1.16 señalan que existe una neutralización cruzada sustancial entre estos linajes. El VRBPAC votó por unanimidad recomendar actualizar la fórmula de la composición actual de la vacuna a un linaje XBB monovalente, de preferencia la XBB.1.5 y la FDA aconsejó a los fabricantes que desean actualizar las vacunas contra el COVID-19, desarrollarlas con una composición monovalente XBB1.5.



No vacunados previamente		
6 meses a 4 años	Moderna: 2 dosis. 4 – 8 sem luego de primera dosis	Pfizer: 3 dosis. 3 – 8 sem luego de dosis 1, mas de 8 sem luego de dosis 2.
Entre 5 – 12 años	1 dosis de Moderna o Pfizer	
Mayores de 12 años	1 dosis de Moderna o Pfizer	Pueden usar 2 dosis de Novavax (intervalo entre dosis: 3 – 8 semanas)
Vacunados Previamente		
A partir de los 6 meses de edad en adelante	1 dosis de Moderna o Pfizer (luego de 6 meses de la última aplicación).	
Pacientes inmunocomprometidos		
Mantener el esquema primario de 3 dosis. Refuerzo: 1 dosis de Moderna o Pfizer: 2 dosis anuales (cada 6 meses)		

El 24 de octubre de 2023, el Instituto Conmemorativo Gorgas (ICGES), mediante Nota N° 0876 – DG – ICGES – 2023 dirigida al Ministro de Salud, informa que las variantes del SARS – CoV – 2 circulantes en Panamá de forma predominante es la XBB.1.5 en más del 80% de las muestras analizadas, el resto de las variantes son similares de XBB.1. En base a esta información recomienda que las vacunas que se utilicen contengan la variante circulante. De esta manera se lograría mayor efectividad inmunoprotectora, lo que no es posible con la vacuna bivalente actual que contiene la variante original del SARS – CoV – 2.

Recomendaciones basadas en evidencia

Las recomendaciones del Comité de Vacunas de la Sociedad Panameña de Pediatría es el siguiente:

1. Asegurar la cobertura con esquema primario a toda la población mayor de 6 meses de edad, en las dosis aprobadas según el tipo de vacuna a utilizar, en especial en el grupo de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días por la cobertura extremadamente baja en este grupo etario.
2. Utilizar de preferencia vacunas de plataforma ARN mensajero contra SARS-CoV-2, con la formulación más actualizada disponible, independiente del fabricante, y

supeditadas al registro sanitario otorgado por Farmacias y Drogas.

3. Coadministración de los refuerzos contra COVID-19 con la vacuna anti-influenza y otras vacunas programáticas para optimizar coberturas.
4. Utilizar la denominación “refuerzo anual” desde 2024, sin referirse al número de dosis previas ni a la valencia de la vacuna.
5. Mantener y reforzar la vigilancia genómica de SARS-CoV-2 para monitorear la circulación de variantes del virus en el país y para contribuir al conocimiento de la situación a nivel global.
6. Mantener la vigilancia epidemiológica de COVID-19.
7. Acompañar la estrategia con una campaña comunicacional efectiva para fomentar la adherencia a la vacunación.
8. Desarrollar y ejecutar políticas públicas que permitan garantizar la digitalización de las coberturas de vacunación y vigilancia epidemiológica en todo el territorio nacional, así como mantener la publicación continua de los datos obtenidos.
9. Notificar los cambios al esquema de vacunación en todos los centros vacunadores y de atención sanitaria en el país, asociado a una campaña docente continua para el personal de salud y la población en general.

Alimentación complementaria

Dra. Cristina Reyes
Medicina General
Nutrición Materno Infantil
Tutora Dra. Geraldine Norte
Pediatra – Neonatóloga
MSPP

La alimentación complementaria (AC) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a cualquier alimento líquido o sólido diferente a la leche materna (LM); no obstante, tanto para la Academia Americana de Pediatría (AAP) como para la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) hace referencia a los alimentos líquidos o sólidos adicionales a la LM o a la fórmula láctea (FL).

A partir de los 6 meses de edad la LM por sí sola, no es suficiente para cubrir los requerimientos de energía y algunos nutrientes como proteína, hierro, zinc, calcio, selenio y vitaminas A, D, E, C y algunas vitaminas del complejo B1, por lo que es necesario la introducción de alimentos que permita cubrir los requerimientos nutricionales para promover el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

Se recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad. A partir de ahí, es acompañada de alimentos complementarios hasta los 2 años de edad del niño y de ahí en adelante, hasta que madre e hijo lo decidan. Por ello, el término ablactación no debe utilizarse porque el prefijo “AB” hace referencia a privación. Este término era antes utilizado para la introducción de la alimentación complementaria.

La AC es un periodo de rápido crecimiento y desarrollo. El niño entre los 6 y 11 meses de edad en promedio crece 6.9 cm y gana 1.5 Kg. Entre los 12 y 23 meses de edad en promedio crece 13.3 cm y gana 2.8 Kg. El rápido crecimiento exige altos requerimientos de hierro 11 mg/día entre los 7 y 12 meses y entre los 12 y 23 meses 7 mg/día.





La introducción de la AC en niños alimentados con LME debe realizarse a los 6 meses de edad, mientras que en niños alimentados con fórmula infantil puede realizarse entre los 4 y 6 meses de edad.

Al momento de la introducción de la AC el bebé debe poder sentarse de manera erguida sin ayuda. Es recomendable que la silla del bebé cuente con apoyo para los pies. En el periodo de introducción de la AC ocurren las primeras experiencias de alimentación con la exposición a nuevos alimentos de los cinco sabores básicos: dulce, salado, ácido, amargo y umami.

Los hábitos alimentarios establecidos durante la infancia temprana definen las preferencias alimentarias en edades posteriores y a su vez, impactan en la salud tardía; lo que hace sumamente importante la adecuada selección de alimentos durante la AC. El plato de la alimentación saludable incluye cuatro principales grupos de alimentos: verduras, frutas, cereales y proteínas.



El tipo de alimentos para iniciar la AC no es relevante. Por lo tanto, no se hace necesario indicar un alimento en particular para el inicio, sino por el contrario, centrar la atención en el establecimiento de la AC desde la primera semana, garantizando una alimentación diversa con todos los grupos de alimentos, sabores y colores. No obstante, los niños alimentados con LME si pueden beneficiarse de recibir alimentos fuente de hierro como hígado de pollo y carne de res o alimentos fortificados con hierro como cereales infantiles fortificados (sin azúcar) desde el inicio de la AC.



Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Ayrton Cano

Estudiante de Medicina / Universidad de Panamá

Tutora Dra. Geraldine Norte

Pediatra - Neonatóloga / MSPP

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones que podrían suponer un crecimiento y desarrollo deficiente durante la infancia. Estos aparecen habitualmente entre los 0 y 6 años, y son mucho más frecuentes por debajo de los 3 años. Pueden aparecer como un problema aislado, influido por problemas: genéticos, ambientales, conductuales y emocionales, o como un trastorno concomitante a una enfermedad subyacente o anomalía estructural.

El proceso de alimentación corresponde a una interacción entre un niño y su cuidador, el cual habitualmente será una figura de apego. Muchas veces existen dificultades en la alimentación por algún tipo de alteración en esta interacción. Existen algunos fenómenos que se consideran normales y son transitorios durante el desarrollo infantil entre los cuales tenemos:

- **Neofobia:** Es el rechazo a los alimentos nuevos o desconocidos, es algo habitual durante los primeros años de vida. Con frecuencia es percibido por los padres como selectividad inapropiada, pero debemos saber que la mayoría de los niños solo aceptan alimentos nuevos luego de exposiciones repetidas.
- **Selectividad:** Es un comportamiento muy frecuente y generalmente aparece en los periodos de transición como el destete, la ablactación y cuando el niño comienza a comer solo.
- **Disminución fisiológica del apetito:** Es un proceso normal que acompaña la disminución de la velocidad de crecimiento después del año de vida.

Un estudio prospectivo finlandés, con 494 pacientes, mostró que el 30% de los niños era percibido por sus padres como con “poco apetito”. Al ajustar la ingesta calórica por el peso, sin embargo, no existían diferencias significativas entre la ingesta calórica relativa de esos niños ni en su crecimiento, evaluado a los 5 años de vida.

Los trastornos alimentarios en el niño han sido objeto de numerosos intentos de clasificación. La clasificación de Kerzner en niños con poco apetito, niños con ingesta selectiva y niños con miedo a comer, puede ser muy útil para el enfoque y manejo de los TCA.

- **Niños con poco apetito:** Es cuando los niños comen poco y parecieran no tener apetito ni interés en consumir alimentos ni siquiera golosinas. Tienen un adecuado crecimiento y desarrollo. Generalmente se soluciona con educar a los padres en alimentación saludable.
- **Niños con ingesta selectiva:** Son aquellos que rechazan ciertos alimentos y como mencionamos anteriormente, puede ser un fenómeno normal del proceso de crecimiento, pero en otros casos puede ser una aversión sensorial que consiste en el rechazo por textura, sabor, color o temperatura de los alimentos.
- **Niños con miedo a comer:** Consiste en el rechazo a los alimentos luego de alguna experiencia traumática como atoro, vómito o dolor. Al reducir su ingesta de nutrientes, pueden presentar compromiso nutricional y de desarrollo.

Las dificultades en la alimentación son frecuentes en la infancia y generalmente se trata de dificultades leves. En ausencia de signos de alarma, es importante entregar medidas generales a los padres y educar respecto a comportamientos alimentarios normales durante la edad infantil. El pediatra de Atención Primaria puede manejar un alto porcentaje de casos con estas problemáticas, teniendo en cuenta que su abordaje debe ser individualizado y se basa en dos pilares: tratamiento nutricional y conductual, tanto del niño como de la familia.

Olilo[®]

GOLD

3

NUTRICIÓN QUE

IMPACTA

LA VIDA

SIN AZÚCARES AÑADIDOS*

0%

LACTOSA

100%

*Como sacarosa, fructosa y/o jarabe de maíz



LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO PARA EL LACTANTE.

NUEVA
CRISTALINA
CON GAS

PSSSS.
PSSSSSS



SIFÓN
RETORNABLE



 **6948.1820**



@cristalinapanama
www.aquacristalina.com