



SALUD y cuidados del bebé

Revista Oficial de la Confederación
Nacional de Pediatría de México, A.C.

DEPRESIÓN POSPARTO

BRONCOASPIRACIÓN

DÉJALOS HABLAR

¿QUÉ TAL DURMIÓ?

**GUÍA
DE** *padres*

Año 7 • No. 63 • Febrero • \$30.00 m.n.



¿Las mascotas enferman a mi hijo? •
Adquisición de la marcha • Colesterol alto
después del embarazo • **Olores en la orina**



**Revista Oficial de
la Confederación
Nacional de Pediatría
de México A.C.**



Año 7 Núm. 63 Febrero 2011

FEDERACIÓN DE PEDIATRÍA DEL NOROESTE, A.C.
Presidente *Dr. Javier Medina López*

- Colegio de Pediatría de Baja California, A.C.
Dra. Angelica Maria Aguilar Ceniceros
- Colegio de Pediatría de Baja California Sur, A.C.
Dr. César Antonio Piña Ibarra
- Colegio de Pediatría de Chihuahua, A.C.
Dr. Eulalio Gastélum Sarmiento
- Colegio de Pediatría de Sinaloa, A.C.
Dr. Javier Alonso Ahumada Atondo
- Colegio de Pediatría de Sonora, A.C.
Dr. Francisco Javier Enríquez Gascón

FEDERACIÓN NORESTE DE PEDIATRÍA, A.C.
Presidente *Dr. Francisco Antonio Carrete Ramírez*

- Colegio de Pediatría de Coahuila, A.C.
Dra. Gricelda Chapa García
- Colegio de Pediatría de Durango, A.C.
Dr. Manuel Guajardo Jaquez
- Colegio de Pediatría de Nuevo León, A.C.
Dr. José Alberto Elizondo Villareal
- Colegio de Pediatría de Tamaulipas, A.C.
Dr. Jesús Gerardo Guajardo Treviño

FEDERACIÓN DE PEDIATRÍA DE CENTRO-OCCIDENTE DE MÉXICO, A.C.
Presidente *Carlos Gilberto Alonso Rivera*

- Colegio de Pediatría de Aguascalientes, A.C.
Dr. Andrés Reyes Mares
- Colegio de Pediatría de Colima, A.C.
Dra. Berenice Arellano Cortés
- Colegio de Pediatría de Guanajuato, A.C.
Dr. Luis Enrique Durán Juárez
- Colegio de Pediatría de Jalisco, A.C.
Dr. Antonio Luevanos Velazquez
- Colegio de Pediatría de Michoacán, A.C.
Dr. Carlos Hugo Gutiérrez Ortíz
- Colegio de Pediatría de Nayarit, A.C.
Dra. Yolanda Durán Ortega
- Colegio de Pediatría de San Luis Potosí, A.C.
Dr. Gastón González Zúñiga
- Colegio de Pediatría de Zacatecas, A.C.
Dr. Rosa Martha Covarrubias Castillo

FEDERACIÓN DE PEDIATRÍA DEL CENTRO, A.C.
Presidente *Dr. Carlos Hugo Medina Noyola*

- Colegio de Pediatría del Distrito Federal, A.C.
Dr. Victor Jesús Sánchez Michaca
- Colegio de Pediatría de Estado de México, A.C.
Dr. Juan Bernardino González Santaella
- Colegio de Pediatría del Estado de Guerrero, A.C.
Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz
- Colegio de Pediatría de Hidalgo, A.C.
Dr. José Antonio Copca García
- Colegio de Pediatría de Morelos, A.C.
Dra. Laura Verónica Zúñiga Hernández
- Colegio de Pediatría de Puebla, A.C.
Dr. José Joaquín Loaiza Guzmán
- Asociación Queretana de Pediatría
Dr. José Guadalupe Cabrera Cabrera
- Colegio de Pediatría de Tlaxcala, A.C.
Dr. Manuel Ruben Rodríguez Barrera

FEDERACIÓN DE PEDIATRÍA DEL SURESTE, A.C.
Presidente: *Dr. Francisco Colon Cuesta*

- Colegio de Pediatría de Campeche, A.C.
Dr. Francisco Jesús González Martínez
- Colegio de Pediatría de Chiapas, A.C.
Dr. Issel Prisciliano Gutiérrez Mandujano
- Colegio de Pediatría de Oaxaca, A.C.
Dr. Alberto Paz Pacheco
- Colegio de Pediatría de Quintana Roo, A.C.
Dr. Héctor Raúl Rivero Escalante
- Colegio de Pediatría de Tabasco, A.C.
Dr. Ernesto Jiménez Balderas
- Colegio de Pediatría de Veracruz, A.C.
Dr. Erasmo Hernández Garza
- Colegio de Pediatría de Yucatán, A.C.
Dr. Luis Alonso Gutiérrez Solís

Mesa Directiva

Dr José Luis García Galaviz **Presidente** Dr Ignacio Vázquez León **Vicepresidente**

Dr Julio César Carlón Acosta **Secretario** Dr José Andrés Vazquez Herrera **Tesorero**

Dr. Alfonso Rodríguez Jaramillo
Coordinador Editorial Nacional
alfonso doctor@yahoo.com

**ORGANISMOS NACIONALES
AFILIADOS**

1. Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia
Dr. Rodolfo Espinoza Vizcaino

2. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C.
Psic. Fernando Beltrán Aguirre

3. Sociedad Mexicana de Neurología Pediátrica, A.C.
Dr. José Antonio Infante Cantú

4. Colegio Mexicano de Profesores de Pediatría
Dr. Héctor José Villanueva Clift

5. Federación Nacional de Neonatología
Dr. Guillermo Arturo Jiménez González

6. Sociedad Mexicana de Médicos Militares Pediatras, "Jesús Lozoya Solís"
Dr. Juan Nepomuceno Zúñiga Rosas

7. Asociación Científica de Profesionistas para el Estudio Integral del Niño, A.C.
Dr. Sergio Mendizabal Amado

8. Sociedad Mexicana de Neumología Pediátrica, A.C.
Dr. José Karam Bechara

9. Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica, A.C.
Dr. José Antonio Ramírez Velasco

10. Asociación Prolactancia Materna, A.C.
Dr. Horacio Reyes Vásquez

11. Asociación Mexicana de Vacunología, A.C.
Dr. Javier Castro Valdovinos

12. Sociedad Mexicana de Neuropsicología Pediátrica, A.C.
Dr. Ricardo Sevilla Castillo

13. Asociación Mexicana de Oftalmología Pediátrica, A.C.
Dra. Enriqueta Hofmann Blancas

14. Asociación Nacional de Protección al Recién Nacido, A.C.
Dr. Andrés Straffon Osorno



SALUD y cuidados del **bebé**

ENTREVISTA AL PEDIATRA

Javier Medina López
CONAPEME

4

Año 7 • Número 63 • Febrero 2011

Guía de padres
Adquisición de la marcha
CONAPEME.....6

Descubre la ciencia desde el Laboratorio 3
¿Las mascotas enferman a mi hijo?
Dr. Luis Felipe Montaña E. I I

Broncoaspiración
Dr. Alejandro Vásquez Hernández
CONAPEME..... 15

Vacunas DPT Polio
Dr. Enrique Mendoza López
CONAPEME22

¿Qué tal durmió?
Entrevista al
Dr. Reyes Haro Valencia.....27

Piojos
Dr. Alejandro Vásquez Hernández
CONAPEME32

Genética y embarazo
Generalidades de la Pérdida Reproductiva como preámbulo a una Causa Genética
Biol. Ricardo Meléndez Hernández.....36

Defectos al nacimiento
Olores en la orina
Dra. Leticia Belmont
CONAPEME.....42

Todo en colesterol.org
¿Colesterol alto después del embarazo?.....54

B & B
Breves & Belleza56

18



Mejorando tu economía
La cuesta de febrero, marzo y lo que viene

44



Guarderías
Por: Dr. Alejandro Vásquez Hernández
CONAPEME

48



Depresión posparto
Dra. Ma. Asunción Lara

52



Los padres aprenden
Déjalos Hablar
Dra. Leticia Belmont / **CONAPEME**



SALUD
y cuidados del
bebé

Revista Oficial de la Confederación Nacional de
Pediatría de México A.C.

MESA DIRECTIVA

Dr José Luis García Galaviz
PRESIDENTE

Dr Ignacio Vázquez León
VICEPRESIDENTE

Dr Julio César Carlon Acosta
SECRETARIO

Dr José Andrés Vazquez Herrera
TESORERO

Dr. Alfonso Rodríguez Jaramillo
COORDINADOR EDITORIAL NACIONAL
alfonso doctor@yahoo.com

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente
Ángel Bosch
a.bosch@revistasprofesionales.com.mx

Directora Corporativa
Cynthia Baigts
cynthiabaigts@hotmail.com

DIRECCIÓN OPERATIVA

Director General
Ángel Bosch
a.bosch@revistasprofesionales.com.mx
Tel. 53 53 75 49 / Cel. 044 55 39 43 96 48

Director Editorial
Cynthia Baigts
cynthiabaigts@hotmail.com

DIRECCIÓN EDITORIAL

Cynthia Baigts
cynthiabaigts@hotmail.com
Tel. 53 53 82 97

Arte y Diseño
Marusia Ochoa Ramírez
revistas_profesionales@yahoo.com

Dirección de Sistemas
Manuel Garduño M.
m.garduno@revistasprofesionales.com.mx

Mónica Huitrón Vargas
revistas_profesionales@yahoo.com

Fotografía
Digital Stock X

Corrección de Estilo
María del Pilar Nieto Aquino
revistas_profesionales@yahoo.com

Coordinación de Suscripciones
Violeta Vázquez Lazareno
violeta.vlazareno@gmail.com
Tel. 5353 7559

PUBLICIDAD Y VENTAS

Director
Ángel Bosch
a.bosch@revistasprofesionales.com.mx

Ejecutivos de Ventas

Yolanda Navarro

Gerente de Cuenta
Marilú Dordelly
m.dordelly@revistasprofesionales.com.mx

Guillermo Priego
shec.guillermo@gmail.com

Editorial Revistas Profesionales S.A. de C.V., Corona No. 12, 1er piso, Colonia Modelo
C. P. 53330, Naucalpan, Estado de México.

COLABORADORES

Autores de la Guía de Padres. Expertos de la CONAPEME. Dra. María Asunción Lara, Dra. Leticia Belmont Martínez, Dr. Luis Felipe Montaña Estrada, Lic. Héctor Ruiz Ramírez, Biol. Ricardo Meléndez Hernández, Dr. Alejandro Vázquez Hernández, Dr. Enrique Mendoza López, Gabrielle Lyon, Todoensalud.org, Todoennutricion.org

PREMIOS ASPID LATINOAMÉRICA

Premios ASPID de Publicidad Iberoamericana de Salud y Farmacia Edición 2009
Informes e inscripciones: Ángel Bosch Torrano, Editorial Revistas Profesionales, Renacimiento 180
Col. San Juan Tlhuaca, C.P. 02400, Azcapotzalco, México, D.F. Tel. Directo: 5353 7549,
Celular: 04455 1296 8119, Tel: 5353 7559, www.premiosaspid.net

PREMIOS ASPID BARCELONA

Álvaro Bosch, Publicaciones y Medios Telemáticos, S.L., Llacuna, 110 -Local 2-08018 Barcelona 22@,
España Tel:+34 933 004 211 Fax: +34 933 003 870, pmfarma@pmfarma.com, www.pmfarma.com

Salud y cuidados del Bebé. Año 7, No. 63, Febrero de 2011, es una revista de publicación mensual editada por **Revistas Profesionales S.A. de C.V.** Prohibida la reproducción parcial o total del contenido sin previa autorización por escrito de los editores. El contenido de los artículos es responsabilidad del autor y refleja única y exclusivamente el punto de vista del mismo. La reproducción total o parcial por cualquier medio conocido o por conocer será perseguida de acuerdo a la ley. Editor responsable: Ángel Bosch Torrano. Certificado de licitud de título y contenido por la Secretaría de Gobernación en trámite. Circulación verificada por BDO Contadores Públicos y Consultores de Empresas. Certificado de reserva de derechos: 04-2005-041817430800. Impreso por: AG Impresores, S.A. de C.V. Temistocles No. 23 PH, Col. Polanco C.P. 11560 Deleg. Miguel Hidalgo • Tel.: 5281-3080. Distribuidores: Pernas y Cia., Editores y distribuidores, S.A. de C.V., Poniente 134, No. 650, Col. Industrial Vallejo, C.P. 02300, México, D.F. Tel: 5587 4455, Fax: 5368 5025, e-mail: pernascia@pernascia.com.mx. **Los conceptos vertidos libremente en los Artículos incluidos en esta Edición son responsabilidad exclusiva de sus Autores; Editorial Revistas Profesionales, S.A. de C.V. se deslinda de cualquier responsabilidad legal derivada de los mismos. © Copyright 2005 Revistas Profesionales S. A. de C. V., Renacimiento 180, Col. San Juan Tlhuaca, C. P. 02400, Azcapotzalco, México, D.F., Teléfono: 5353 7549, Móvil: 04455 1296 8119, e-mail: a.bosch@revistasprofesionales.com.mx, Salud y cuidados del bebé.**



Editorial

La amistad es el más perfecto de los sentimientos del hombre, pues es el más libre, el más puro y el más profundo.

Henri Lacordaire

¿Qué significa la amistad?

Un amigo no es aquel que está contigo solo cuando te va bien, cuando tienes dinero, cuando eres famoso, cuando tienes un buen puesto, cuando estás contento, cuando puede conseguir algo de ti, cuando estás rodeado de las personas "adecuadas", cuando eres "divertido", cuando tiene tiempo. La verdadera amistad es aquella que es incondicional. Un buen amigo está contigo en las buenas y en las malas, te apoya siempre, es leal, sincero, no le interesa lo que tienes, cuánto tienes, en qué trabajas o qué puesto tienes, le interesas tú como ser humano, como persona, le interesa tu bienestar.

La amistad es un camino de dos vías, que se alimenta día con día. Aquel que tiene un buen amigo es afortunado, pues sabe que jamás estará solo. Tener amigos es muy diferente a tener conocidos. Una amistad implica un compromiso. Un compromiso de lealtad, de confianza, de honradez, discreción, de empatía, de afecto. Enseñemos a nuestros hijos la enorme riqueza que significa la amistad.

José Luis García Galaviz

Coronel Médico Cirujano Pediatra

Presidente Confederación Nacional de Pediatría de México A.C.



Entrevista al Pediatra

Dr. Javier Medina López



1 ¿Cuál ha sido la experiencia que más te ha marcado en tu vida Profesional?

Estando en mi consultorio me sorprendí cuando alguien golpeó bruscamente la puerta de entrada, se trataba de un padre desesperado con un bebé de 3 meses de edad. Era un paciente que nunca había valorado, que se encontraba en paro cardiorrespiratorio; afortunadamente tenía mi equipo de reanimación a la mano y nos dimos a la tarea de realizar maniobras de resucitación el padre y yo. Realicé la intubación endotraqueal y posteriormente mientras yo le daba masaje cardíaco al bebé, el papá lo ventilaba con el ambú. Y así, después de unos minutos logramos revertir el paro y trasladarlo a una unidad hospitalaria del Sector Salud.

En el traslado en la ambulancia, el padre del pequeño me comentó que desde muy temprano había acudido con su hijo a una clínica particular por que el bebé presentaba cuadro respiratorio grave; allí se le indicó que había que hospitalizarlo, pero como no contaba con recursos económicos, no lo pudo internar; así, salió a la calle tratando de solicitar apoyo económico para pagar la atención de su hijo. La expresión en su rostro jamás la olvidaré, su agradecimiento y la satisfacción de haber cumplido, es lo que a muchos nos da la energía para continuar laborando en la profesión más hermosa del mundo.

2 ¿Cuál es tu mayor reto como Presidente de la Federación de Pediatría de Noroeste, A.C.?

Además de darle continuidad al excelente desempeño que han realizado los anteriores Presidentes de la Federación, es fortalecer la comunicación, aportar mayor proyección a la comunidad y fomentar la integración de todos los miembros; estimular la investigación. Pero el mayor reto sin duda será realizar el XXVI Congreso de Federación del Noroeste para julio de 2011; evento que se pretende sea sin precedentes en cuanto a organización, asistencia, pero sobre todo, en calidad académica.

Me atrevo a realizar la anterior afirmación porque estoy aprovechando el gran equipo de trabajo que me acompaña, muchos de ellos con amplia experiencia y un gran compromiso que sin duda, culminará en un verdadero éxito.

3 ¿Cuáles son los principales errores que cometemos los padres de familia con respecto a la salud de nuestros hijos?

- ✦ No llevar un control adecuado de consultas con su Pediatra y querer que por teléfono le consulten a su bebé. La automedicación que es muy frecuente aún, pero afortunadamente ha disminuído en cuanto a antibióticos, gracias a las nuevas disposiciones del Sector Salud.
- ✦ No vigilar el uso de videojuegos, programas de televisión ,internet, lo que evitaría los malos hábitos de alimentación y salud mental por la violencia explícita en las series de tv; falta de ejercicio por el sedentarismo.
- ✦ No dedicar tiempo de calidad ni platicar de los problemas con sus hijos, lo que evitaría trastornos de conducta, embarazos tempranos, drogadicción.

4 ¿A quién admiras y por qué?

Siento una profunda admiración por mis padres, mis hermanos, mi esposa y mis hijos, y resto de mi familia; por mis maestros y por mis amigos a los cuales considero familia.

Pero sobre todo por mi Madre Q.E.P.D, ya que faltando mi padre cuando yo era aún pequeño, supo sacar a sus 7 hijos adelante gracias al amor a su trabajo, a su inteligencia y a su tenacidad, Además nos inculcó los valores de la puntualidad, la honradez, la disciplina y la responsabilidad; pilares fundamentales para cualquier actividad.

6 ¿Cómo podemos enseñar a nuestros hijos el valor de la amistad? y ¿por qué es importante hacerlo?

Yo creo que con el ejemplo. Tengo la fortuna de tener muchos amigos a los cuales aprecio y admiro; y como lo comenté, los considero parte de mi familia.

Mis hijos han crecido con ellos. Con mis amigos llevo una relación de respeto, de sinceridad, de confianza, de lealtad, de ayuda mutua.

5 Nos podrías decir ¿Cuál es tu libro favorito? Y ¿Por qué?

El Príncipe, de Niccolo Maquiavelo, de Editorial Iberia, ya que nos da una serie de consejos sobre cómo tener un gobierno o una organización y mantenerla fuerte.

7 ¿Qué les recomiendas a los papás para que sus hijos se desarrollen con éxito física, mental y emocionalmente?

Sin duda alguna el Profesional de la Salud que se encarga del cuidado de los niños es el Pediatra. Yo sugeriría que depositaran su confianza en él, para que recomiende las medidas preventivas necesarias como una buena alimentación, completar esquema de inmunizaciones, estimular el ejercicio físico o algún deporte; además de dedicar tiempo de calidad con nuestros hijos atendiendo en todo su momento a sus necesidades.



Dr. Javier Medina López **Presidente de la Federación Pediátrica del Noroeste**

Calle 4ta. Díaz Mirón 2222 (8524), Zona Centro, Tijuana, B.C. C.P. 22000
Tel 664 6858258 Cel. 664 6282014
E-mail drmedina@prodigy.net.mx



La adquisición de la marcha

El desarrollo comprende todos los cambios progresivos, en una secuencia que tiende a una complejidad y heterogeneidad cada vez mayor, que experimenta el organismo en el transcurso de la vida. Estos cambios son tanto de orden cuantitativo (crecimiento) como cualitativo (maduración).

Dicha secuencia avanza, para todos los vertebrados, en un proceso que sigue dos direcciones simultáneamente: céfalo-caudal (de la cabeza a la cola) y próximo distal (del eje corporal a las extremidades).

Así, las conductas motoras de prensión y marcha se irán adquiriendo durante el primer año de vida.

3 MESES

Sostén cefálico

Comienza por el sostén cefálico alrededor del segundo mes, aunque la lordosis cervical que permitirá superar la inclinación hacia delante se marcará recién en el tercer mes. El tronco mantiene la cifosis generalizada propia de la posición fetal y el nacimiento.



GUÍA DE **padres**

4 MESES

Comienzo de prensión

A los cuatro meses, la dirección céfalo-caudal se combina con la próximo-distal, dando lugar a la primera forma de la prensión voluntaria, que se produce en espejo, con los dos brazos convergiendo en el centro del eje corporal. A la vez, la parte superior del tronco se rectifica.



XIII
Guadalajara, Jalisco

**Congreso
Nacional de
Pediatria
CoNaPeMe**



**19 al 22
mayo
2011**

"Expo Guadalajara"
Exposiciones, Congresos y Convenciones

Confederación Nacional de Pediatría de México A.C.
Informes
www.conapeme.org



Posición en trípode

6 MESES

A los seis meses la rectificación alcanza la parte media del tronco. El bebé logra las primeras formas de la posición sentada, aunque con poca estabilidad. Lo que observamos se denomina posición en trípode.

7-8 MESES

Posición sentada definitiva

A los ocho meses el tronco, ya completamente recto, permite el logro de la posición sentada definitiva. Como se ve, el bebé puede mantener el equilibrio incluso si se inclina para tomar un objeto, logrando volver a la posición inicial.

La prensión también ha evolucionado: usa cada mano en forma independiente y el pulgar ha comenzado a intervenir en el grasp aunque sólo como tope.

En este mismo período, las piernas empiezan a tomar fuerza, en tanto el desarrollo ha alcanzado la cola y, siguiendo la dirección próximo-distal, se extiende por las extremidades inferiores. El bebé intenta la posición en cuadrupedia, aunque aún no la logra.



Gateo

9 MESES

A los nueve meses, algunos bebés comienzan a gatear, aunque la ausencia de esta conducta no es significativa en el desarrollo. Sin embargo, su presencia marca el umbral de la marcha independiente.

10 MESES

Posición en pie

A los diez meses aproximadamente, el bebé ya logra permanecer en pie sosteniendo el peso del cuerpo sobre las piernas. Sin embargo, la adquisición del equilibrio necesario para lograrlo sin apoyo no es inmediata. Requiere de cierto tiempo de práctica.



11 MESES

Marcha con apoyo / Pinza fina

Alrededor de los 11 meses se marca la lordosis lumbariv, lo cual permitirá superar la inclinación del tronco hacia delante y lograr el equilibrio de la posición en pie definitiva.

- Paralelamente, el desarrollo en dirección próximo-distal a nivel de los miembros superiores ha alcanzado la adquisición de la pinza fina usando el pulgar y el índice.
- Ya logra caminar, pero sólo si un apoyo externo ayuda a mantener el equilibrio.
- Todavía su medio más eficaz para la locomoción es el gateo, pero ya puede usar apoyos para adquirir por sí mismo la posición en pie.

Como se ve, mantiene la inclinación hacia delante. La base de sustentación es muy ancha, y el desarrollo próximo-distal de los miembros inferiores aún no ha alcanzado al pie, por lo que la articulación talón-punta no se verifica. El "andar de pato" (con toda la planta del pie contra el piso) es típico de este período.



12 - 13 MESES

Marcha independiente

A los 12 meses puede mantenerse en pie sin apoyo, y los primeros pasos independientes, aunque aún bruscos y rígidos, hacen su aparición.

El equilibrio general ha mejorado, pero aún es difícil. El horizonte se amplía, y el medio circundante es un potente estímulo que incentiva a la práctica de nuevas adquisiciones.

14 - 15 MESES

Afianzamiento

A los catorce o quince meses, la marcha se ha afianzado lo suficiente para que los trayectos sean más largos y las caídas bruscas menos frecuentes. Paulatinamente, la base de sustentación se va reduciendo hacia su dimensión definitiva. Los brazos se ubican a los costados del tronco y acompañan la marcha con un movimiento pendular.

Pronto va a alcanzarse la articulación talón-punta. Puede subir escaleras, aunque aún sin alternar los pies. Este logro deberá esperar hasta los dos años y medio, en tanto la alternancia para bajar recién será adquirida a los tres años y medio.



18 MESES

Carrera

A los dieciocho meses ya puede correr, lo que permite afirmar que la conducta de la marcha ha sido adquirida.

Conviene recordar que las edades de cada logro son relativamente variables, dependiendo del interjuego entre el bagaje genético del bebé y la estimulación que el ambiente ofrezca. La herencia biológica es una condición necesaria para la maduración, pero no suficiente; el medio puede acelerar o retrasar los procesos.



COLABORADORES

• Dr. Ricardo Enrique Ruiz Ramírez/ Presidente de La Confederación Nacional de Pediatría de México A. C. • Dr. Darinel Isaac Gómez Ozuna / Ex-presidente del Colegio de Pediatría Del Estado de México Capítulo Netzahualcoyotl / Coordinación Nacional Extensión a la Comunidad/Multimedia • Dr. Ernesto Jiménez Balderas / Presidente Del Colegio de Pediatría De Tabasco • Dr. Alfonso Rodríguez Jaramillo / Presidente del Colegio de Pediatría de Quintana Roo, Capítulo Chetumal. / Coordinación Nacional Extensión a la Comunidad/Multimedia • Dr. Ramiro Gerardo Villareal González / Colegio de Pediatría de Monclova, Coahuila. Dr. Enrique Mendoza López / Coordinador Nacional del IPC México. Colegio de Pediatría de Nuevo León • Dr. Antonio Arista Vivero / Ex. Director Servicio de Infectología Pediatría, Hospital General de México • Dr. Aurelio G. Martínez Lozano / Traumatólogo y Ortopedista Pediatra, Colegio de Pediatría de Monterrey • Dr. Horacio Reyes Vázquez / Presidente de Arolam (Asociación Pro Lactancia de México) • Dra. Graciela De La Rosa Del Valle / Vice-presidente de Arolam (Asociación Pro Lactancia de México).

¿LAS MASCOTAS ENFERMAN A MI HIJO?

Luis Felipe Montaña Estrada

Una de las preocupaciones que las mamás jóvenes tienen con los recién nacidos es si deben permitir que la mascota de la casa, ya sea el perro, el gato o ambos entren a la recámara del bebé. El temor suele ser que el contacto con los animales los puede volver alérgicos. Esta duda suele resolverse evitando que el animal esté en contacto con el pequeño.

Sin embargo, la evidencia sugiere que ésta preocupación en principio no es válida, y que dependiendo del tipo de mascota que se tenga en casa y, si los padres son o no alérgicos, su presencia puede llegar a ser benéfica para el niño/a. La pregunta que usted, amable lectora, ya se está haciendo es ¿Y cómo es esto posible?

La primera pregunta es ¿Qué significa para las mamás volverse alérgico? Antes que nada, tenemos que definir ¿Qué es una alergia? Alergia es una alteración de las reacciones de hipersensibilidad del tipo I que posee el sistema inmune para

eliminar sustancias que están en el medio ambiente y que se llaman "alergenos". Esta reacción se debe a la activación de células inmunes llamadas mastocitos y otras llamadas basófilos por anticuerpos del tipo E –la famosa IgE-. Las alergias más comunes son la fiebre del Heno, las alergias a los alimentos, los ataques de Asma, y el Eczema. Estas alergias se deben a que el organismo de un individuo susceptible a desarrollar cuadros alérgicos, entra en contacto con algún "alergeno".

La intensidad de la alergia puede ir de un simple cuadro de rinitis hasta un serio choque anafiláctico. Sin embargo, en lo que respecta a nuestro tema de hoy, diré que las mamás definen el volverse alérgico a la aparición, por primera vez, de una reacción de hipersensibilidad del tipo I contra algo que ellas desconocen y que por lo mismo, achacan a la mascota. En realidad no es que el niño se vuelva alérgico de la noche a la mañana, sino mas bien a que los anticuerpos IgE del niño reaccionan por primera vez contra un alergeno. Existen muchas maneras de favorecer el aumento en la concentración de IgE en la sangre pero ese tema lo abordare en otra ocasión.



Una forma de alergia no grave y bastante frecuente entre la población es el llamado "eczema atópico" que es una inflamación de la epidermis, que es la capa más externa de la piel. A esta inflamación se le conoce también como dermatitis atópica y en una forma un poco mas seria, se le llama dermatitis por contacto. El eczema atópico se caracteriza por un enrojecimiento de la piel, comezón, y resequedad de la piel. Por lo general se presenta en las zonas internas de flexión de las articulaciones: codos, rodillas, ingles y en las pompas.

Resulta que el eczema atópico es una condición cuya causa predisponente es hereditaria. No es raro que uno o varios miembros de la familia (papá, mamá, abuelos) tengan estas dermatitis o peor aun, sufran de ataques de asma recurrentes. La pregunta es ¿Qué les causa a estos familiares estas dermatitis o estos ataques? La respuesta más frecuente es que estas personas han crecido y se han desarrollado en ambientes extraordinariamente limpios y por ende han tenido muy poco contacto con proteínas bacterianas, proteínas presentes en los alimentos, parásitos y otros moduladores de la respuesta inmune tales como sustancias contaminantes.

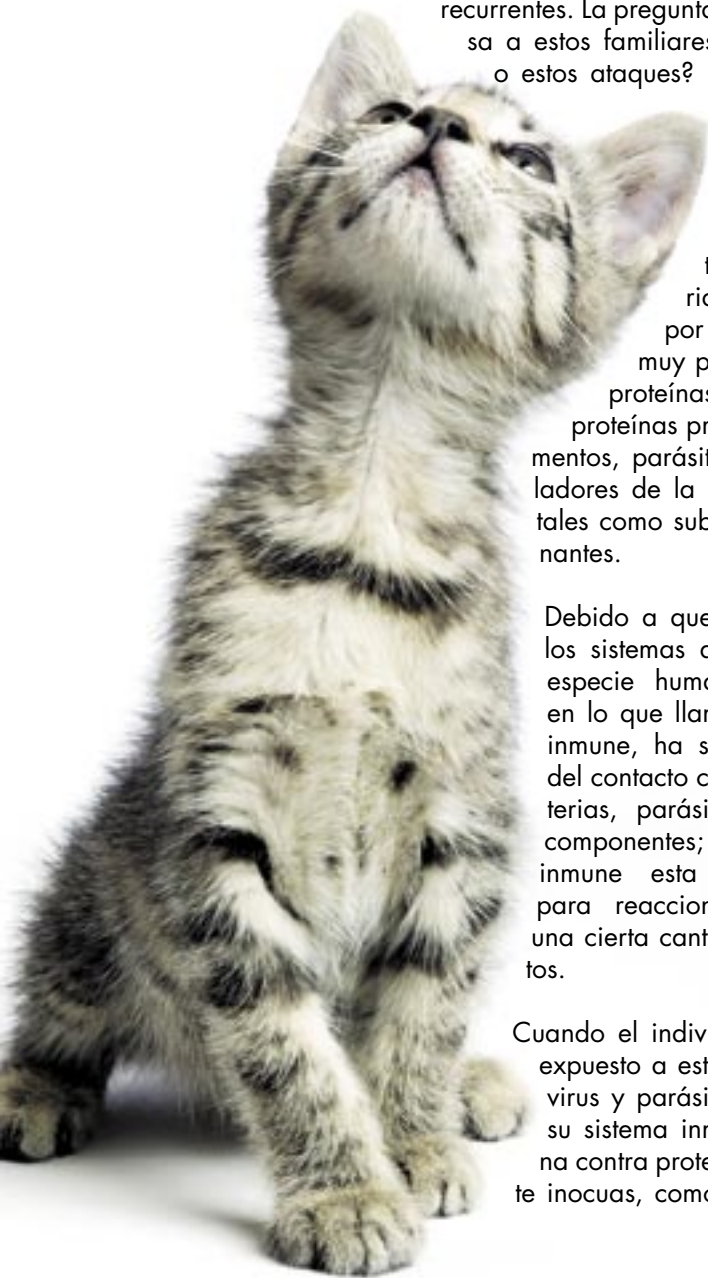
Debido a que la evolución de los sistemas de defensa de la especie humana, englobados en lo que llamamos el sistema inmune, ha sido dependiente del contacto con virus, bacterias, parásitos y otros componentes; el sistema inmune esta diseñado para reaccionar contra una cierta cantidad de estos.

Cuando el individuo no esta expuesto a estas bacterias, virus y parásitos, entonces su sistema inmune reacciona contra proteínas totalmente inocuas, como sería el



polen de las plantas, o contra bacterias no dañinas, como sería la flora intestinal normal, generando respuestas de hipersensibilidad tipo I. La evidencia científica corrobora estas observaciones ya que se sabe que la frecuencia de alergias es muchísimo menor en individuos de países pobres, en comparación con los individuos de países ricos, en los que por alguna razón que todavía no alcanzo a entender, existe una mayor obsesión por la limpieza.

Las mascotas suelen considerarse como animales expuestos a numerosas bacterias y parásitos ya sea porque, a pesar de todo, siguen siendo cazadores de animales silvestres: ratones, ratas,



pájaros, y por ende se les considera como una potencial fuente de infección. Rara es la casa en la que se les permite dormir en la recámara de algún miembro de la familia. Los padres suelen estar temerosos que al momento en que el niño acaricie al animal, o el animal lama al niño, se transmitan bacterias al niño. Como verán más adelante, ojalá y así fuese.

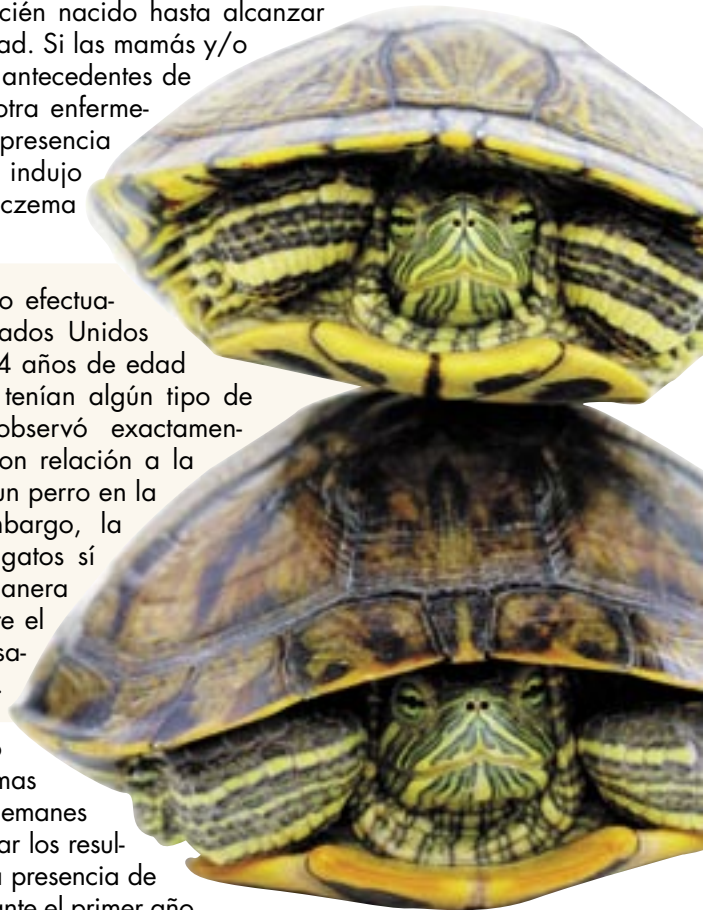
¿Y qué tiene que ver el perro de la casa con todas estas alergias? Muchísimo. Pues bien, resulta que se efectuó un estudio en Dinamarca buscando analizar el efecto de la exposición temprana a los animales y la carga genética, en el desarrollo de eczema en niños de 3 años de edad. Los resultados demostraron que el 43% de los niños cuyas mamás eran asmáticas o provenían de familias con antecedentes de asma desarrollaron eczema. El riesgo fue mayor si las mamás sufrían de eczema atópico o si el papá sufría de rinitis alérgica. Sin embargo lo más interesante fue observar que el riesgo de desarrollar eczema disminuyó de manera

muy considerable si hubo un perro en la casa durante el desarrollo del recién nacido hasta alcanzar los 3 años de edad. Si las mamás y/o papás no tenían antecedentes de asma o alguna otra enfermedad alérgica, la presencia de un perro NO indujo la aparición de eczema en los niños.

En otro estudio efectuado en los Estados Unidos con niños de 4 años de edad cuyos padres tenían algún tipo de alergia, se observó exactamente lo mismo con relación a la presencia de un perro en la casa. Sin embargo, la presencia de gatos sí aumentó de manera muy importante el riesgo de desarrollar eczema.

Un tercer estudio efectuado en más de 4000 niños alemanes volvió a corroborar los resultados, es decir, la presencia de una mascota durante el primer año de vida de un recién nacido disminuye de manera considerable la aparición de eczema en los niños, siempre y cuando ninguno de los padres fuera alérgico. En el estudio efectuado en Alemania se observó que la presencia de otro tipo de mascotas que no fueran gatos, es decir, cuyos o cobayos, hamsters o conejos, también tiene un efecto protector.

Sin embargo debe quedar muy claro que si alguno de los padres o los dos, son alérgicos o tienen episodios de asma o cursan con cuadros frecuentes de der-





matitis atópica, es muy probable que el recién nacido tenga una mayor predisposición a desarrollar eczema, con o sin mascota en la casa. Un estudio efectuado en Inglaterra concluyó que la presencia de perro en la casa Sí disminuyó el desarrollo de eczema en los niños con padres alérgicos, es decir Sí tuvo un efecto protector.

Y ¿Cuáles son las razones de que el contacto con el perro tenga un efecto protector?. Pues es muy sencillo. Como ya mencioné anteriormente, el sistema inmune está diseñado para discriminar entre proteínas dañinas y benignas. Si no existen en el medio ambiente de un recién nacido proteínas dañinas entonces el sistema inmune del niño empezará a definir como “dañino” a proteínas que no lo son. Este “accidente” en la discriminación de proteínas es la principal causante de las alergias. De hecho, la frecuencia de alergias ha aumentado en los recién nacidos por cesárea, y en los niños que ingieren muchos antibióticos. Además es evidente que en las familias con mascotas, existe una menor preocupación por posibles contaminaciones derivadas de los animales, y de hecho tienen una actitud más sana hacia lo que se puede definir como un lugar “limpio” en comparación con uno “estéril”. Esta obsesión, lo que yo llamo “hiper-limpieza”, desafortunadamente reforzada por la propaganda de productos de limpieza, desprograma el sistema inmune del recién naci-

do el cual en vez de reconocer como “extraño” a proteínas potencialmente malignas empieza a identificar a proteínas inocuas presentes en el ambiente, como “malignas”, generando así reacciones de defensa rápida, conocidas como alergias.

Además de lo anterior creo que sale sobrando mencionar el enorme valor afectivo que tienen las mascotas y su muy positiva influencia en el desarrollo emocional de los niños. Así que, mi querida lectora, si usted no padece de alergias permita que su recién nacido acaricie, bese y juegue con su perro. Y no se angustie, no lo va a hacer alérgico a nada, de hecho le va a hacer un bien.

Luis Felipe Montaña Estrada

Investigador, Médico Internista, Gastroenterólogo, Hepatólogo con Doctorado en Inmunología Básica quien actualmente está al frente del Laboratorio de Inmunología del Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la UNAM

E-mail: lfmontmx@yahoo.com





Broncoaspiración

Dr. Alejandro Vásquez Hernández

La **broncoaspiración** es la condición accidental en la que se produce aspiración de líquidos, alimentos u objetos al interior de las vías respiratorias que, en su condición de máxima complicación, es causa de muerte al impedir la entrada de aire a los pulmones de forma súbita (asfixia) en un tiempo aproximado de tres a cinco minutos.

Su causa se determina por condiciones que mantienen al afectado con incapacidad de reflejos respiratorios normales (ej. personas con alteraciones neurológicas –retraso mental–), alteraciones del estado de consciencia (ej. borrachos, drogadictos, intoxicados), incoordinación de los movimientos de la deglución (niños prematuros, bebés con vómito y posición acostado) o la aspiración de un cuerpo extraño por deglución (niños pequeños que todo lo exploran con la boca y pueden tragar diferentes objetos o semillas). En estas dos últimas condiciones haremos el comentario particular, para evitar la muerte o enfermedades secundarias en etapas muy tempranas de la vida.

De forma natural en los primeros días del nacimiento, no hay una maduración adecuada de los elementos anatómicos que mantienen cerrado al estómago en su parte superior y es un primer factor que puede favorecer la salida de leche hacia arriba, donde podrá tener oportunidad de invadir el sistema respiratorio.

Otro condicionante es el volumen o la capacidad de la cámara gástrica que, al tener una capacidad normal, tiene un funcionamiento adecuado; en cambio, cuando se favorece a tener una cantidad mayor de alimento (leche) en su interior, el volumen condiciona aumento de presión en sus paredes, que al generar movimientos de mezcla en el estómago, se predispone a enviar cantidades variables de leche hacia la parte superior.



La postura de los niños deberá ser, preferentemente, siempre con el nivel de la cabeza por arriba del nivel de su abdomen (sentado o casi sentado); con el propósito de hacer que la gravedad dificulte el movimiento del alimento hacia la parte superior al procurar mantenerlo en el interior del estómago.

Cuando se tiene posición horizontal o apenas una elevación mínima de su cabeza (almohadas de recién nacido), el flujo del alimento viaja fácil y rápido hacia las vías respiratorias y el accidente es inevitable. Se agrega también en nuestros tiempos como factor dañino el empleo de biberones ya que, por el agujero que disponen y el descuido frecuente durante la alimentación, el paso adicional de volúmenes variables de aire causan también aumento de volumen en la cámara gástrica.

Haciendo un resumen de la etapa temprana, los factores que predisponen a los niños a tener una broncoaspiración serán: edad menor de un mes de edad, alimentación muy frecuente de duración prolongada que brinde exceso de volumen, postura horizontal durante y posterior a la alimentación, descuidos durante la alimentación, y el empleo de biberón.



En los niños que pueden desplazarse o ya tomar objetos con su mano, los factores que influyen son la curiosidad natural de niño en su exploración y eventos relacionados (gritos, juguetes pequeños, semillas, brincos, descuido).

Las manifestaciones inmediatas a considerar como secundarias a este evento, son la aparición repentina, en primer lugar, de dificultad para respirar o accesos súbitos de tos intensa, con incapacidad para emitir el llanto o la voz de forma natural (puede haber voz ronca o de timbre diferente), ruido particular al intentar respirar como un silbido o chillido (estridor), cambio en el color de la piel (coloración oscura o morada) y finalmente pérdida del conocimiento y falta de movimientos respiratorios.





Al notar al niño con estas manifestaciones, se deberá proceder de inmediato a solicitar auxilio médico por otra persona y solo en atención a la brevedad del tiempo disponible para poder auxiliar a quien está próximo al niño. Se deberá vigilar si hay respiración espontánea (aunque difícil) conservada, para mantenerla con posición adecuada.

Ante la ausencia total de respiración se intentará liberar sus vías respiratorias, en primer lugar, colocándolo en una postura que permita expulsar lo acumulado en su garganta hacia el exterior, inclinándolo hacia delante y que su cabeza se encuentre en plano más bajo que su pecho (cuidando de tener recto y no doblado el cuello). Dar un golpe con la intensidad suficiente en su espalda (en el espacio entre sus omóplatos –conocidas como paletas-), para considerar el desalojo del material presente en las vías respiratorias y repetir, máximo en cinco ocasiones, hasta alcanzar a percibir algún sonido de entrada de aire.

A partir de ese momento, se podrá iniciar la respiración artificial soplando por su nariz y boca con la intensidad suficiente para notar que apenas se eleva su pecho al inflar los pulmones. Si se presentan accesos de tos, permitir que los realice y comprobar la entrada de aire entre cada uno de ellos. Si hay antecedente de cuerpo extraño, no tratar de introducir algún dedo para su extracción ya que eso puede causar sensación de vómito y en forma refleja, se inhibe la dinámica respiratoria que apenas se está recuperando. De preferencia se deberá de proceder en la atención bajo las mejores condiciones de un servicio de urgencias móvil o institucional, por personal capacitado para estas urgencias.

Ya con la atención médica correspondiente, el siguiente paso será verificar si hay consecuencias posteriores a su aspiración como la presencia de algún taponamiento en trayectos bronquiales inferiores, inflamación secundaria o posible daño neurológico por tiempo de asfixia establecido.

Lamentablemente se dan casos de broncoaspiración en diferentes escenarios y se pueden presentar también mientras el niño duerme. Lo más importante es evitarlos. Se promueve bajo esta condición que en las guarderías existan de verdad, como está reglamentado, enfermeras con especialidad en Pediatría para el cuidado y alimentación de los niños pequeños y no auxiliares de educación y que, además, no se promueva la alimentación con biberones. ¿Cuándo fue la última vez que usted vio un comercial en la televisión para promover biberones? ¿En qué año no ha sucedido, el fallecimiento de un niño bajo esta condición? Recuerde que su Médico tiene mayor información que puede consultar.



Para saber más:

www.nl.gob.mx/?P=salud_broncoaspiracion_asfixia
<http://es.mimi.hu/medicina/broncoaspiracion.html>
www.clico.com.ar/broncoaspiracin_436_9031_1.html

Dr. Alejandro Vásquez Hernández

Sabinos 410 Col. Reforma
 C. P. 68050 Oaxaca, Oax.
 Tel. (01-951) 5134873
 E-mail: alevas01@yahoo.com.mx

La cuenta de Febrero, Marzo y lo que viene...

Por: Héctor Ramírez Ruíz

¿Eres de las personas que antes de que llegue el dinero extra esperado, ya lo tienes destinado para realizar una serie de compras?

En diciembre llega dinero extra. El aguinaldo, bonos, la prima vacacional. Agrégale a esto el contar con crédito en tarjetas. Lo ideal sería que todos los meses fuesen diciembre. Pero también llegan una serie de estímulos, tanto externos como internos, que nos impulsan a consumir. Llegan entre otras, las invitaciones para intercambiar regalos con los miembros de la familia o amigos, grandes ofertas, tiempo para vacacionar, etcétera.

La famosa Ley Económica de la Demanda también dice presente: cuando existe una mayor cantidad de productos que se quieren adquirir, sus precios se incre-

mentan. Esto es lo que normalmente sucede en el último mes de año. Nos sentimos con mucho dinero y este dinero extra, generalmente lo destinamos a la compra de regalos, de ropa, a divertirnos. Cuántas veces no te ha sucedido que ya para Navidad, te has quedado sin ese ingreso adicional y frecuentemente terminas con deudas que tienes que pagar en los siguientes meses.

Termina el año, se termina la "borrachea financiera" del mes de diciembre, donde gastamos nuestro dinero ante la menor provocación y llegamos, al inicio del próximo año, con una "cruda financiera", por no hablar de las otras, donde no tenemos dinero, pero sí muchos gastos necesarios o deudas que tenemos que liquidar.

En diciembre nos olvidamos que en el siguiente mes también tenemos que comer, que pagar renta, colegiaturas, predial, agua y otros gastos que en muchas ocasiones son indispensables y que sabemos de su existencia con mucha anticipación.





A toda esta situación, coloquialmente se le conoce con la ya famosa frase "Cuesta de enero".

Sin embargo, cuántas veces no te has percatado que la tan famosa cuesta no termina el primer mes, sino por el contrario continúa en febrero, marzo, abril y un etcétera muy prolongado.

Comienza enero y se inicia una temporada difícil para nuestras finanzas, y luego viene febrero. En el mejor de los casos, recortamos gastos para hacer frente a nuestros compromisos financieros, pero en otras ocasiones tenemos que acudir a solicitar un préstamo, o tomar una medida extrema como lo es el acudir a una casa de empeño.

Si esto que estamos relatando ya te sucedió, entonces ¿Qué hacer para que no se vuelva a repetir la misma situación el próximo fin de año?

Como ya comentábamos, en diciembre y a pesar de las ofertas, normalmente los precios se incrementan, lo que provoca que el dinero que tenemos destinado a la adquisición de diferentes bienes y servicios, nos alcanzará para comprar un número menor de ellos, es decir, nuestro poder de compra se reduce.

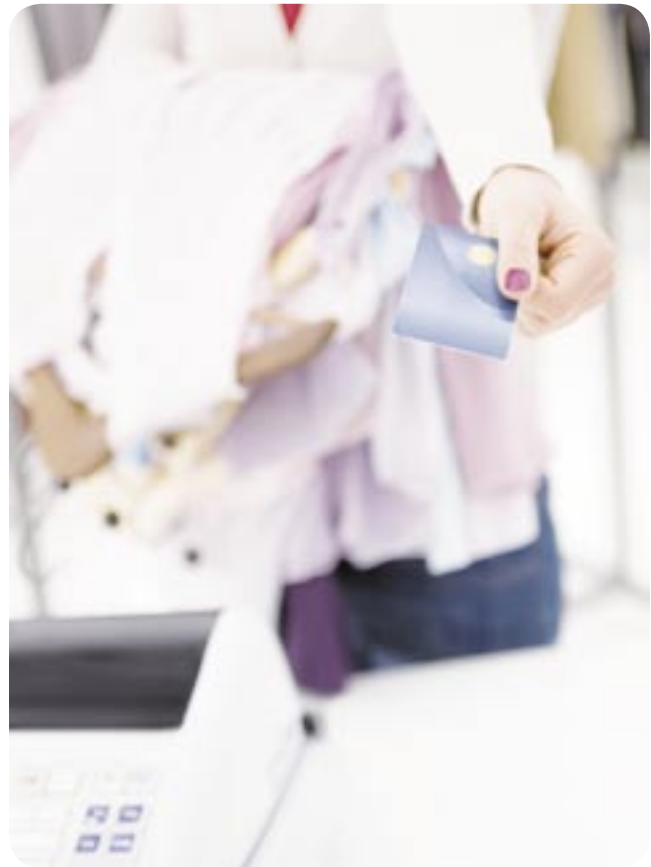
¿Por qué muchas de estas compras no pueden esperar hasta el mes de febrero?, donde efectivamente, se dan una serie de rebajas en los precios por efecto de la misma Ley de la Demanda que señalábamos.

En enero pocas personas aún conservan parte de ese dinero extra que recibieron, muchas otras, ya no lo tienen, por lo que disminuye la capacidad de compra y eso lleva a una menor cantidad demandada, lo que provoca que los precios bajen.

Adicionalmente a lo anterior, hay muchos productos que tienen rebajas en sus precios, por que se acaba la temporada en que son más consumidos o están de moda. Espera hasta ese momento y compra lo que realmente necesitas.



- Comienza bien el año elaborando un presupuesto de gastos, tomando como base tu ingreso. No se trata de no consumir, sino planear ese consumo, por lo que el presupuesto te ayudará a saber gastar bien.
- Te deseamos desde ahora un ¡feliz año!, que seguramente lograrás si haces una buena organización y planeación de tu gasto, con relación a tu ingreso.
- Haz la planeación desde ahora para todo 2011 y sobretodo, ten mucho cuidado en tus decisiones de compras futuras para que tu dinero no se esfume.
- No empeñes tus bienes, mejor pon empeño en analizar cada uno de tus gastos y hacerlos más productivos.
- No inicies el año acumulando más deudas, mejor trata de disminuir las que tengas. Esto también disminuirá tu estrés y te dará mayor tranquilidad.
- Especialistas financieros señalan que el monto que debes destinar para pagar tus deudas, no debe superar el 30% de tus ingresos netos.



- Llega con mayor fortaleza financiera para diciembre del presente año. Está solamente en tí, el poder lograrlo.



Lic. Héctor Ruíz Ramírez

Economista y Candidato a Doctor en Administración y Dirección de Empresas Facultad de Economía de la UAEM.

Cerro de Coatepec s/n, Toluca, Estado de México.
uaemherura@yahoo.com.mx
 Tel: (722) 214 9411 ext 209

Simposium Internacional DIANUI:



SALUD & MARKETING

*Nuevas estrategias
para nuevas necesidades*

23 y 24 de marzo, 2011
Hotel Royal Pedregal

Descubra cómo la nueva tendencia “**saludable**” está **impactando** los **resultados** de negocio de las **marcas** en México y el mundo

www.saludymarketing.com



uniendo esfuerzos
que nutren®

Organiza: Dianui, A.C.



Nestlé

TATE & LYLE

COMERCIO INTERNACIONAL DE ALIMENTOS

Splenda
SUCRALOSE



NEO

ÉNFAISIS
ALIMENTACION



ASPID

Asociación Mexicana de Publicidad
Asociación Mexicana de Publicidad

Vacunas de DPT Polio

Por Dr. Enrique Mendoza López



Las enfermedades que a continuación describo en breve semblanza, representan un importante problema de salud pública; sin embargo, en la última década, ha sido posible su control y erradicación en algunos casos, derivado del control estricto sobre la vacunación que vigilan los padres, aunado a las políticas públicas de vacunación.

Difteria - Tosferina - Tétanos - Polio



El Tétanos está mencionado como enfermedad desde la época de Hipócrates donde describe a un marinero que sufre una lesión al machacarse una mano en una embarcación y después sufre salida de pus por la herida; más tarde tiene movimientos anormales de la boca como si se estuviera riendo y contracciones de los músculos de la espalda (mal de arco).

Es una enfermedad infecciosa ocasionada por una bacteria llamada *Clostridium tetani*, en la cual un germen penetra por la piel y se aloja en los tejidos y, al multiplicarse, libera una toxina que ocasiona espasmos musculares que van progresando y mermando la salud del paciente hasta ocasionarle la muerte.

La Tosferina es una enfermedad causada por una bacteria llamada *Bordetella Pertusis*, un microorganismo en forma de bastón. En este padecimiento, el enfermo tiene tos persistente con la característica de que entre más pequeño el enfermo más severo es el cuadro clínico.

Se caracteriza por causar accesos de tos continuos y largos, ocasionando que el enfermo tenga dificultad para respirar, al grado de tener la piel de color morado. Tiene mucho riesgo de tener complicaciones mayores entre más pequeño es el enfermo; es una enfermedad que puede ser mortal.

Es una enfermedad que no ha desaparecido a pesar de los esfuerzos de inmunización. Su persistencia se debe a que la inmunidad o defensas se debilitan después de 10 años de haber completado el esquema contra este germen y que es la vacuna llamada DPT.



Esta vacuna ha tenido una evolución sorprendente. Al inicio y durante muchos años, podemos decir que más de 50, se ha administrado vacuna DPwT que es una vacuna de células totales, que significa que se preparaba con la bacteria completa llamada Bordetella Pertrusis.

Históricamente han pasado ciertos eventos curiosos, como que por miedo a los efectos secundarios de la vacuna, se dejó de administrar en varios países del mundo la vacuna DPT, eso ocurrió específicamente en Japón en los años ochenta, pero la respuesta de la naturaleza no se hizo esperar y hubo muchos enfermos con tosferina. También en otras partes del mundo se dejó de administrar la vacuna por los mismos motivos y la consecuencia fue que se incrementó la cantidad de casos de tosferina y de muertes de bebés por esta enfermedad.

Todo esto ocasionó una respuesta en investigación y se produjo una vacuna Acelular en la cual se utiliza una tecnología más elaborada, que consiste en preparar una vacuna que contiene una menor cantidad de antígenos; o sea, partículas de la bacteria Bordetella Pertrusis, pero conservando la misma potencia para provocar defensas en el niño, con menos efectos secundarios o adversos.

Realmente esta vacuna causa mucho menos reacción en el niño que la vacuna de células totales (DPwT). En México, el uso de la Vacuna DPaT (acelular) se inició hace aproximadamente 12 años. Al inicio sola, y actualmente está incluida en las vacunas combinadas, o sea que van todas en una misma jeringa.

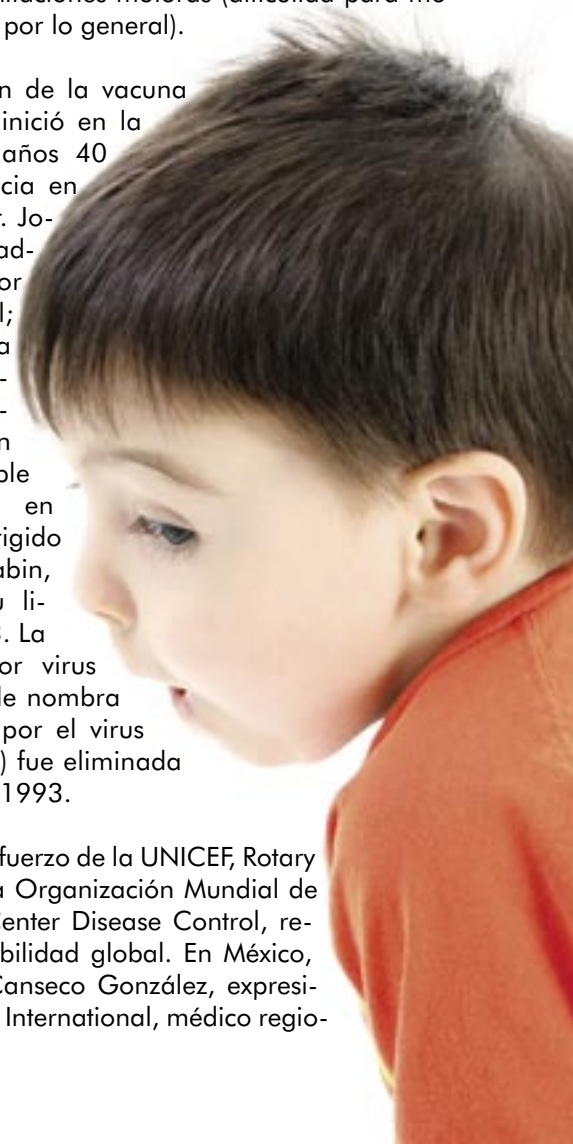
La Difteria es una enfermedad también contagiosa ocasionada por una bacteria, (*Corynebacterium Difteriae*) la cual ocasiona una infección en la garganta, pero que produce una toxina que daña el músculo del corazón. Actualmente podemos considerar que la Difteria está erradicada en nuestro país y muchos médicos no han visto nunca esta enfermedad durante su entrenamiento o en la práctica diaria.

También se han reportado efectos secundarios de la vacuna DPaT, como fiebre e irritabilidad. La primera de 38°C, rara vez fiebre alta, con inflamación local en el sitio de administración. Con efectos similares a los componentes de la misma vacuna cuando se administran en forma separada.

La Poliomiелitis es una enfermedad contagiosa también ocasionada por un virus (Polio virus) el cual penetra por el tubo digestivo ocasionando una enfermedad febril parálitica progresiva. Si el paciente sobrevive queda con muchas limitaciones motoras (dificultad para mover las piernas, por lo general).

La investigación de la vacuna de polio virus inició en la época de los años 40 y obtiene licencia en 1955 por el Dr. Jonas Salk. Se administraba por vía parenteral; se aplicó hasta los años sesenta en que se inició la aplicación de vacuna triple de polio oral en un esfuerzo dirigido por el Dr. Sabin, que obtuvo su licencia en 1963. La enfermedad por virus salvaje (así se le nombra a la infección por el virus de poliomiелitis) fue eliminada de América en 1993.

Gracias a un esfuerzo de la UNICEF, Rotary International, la Organización Mundial de la Salud y el Center Disease Control, redujeron la morbilidad global. En México, el Dr. Carlos Canseco González, expresidente de Rotary International, médico regio-





montano participó activamente en la implementación de la administración masiva y gratuita de esta vacuna. El último caso de polio por virus salvaje se reportó en 1979 en Estados Unidos.

Es importante que usted sepa, que se han reportado casos de polio parálitica asociada a vacuna de polio virus vivo atenuado, considerándose como "efectos adversos con POV", esto se debe a algo llamado mutación reversa y puede ocurrir en niños sanos, pero usualmente en pacientes con alguna enfermedad en la cual su inmunidad (SISTEMA DE DEFENSAS) está comprometida. Esto es extraordinariamente raro; pero, como ocurre esporádicamente, se consideró substituir la vacuna de virus de polio vivo atenuado por la de virus inactivado.

Por lo tanto, el uso de una vacuna de polio inactivada (virus muerto) la cual mejoró su inmunogenicidad (capacidad de desarrollar defensas en el niño), en 1987 era la vacuna más viable para continuar con la inmunización contra este virus.

Estas enfermedades han tenido una distribución mundial, y han sido azote de la humanidad; pero, desde que se inició la vacunación masiva y se han controlado, hemos visto disminuir el número de enfermos por poliomielitis en forma importante.

Esquema de Inmunización para DPT-Polio

El esquema de inmunizaciones en nuestro país, ha tenido algunos cambios en los últimos cinco años como nunca los tuvo antes. Cuando inició nuestro esquema nacional de vacunas hace más de 50 años teníamos una vacuna llamada DPT (llamada de células totales) y Poliomielitis Oral (virus de polio vivo atenuado), que daban únicamente protección contra cuatro gérmenes, tres bacterias y un virus. El esquema no cambió en décadas, hasta que a fines de los noventa se le agrega a la DPT la fracción de Hib, (*Haemophilus Influenza* tipo b), una bacteria muy agresiva que causa infección del oído, sinusitis, neumonía, meningitis (es común que se confunda su nomenclatura con el virus de la influenza).

En el cambio de siglo, específicamente en el año 2005, se inicia la aplicación de DPaT Acelular, (significa que su elaboración, aunque es más compleja, tiene menos componentes). Esta vacuna tiene una ventaja extraordinaria: que al aplicarla al niño ocasiona menos efectos secundarios, o sea menos fiebre e inflamación en el sitio de aplicación, conservando su poder de producir anticuerpos.

Se inicia también la administración en forma simultánea de la vacuna de polio inactivada (significa que el virus de la poliomielitis está muerto), lo cual reduce en forma muy importante la posibilidad de efectos secundarios por la inmunización con este virus de polio.



Vacuna	2 meses	4 meses	6 meses	18 meses	4 años
DPaT A	X	X	X	X	X
POLIO inactivada	X	X	X	X	X
Hib, Haemofilus influenza tipo b	X	X	X	X	
Hepatitis B	X	X	X		

Esquema de Vacunación de DPT-Polio, se incluyen los componentes de los que se acompañan en la actualidad como son Hib y Hepatitis B, ya que se administran en forma simultánea. Recientemente, un cambio importante consiste en el inicio de la inmunización con DPaT al mes y medio de edad, ya que se han presentado brotes de tosferina en adultos jóvenes que han contagiado a niños pequeños, los que no han recibido la vacuna y son susceptibles de presentar la enfermedad.

El esquema termina a los cuatro años de edad, con la secuencia arriba indicada, pero en caso de enfermedad y no existir continuidad, se debe completar el esquema, aunque no coincida cronológicamente con el esquema indicado. Las vacunas contenían una sustancia llamada Timerosal como conservador y llegó a investigarse la posibilidad de que se asociara a alguna enfermedad como autismo, pero todo esto ha quedado atrás y se debe considerar una vacuna segura.



Preguntas frecuentes

Me comentaron que si le aplico la vacuna DPT Polio a mi niño puede reaccionar con fiebre y puede convulsionar, ¿usted qué me dice?

Respuesta: La vacuna DPT que se administra recientemente se llama Acelular y la reacción es muy leve usualmente. Es raro que se acompañe de fiebre elevada, ni tampoco de convulsiones.

La vacuna se la aplicaron en el muslo, ¿es correcto esto?

Respuesta: Sí, antes del año de edad, por el volumen que tiene de masa muscular se debe aplicar en el muslo, no en la nalga. Hay riesgo de daño al nervio o los vasos sanguíneos al aplicarse en la nalga. Después del año de edad el sitio de aplicación es el hombro o la nalga.

Me dijeron que tengo que adelantar la administración de la vacuna de DPT al mes y medio, no a los dos meses. ¿Es cierto?

Respuesta: Hay un brote de tosferina desde hace algunos años y se manifiesta en adultos jóvenes, pero contagia a niños pequeños, quienes son los más débiles frente a esta enfermedad, por lo que se recomienda anticipar la primera dosis de DPT a las 6 semanas de edad, o sea al mes y medio. El resto de las vacunas debe aplicarse según el esquema normal.

En la clínica a la que asisto le aplican a veces una sola inyección con la vacuna DPT y en otras son varias inyecciones. ¿Es esto correcto?

Respuesta: Así es, porque la vacuna puede venir en lo que llamamos vacunas combinadas (Hexavalente o Pentavalente); y en ocasiones, vienen separadas. No hay ningún problema, sólo que son más dosis de aplicación a la vez.

¿Le puedo dar medicamento antes de que le apliquen la vacuna, para prevenir que le de fiebre a mi niño?

Respuesta: Lo recomendable es que no se le administre nada de medicina hasta que tenga fiebre, ya que, de lo contrario, puede reducir la respuesta del niño al elemento biológico de la vacuna.



Referencias bibliográficas

1. Wattigney W., et al. Surveillance for poliovirus vaccine adverse events. *Pediatrics* 10 (5):1-7, 5 may 2001.
2. Poland G.A., Jacobson R. M; Prevention of Hepatitis B with the Hepatitis B Vaccine. *N Engl J Med* 2004; 351: 2832-8.
3. <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/child-schedule.htm#parents>
4. Pichichero et al, J., *pediatra*, 151(1): 43-49, Jul 2007.
5. 2008, Childhood and Adolescent Immunization Schedule. <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/child-schedule.htm#printable>
6. Prymula R., et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open label, randomized controlled trials. *The Lancet* 374:1339-1350, oct 17, 2009.
7. Policy Statement—Recommended Childhood and Adolescent Immunization Schedules—United States, 2010. *PEDIATRICS*, Volume 125, Number 1, January 2010.

Dr. Enrique Mendoza López

www.conapeme.org

Coordinador Nacional
del Seminario Ciberpeda-CONAPEME

Av. La Clínica 2520-310, Col. Sertoma
Monterrey N. L. C. P. 64710

Tel: (81) 83482940, (81) 81146053
Dom: (81)83653314,
Cel 044 81 83 09 48 06



¿Qué tal durmió?

Por Gabrielle Lyon

El problema del sueño es un problema de salud pública. Así es, estudios epidemiológicos en todo el mundo incluido México indican que la tercera parte de la población padece algún trastorno del sueño, es decir, siempre hay alguien con insomnio, que ronca, o que se queda dormido en el día.

Aunque el problema de los trastornos del sueño es tan importante en todo el mundo, esto no es algo que se enseñe en las carreras de Medicina ni en las de especialidades, aún cuando pasamos la tercera parte de nuestra vida durmiendo.

En la actualidad se conocen cerca de 100 trastornos del sueño.

Afortunadamente existen tratamientos para solucionar este tipo de trastornos. Una de las etapas en las que se presenta con frecuencia alteraciones en los patrones de sueño es cuando las mujeres están embarazadas, es por ello que entrevistamos al Dr. Reyes Haro Valencia, Director de la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM con sede en el Hospital General de México, Vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Sueño quien nos habló sobre este tema.

Dr. Reyes Haro, muchas mamás durante el embarazo duermen mal, ¿A qué se debe?

Se debe obviamente a los cambios físicos y hormonales que experimentan las mujeres durante el embarazo pero también al aumento de peso necesario durante ese proceso que hace que muchas mamás ronquen y, al aumentar por ello el ronquido, éste produce pausas respiratorias y se incrementa el riesgo de preclampsia y eso se ha descrito en la literatura médica.

¿Así es que el sobrepeso tiene una relación con el sueño y el buen dormir?

Sí, el sobrepeso es uno de los principales factores de riesgo que generan el ronquido. Más tarde, a medida que el bebé va creciendo, el aumento del volumen abdominal hace que se interrumpa el sueño de la mamá al igual que los movimientos del bebé y esto contribuye también a que la mamá no duerma. En la medida que el embarazo progresa, el bebé se mueve más y esto incide en el buen dormir de la madre.





En el momento del nacimiento, los pequeñitos no tienen un patrón de sueño regular, duermen más o menos tres horas a lo largo del día y es lo que hacen durante los primeros días afectando también el sueño de la mamá. Aunado a esto, la dinámica familiar cambia, por las necesidades de alimentación e higiene del recién nacido, lo cual provoca que las mamás cambien su ritmo de vida y el sueño de ambos padres se fragmente trastornando los patrones de sueño de toda la familia.

¿Es o no conveniente que las personas se acostumbren a tomar medicamentos para dormir?

Los medicamentos para dormir tienen sus indicaciones tanto los inductores de sueño como los que permiten estar alerta durante el día entonces hay que escoger el momento adecuado para su ingesta y la persona que debe tomarlos. Por supuesto durante el embarazo no son indicados. Es importante señalar que el uso de los inductores del sueño, en la mayoría de los casos causan dependencia y tolerancia es decir, se requiere una dosis mayor para conseguir el efecto deseado independientemente del momento que se trate. Es por ello que puede utilizarse otro tipo de tratamientos.

Cabe señalar que no todos los casos de mal dormir reciben el mismo tratamiento, se pueden escoger otros sin efectos secundarios, lo mismo sucede con sustancias estimulantes. Afortunadamente se ha avanzado mucho en esta área. Existen algunos medicamentos que no crean dependencia. Por ejemplo, los papás de un recién nacido que durante el día están dormidos porque no han podido descansar durante la noche pueden usarlos, pero hay que estar atentos a las nuevas alternativas terapéuticas ya que cada persona es distinta. Y recordar siempre que tienen que ser prescritos por un especialista.

Existen medicamentos tanto para el insomnio como para la hipersomnía, (intensa somnolencia durante el día, que no es debida a un sueño insuficiente). Estas son problemáticas distintas y hay que ver las causas que los provocan, de esa manera determinar qué se le prescribe a cada paciente.

Un niño cuyos padres tienen problemas de sueño, ¿Puede heredar esta condición?

Sí, existe insomnio infantil y una causa muy frecuente de éste es la falta de imposición de límites. Conforme se desarrolla el niño va creando su propia expresión





de sueño. Un niño en promedio duerme 18 horas y éste sueño lo expresa en la noche; el sueño nocturno se consolida a partir del sexto mes más o menos, por eso los primeros 6 meses afecta el sueño de los padres, posteriormente ya no. Más tarde el pequeño empieza con siestas prolongadas y así vemos que el niño presenta un desarrollo adecuado del sueño, y luego las siestas y su duración disminuyen y en la edad preescolar queda una siesta que, en cuando entra a la primaria desaparece y se consolida el sueño nocturno. A esto le llamamos la autogenia del sueño, es decir: la expresión adecuada del sueño.

Si a un niño de cuatro años se le sigue dando alimentación nocturna podemos provocarle insomnio y si le permitimos dormir más tarde de lo que se debe, también alteraremos su patrón de sueño. El buen dormir para un niño es esencial pues la hormona del crecimiento se secreta durante el sueño y se ha visto también que un niño que no duerme bien, puede presentar problemas de sobrepeso, etc.

Hay otras cosas que pueden heredarse como lo es el ronquido. Si un papá es roncador, el bebé puede roncar. Hay otro trastorno que se llama narcolepsia, es decir, la persona se queda dormida a toda hora, independientemente del tiempo que haya dormido en la noche, y conforme aumentan las exigencias diurnas aumenta el sueño y puede presentarse durante la infancia también, sin embargo éste trastorno incide enormemente en la productividad y en la vida del adolescente y del adulto pues un pequeñito dormilón se ve tierno y no llama tanto la atención pero ya llegada la adoles-

cencia empiezan a tener problemas porque se quedan dormidos durante las clases y esto incide enormemente en su desarrollo académico. Afortunadamente existe un tratamiento específico para esto.

¿Existe una relación entre la depresión y sueño?

Sí, pero no necesariamente la depresión es la causa del problema del sueño. No importa si la queja es insomnio o hipersomnía, a veces cuando la persona no duerme o duerme demasiado, el Doctor inmediatamente dice que es depresión. Pueden ser personas que se despiertan constantemente durante la noche o que tienen movimientos involuntarios de las extremidades durante la noche y son los movimientos los que los despiertan, o que ronquen durante la noche o bien, personas que padecen de despertar prematuro y ya no pueden volverse a dormir y esto no necesariamente tiene que ver con que el paciente sufra de depresión.





¿Cuál es la causa de la hipersomnia?

En el caso de la hipersomnia, no es por falta de vitaminas o depresión, es más bien, un trastorno de sueño.

¿Si el bebé tiene problemas para dormir qué podemos hacer?

Podemos enseñarle a dormir así como le enseñamos a alimentarse y a caminar. Hay que enseñarle a dormir y la manera es enseñarle el patrón de desarrollo de sueño, a partir del sexto mes, hay que ubicar un sitio para que duerma que sea independiente y si se hace esto desde los primeros meses mejor. No hay que dormirlo en brazos porque se acostumbra.

Durante toda la vida despertamos varias veces, nuestro sueño es cíclico, por ejemplo en el adulto despertamos cada hora y media, en el niño estos ciclos se presentan aproximadamente cada hora, así el niño despierta y exige atención. Esto es normal, pero si lo acostumbramos a que él solito se vuelva a dormir es más fácil que vaya generando una buena higiene de sueño. Lo mismo sucede con las luces, el ruido y la alimentación nocturna, ésta se debe ir reduciendo y cuando cumpla el bebito un año de edad ya no deben interrumpir sus padres el sueño para ofrecerle alimentación, para que duerma bien. Y algo esencial es que no haya televisión ni nada que produzca ruido en su habitación.

¿Dr. Reyes Haro Valencia, podemos aprender a dormir a cualquier edad?

Sí claro, podemos aprender a dormir correctamente y de la mejor manera. Los dos primeros meses de vida son de sueño continuo. Por eso es bueno cuidar

las condiciones para que nuestros hijos aprendan a dormir bien. Y nosotros como adultos, también podemos acudir a una clínica para que nos enseñen a dormir como lo hacíamos antes de desarrollar el insomnio. Es decir desarrollar una adecuada higiene del sueño.

Por último me gustaría compartir con ustedes unos datos muy interesantes sobre el sueño:

- Dormir es una función básica de tu organismo como lo es la alimentación.
- Pasas la tercera parte de tu vida durmiendo.
- Soñar es indicador de bien dormir.
- En una noche típica de 8 horas, sueñas alrededor de 5 veces.
- Algunas hormonas, como la del crecimiento y la de la saciedad, se producen mientras duermes.
- La mayoría de las personas adultas duermen menos de 6 horas y no 8 como lo requiere su organismo.
- Además del descanso, el dormir es necesario para reforzar tu sistema inmunológico, para mejorar tu rendimiento físico y mental, así como para verte y sentirte bien cuando estés despierto.
- La tercera parte de la población mundial padece algún trastorno de sueño ¿Conoces a alguien que ronque o que se queje de insomnio?, entonces la cifra mencionada es real.



- Existen trastornos de sueño en los niños (muerte de cuna, ronquido, insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, orinarse en la cama, rechinar los dientes).
- Dormir menos de 6 horas diarias aumenta el riesgo de mortalidad. El insomnio severo (menos de 4 horas diarias) incrementa la mortalidad hasta en un 15%
- 10 millones de personas en México consumen medicamentos para dormir y siguen con queja de mal dormir.
- La mayoría de los medicamentos para dormir están mal indicados.
- La mayoría de los medicamentos para dormir producen dependencia y tolerancia.
- La mayoría de los medicamentos disminuyen la duración de las etapas de sueño importantes para la restauración física y mental.
- El consumo de hipnóticos es la causa mas frecuente de accidentes domésticos en el adulto mayor.
- Existen al menos 15 tipos diferentes de insomnio, cada uno de éstos requiere un tratamiento distinto.
- Dar vueltas en la cama durante la noche empeora el insomnio.
- Ver el reloj durante la noche empeora el insomnio.
- Los baños con hojas de "lechuga" no producen sueño.
- Dormir mas de 8 horas y seguir con sueño en el día es un trastorno de sueño conocido como hipersomnia o somnolencia diurna.
- El ronquido está presente en más de 20 millones de mexicanos.
- El ronquido es la causa más frecuente de somnolencia diurna.
- El ronquido te produce aumento de peso y a su vez el sobrepeso te hace roncar más.
- El ronquido produce pausas respiratorias llamadas apneas de sueño.
- El ronquido provoca disminución de las etapas de sueño importantes para la restauración física y mental.
- Roncar significa mal dormir y está relacionado con hipertensión arterial sistémica, enfermedad cardiaca y cerebro vascular.
- La apnea de sueño puede alterar tu corazón,
- La somnolencia diurna es la segunda causa de accidentes automovilísticos,
- Los accidentes automovilísticos son la cuarta causa de mortalidad en México.
- La somnolencia diurna excesiva está relacionada con el 36% de los accidentes automovilísticos fatales en el mundo.

Si quieres saber más sobre el tema, consulta al **Dr. Reyes Haro Valencia** y su equipo de especialistas en la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM.

www.sociedaddesueno.com.mx

Telefonos: 5623 26 90
5536 37 02



Clínica de Trastornos del Sueño
Facultad de Medicina UNAM



Piojos

Por Dr. Alejandro Vásquez Hernández

La existencia de piojos en un niño o en una comunidad escolar es motivo de inquietud ante la consideración que está relacionada con deficiencia en el aseo o que es una enfermedad exclusiva de la clase social baja, y no es así.

Es una enfermedad altamente contagiosa producida por pequeños insectos que viven y se desarrollan en el pelo humano. De sus características, se señalan que son de color gris, negro o cafés, con dificultad para visualizarse a simple vista por su tamaño en sus diferentes etapas de desarrollo, que van desde 0.6 mm en etapa de huevo (liendre) hasta 2.5 mm en etapa adulta.

Para sobrevivir los piojos necesitan, en todas sus formas de evolución, de la sangre humana; y es suficiente la deficiencia en la ingesta de sangre por un periodo mayor de 24 hrs para causar su muerte. Los piojos en la cabeza pueden sobrevivir hasta por 30 días y su fase de huevo (liendre) podrá liberar al sexto día a un piojo pequeño, llamado ninfa, como máximo en las siguientes dos semanas. La hembra deposita el huevo en la raíz del cabello, que se conoce por su coloración blanquecina y su forma oval, y a diferencia de la caspa, que se cae como partículas o escamas blancas, la liendre se mantiene firmemente adherida a la base del cabello, más frecuente en la parte posterior de la oreja o cerca del cuello.



Son insectos que no pueden brincar, pero están dotados de sistemas de pinzas que los hacen fijarse de forma firme al cabello; y sus extremidades les permiten caminar con rapidez entre los diferentes cabellos, lo cual dificulta su captura. Respiran a través de unas aberturas localizadas a los lados de su cuerpo.



Existen tratamientos que incluyen medidas preventivas, procedimientos específicos locales sin productos químicos, locales con sustancias químicas, sistémicos (mediante la ingesta de alguna pastilla).

Entre las medidas preventivas se deberá revisar el cabello de sus niños en forma frecuente buscando piojos o liendres. No compartir peines, cepillo de cabello, toallas, ropa de cama, sombreros ni ropa. Disponer de áreas separadas para guardar la ropa y otras cosas personales de cada persona. Evitar compartir ropa, disfraces y cascos. Usar gorras de plástico desechables cuando los cascos tienen que ser usados por diferentes niños.

La forma de contagiarse de esta enfermedad es muy simple, ya que se pueden pegar cuando uno entra en contacto cercano con una persona que tenga piojos o toca su ropa o tendido de cama. Estos piojos son más comunes en condiciones de vida de hacinamiento y encierro, y se diseminan rápidamente entre los niños en edad escolar. Se puede propagar también por el empleo de sombreros, gorras o ropa usada por personas que padezcan esta alteración, y por compartir cepillos de cabello o peines. No hay evidencia que los animales domésticos sean portadores de los piojos.

La principal manifestación de esta enfermedad es la comezón constante del cuero cabelludo, de forma intensa, recurrente, y en diferentes partes de la cabeza. Al revisar el cuero cabelludo, se podrán encontrar algunas pápulas, con enrojecimiento como respuesta al rascado, con desprendimiento de las capas superficiales de la piel como lesión secundaria. El otro hallazgo es la identificación de las liendres en la base de los cabellos, que está adherida de forma firme, y finalmente; si el individuo siente y el observador identifica algún insecto moverse entre los cabellos o la ropa, se confirma la presencia de los piojos.

En cuanto a su tratamiento, se deberá actuar lo más rápido posible, tratando de identificar si en ese lugar se encuentra el objeto o persona que haya transmitido la enfermedad para evitar que se disemine a más individuos.



Entre las maniobras curativas locales sin aplicación de sustancias químicas, la más importante para asegurar el éxito es peinar en forma diaria, completa y cuidadosa todo el pelo por lo menos por un periodo de veintiún días. Con un peine efectivo para piojos que deberá tener una distancia corta entre sus dientes, realizar el peinado con guantes desechables (de preferencia); colocando una toalla clara entre el cabello del sujeto y sus hombros, bajo una iluminación adecuada, se procederá a ir revisando tramos de cabello separados con pinzas en dirección de arriba hacia abajo del cuero cabelludo; y en especial, para extraer las liendres se deberá rociar aceite de oliva en el cabello, o pasar el peine de metal a través de cera de abejas, lo cual facilita el trabajo de eliminación de los huevos. Se inicia desde el cuero cabelludo, desplazando el peine hasta el final de cada mechón de pelo, repitiendo el proceso al comprobar si aún quedan liendres pegadas en el pelo. Después de cada peinada, se introduce el peine en agua caliente y se seca con una toalla de papel, continuando el peinado hasta terminar con todas las secciones. Lavar las prendas empleadas durante este procedimiento y de preferencia enjuagar en agua hirviendo, recordando que es importante lavarse las manos de forma adecuada.



Otra alternativa en forma local libre de químicos es la aplicación de sustancias inertes que mantienen lentos a los piojos inactivos en su interior, o al afectar su sistema respiratorio bloqueando los conductos de su respiración con sustancias viscosas como el empleo de aceite de oliva o, en condiciones extremas, vaselina, que se aplican en una capa gruesa al pelo, dejando en seguida una gorra de plástico desechable por lo menos por treinta minutos, y en seguida se procede al peinado como antes se ha referido.

El empleo de sustancias químicas y medicamentos tomados para este propósito deberán ser indicados por el médico, de acuerdo con las condiciones de la enfermedad y del paciente.



Ante un niño con piojos, la mejor conducta es tomar la iniciativa de inmediato. Notificar al encargado del grupo escolar para evitar que se extienda, revisando en ese momento al resto de los demás alumnos y familiares para establecer el manejo. Realizar medidas preventivas con aspirado de prendas donde puedan quedarse algunos vivos o sus huevecillos, de preferencia cuidando que no lleguen a tener contacto con humanos en los siguientes 21 días, guardándolos en recipientes herméticos, además de la orientación con su Médico.

Dr. Alejandro Vásquez Hernández

Sabinos 410 Col. Reforma
C.P. 68050 Oaxaca, Oax.
Tél. (01-951) 5134873
E-mail: alevas01@yahoo.com

Fuentes:

- ❖ Daniel Pilger, Jorg Heukelbach, Adak Khakban, Fabiola Araujo Oliveira, Gernot Fengler & Hermann Feldmeier. *Tratamiento de la pediculosis capitis en una comunidad pobre mediante la administración de ivermectina a todos los miembros del domicilio: ensayo clínico aleatorizado y enmascarado para el observador.*
- ❖ OMS > Programas y proyectos > Boletín de la Organización Mundial de la Salud > Recopilación de artículos > Volumen 88, febrero 2010, 81-160.
- ❖ Dodds CS. *Intervenciones para el tratamiento de la pediculosis.* En: La Biblioteca Cochrane plus 2008, número 3, Oxford.
- ❖ De Hoyos López MC, Pascual Pérez JM. Escabiosis y pediculosis. *Pediatría Integral* 2008; XII(4) 365-374.

Generalidades de la Pérdida Reproductiva como preámbulo a una Causa Genética

Biól. Ricardo Meléndez Hernández

Perder a un bebé antes de que nazca puede ser muy doloroso; y en algunas parejas que están esperando un hijo, el miedo a tener un aborto natural puede llegar a terminar la emoción y la alegría del embarazo. Lamentablemente, los abortos espontáneos son bastante frecuentes. Como promedio, uno de cada seis embarazos acaba en aborto, la mayoría durante el primer trimestre. Sin embargo, la naturaleza es sabia y sabe que permite el nacimiento de un individuo con alteraciones genéticas, aunadas a una expresión fenotípica adversa o desfavorable, ofrece una desventaja selectiva sobre otros que aparentemente son más aptos para sobrevivir. Esto con el tiempo conlleva a que la especie humana, durante su evolución, tenga cada vez menos posibilidades de existir lo cual puede parecer inevitable.

En la mayoría de los casos, el aborto no se puede prevenir porque es el resultado de una mutación genética, cromosómica, una combinación con factores ambientales o bien, de un problema en el feto que ocurre durante la concepción o en las primeras fases del desarrollo fetal. Dicho esto, ciertos factores — como la edad, fumar, beber alcohol y los antecedentes de aborto espontáneo — aumentan las probabilidades de que una mujer tenga un aborto.

Un aborto espontáneo es la pérdida del producto de la concepción por causas naturales antes de la semana 20 del embarazo. Dicho con otras palabras, el aborto natural es la muerte espontánea del embrión, durante o al final del proceso de la organogénesis. Esto puede ocurrir incluso antes de que una mujer sepa que está embarazada, aunque es reconocido muchas veces como un embarazo subclínico.

La causa más frecuente de interrupción involuntaria del embarazo son las anomalías cromosómicas aleatorias que tienen lugar durante la gametogénesis del individuo, generando gametos con ausencia de algún cromosoma de cualquier par. Para que se produzca la fecundación, los cromosomas del óvulo y del espermatozoide han de reunirse y combinarse a fin de formar



23 pares (46 cromosomas en total). A veces el apareamiento no se produce correctamente lo que impide que el feto se desarrolle con normalidad.

Alrededor del 10 al 20 por ciento de los embarazos detectados terminan en un aborto espontáneo y más del 80 por ciento de estas pérdidas suceden antes de las 12 semanas. Esto no incluye situaciones en las que se pierde un óvulo fertilizado antes de que el embarazo se implante en la cavidad





Figura 1. Imagen ultrasonográfica de un embarazo anembrionario. Note las dimensiones del saco gestacional y la ausencia del embrión.

uterina. Los estudios han demostrado que entre el 30 y el 50 por ciento de los óvulos fertilizados se pierden antes o durante el proceso de implantación a menudo tan temprano, que una mujer tiene su periodo más o menos en la fecha esperada. Del 50 al 70 por ciento de los abortos espontáneos, que tienen lugar durante el primer trimestre, son el resultado de anomalías cromosómicas en el óvulo fecundado. La mayoría de las veces, esto significa que el óvulo o el espermatozoides tienen un número equivocado de cromosomas y como resultado, el embrión no se puede desarrollar correctamente. A veces un aborto es consecuencia de problemas que ocurren durante el delicado proceso del desarrollo temprano. Esto incluye un óvulo que no se implanta adecuadamente en el útero o un embrión que tiene defectos estructurales que le impiden desarrollarse.

Los abortos suelen ocurrir durante los tres primeros meses de embarazo, antes de la duodécima semana de gestación. Un número reducido de pérdidas naturales —menos del 1%— son fetos muertos o mortinatos al ocurrir después de la vigésima semana de la gestación. Muchas mujeres nunca llegan a saber que han tenido un aborto y lo interpretan como una menstruación especialmente copiosa y retrasada. Algunas mujeres tienen espasmos abdominales, pequeñas pérdidas de sangre, sangrados importantes, dolor abdominal y/o pélvico,



debilidad o dolor de espalda o incluso calambres. Las pequeñas pérdidas de sangre no siempre son un signo de aborto; muchas mujeres las tienen al principio del embarazo. Pero por si acaso, si tiene sangrado o cualquiera de los demás síntomas de aborto en cualquier momento del embarazo, hable con su Médico. Si una mujer embarazada tiene pérdidas de sangre, poco dolor o ninguno en absoluto, el cuello del útero cerrado y sigue teniendo un feto con latido cardíaco en el útero, lo más probable es que haya tenido una amenaza de aborto. La mayoría de embarazos con sangrado precoz pero latido cardíaco fetal detectable acaban bien.



Cuando el óvulo fecundado presenta problemas diferentes a los cromosómicos, hay posibilidades de que se produzca un embarazo llamado anembriónico (Figura 1). En este caso, el óvulo fecundado se implanta en el útero, la placenta y el saco gestacional comienzan a formarse, pero el embrión interrumpe muy temprano su desarrollo o no se forma en absoluto. Como la placenta empieza a secretar hormonas la prueba de embarazo da positiva; sin embargo, un ultrasonido mostrará que el saco gestacional está vacío.

En otros casos, el embrión se desarrolla, pero solamente durante un tiempo muy breve debido a que presenta anomalías que hacen imposible su supervivencia y el desarrollo se interrumpe antes de que el corazón empiece a latir. No obstante, una vez que el corazón del bebé comienza su función — lo cual por lo general se puede apreciar mediante un ultrasonido alrededor de las seis semanas — las probabilidades de que la madre tenga un aborto espontáneo bajan significativamente. Este aborto que ocurre tan temprano en el embarazo, en donde no se formaron los tejidos fetales, tiene otra connotación de carácter genético, como la llamada impronta genómica.

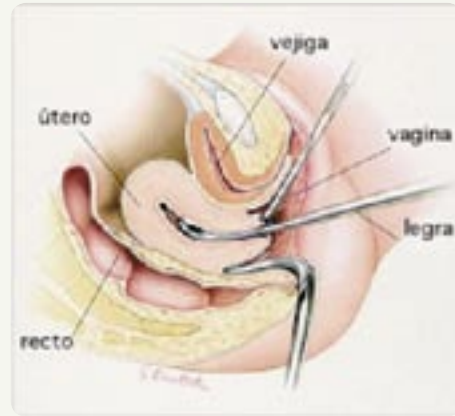


Figura 2. Visualización de las estructuras femeninas en vísperas de un legrado.

Puede ser un aborto espontáneo inevitable al producirse sangrado vaginal junto con espasmos abdominales y dilatación del cuello uterino. Un aborto incompleto se produce cuando la muerte del feto es patente, pero el cuerpo materno aún no ha expulsado completamente todos los productos del embarazo, por lo que hay que realizar un legrado (Figura 2). Asimismo, se llama aborto o huevo muerto retenido cuando sobreviene la muerte fetal pero el cuerpo materno mantiene el feto in útero, la placenta y los demás productos del embarazo durante varios días o incluso semanas.

Esto puede ocurrir cuando la mujer no presenta ni períodos menstruales ni signos de embarazo. Por otro lado, un aborto recurrente es cuando una mujer que tiene episodios de tres o más abortos espontáneos consecutivos, pero sin concebir aún un hijo vivo sano.





Un mortinato, que muchos expertos definen como la muerte de un feto después de la vigésima semana del embarazo, puede ocurrir antes o durante el parto. Es muy poco frecuente y ocurre en menos del 1% de los nacimientos, también se denomina muerte fetal intrauterina o muerte antenatal. Aunque se conocen algunos factores de riesgo para tener un mortinato (como ser fumadora, la hipertensión arterial y la diabetes), no hay forma de predecir cuándo puede acontecerle a una mujer y se desconoce la causa de muchas de estas muertes fetales. El primer signo y el más frecuente de mortinatalidad es la disminución de los movimientos del bebé, principalmente en el último trimestre de la gestación. Otros posibles signos incluyen los espasmos persistentes o dolores punzantes en la pelvis, la espalda y/o el vientre. Si experimenta cualquiera de estos síntomas, llame a su Médico inmediatamente.

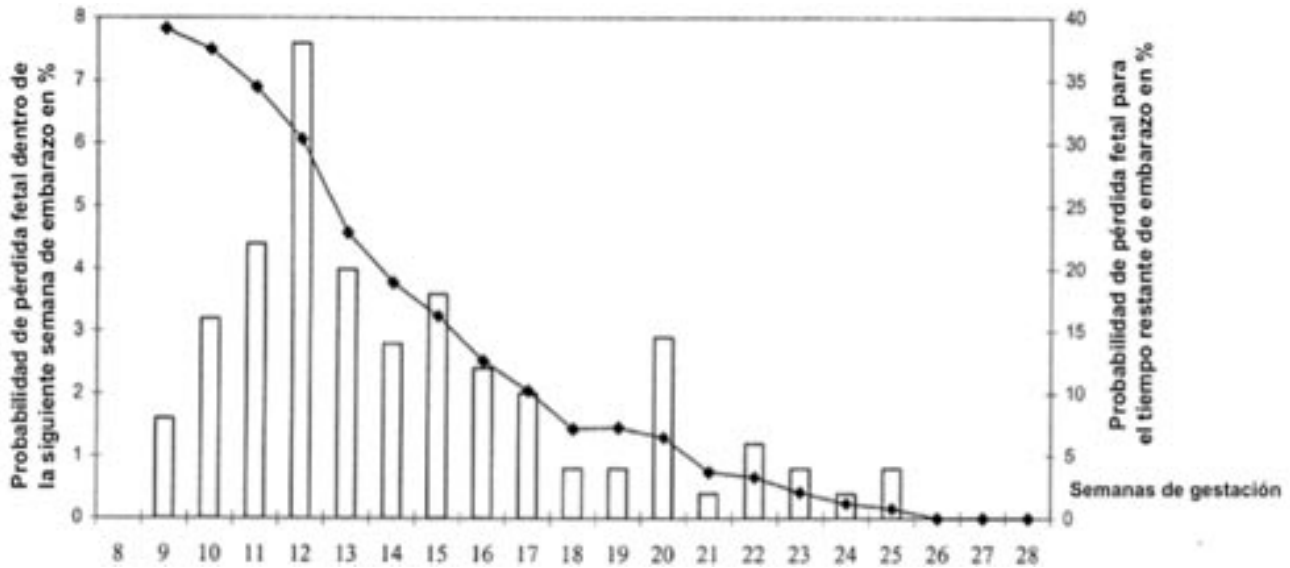
Es posible que el Médico le haga una ecografía para detectar el latido cardíaco del feto o le practiquen una monitorización fetal de alta resolución. Por tal motivo, acuda a su clínica periódicamente. Asimismo, usted puede hacer multitud de labores para aumentar las probabilidades de que, tanto usted como el bebé que está esperando, estén sanos durante todo el embarazo.

El tiempo en el cual se produjo la pérdida del embarazo es clínicamente relevante. La información de ciertos estudios iniciales menciona que tradicionalmente no se tomaron en cuenta hasta las doce semanas de la gestación. Una vez que el ultrasonido estuvo disponible en todo el mundo, se demostró que la muerte fetal en realidad ocurría semanas antes de que los signos clínicos estuvieran de manifiesto. Esta conclusión fue hecha con base en estudios serios,

los cuales mostraron que sólo un 3% de los embarazos viables se pierden después de las 8 semanas de gestación.

Dada la aceptación de que la pérdida del embarazo tiene una tasa del 10 al 12%, la viabilidad del feto debe cesar semanas antes de que los síntomas maternos aparezcan; así, la mayoría de los fetos reconocidos clínicamente que se abortan en la semana 9 a la 12 mueren previamente. Por supuesto que esa gran mayoría es retenida in útero por un breve intervalo antes de que el reconocimiento clínico se haga patente. La mayoría de las pérdidas después de las 8 semanas ocurren en los siguientes dos meses. Esto puede deducirse por la tasa de pérdidas, la cual solo el 1% de las mujeres confirmadas por ultrasonido tenían embarazos viables a las 16 semanas (Gráfica 1). La probabilidad de una subsecuente pérdida fetal después de confirmar su viabilidad a ciertas edades gestacionales hace que la tasa decline considerablemente.





Gráfica 1. Tasa descendente el cual muestra la probabilidad de pérdida del embarazo a ciertas semanas de la gestación.

Finalmente, sabemos que la edad materna es un factor trascendental en la pérdida del embarazo; por ejemplo, una mujer de 40 años de edad tiene dos veces el riesgo que una mujer de 20 años. Priori a un historial ginecológico importante, las mujeres que nunca han concebido, y tenido la experiencia de un aborto, la tasa es aún baja: cerca del 5% para las primigestas y 4% para las multíparas.

Por décadas este estigma reproductivo se manejó como "aborto habitual" y llegó a considerarse, en mujeres que tuvieran un nuevo embarazo, una probabilidad de pérdida del 80 al 90%.

No obstante, estudios como los de Warburton y colaboradores (1964) establecieron que esto último fue muy sobrestimado y recalcularon el riesgo a 25-30% de pérdida del embarazo independientemente si la mujer había experimentado uno, dos, tres o incluso cuatro abortos.



Es obvio decir que los riesgos de recurrencia son ligeramente superiores para mujeres de edad avanzada, para quienes son fumadoras, bebedoras de alcohol y para aquellas que están expuestas a fármacos médicos, drogas y químicos laborales.

Aunado a esto, también se establece un riesgo mayor en mujeres, cuyo aborto previo fue citogenéticamente anormal que aquél que no lo fue. Sin embargo, y tomando en cuenta todo lo anterior, la tasa de éxito de un embarazo es cercano al 70%, a pesar de tener 2 o 3 pérdidas previas.

En conclusión, los regímenes terapéuticos deben, por lo tanto, mostrar una tasa de éxito del embarazo mayor al 70%, ajustado para mujeres de edad materna avanzada, origen étnico, exposición a químicos y otros indicadores que ayuden al tratamiento de la pareja embarazada.

ks in man: Data from reproductive histories collected in a medical genetic unit. *Am J Hum Genet* 16:1.

Para mayor información comunicarse con:

Biól. Ricardo Meléndez Hernández

Coordinador del Laboratorio de Genética, Hospital Ángeles de las Lomas
Vial. Barranca S/N PB Col. Valle de las Palmas
CP. 52763 Huixquilucan, Edo. de México.
Miembro y Secretario del Consejo Mexicano de Genética (2008-2011).

Tels. Laboratorio (55) 5246 5000
ext. 3026 o 3027
Fax. (55) 5246 9610

Referencias

1. Hoesli IM, Walter-Göbel I, Tercanli S and Holzgreve W (2001). Spontaneous fetal loss rates in a non-selected population. *Am J Med Genet* 100(2): 106-109.
2. Simpson, J and Carson, S. *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10319
3. Warburton D and Fraser FC (1964). Warburton D, Fraser FC: Spontaneous abortion ris-



Los olores de la orina



Por: Dra. Leticia Belmont Martínez

¿A qué huele la orina?, ¿Qué olores son los normales en la orina?, ¿Qué enfermedades pueden modificar el olor de la orina? ¿Son hereditarias estas enfermedades que alteran el olor de la orina? Pues bien tal vez usted, estimado lector, tenga éstas y otras preguntas acerca de los olores de la orina, hablando de los diferentes recursos clínicos que existen para hacer diagnósticos. Permítame mencionarle, de una forma muy enfática, que la orina tiene una importancia muy relevante.

La orina desde tiempos ancestrales ha sido motivo de análisis y estudios que ayudan a identificar padecimientos, alteraciones, enfermedades; por ejemplo en otros tiempos antes de que estuviera al alcance toda la tecnología actual, la orina con olor, incluso sabor dulce, era un dato muy claro para sospechar diabetes. Este dato sigue siendo útil y da pauta a la realización de exámenes específicos para confirmar el diagnóstico.

El cuerpo humano es una “máquina perfecta” y la orina puede orientarnos a identificar alteraciones de la alimentación, alteraciones del hígado, infecciones y algunas enfermedades hereditarias que afectan al metabolismo en distintos niveles.

La orina es un líquido amarillo claro, de olor característico, que en algunos textos se nombra como “sui generis”, esto quiere decir “característico”, de tal manera que la orina, debe oler a orina. Éste líquido que se elimina de los riñones es algo más que un fluido corporal, puede ser una alerta diagnóstica.

Hay algunas enfermedades que se heredan y afectan a diversas vías del metabolismo que pueden acompañarse con alteraciones en olor de la orina y que son de suma importancia, ya que son



enfermedades que se pueden diagnosticar a través del tamiz neonatal (prueba que se realiza con una punción en el talón de los recién nacidos y se colecta en papel filtro para ser analizado). Algunos ejemplos representativos de éstas alteraciones son: La "fenilcetonuria" que tiene un olor a moho o a ratón mojado y es una enfermedad que puede provocar retraso mental. La "enfermedad de orina con olor a jarabe de maple", es una enfermedad que, como su nombre lo dice, la orina tiene un olor a jarabe de arce, miel maple o, de otra forma expresado, es un olor a hot cakes con miel. Este aroma está muy ligado al retraso mental.

Otras enfermedades son la "acidemia metilglutárica" y la "acidemia isovalérica", que presentan la orina con olor a pies sudados, aunque usted no lo crea. Hay otra enfermedad que es rara por "deficiencia de carboxilasas" y que tiene una orina con un olor similar a la de gato. La alteración de "malabsorción de metionina" se acompaña de una orina con olor a calabaza cocida, la "Tirosinemia" olor a mantequilla rancia, la "cistinuria" a azufre y la "trimetilaminuria" a pescado.

Estos son solo algunos ejemplos de la gran cantidad de información que nos da el olor de la orina. Por eso es muy importante que al cambiar el pañal se observe con detenimiento el color y el olor ya que, en un cambio de pañal podemos encontrar valiosa información. Observe a su bebé, vigile su crecimiento y su desarrollo y no se quede con las dudas, pregunte todo a su Médico de confianza. Puede escribirnos, le atenderemos con gusto.



Una madre bien informada es una ayuda para su hijo. Todos los días aprendemos algo, así que hoy siguen las lecciones. Una forma de demostrar cariño y amor a los hijos es acudiendo a sus revisiones médicas y cuidando su propia salud.

leticia.beltmont@gmail.com



Guarderías



Por: Dr. Alejandro Vásquez Hernández

De forma ideal la atención del niño en sus primeros años de vida, debe darse dentro del ambiente familiar para favorecer a su desarrollo biológico, social y emocional de forma adecuada; pero dadas las necesidades económicas, es muy común en nuestra sociedad actual, la incorporación de la mujer a la vida laboral, coincidiendo con su edad reproductiva ideal, por lo que se nota limitado su desempeño en la atención correspondiente a sus hijos en sus primeros años de vida y por ende, se justifica su envío a centros de atención infantil como son las guarderías, que se entienden surgen como una necesidad de asistencia social. Como puntos a su favor, éstas cumplen la labor de socializar al niño, fomentar su desarrollo emocional, y permitir a la madre trabajadora tener la tranquilidad de dejarlo en un lugar donde se le brindarán las necesidades físicas en forma oportuna.

Desafortunadamente las condiciones físicas, humanas y funcionales de cada una de ellas, deja mucho qué desear de acuerdo a los objetivos que idealmente deben de cumplir; y es lamentable la lista de hechos desagradables que aparecen en las noticias vinculadas a sus actividades en nuestra población durante los últimos años.



Dentro de estas situaciones desagradables que no aparecen publicadas y solo son comentarios entre padres de familia, parientes o pláticas en la consulta, se describen condiciones compatibles con maltrato, mala atención, adquisición de enfermedades, descuidos, traumatismos, accidentes, interrupción de la lactancia y alteraciones de la alimentación y en el peor de las informaciones que trascienden en forma pública por medios masivos de comunicación se relacionan defunciones.

El comentario actual no será para señalar errores; tiene en cambio, la intención de tomar conciencia del papel que cada uno de nosotros puede llevar a cabo, para mejorar una situación que es factible de ser cambiada con actitud positiva basada en la reflexión de los hechos.

A la revisión de la Norma Oficial Para el Funcionamiento de las Guarderías se hace notorio señalar que existe deficiencia en el señalamiento de funciones específicas del personal y no está definida la necesidad de un Médico con funciones más concretas para poder brindar atenciones adecuadas a cada uno de los niños que ahí asisten. Sólo tienen Médicos asignados por nómina las guarderías dependientes de instituciones de salud; pero al revisar las actividades que deben desempeñar en su horario de labores no tienen definición.

Algunas funciones que debería realizar el Médico serían realizar la valoración previa de cada niño que ingresa a la guardería para efectuar solo estudios selectivos



justificados y no lo tradicional, que se piden a todos los niños los mismos estudios y su valoración no es de trascendencia, y a partir de la historia clínica formulada dar inicio al expediente clínico de cada niño. Todos los días debería de cuestionar a las encargadas de atención infantil si hay casos de duda en salud para proceder a su revisión temprana y notificación a familiares que podrán tomar iniciativa de una segunda opinión. Tener asesoría por especialistas en Epidemiología para evitar enfermedades transmisibles, y aplicar medidas higiénicas de prevención para llevarlas a cabo con los niños y el personal restante. Ser capacitado para poder dar atención de urgencia a un paciente que llegara a tener algún tipo de accidente y contar con lo indispensable en el consultorio para su atención y a su vez, él mismo capacitar de forma continua a las dietistas y personal que se encarga de cuidar a los niños para mejorar su calidad de atención.

Nuestra realidad refleja guarderías sin Médicos, sin oportunidad de ofrecer una atención profesional aceptable y en las de régimen institucional, solo registran su entrada y no están o cuando existen, tienen un desempeño muy pasivo.



El personal que está a cargo de los niños, debería de tener una distribución adecuada de niños y la capacidad suficiente para poder atenderlos. En especial deben estar enfermeras pediatras atendiendo a niños menores de dos años. Es lamentable ver que en atención a los niños hay personal que ni siquiera es auxiliar de educación y la experiencia previa laboral es sólo de asistente doméstica y con esto hay deficiencia de cuidados mínimos.

Los supervisores de guarderías y directores deberán tomar con responsabilidad sus funciones y no permitir que falte alguno de los requisitos establecidos en la Norma Oficial además de realizar evaluaciones periódicas para comprobar el funcionamiento o mejoras emprendidas con anterioridad. La Norma está publicada por el Diario Oficial de la Federación y solo es cuestión de comprobar su aplicación.

Los mismos padres de familia al momento de seleccionar la guardería no se deberían dejar llevar sólo por la condición de tenerla más próxima, su exigencia para hacer cumplir con las normas puede dar la oportunidad de organizarse como grupo humano y solicitar a los encargados o autoridades de la guardería las mejoras, el desempeño adecuado y como opción particular, escoger otra guardería de mejores condiciones.

Las autoridades municipales, o gubernamentales deberían verificar, desde el momento de la solicitud para abrir una guardería, el conceder el desempeño de guarderías a personas con la capacitación adecuada y también con las características físicas del edificio convenientes, que deberán tener accesos y espacios ya definidos y no adaptados. Los grupos de Protección Civil,



con asesoría adicional de bomberos, electricistas, etc., realizar revisiones rigurosas e insistentes hasta completar su normativa.

Existen muchos detalles más que pueden señalarse para ser modificados. El Decreto publicado el 10 de mayo de 2007 en el que se establece el sistema de guarderías, permite definir sus objetivos de forma clara, y además da oportunidad a la participación de otros sectores para dar un mejor funcionamiento, y sólo queda a los organismos legales dotar a cada estado las funciones que mejor apliquen a fin de dar una mejor funcionalidad.

En cada estado existe un Colegio de Pediatras que puede aportar asesoría y capacitación a las guarderías para cuidar mejor de la salud y bienestar de los niños. No es de imaginar la situación hipotética que algunos niños en una guardería se enfermen de varicela, se contagien muchos, se compliquen pocos y algunos fallezcan ya que entonces nos daríamos cuenta que las responsabilidades las compartimos todos, pero más quienes tienen puestos y funciones más significativas. Queda de tarea a las autoridades que forman la comisión tomar acciones preventivas, antes que tengamos alguna desgracia que lamentar en nuestro medio.

Referencias:

NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

NOM-167-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores

Dr. Alejandro Vásquez Hernández

Sabinos 410 Col. Reforma
cp 68050 Oaxaca, Oax.
Tel. (01-951) 5134873

E-mail: alevas01@yahoo.com.mx

SALUD
y cuidados del
bebé

**Revista oficial
de la**



**Sómos la única con
más de 17 mil
Médicos Pediatras Certificados
Afiliados a la Confederación
Nacional de Pediatría de México
(CoNaPeMe).**

**¡Suscríbete
hoy mismo!**
12 revistas a precio de 10
\$300

**Con Contenidos
aprobados por
Especialistas**

INSTRUCCIONES

- 1) Elija su forma de pago (cheque o giro postal).
- 2) Anote su datos en el cupón.
- 3) Recorte y envíe este cupón por Fax.
- 4) Llame a Editorial Revistas Profesionales al teléfono (01 55) 5353 7559.
- 5) Número de cuenta: Editorial Revistas Profesionales S.A. de C.V. Banco IXE S.A.
- Cuenta corriente: 1163391-3
- Cuenta electrónica: 032180000116339139

Suscripción anual a la revista **bebé** en su edición regular de 12 ejemplares por sólo \$300.00 M.N. (más gastos de envío).

Deseo recibir 12 ejemplares de la revista _____ por \$300.00 M.N.

- Cheque Certificado Cheque Bancario Giro Postal
 Mi Nombre Empresa R.F.C.

NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
CALLE		NÚMERO	COLONIA O FRACCIONAMIENTO
CIUDAD O POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	ESTADO
AÑO DE NACIMIENTO		PROFESIÓN	TÉLFONO/FAX
E-MAIL		PÁGINA WEB	

No envíe giros telegráficos

porque nos impiden identificar y aplicar correctamente su orden de pago.

No mande dinero en efectivo

La ley lo prohíbe (art. 444 fracc. I y II de la ley de vías de comunicación en vigor)

GARANTÍA

Si usted ordena una suscripción por 12 meses a cualquiera de las revistas en su edición regular, pagará sólo \$300.00. Se cubrirá del riesgo de un incremento en el precio de la revista y será de los primeros en conocer su contenido editorial.

• Usted empezará a recibir su ejemplar mensual de suscripción dentro de 30 ó 45 días.

Depresión Posparto

Dra. Ma. Asunción Lara

Aún se habla poco en México sobre la depresión posparto en comparación con otros países. Es una condición que no se valora de manera rutinaria como parte de la atención perinatal, tampoco se alerta a la futura madre de la posibilidad de que aparezca y son pocos los profesionales de la salud que se preocupan por ella.

Hace cerca de quince años comencé a estudiar la depresión en las mujeres debido a que la investigación mostraba que, dos veces más mujeres que hombres la padecían y que muy pocas recibían la ayuda especializada que requerían. Muchas ni siquiera se percataban que el malestar que sentían, era depresión. Más tarde, comencé a interesarme por la depresión posparto ya que en México no se estaba haciendo prácticamente nada al respecto.

A partir de entonces me comenzaron a llegar correos electrónicos de mujeres que buscaban ayuda para un problema que describían más o menos en los siguientes términos: *Estimada doctora, hace seis meses tuve un lindo bebé, pero algo me pasa que no puedo sentirme bien. Me dio mucho gusto descubrir mi embarazo, el cual transcurrió sin mayores complicaciones y tuve un parto, un poco prolongado, pero todo salió bien. Desde los primeros días empecé a sentirme terriblemente angustiada y a dudar de que pudiera ser una buena mamá; lloraba por todo y no podía dormir, aunque alguien me ayudara a cuidar a mi bebé. No podía decirle a nadie cómo me estaba sintiendo ya que todos esperaban que estuviera muy feliz. Le comenté a mi hermana y me dijo que ya se me pasaría y, cuando mi marido comenzó a darse cuenta de que algo me pasaba, me dijo que le echara ganas. Todo ello me llenó aún más de culpa y tristeza. No sé qué hacer. Han pasado más de siete meses y creo que cada vez estoy peor. Todo me cuesta mucho trabajo, no me puedo concentrar en nada y no me siento yo misma. Espero me pueda ayudar.*

Esta mujer, a quien llamaré Lola, estaba pasando por una depresión posparto. Cuando fue a ver a su Ginecólogo para revisión, él le preguntó cómo se sentía; y Lola le dijo que no del todo bien, pero temerosa de que la juzgara mal, minimizó el problema; el Médico no preguntó más.

Tristeza posnatal

La depresión posparto no debe confundirse con la tristeza posparto (postpartum blues), la cual es una condición que le ocurre a casi la mitad de las mujeres después del alumbramiento y se considera una reacción normal ante los cambios cotidianos y emocionales que ocurren con la llegada de un bebé.

Generalmente se presenta después del parto y es común que desaparezca a los pocos días o a las 2 o 3 semanas. Durante esta etapa la mujer puede experimentar, entre otros sentimientos: tristeza, desánimo, llanto fácil, dificultad para dormir, irritabilidad y ansiedad, mismos que no son severos y no necesitan de tratamiento ya que desaparecen



espontáneamente. Aunque esta condición no requiere de ayuda profesional, es importante señalar que sí puede requerir de acciones de autoayuda y de apoyo de las personas cercanas para su manejo adecuado.

Depresión posparto

Por su parte, la depresión posparto (DPP) se caracteriza por síntomas más severos y de mayor duración. Afecta entre 10% y 20% de las madres durante los seis meses posteriores a que den a luz. La DPP es una condición que no difiere esencialmente de la depresión que puede ocurrir en otro momento de la vida, aunque con frecuencia se presenta con más síntomas de ansiedad y explosiones de llanto. Las mujeres que la padecen no pueden disfrutar de su maternidad y, por lo general, experimentan enorme conflicto y sentimientos de culpa al no estar respondiendo como se espera en nuestra sociedad de una "buena madre". Lo

más grave de que se presente en este momento, es que la madre tiene sobre sí la pesada carga de un recién nacido.

Los primeros meses posnatales, son de por sí difíciles para la madre debido a que duerme poco y está fatigada, ya que tiene que responder a las necesidades del bebé. En este periodo, tendrá poco tiempo para ella y para las demás tareas como madre, esposa y, a veces, trabajadora; lo que la harán sentirse cansada, con poca energía, con dificultad para concentrarse y pocas ganas de hacer otras cosas; estos son síntomas parecidos a los de la depresión. Esos sentimientos y malestares nos confunden con los de la depresión ya que este último es permanente y no le permite a la madre, ni por momentos, disfrutar del nuevo hijo o hija o distraerse con cosas agradables además, de que la desconexión emocional de lo que está sucediendo, la culpa, ansiedad e ideas de muerte, no dejan duda de que se trata de una cuestión seria.

Por qué se presenta la depresión posnatal

Numerosos estudios han confirmado que la DPP es más frecuente en quienes han padecido depresión en el pasado, ya sea antes de embarazarse o durante el mismo; o durante un embarazo o posparto previos. Sin embargo, en algunos casos, la depresión aparece por primera vez después del alumbramiento. También se considera que la elevada ansiedad durante el embarazo y una historia de trastorno de ansiedad son sucesos que predicen su aparición.

Un segundo factor es la carencia de apoyo. Se sabe que las madres que no cuentan con apoyo en las tareas cotidianas, en el cuidado del bebé y que no tienen una relación íntima estable y afectuosa, están en un alto riesgo de padecer depresión posnatal. El apoyo, llamado apoyo social, es importante a lo largo de la vida, sobre todo cuando nos enfrentamos a situaciones difíciles, pero en el periodo perinatal es de mayor relevancia. La nueva madre necesita ser protegida de tal manera, que sus necesidades vitales sean cubiertas para que pueda retraerse de las exigencias de la vida cotidiana y dedicarse a las demandas de la maternidad. Así mismo, necesita sentirse acompañada, valorada, apreciada e instruída en diversos grados dependiendo sus requerimientos. En nuestra sociedad las principales fuentes de apoyo son la pareja, la propia madre y otras mujeres, ya sean familiares, amigas o cuidadoras.



El tercer factor que puede detonar una DPP es que la pareja esté ausente, también una mala relación o la falta de apoyo de la misma. A partir del embarazo el padre del bebé ocupa, para bien o para mal, un lugar preponderante y es, con frecuencia, el recurso más cercano de apoyo; en algunas ocasiones, el único. Por último, la ocurrencia de sucesos adversos, tales como la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo o un revés económico, el padecimiento de una enfermedad grave, ya sea de la misma madre o de un familiar cercano, también pueden desencadenar una DPP.



Psicosis posparto

En algunos casos de depresión posparto pueden ocurrir síntomas psicóticos. Sin embargo, esto no es muy frecuente, presentándose en menos de uno de cada mil partos. Su incidencia parece ser mayor en mujeres primíparas, en quienes tienen una historia previa de un trastorno del estado de ánimo; así como en mujeres con antecedentes de depresión posnatal. Las ideas delirantes que a veces se presentan, es común que se refieran al recién nacido; tales como que éste tenga poderes especiales o esté condenado a un destino fatal. También suelen aparecer pensamientos obsesivos de agresión hacia el infante, falta de concentración, agitación psicomotora y, en algunos casos, alucinaciones específicas. Este trastorno es muy grave, por lo que requiere de la combinación de tratamiento psicoterapéutico y medicamentos antipsicóticos y, a menudo, es necesaria la hospitalización. Los casos que hemos escuchado de suicidio de la madre e infanticidio por parte de ésta,

se relacionan en gran medida, con una psicosis posnatal. La reacción más común de la sociedad es de reprobación de la conducta de la mujer y la ausencia de comentarios compasivos que aludan a la posible enfermedad y sufrimiento de ésta.

Consecuencias de la depresión en el posparto

La DPP tiene consecuencias en la madre quién no sólo padece los síntomas, sino que además se siente culpable y con la sensación de que está fallando en su función materna; su energía para responder a las necesidades de su bebé se ve disminuida y los síntomas de ansiedad que la acompañan pueden interferir con su habilidad para cuidar de ella y del bebé. La madre deprimida no favorece la adecuada estimulación del infante y por ello, éste puede presentar dificultades en su aprendizaje, así como trastornos conductuales en la niñez y dificultades para establecer vínculos emocionales a largo plazo. Los efectos dependerán de cuánto tiempo dure la madre en este estado y de la severidad de los síntomas. Por estas razones es indispensable que la madre reciba tratamiento lo antes posible.



Qué hacer

El problema más grande que tiene la mujer que sufre de DPP para recibir atención, es la falta de información sobre el problema; lo cual ha impedido erradicar el estigma asociado al mismo y facilitar que la madre solicite ayuda. En la mayoría de los casos, las mujeres que la padecen ocultan su situación ya sea por culpa, vergüenza o ignorancia y cuando se atreven a decirlo, se enfrentan a la incomprensión de los demás ya sea la pareja, familiares o profesionales. En la época actual el internet ha venido a ser para algunas, una fuente importante de información y apoyo, que finalmente las ha llevado a buscar ayuda profesional.



Además de información veraz, la madre que padece de DPP requiere de una red de apoyo en su entorno social que le permita relegar algunas de sus funciones maternas y domésticas y que le proporcione comprensión y afecto. Pero a menudo, un entorno amable y comprensivo no son suficientes y la madre con este padecimiento requiere de un tratamiento formal, ya sea psicológico, farmacológico o de ambos. La psicoterapia es considerada por algunas madres como la primera elección de tratamiento, ya que muestran resquemor de tomar medicamentos en este periodo; no obstante, estos son considerados como una elección necesaria en muchos casos. La investigación coincide en que la depresión no tratada es un riesgo mayor sobre el neonato que el que significa tomar antidepresivos, aún cuando se tenga que suspender la lactancia. En caso de necesitar tratamiento, hay que tomar en cuenta que Médicos y Psicoterapeutas conozcan lo suficiente sobre este trastorno.

Una de las mejores soluciones es tratar de prevenirla. En este sentido, un grupo de investigadoras del Instituto Nacional de Psiquiatría hemos desarrollado un programa grupal de ayuda durante el embarazo, que se recomienda a las mujeres que muestran síntomas de depresión en este periodo, para evitar que presenten depresión posparto. Para esto, escribimos un libro que contiene lecturas y ejercicios que las mujeres pueden hacer por sí mismas. Pero de esto hablaremos en otra ocasión. Por lo pronto, recomendamos este libro y otro sobre depresión en la mujer, así como un programa de ayuda para depresión para mujeres en línea.

Lo importante es que cada día se conozca más en México sobre la depresión perinatal, esto es, la que se presenta en el embarazo y el posparto, con el fin de que las mujeres que la padecen estén más alerta; que deben buscar tratamiento, que los profesionales se preparen para atenderla y que se investigue más para conocer sobre el problema en sí y sus particularidades en nuestro país.

Lecturas recomendadas

- Lara MA & García HT. (2009b). Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. Editorial Pax, México.
- Lara MA, Acevedo M, Luna S, Weckmann C, Villarreal AL & Pego C. (1997). ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México: Editorial Pax.

Programa de ayuda para depresión:

www.ayudaparadepresion.org.mx

Más información:

<http://depresionemujeres.blogspot.com/>

Dra. Ma. Asunción Lara

Psicóloga, Doctora en Ciencias de la Salud

Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México-Xochimilco 101
San Lorenzo Huipulco, Tlalpan
México, D. F. 14370

Teléfono: 4160 5199
laracan@imp.edu.mx
asuncionlara@yahoo.com.mx

Déjalos Hablar

Por: Dra. Leticia Belmont Martínez.



Muchas veces los padres no permiten que sus hijos se expresen de forma espontánea y con libertad. Sucede que la madre o el padre desean intervenir de forma exagerada en las opiniones de sus hijos. Algunas veces incluso en la consulta del Pediatra, el Médico pregunta ¿Dónde te duele? y el niño es interrumpido por la madre siendo ella la que indica el lugar; el paciente puede intentar diciendo – ahí no me duele, es acá- y la madre llega a insistir o más bien, a imponer su opinión. Ella es la que tiene la razón de “dónde le duele” aunque ella no sea el paciente.

En ocasiones tan sencillas como la anterior, vamos condicionando a que el niño no tenga una opinión, que su propia verdad no valga y solo sea válido lo que digan su mamá y su papá.

Hay niños y jóvenes que cuando se les hace una pregunta, lo primero que hacen es voltear a ver a su madre o a su padre para que ellos respondan o para que ellos aprueben su respuesta, ya que de alguna forma los han condicionado a que no expresen sus propias opiniones. Y ante éste sutil ejemplo se va forjando una persona que no está segura de sí misma o que no tiene derecho de emitir sus opiniones con libertad y se vuelven temerosos de expresar cualquier idea; les da miedo hablar delante de sus padres. Es entonces cuando vemos a niños y jóve-



nes que, en presencia de sus padres, no son los mismos que cuando están sin ellos. El ambiente puede estar relajado o tenso de acuerdo a la presencia dominante; es espectacular el efecto que provocan en los hijos.

Los padres son quienes, con una mirada o una actitud, deciden si su hijo se ríe, saluda, se sienta, tiene hambre, sed, etc. A veces estos hijos ni siquiera son libres de vivir sus necesidades primarias con libertad porque están condicionadas por la aprobación de madre o padre; lo único que esto provoca es una terrible inseguridad, una enorme baja de autoestima y una laceración de la individualidad de sus hijos.

Nadie tiene derecho a despersonalizar a ningún ser humano, aunque sean sus hijos. La imagen de terror y de miedo ya ha pasado a la historia; ahora existen muchas alteraciones emocionales que también afectan los lazos familiares y que afectan la dinámica familiar, la comunicación, la armonía y la convivencia, porque, el hecho de que estén los padres con los hijos juntos en una misma mesa o en un mismo lugar; en el mismo espacio, no significa que se esté viviendo el concepto de familia.



Muchas veces vemos esta reunión de personas pero no hablan o hablan poco, se dan órdenes, indicaciones, mas no se comunican; no hay convivencia, se pierde la confianza y la paz. Los hijos ni disfrutan los alimentos porque a veces no les dieron opción de escoger cuando es válida una negociación de fin de semana.

Hay que dejar hablar a los hijos y darles la confianza de expresar sus sentimientos, sus emociones, sus opiniones. Un buen hijo no es aquel que piensa exactamente como su madre o su padre. Las diferencias de opinión son parte de la madurez y darles la confianza de decirlo sin restricciones, es un regalo para ellos.

La confianza que se le da a los hijos es un regalo y un compromiso. Si se les brinda un ambiente de libertad y se les hace partícipe de momentos de opinión, serán individuos con mayor capacidad de decisión, seguros



de sí mismos, con menor tolerancia a la frustración para así moldear su personalidad y su carácter; al mismo tiempo se conoce mejor a los hijos.

Reír, hablar, conversar, convivir no solo son verbos o acciones, son oportunidades de alimentar los afectos de la familia y de regalar el amor a los hijos sin límites ni reservas. Dales seguridad, no temor, dales confianza y disfruten cada momento con la familia.

Dra. Leticia Belmont Martínez
leticia.belmont@gmail.com



¿Colesterol alto después del embarazo?



Todo en
colesterol
www.todoencolesterol.org

Para controlar el colesterol es necesario, además de una dieta, un programa regular de ejercicio aeróbico.

La práctica regular de ejercicios aeróbicos, tales como caminar rápido, trotar, la natación, la bicicleta y los deportes de raqueta, constituyen la mejor manera de disminuir los triglicéridos y aumentar, a su vez, los HDL.

Una mejora sustancial en los niveles requiere de al menos un año de ejercicio regular. Los expertos recomiendan que se empiece con paseos diarios de 30 minutos. Lo ideal a continuación es caminar unos 10 kilómetros a la semana.

Por supuesto que antes de iniciar un programa de ejercicios se debe de consultar al Médico, ya que los pacientes con alto colesterol suelen tener también problemas cardiacos.

Te damos algunas recomendaciones para antes de poner en marcha tu plan de ejercicio:

- El ejercicio físico moderado y realizado de forma regular colabora notablemente en el control de los niveles de colesterol. Acude a un especialista para conocer tu situación cardiovascular y cuál es la actividad que más te conviene realizar.
- Debes tomar en cuenta que no se trata de convertirte en un gran atleta y que se necesita de una preparación previa. Debes tener precaución con las condiciones meteorológicas extremas y debes contar con el equipo y el calentamiento previo adecuado.
- Caminar, bailar, montar en bicicleta o descansar adecuadamente son opciones válidas para la gran mayoría de los individuos.



- Enseña a los pequeños a llevar una vida sana con actividades al aire libre, lejos del sedentarismo; que actualmente es tan común por el uso de la computadora, los videojuegos y la televisión. De este modo prevenirás la obesidad en tu persona y en tu familia.
- La práctica de una actividad física regular para ti y tu bebé, como clases de natación o artes marciales, reduce el estrés y ayuda a abandonar hábitos tan perjudiciales como el tabaquismo o el abuso del alcohol.



Para mayor información visita:
www.todoensalud.org



¡Tu comunidad de salud en internet más completa!

Artículos de interés Recetas Ejercicios Consejos
 Foros de contacto Clínica virtual gratuita
 Herramientas digitales libres





Máhdanos una receta saludable que incluya entre sus ingredientes cereales y gánate un kit cortesía de Kellogg's. Envíala a: cynthiabaigts@hotmail.com



Invitamos a nuestros lectores a enviarnos una frase impactante y original contra el consumo de tabaco a cynthiabaigts@hotmail.com. Las 10 mejores, ¡ganarán este interesante libro contra el tabaquismo!



Salmón Parrillado

Ingredientes

1/4 taza de mantequilla
1/2 taza de miel de abeja
1/3 taza de azúcar moscabado
2 cucharadas de jugo de limón
1 cucharadita de salsa picante
1/4 taza de hojuelas de pimiento
Sal y pimienta al gusto
4 filetes de salmón de 130 g c/u
2 manzanas cortadas en cuartos

Rinde 4 porciones

Tiempo de elaboración: 40 minutos

Calorías por porción: 632 kcal



Preparación

Combinar la mantequilla, la miel de abeja, el azúcar moscabado, el jugo de limón, la salsa picante y las hojuelas de pimiento. Cocinar los ingredientes a fuego medio moviendo ocasionalmente durante 5 minutos, hasta que esté tersa la salsa.

Dejar enfriar a temperatura ambiente.

Colocar los filetes de salmón en un recipiente y bañarlos con la salsa por ambos lados, dejarlos reposar durante 30 minutos.

Calentar la parrilla y engrasarla con un poco de aceite de oliva. Colocar el salmón en la parrilla y cocinarlo primero con la piel hacia arriba a fuego medio durante 5 minutos. Voltear el salmón y terminar de cocer durante 5 minutos más.

Colocar cada porción de salmón en un plato y acompañarlo de rebanadas de manzana.

Servir inmediatamente.

* **Continuamos con los regalos. Miel **CARLOTA** te regala un kit sorpresa, sólo máhdanos una receta original usando miel. Envíalo a: cynthiabaigts@hotmail.com**