



Miembro de la Federación de Pediatría del Centro Occidente (FOPCO)
Miembro de la Confederación Nacional de Pediatría de México (CONAPEDI)



Boletín para pacientes

Octubre - Diciembre 2024

Volumen 2, Número 4

EDITORES

Dr. Gabriel Cortés Gallo

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo

COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR	SECCIÓN
Dra. María Auxilio Torres Silva	Enfermedades de la temporada
Dr. Javier Castellanos Martínez	Vacunas
Dra. Laura Elena Alonso Eguía-Liz	Lactancia
Dra. María del Carmen Larios García	Crecimiento y desarrollo
Dr. Joel Rico Castillo	Juegos para promover la salud física y mental
Dra. María Esther Gallegos	Riesgos de la automedicación
Dr. Luis Enrique Durán Juárez	Prevención de accidentes
Dr. Salvador Santoyo Rincón	Salud mental y adicciones
Dra. Graciela Inés González Córdova	Cuidados del recién nacido
Dr. Manuel Lara Márquez	Cuidados inmediatos de una lesión
Dra. Lourdes Belize Macías Felipe	Alimentación saludable
Dr. Valeriano Fuentes López	Mascotas
Dra. Celia Isabel Mulgado Aguas	Reanimación básica
Dra. Lidia Negrete Esqueda	Literatura infantil
Dra. Mariel Guevara Ramírez	Salud ambiental
Dr. Luis Daniel Vargas Lugo	Uso adecuado de dispositivos electrónicos

ÍNDICE

SECCIÓN	ARTÍCULO	AUTORES	PÁG.
Editorial	¿Conoces la importancia de hacer un tamizaje infantil?	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	5
Cuidados inmediatos de una lesión	Picaduras de alacrán	Dr. Manuel Lara Márquez	8
Literatura infantil	La lectura, remanso ante la violencia	Dra. Lidia Negrete Esqueda	12
Cuidados del recién nacido	Cuidados del recién nacido prematuro: Método canguro	Dra. Ana Débora Azuela Aldana, Dra. Graciela Inés González Córdova	16
Salud mental y adicciones	Trastorno de ansiedad en niños y adolescentes: guía para padres	Dr. Salvador Santoyo Rincón	21
Reanimación básica	Reanimación de alta calidad	Dra. Celia Isabel Mulgado Aguas	27
Lactancia	Puerperio, lactancia y anticoncepción	Dra. Laura Elena Alonso Eguía-Liz	33

EDITORIAL

¿CONOCES LA IMPORTANCIA DE HACER UN TAMIZAJE INFANTIL?

Dr. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo¹

²Pediatra Hospital General León,

Presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato

Bol Col Ped Gto 2024;2(4):5-6

Seguramente han escuchado la frase “tamiz neonatal”, esa prueba que se hace con una gota de sangre del talón a los bebés recién nacidos para buscar varias enfermedades.

La palabra tamizaje significa aplicar pruebas con el objetivo de identificar enfermedades antes de que aparezcan síntomas para poder iniciar tratamiento en forma oportuna.

Desde hace varios años en México se practican estas pruebas para detectar las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, galactosemia y deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. Esto es lo que se llama un tamiz neonatal básico. También existe un tamiz neonatal ampliado que puede detectar decenas de enfermedades metabólicas a través de unas cuantas gotas de sangre. Los pediatras recomendamos que todos los bebés tengan acceso a este tamiz neonatal ampliado.

Además hay una serie de tamizajes que se pueden realizar a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la edad de adulto mayor. Incluso hay tamizajes prenatales, como la búsqueda de infecciones como hepatitis, virus de inmunodeficiencia adquirida, sífilis, y también anomalías congénitas del riñón y tracto urinario.

En los primeros días de vida se recomienda hacer tamiz cardiológico; en las primeras semanas de vida debe hacerse tamiz auditivo y visual. En años recientes se ha diseñado también un tamiz que permite identificar enfermedades que alteran las defensas contra infecciones.

Conforme avanza el crecimiento, es importante hacer los siguientes tamizajes:

- Tamiz del neurodesarrollo.
- Tamiz de desnutrición.
- Tamiz de talla baja.
- Tamiz de sobrepeso y obesidad.
- Tamiz de anemia.
- Tamiz de deficiencia de vitamina D.
- Tamiz de depresión y conducta suicida.
- Tamiz de enfermedades alérgicas.
- Tamiz de tuberculosis.
- Tamiz de enfermedades de transmisión sexual.
- Tamiz de parasitosis.
- Tamiz de hipertensión arterial.
- Tamiz de dislipidemias.
- Tamiz de enfermedad renal crónica.
- Tamiz en la sospecha temprana de cáncer en la infancia y adolescencia.

- Tamiz de intoxicación por metales.
- Tamiz de adicción a internet.
- Tamiz de adicción a sustancias.
- Etc.

Recomendamos asesorarse con un pediatra sobre cuáles son los tamizajes que se deben realizar de acuerdo a la edad.

Los adultos tenemos la obligación de proteger la salud infantil y una de las mejores formas de hacerlo es detectar las enfermedades oportunamente, antes de que afecten el crecimiento y desarrollo.

A partir de este boletín, en cada número trimestral habrá una sección con artículos que explicarán en qué consiste cada uno de los tamizajes en pediatría. ¡No te los pierdas!



Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo
Presidente del Colegio de Pediatras
del Estado de Guanajuato
periodo 2023-2024

CUIDADOS INMEDIATOS DE UNA LESIÓN

PICADURAS DE ALACRÁN

Dr. Manuel Lara Márquez¹

²Cirujano pediatra Capítulo Salamanca

Bol Col Ped Gto 2024;2(4):8-10

Los alacranes son arácnidos que gustan de paredes de rocas, y lugares oscuros y ligeramente húmedos. Son cazadores nocturnos, principalmente de grillos y cucarachas. México tiene la mayor biodiversidad a nivel mundial, ya que cuenta con 289 de las 1500 especies registradas, 12 de esas 289 especies son de alta toxicidad y están distribuidas en 16 entidades del territorio nacional.

México también es el país número uno en picaduras. En 2018, por ejemplo, los casos reportados fueron 275,357 y los estados donde se presentaron la mayoría de los casos fueron Jalisco, Guerrero y Guanajuato. En los años 1970-1980 ocurrieron entre 700 y 800 muertes, sin embargo, gracias al anti-veneno anti-alacrán del que ahora se dispone, se ha reducido la mortalidad, presentándose un promedio de 40 defunciones por año.

Las especies tóxicas incluyen al género *Centruroides* de la familia *Buthidae*, donde se encuentran algunas de las especies cuyo veneno es altamente tóxico. A simple vista es complicado saber cuál alacrán es peligroso. A diferencia de los robustos y de color negruzco de Ciudad de México (Fig. 1), los peligrosos tienen pinzas, patas y cola muy gráciles y alargadas, una púa al lado del aguijón (Fig. 2), así como coloración amarilla y en ocasiones una banda en la espalda. Los más dañinos, que

son *Centruroides*, cuentan con un aguijón más alargado que el de otros géneros.

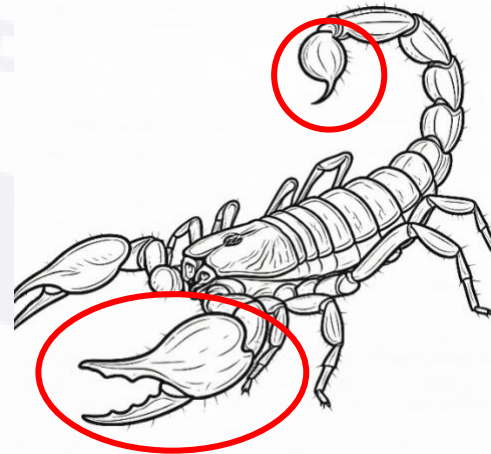


Fig. 1 Alacrán no peligroso, con un solo aguijón, y pinzas cortas y gruesas.

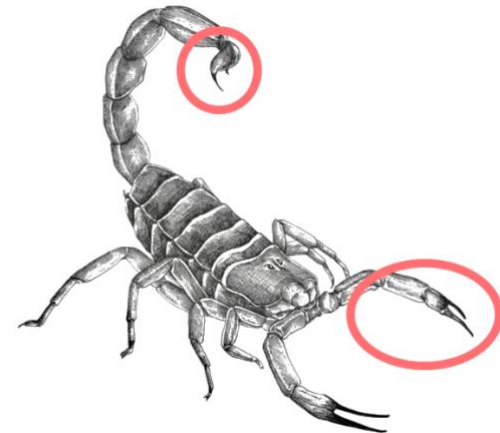


Fig. 2 Alacrán peligroso, con un aguijón con púa, y pinzas largas y delgadas.

Los más afectados son los niños menores de cinco años y los adultos mayores de 65 años. En pacientes con hipertensión o diabetes

mellitus, se pueden agravar sus patologías.

Los alacranes generalmente están más activos por la noche y pican únicamente si se sientan provocados o atacados.

Signos y síntomas de la picadura de alacrán

La intoxicación por picadura de alacrán debe sospecharse en un niño previamente sano, habitante de una zona en donde ocurren muchas picaduras, el cual súbitamente inicia con llanto, tos u otra sintomatología respiratoria, movimientos oculares anormales o distensión abdominal de inicio repentino.

La picadura de alacrán presenta una amplia variedad de signos y síntomas, y la intoxicación por picadura de alacrán se clasifica en leve, moderada y grave, de acuerdo con lo siguiente:

- Intoxicación leve: síntomas en el sitio de la picadura, tal como dolor intenso, hinchazón, entumecimiento, sensación de calor.
- Intoxicación moderada: a los anteriores se agrega sensación de obstrucción en la garganta, dificultad para respirar, movimientos inusuales de la cabeza, cuello y ojos, babeo, escurrimiento nasal, sudoración, habla arrastrada, náusea y vómito.
- Intoxicación grave: Todo lo anterior, además de cambios en el ritmo y frecuencia del corazón

(latidos), palidez alrededor de los labios, postración.

Cuidados iniciales

Lavar la herida con agua y jabón. NO realizar incisiones en el sitio de la picadura y NO succionar el veneno, NO utilizar remedios caseros, NO usar torniquetes, NO intentar atrapar al alacrán.

¿Cuándo buscar ayuda médica?

La intoxicación por picadura de alacrán se considera una urgencia médica, debido a su rápida evolución y al riesgo de morir si el paciente no recibe tratamiento oportuno y adecuado. Debe acudir al médico de inmediato, el cual valorará si se requiere la aplicación del suero anti-alacrán que, en caso de requerirse, idealmente debe aplicarse en los primeros 30 minutos posteriores a la picadura.

Medidas preventivas

Evitar piedras o madera apiladas, mantener césped y arbustos recortados, colocar mosquiteros, encalar paredes exteriores, revisar la ropa de cama antes de acostarse, revisar la ropa de vestir y los zapatos antes de usarlos, evitar andar descalzo. Los alacranes brillan bajo una luz negra, por lo que se recomienda usar una por la noche para inspeccionar los alrededores.

Sobre todas las especies de alacrán pesa una fatalidad: son temidos y, por eso, aplastados al ser vistos en esa pared blanca que –indicó Revueltas– “tan enfermizamente les fascina”.

Referencias

- Hernández Ávila M. [NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.](#) México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; Fecha de publicación 22 noviembre 2011; Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://dof.gob.mx/normasOficiales/4571/salud1/salud1.htm>
- Mayo Clinic. Picadura de escorpiones. Fecha de publicación 30 diciembre 2023; Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/scorpion-stings/symptoms-causes/syc-20353859>
- Birmex. Picadura de Alacrán. Manifestaciones clínicas de la Intoxicación Por la Picadura de Alacrán (IPPA). Gobierno de México. Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://birmex.gob.mx/picadura-alacran/>
- Secretaría de Salud. Intoxicación por Picadura de Alacrán (IPPA). Información General de Intoxicación por Picadura de Alacrán. Gobierno de México. Fecha de publicación 3 marzo 2016, Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/intoxicacion-por-picadura-de-alacran-ippa>
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán. México: Secretaría de Salud: 26 marzo 2015. Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/prevencion-diagnostico-tratamiento-y-referencia-de-intoxicacion-por-picadura-de#:~:text=La%20Guía%20de%20Práctica%20Clínica%20Prevención%2C%20diagnóstico%2C%20tratamiento,complicación%20por%20el%20uso%20de%20faboterápico%20polivalente%20antialacrán>
- Guzmán F. México, país con más picados por alacrán. Hecho en México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fecha de publicación 30 septiembre 2019. Fecha de consulta 15 noviembre 2024. Disponible en <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-pais-con-mas-picados-por-alacran/>

LITERATURA INFANTIL

LA LECTURA, REMANSO ANTE LA VIOLENCIA

Dra. Lidia Negrete Esqueda¹

¹Pediatra Capítulo León

Bol Col Ped Gto 2024;2(4):12-14

En los tiempos actuales en que la violencia se expresa día con día e inunda los medios de comunicación y redes sociales, es difícil evitar que los niños y adolescentes presencien situaciones violentas o sean víctimas de ella en el ambiente familiar, o fuera de él. Es importante dotarlos de recursos que los hagan menos vulnerables a sus efectos, o bien les permitan gestionar de manera adecuada sus emociones.

Una de las herramientas de gran beneficio es la LECTURA en familia o en la escuela, especialmente de los cuentos, debido a que estimulan la imaginación, permiten al niño y adolescente procesar sus emociones al identificarse con los personajes, disminuyen el estrés (1) influyen en el desarrollo de habilidades para la convivencia y prevención de conductas violentas (2). Se ha observado en adolescentes y adultos que el estrés contribuye al aumento en la violencia y agresión en el trabajo, escuela y hogar (3).

El contacto con la literatura se convierte en factor protector contra los efectos de la violencia al facilitar la adquisición de competencias sociales: mejora la capacidad de comunicación, la empatía, favorece la convivencia con sus pares y la disminución de agresividad (2); incentiva la reflexión y el diálogo en un ambiente agradable;

fortalece los vínculos afectivos con los adultos, en conclusión mejora el desarrollo emocional en los primeros años de vida (1).

Es recomendable dedicar un tiempo específico para la lectura en familia, el acceso a libros, regalarlos en fechas importantes: cumpleaños, Navidad, Reyes. En la medida que se involucre más la familia, se vinculará más la lectura y los libros a sensación de paz, seguridad y felicidad, un escape sano ante las situaciones de violencia que se viven día a día.

La lectura es un medio para que el niño, al desarrollar la imaginación, le permite lidiar mejor con la realidad y lograr un mejor desarrollo emocional (4).

CUENTO

sobre la concordia y la paz.

El alegato del sauce.

Lidia Negrete Esqueda



Una tarde de verano, el espejo del lago que reflejaba un frondoso sauce, escuchaba una airada discusión, sobre qué parte del árbol sería la más importante y valiosa. Por supuesto que somos nosotras, gritaron a coro las ramas que se mecían rozando el agua, estamos muy cerca del cielo, nos acaricia el viento, abrigamos las flores que darán las semillas de nuevos árboles. Albergamos a los pájaros, sin sus cantos el paisaje sería muy triste.

¡No tienen razón! soy yo, porque las sostengo, respondió enojado el tronco con voz grave e imponente, por mi interior sube la savia que las alimenta sin la cual morirían, me moldean el tiempo y el viento con el arte de los mejores

escultores, gracias a que mi corteza es dura podemos sobrevivir a las inclemencias.

Humildes y pacientes, esperaban las raíces, a que les dieran voz, sin embargo solo había silencio en el paisaje. Al verse ignoradas irrumpieron con voces cavernosas. ¡Se han olvidado de nosotras! Somos las exploradoras en la oscuridad del subsuelo en busca del agua que les nutre, sin nosotras no habría tronco, ni ramas, ni nidos. ¡No son justos!

El lago que había presenciado la discusión, con voz tranquila murmuró: los he escuchado cómo pelean y discuten, situaciones como ésta ha llevado a las guerras; alguien que cree ser el más importante y poderoso trata de imponerse, se olvidan que cada uno tenemos un lugar en el universo, todos somos valiosos, nos necesitamos unos a otros, debemos colaborar y trabajar por el bien común con respeto, es la base de la paz. Avergonzados le dieron la razón, en verdad somos un bello árbol que da vida, paz y armonía; el lago sonrió satisfecho, mientras jugueteaba con el reflejo de los últimos rayos del sol al atardecer.

Referencias

1. Mata-Anaya J, Lectura, emociones, salud. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014 Madrid: Exlibris Ediciones; 2014.p.xx-xx. Disponible en: www.aepap.org
2. Castro-Santander A. Alfabetización emocional: la deuda de enseñar a vivir con los demás. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681.5653). Consultado: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/1158Castro.pdf>
3. Escobar A, Gómez-González, Violencia y Cerebro. Rev Mex Neuroci 2006; 7(2):156-163 www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn062i.pdf
4. Del Castillo Guevara J, Martí Lahera Y. Lectura, inteligencia emocional y sociedad; reflexiones desde el contexto informacional. Acimed 2007:16(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v16n4/aci131007.pdf> [Consultado: 31 Dic2024]

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO: MÉTODO CANGURO

Dra. Ana Débora Azuela Aldana¹, Dra. Graciela Inés González Córdoba²

¹Neonatóloga pediatra, Capítulo León, ²Neonatóloga pediatra Hospital de Especialidades
Pediátrico de León y Hospital Ángeles, Capítulo León

Bol Col Ped Gto 2024;2(4):16-19

¿Qué es el Método Canguro?

El programa canguro es una metodología de aproximadamente 45 años de existencia, se utiliza para el tratamiento y manejo hospitalario y ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. Los principios básicos de éste son: el calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro (contacto piel a piel), brindados por la madre, aunque también puede participar el padre u otra persona responsable y cercana al recién nacido.

Esta metodología es un modelo que combina los cuidados en el hospital, los ambulatorios y en el hogar, este patrón de cuidado está basado en la atención personalizada de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer.

La madre porta o carga al recién nacido en posición canguro que es aquella donde el bebé se mantiene en postura vertical entre los pechos de la madre o en el pecho del padre, o de cualquier familiar que pueda cargarlo, con la cara de medio lado y los brazos y piernas en posición de rana, idealmente las ventricuatro horas del día y, se mantiene hasta que el niño que fue prematuro, deja de encontrarse cómodo pero, sobre todo es capaz de regular su temperatura, lo que podría ocurrir al cumplir las 38 semanas de edad gestacional

corregida, o bien al alcanzar un peso igual o mayor a 2 kg.



Los beneficios del método canguro son:

1. Favorece el adecuado desarrollo neurológico a largo plazo.
2. Mayor estabilidad de sus signos vitales, sobre todo a nivel cardíaco y de su respiración.
3. Aumenta el descanso, los niños consiguen tener un mayor periodo de sueño, siendo este más profundo y estable.
4. Promueve la lactancia materna incrementando su duración e incluso la producción de la leche.
5. Mejora la ganancia de peso, mejora la digestión y reduce la posibilidad de que el bebé padezca cólicos.
6. Disminuye el riesgo de infecciones de adquisición intrahospitalaria y la gravedad de las mismas.

Recomendaciones para realizar el Método Canguro:

7. Reduce el dolor; se usa durante técnicas o procedimientos dolorosos, disminuye el llanto, las expresiones faciales de dolor, el ritmo cardíaco, aumenta la saturación de oxígeno y como consecuencia obtienen una puntuación menor en las escalas de medición del dolor.
8. Acorta el tiempo de estancia hospitalaria.
9. Aminora el estrés de los bebés y de los padres, así como reduce el riesgo de depresión posparto.
10. Satisfacción familiar, mayor placer al involucrarse en los cuidados del recién nacido.
11. Incrementa las competencias de los padres al participar de forma activa en el cuidado de sus recién nacidos.
12. Apego, favorece el proceso de vinculación.
13. Confianza de la familia, los padres se sienten más seguros en el cuidado de sus hijos y presentan una mayor atención a sus necesidades.



1. Usar gorro y pañal, y en algunos casos calcetines, durante el tiempo de método canguro. La madre se cubrirá asimismo y al bebé con su ropa habitual.
2. Vigilar los signos vitales, sobre todo los latidos cardíacos y la respiración.
3. Mantener la posición vertical entre los pechos de la madre o el tórax del padre.
4. Colocar al recién nacido en posición de rana. Pecho contra pecho, panza con panza, con el tórax de la madre o del padre desnudo para favorecer el contacto.
5. Usar faja para mayor movilidad de la madre. Cualquier prenda cómoda que permita mantener la posición del bebé, que lo mantenga firme y en contacto piel con piel.
6. Lavar manos de la madre o del padre antes y después de la movilización del recién nacido. Se sugiere el baño de la madre/padre/cuidador una vez al día y limitar el uso de productos químicos de higiene personal.
7. La madre o persona que porte al recién nacido en posición canguro deberá dormir en posición boca arriba, con inclinación de su espalda al menos de 30 a 45 grados, mientras el bebé permanezca en esta posición, con esto se evitará en gran medida la aparición de reflujo en el bebé.

Se sugiere el método canguro al menos una hora al día, aunque para mejores resultados, llevar a cabo las veinticuatro horas del día.



Cuidados durante la realización el Método Canguro:

1. Manejo ambiental.

El método canguro se llevará a cabo en una habitación acondicionada para su correcta práctica. Ésta debe contar con un sillón cómodo, luz y temperatura adecuadas a las características del recién nacido y ambiente tranquilo. Las condiciones ambientales serán esenciales para mejorar el patrón del sueño del recién nacido, con periodos más largos de descanso, y reducir factores estresantes tanto para la familia como para el recién nacido. Se sugiere temperatura ambiental de 22 a 24 °C.

2. Control de la temperatura.

Los recién nacidos a los que se les aplica el método canguro presentan menos riesgos de sufrir enfriamiento, ya que el contacto piel con piel facilita el proceso de termorregulación. Por ese motivo es recomendable que el bebé se encuentre libre de ropa que interfiera con el contacto piel a piel y que la mayor superficie corporal del

bebé se encuentre en contacto con la piel del adulto que lo porta. Es necesario medir la temperatura los primeros días en forma frecuente y posteriormente dos veces durante el proceso. En el caso de que la temperatura corporal del bebé sea inferior a 36.5°C se actuará para evitar su enfriamiento. Temperatura recomendada para el recién nacido de 36.5 a 37.5°C.

3. Observación del patrón respiratorio.

El patrón respiratorio de un recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer es de aproximadamente 30 a 60 respiraciones por minuto, con pequeños episodios de respiración lenta, sin embargo, se debe observar que no suceda ningún signo que pueda alertar sobre la salud del recién nacido como son:

- Episodios de cese de la respiración prolongados durante más de 20 segundos.
- Coloración del recién nacido azulada.
- Disminución de los latidos del corazón menores a 100 por minuto.
- Ausencia de respiración espontánea.

En el caso de que durante el método canguro se observe un periodo de cese de la respiración, se deberán seguir las siguientes recomendaciones recogidas en la guía para la realización del Método Canguro de la Organización Mundial de la Salud:

- Educar a la madre/padre/cuidador para que

identifique cuando se está produciendo un periodo de apnea o cese de la respiración.

- Enseñar a la madre/padre/cuidador a estimular al recién nacido hasta que recupere la respiración en forma espontánea
- Reaccionar ante la necesidad de ayuda de la madre cuando la respiración no vuelve.

En el caso de que la respiración no pueda reanudarse mediante estimulación o si las apneas se vuelven frecuentes, se debe suspender el método y reevaluar al recién nacido por un profesional de la salud.

4. Monitorización de los latidos cardíacos

Normalmente los recién nacidos presentan una frecuencia cardíaca entre 120 a 160 latidos por minuto. Debe alertar valores menores o superiores a estos y se debe reevaluar al recién nacido por un profesional de la salud.

Promover la lactancia materna

El método canguro facilita la adaptación de la lactancia materna. El apoyo emocional a la madre es fundamental. Es necesario para la madre:

1. Brindar apoyo y motivación
2. Fomentar en ella confianza y seguridad en el proceso
3. Proporcionar información suficiente y educación sobre lactancia.

Las recomendaciones para la alimentación en el recién nacido prematuro o de bajo peso que se encuentra en método canguro son:

- a. Lactancia materna exclusiva idealmente
- b. Amamantar al bebé en posición vertical, piel con piel
- c. Ofrecer el pecho con frecuencia a libre demanda
- d. No utilizar biberones ni suplementos lácteos
- e. Monitorizar el peso y el crecimiento del recién nacido.

Conclusiones

Como sucede con los canguros, tanto las crías de estos animales como los recién nacidos humanos pueden volver a la “bolsa” de la madre por otros meses más, hasta que logran alcanzar mayor madurez.

Por lo que este método es sin duda, una práctica segura, de altos beneficios para el binomio – madre/recién nacido-, para el mismo hospital al disminuir costos y días de estancia, y a la larga afectará en forma positiva el neurodesarrollo de ese niño que tuvo a bien nacer antes de tiempo.



Referencia:

- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación es Conexas. Método madre canguro guía práctica. Ginebra 2004

SALUD MENTAL Y ADICCIONES

TRASTORNO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: GUÍA PARA PADRES

Dr. Salvador Santoyo Rincón¹

¹Médico Pediatra, Hospital General Salamanca, Capítulo Salamanca
Bol Col Ped Gto 2024;2(4):21-25

El trastorno de ansiedad en niños y adolescentes es un problema de salud mental que involucra miedos y preocupaciones excesivas que afectan su bienestar diario. A menudo, estas preocupaciones pueden interferir con su rendimiento escolar, sus relaciones sociales y su calidad de vida. Como padres, comprender este trastorno es crucial para poder ayudar a sus hijos a manejarlo de manera efectiva. Esta guía está diseñada para ayudarles a entender qué es la ansiedad, sus causas, cómo tratarla, las posibles complicaciones si no se maneja, y las estrategias de prevención.



Definición

La ansiedad es una reacción natural frente al estrés, pero cuando es desproporcionada o persistente, puede convertirse en un trastorno. El trastorno de ansiedad en niños y adolescentes se caracteriza por un miedo o preocupación excesiva que interfiere en su vida diaria, a veces sin una causa aparente o racional. Los niños pueden tener miedo de situaciones específicas (como separarse de sus padres, ir a la escuela o hablar en público), mientras que los adolescentes pueden experimentar ansiedad generalizada, social o de rendimiento.

Síntomas comunes

- **Preocupación excesiva:** Pensamientos constantes sobre situaciones futuras o eventos cotidianos, como exámenes, interacciones sociales o actividades escolares.
- **Miedos irracionales:** Temores intensos hacia situaciones como estar solos, dormir a oscuras, o interactuar con otros.
- **Síntomas físicos:** Dolor de cabeza, dolor de estómago, insomnio, sudoración excesiva, mareos o palpitaciones.

- **Evitar situaciones:**
Evitar actividades que puedan generar ansiedad, como ir a la escuela, participar en eventos sociales, o incluso salir de casa.
- **Cambios en el comportamiento:**
Irritabilidad, aislamiento, llanto frecuente o problemas para concentrarse.

Causas

El trastorno de ansiedad puede ser causado por una combinación de factores biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas de las principales causas incluyen:

1. **Genética:** los niños que tienen antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales tienen más probabilidades de desarrollar ansiedad. Los estudios sugieren que hay una predisposición genética que aumenta el riesgo.
2. **Factores ambientales:** un entorno familiar estresante, como conflictos en el hogar, divorcios o pérdidas significativas, puede contribuir a la aparición de ansiedad en los niños. Además, eventos traumáticos o el acoso escolar (bullying) pueden desencadenar o agravar la ansiedad.
3. **Temperamento y personalidad:** algunos niños nacen con una predisposición natural a ser más tímidos, sensibles o cautelosos. Estos niños pueden ser más vulnerables a experimentar ansiedad.

4. **Estrés social o académico:** la presión social, la competencia académica excesiva o la sensación de no cumplir con las expectativas pueden generar ansiedad. Los adolescentes son particularmente vulnerables a las presiones sociales y al miedo al fracaso.

5. **Experiencias traumáticas:** Vivir situaciones traumáticas, como el abuso, accidentes, o la muerte de un ser querido, puede contribuir a la aparición de trastornos de ansiedad.



Tratamiento

El tratamiento del trastorno de ansiedad en niños y adolescentes es

altamente efectivo cuando se aborda de manera integral. Los enfoques más comunes incluyen:

1. **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** la TCC es la forma más efectiva de tratamiento para los trastornos de ansiedad. Ayuda a los niños a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos que contribuyen a su ansiedad. Además, enseña habilidades para enfrentar las situaciones que provocan miedo o preocupación de manera más adaptativa.
2. **Psicoterapia:** aparte de la TCC, otros tipos de psicoterapia, como la terapia de apoyo o la terapia de exposición, también pueden ser útiles. Estas terapias permiten al niño comprender sus miedos y aprender a enfrentarlos poco a poco.
3. **Medicamentos:** en casos graves o cuando la ansiedad no mejora con la terapia, los medicamentos pueden ser necesarios. Los antidepresivos (como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ISRS) y los ansiolíticos son opciones que a menudo se recetan para ayudar a reducir los síntomas. Sin embargo, los medicamentos suelen ser más efectivos cuando se combinan con la terapia.
4. **Entrenamiento en habilidades de relajación:** técnicas como la respiración profunda, la atención

plena (*mindfulness*) y el entrenamiento en relajación muscular son útiles para reducir la ansiedad en el momento y enseñar al niño a manejar el estrés de manera más efectiva.

Posibles complicaciones

Si la ansiedad no se trata adecuadamente, puede tener varias complicaciones que afectan la vida del niño o adolescente, entre las cuales se incluyen:

1. **Rendimiento escolar deficiente:** La ansiedad puede dificultar la concentración y el aprendizaje, llevando a un bajo rendimiento académico.
2. **Problemas sociales:** Los niños y adolescentes con ansiedad suelen evitar las interacciones sociales, lo que puede resultar en aislamiento, falta de amigos y dificultades para formar relaciones saludables.
3. **Otros trastornos mentales:** La ansiedad no tratada puede conducir a la aparición de otros trastornos, como depresión, trastornos de conducta o abuso de sustancias.
4. **Impacto emocional y psicológico:** Si la ansiedad persiste durante años sin tratamiento, puede afectar la autoestima del niño, dificultando el manejo de las emociones y aumentando el riesgo de otros problemas de salud mental en la adultez.

Prevención

Aunque no siempre es posible prevenir el trastorno de ansiedad, hay varias formas en las que los padres pueden ayudar a reducir el riesgo de que sus hijos desarrollen este trastorno o puedan manejarlo de manera efectiva si ya se presenta:

1. **Fomentar un ambiente seguro y emocionalmente apoyador:** un hogar estable y comprensivo donde el niño se sienta seguro y querido es fundamental para prevenir la ansiedad.
2. **Comunicación abierta sobre emociones:** Hablar con los niños y adolescentes sobre sus miedos y preocupaciones, sin minimizarlos, ayuda a reducir la carga emocional y les enseña que es normal sentirse ansiosos a veces.
3. **Promover habilidades de afrontamiento:** Enseñar a los niños maneras saludables de manejar el estrés, como practicar deportes, meditación, o participar en actividades creativas, puede prevenir que la ansiedad se desarrolle o empeore.
4. **Promover hábitos saludables:** Asegurarse de que el niño tenga una rutina adecuada de sueño, una dieta equilibrada y tiempo suficiente para relajarse es crucial para su bienestar emocional.
5. **Evitar la sobrecarga de actividades:** Evitar que el niño se sienta presionado por un exceso

de actividades académicas o extracurriculares reduce la ansiedad relacionada con el rendimiento.



El trastorno de ansiedad en niños y adolescentes es un problema de salud mental tratable. Al reconocer los signos de la ansiedad, identificar sus causas y proporcionar un tratamiento adecuado, los padres pueden ayudar a sus hijos a superar este desafío. Lo más importante es estar atentos, ser comprensivos y buscar ayuda profesional cuando sea necesario. Con el apoyo adecuado, los niños y adolescentes pueden aprender a manejar su ansiedad y llevar una vida plena y saludable.

Bibliografía.

1. Hechenleitner, G., Ruiz, P. O. A. M., Cortes-Jofre, M., & Ortiz-Muñoz, L. E. (2023, August 20). Terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. <https://doi.org/10.31219/osf.io/zkd7b>
2. Ríos Robles, C., González Carrión, E., & Quilca Terán, M. (2023). Una mirada crítica de la ansiedad como respuesta emocional en niños y adultos: ¿Sabemos comunicarla?. *Polo del Conocimiento*, 8(6), 116-133. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v8i6.5669>
3. Parada, G., & Arévalo, E. S. (2023). TRATAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO A NIÑOS CON ANSIEDAD Y SU ENTORNO FAMILIAR. *PSIQUIS UBA*, 4(1), 6-14. <https://revistasuba.com/index.php/PSIQUISUBA/article/view/555>
4. Calva, Y. M. Q., Palacios, V. M. A., & Peralta, S. R. T. (2023). La ansiedad en el proceso educativo de los estudiantes: un desafío para el rendimiento y el bienestar. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 2922-2935. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6386>
5. Ochoa, N. G. Trastorno de ansiedad social en la era digital (2024). Memorias Simposio de Residentes de Psiquiatría Augusto Gonzalez Parra. 115-132. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/11696/memorias%20psiquiatria%202024%20final.pdf?sequence=4#page=115>

REANIMACIÓN BÁSICA

REANIMACIÓN DE ALTA CALIDAD

Dra. Celia Isabel Mulgado Aguas¹

¹Intensivista Pediatra, Hospital General León, Capítulo León

Bol Col Ped Gto 2024;2(4):27-31

Hola nuevamente a toda la comunidad pediátrica y sus familias, en este octavo capítulo del Boletín y quinto de reanimación básica estaremos de nuevo en contacto con ustedes y platicaremos sobre los puntos faltantes de la **Reanimación Básica (SVB/BLS) o Soporte Vital Básico**, y los acompañaremos a afianzar de manera ordenada los puntos básicos de la reanimación y a saber los puntos clave para realizarla con seguridad.

Recordemos que el más grande objetivo de este capítulo de reanimación es motivar a tener niñas, niños y adolescentes en conjunto con sus familias. Reanimando a Guanajuato. Y lograr con ello SALVAR VIDAS.

Recordemos un poco del número anterior los pasos de la cadena de supervivencia:

1. Prevención y preparación
2. Activación del sistema de emergencias
3. **Reanimación de alta calidad, incluida la realización de desfibrilación temprana**
4. Intervenciones de reanimación avanzada
5. Cuidados post paro cardiorrespiratorio
6. Recuperación

En este número nos enfocaremos en concluir la **Reanimación de alta calidad**,

incluida la desfibrilación temprana, que son una parte fundamental para realizar una reanimación temprana y realizar estas dos actividades sin duda impactan directamente en la sobrevivencia de la persona que está en una situación de paro cardiorrespiratorio (PCR).

Recordando que, si usted no puede dar respiraciones, con que usted continúe dando las compresiones, será extremadamente valioso, esperando recibir la ayuda del sistema de emergencias lo antes posible. Y sobre todo el utilizar el desfibrilador automático externo (DEA) tan pronto lo tenga usted disponible. El DEA será muy importante para comprobar el ritmo del corazón en el que se encuentra la víctima.

En los siguientes enlaces (videos autorizados por la AHA en su página de YouTube) usted podrá aprender las técnicas de reanimación básica solo con las manos, esto significa solo dar compresiones sin dar respiraciones de rescate, recordemos que para dar las respiraciones de rescate se recomienda tener un dispositivo de barrera, esto significa no estar en contacto directo con la víctima, recordando que estas recomendaciones se hacen más enfáticas a partir de la pandemia, ahora bien, es importante no olvidar que al momento de pedir ayuda a alguna persona se deberá de continuar con la reanimación hasta

que regrese a quien se le solicitó la ayuda o llegue el equipo de rescate y si bien usted marca al 911, el personal que responde lo guiará sobre las acciones a seguir, nunca olvidemos que dentro de las acciones más valiosas es realizar las compresiones efectivas como a continuación nos orientan:

Los videos nos muestran como iniciar la reanimación, y nos orientan en como dar compresiones efectivas.

No olviden lo que vimos en los capítulos iniciales: siempre es importante hacer la secuencia ordenada en:

- a) Comprobar que el escenario es seguro
- b) Comprobar el estado de la víctima si responde o no a estímulos externos y tras su comprobación, pedir ayuda y solicitar un DEA, pedir que regresen a notificarnos.
- c) Checar pulso y respiración de no haber ambas.
- d) Iniciar RCP de alta calidad, 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones (de poder realizarlo y si tiene un dispositivo de barrera), recuerde que lo más importante son realizar las compresiones de manera efectiva y utilizar el desfibrilador automático externo (DEA) tan pronto lo tenga usted disponible. El DEA será muy importante para comprobar el ritmo del corazón en el que se encuentra la víctima. Actualmente en muchos lugares públicos se cuenta ya

con este dispositivo, considerando los espacios cardio-prottegidos y se podría contar con él de una manera más rápida.

1. Los videos son los siguientes, los invitamos a revisarlos y a practicar con ellos, si bien no se muestra la reanimación en los lactantes, solo debemos recordar que en ellos se debe de utilizar con dos dedos de una mano o con ambos pulgares como ya lo habíamos mencionado en capítulos previos, y si es un preescolar o escolar hacerlo solo con una mano. En lo que resta de los pasos todos son secuencialmente iguales. Así mismo pueden explorar la página de la AHA en YouTube donde encontraran más videos informativos.

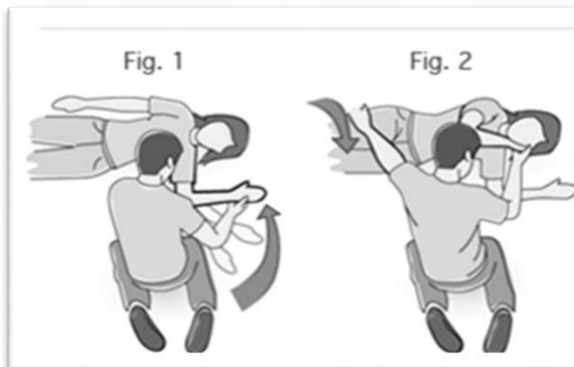
<https://youtu.be/vYsg4OCJBkQ>
<https://youtu.be/5xfC-MNCuM>
<https://www.youtube.com/watch?v=P-bm1QLSkHE>
https://youtu.be/f6J4nGx5a98?si=WDiHK_qo9-amd5jJ

Y en relación a los puntos faltantes:

4. Intervenciones de reanimación avanzada
5. Cuidados post paro cardiorrespiratorio
6. Recuperación

Las intervenciones avanzadas, las tendrá que realizar el personal capacitado en ello así como los cuidados postparo, si bien dentro de las acciones más valiosas que como reanimador debemos de hacer es no abandonar a la persona que reanimamos, hasta comprobar que el equipo de rescate este ahí para

apoyarnos y ayudar a la víctima, y en relación a si se logra revertir el PCR de la víctima deberemos de colocarlo en posición de recuperación, que es lateralizándolo hacia la izquierda en un plano neutro como se muestra en la figura:



No olvidemos que si la víctima sale del PCR antes de que llegue la ayuda o estando ahí la ayuda, debemos de estar chequeando cada 2 minutos que tenga pulso y respiración, de no ser así, tendremos que reiniciar la RCP.

Esperamos que toda esta información haya sido de ayuda y que los haya orientado en los pasos a seguir para poder salvar una vida.

Muchas gracias por leernos, sigan aprendiendo e informándose en la página del colegio de pediatras del estado de Guanajuato: <https://copeg.com.mx/#>

Seguiremos en contacto con ustedes, y si desean capacitarse a mayor profundidad sobre el tema, no duden en ponerse en contacto con nosotros a través de la página del colegio.

Bibliografía

- 1.- 2020 Handbook of Emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers. Dallas, TX: American Heart Association; 2015
- 2.- American Heart Association. Guías de la American Heart Association para RCP y ACE. Sitio web de las guías integradas basadas en en la web. ECCguidelines.heart.org. Publicado originalmente en octubre del 2020.
- 3.- Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association del 2020 para RCP y ACE. Dallas, TX: American Heart Association; 2020 ECC.guidelines.heart.org.
- 4.- Wyckoff MH, Greif R, Morley PT, Ng KC, Olasveengen TM, Singletary EM, Soar J, Cheng A, Drennan IR, Liley HG, Scholefield BR, Smyth MA, Welsford M, Zideman DA, Acworth J, Aickin R, Andersen LW, Atkins D, Berry DC, Bhanji F, Bierens J, Borra V, Böttiger BW, Bradley RN, Bray JE, Breckwoldt J, Callaway CW, Carlson JN, Cassan P, Castrén M, Chang WT, Charlton NP, Chung SP, Considine J, Costa-Nobre DT, Couper K, Couto TB, Dainty KN, Davis PG, de Almeida MF, de Caen AR, Deakin CD, Djärv T, Donnino MW, Douma MJ, Duff JP, Dunne CL, Eastwood K, El-Naggar W, Fabres JG, Fawke J, Finn J, Foglia EE, Folke F, Gilfoyle E, Goolsby CA, Granfeldt A, Guerguerian AM, Guinsburg R, Hirsch KG, Holmberg MJ, Hosono S, Hsieh MJ, Hsu CH, Ikeyama T, Isayama T, Johnson NJ, Kapadia VS, Kawakami MD, Kim HS, Kleinman M, Kloeck DA, Kudenchuk PJ, Lagina AT, Lauridsen KG, Lavonas EJ, Lee HC, Lin YJ, Lockey AS, Maconochie IK, Madar RJ, Malta Hansen C, Masterson S, Matsuyama T, McKinlay CJD, Meyran D, Morgan P, Morrison LJ, Nadkarni V, Nakwa FL,

Nation KJ, Nehme Z, Nemeth M, Neumar RW, Nicholson T, Nikolaou N, Nishiyama C, Norii T, Nuthall GA, O'Neill BJ, Ong YG, Orkin AM, Paiva EF, Parr MJ, Patocka C, Pellegrino JL, Perkins GD, Perlman JM, Rabi Y, Reis AG, Reynolds JC, Ristagno G, Rodriguez-Nunez A, Roehr CC, Rüdiger M, Sakamoto T, Sandroni C, Sawyer TL, Schexnayder SM, Schmölzer GM, Schnaubelt S, Semeraro F, Skrifvars MB, Smith CM, Sugiura T, Tijssen JA, Trevisanuto D, Van de Voorde P, Wang TL, Weiner GM, Wyllie JP, Yang CW, Yeung J, Nolan JP, Berg KM; Collaborators. 2022 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*. 2022 Dec 20;146(25):e483-e557. doi: 10.1161/CIR.0000000000001095. Epub 2022 Nov 3. PMID: 36325905.

5.- Del Castillo J, Sanz D, Herrera L, López-Herce J; Grupo de Estudio de Parada Cardíaca Intrahospitalaria en la Infancia. Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest International Registry (PACHIN): protocol for a prospective international multicenter register of cardiac arrest in children. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021 Jul 31;21(1):365. doi: 10.1186/s12872-021-02173-5. PMID: 34332522; PMCID: PMC8325226.

6.- López-Herce J, Manrique I, Calvo C, Rodríguez A, Carrillo A, Sebastián V, Del Castillo J; en nombre del Grupo

Español de RCP Pediátrica y Neonatal. *Novelties in the pediatric cardiopulmonary resuscitation recommendations and lines of development in Spain*. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022 Feb;96(2): 146.e1-146.e11. doi: 10.1016/j.anpede.2021.05.011. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35183480.

7.- Yock-Corrales A, Campos-Miño S, Escalante Kanashiro R. Consenso de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica del Comité de RCP de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP). Resumen Ejecutivo [Latin American Consensus on Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation. An Executive Summary from the CPR Committee, Latin American Society of Pediatric Intensive Care (SLACIP)]. *Andes Pediatr*. 2021 Dec;92(6):943-953. Spanish. doi: 10.32641/andespediatr.v92i6.3818. Epub 2021 Nov 30. PMID: 35506808.

8.- Berg KM, Bray JE, Ng KC, Liley HG, Greif R, Carlson JN, Morley PT, Drennan IR, Smyth M, Scholefield BR, Weiner GM, Cheng A, Djärv T, Abelairas-Gómez C, Acworth J, Andersen LW, Atkins DL, Berry DC, Bhanji F, Bierens J, Bittencourt Couto T, Borra V, Böttiger BW, Bradley RN, Breckwoldt J, Cassan P, Chang WT, Charlton NP, Chung SP, Considine J, Costa-Nobre DT, Couper K, Dainty KN, Dassanayake V, Davis PG, Dawson JA, Fernanda de Almeida M, De Caen AR, Deakin CD, Dicker B, Douma MJ, Eastwood K, El-Naggar W, Fabres JG, Fawke J, Fijacko N, Finn JC, Flores GE, Foglia EE, Folke F, Gilfoyle E, Goolsby CA, Granfeldt A, Guerguerian AM, Guinsburg R, Hatanaka T, Hirsch KG, Holmberg MJ, Hosono S, Hsieh MJ, Hsu CH, Ikeyama T, Isayama T, Johnson NJ,

Kapadia VS, Daripa Kawakami M, Kim HS, Kleinman ME, Kloeck DA, Kudenchuk P, Kule A, Kurosawa H, Lagina AT, Lauridsen KG, Lavonas EJ, Lee HC, Lin Y, Lockey AS, Macneil F, Maconochie IK, John Madar R, Malta Hansen C, Masterson S, Matsuyama T, McKinlay CJD, Meyran D, Monnelly V, Nadkarni V, Nakwa FL, Nation KJ, Nehme Z, Nemeth M, Neumar RW, Nicholson T, Nikolaou N, Nishiyama C, Norii T, Nuthall GA, Ohshimo S, Olasveengen TM, Gene Ong YK, Orkin AM, Parr MJ, Patocka C, Perkins GD, Perlman JM, Rabi Y, Raitt J, Ramachandran S, Ramaswamy VV, Raymond TT, Reis AG, Reynolds JC, Ristagno G, Rodriguez-Nunez A, Roehr CC, Rüdiger M, Sakamoto T, Sandroni C, Sawyer TL, Schexnayder SM, Schmölzer GM, Schnaubelt S, Semeraro F, Singletary EM, Skrifvars MB, Smith CM, Soar J, Stassen W, Sugiura T, Tijssen JA, Topjian AA, Trevisanuto D, Vaillancourt C, Wyckoff MH, Wyllie JP, Yang CW, Yeung J, Zelop CM, Zideman DA, Nolan JP; ; and Collaborators. 2023 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Resuscitation*. 2023 Nov 7:109992. doi: 10.1016/j.resuscitation.2023.109992. Epub ahead of print. PMID: 37937881.

9.- McCallin TE, Dezfulian C, Bierens J, Dunne CL, Idris AH, Kiragu A,

Mahgoub M, Sheno RP, Szpilman D, Terry M, Tijssen JA, Tobin JM, Topjian AA. 2024 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Focused Update on Special Circumstances: Resuscitation Following Drowning: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics*. 2024 Nov 12:e2024068444. doi: 10.1542/peds.2024-068444. Epub ahead of print. PMID: 39530213.

10.- Scapigliati A, Zace D, Matsuyama T, Pisapia L, Saviani M, Semeraro F, Ristagno G, Laurenti P, Bray JE, Greif R, On Behalf Of The International Liaison Committee On Resuscitation Education Implementation And Teams Task Force. Community Initiatives to Promote Basic Life Support Implementation-A Scoping Review. *J Clin Med*. 2021 Dec 7;10(24):5719. doi: 10.3390/jcm10245719. PMID: 34945015; PMCID: PMC8703423.

11.- Oliveira KMG, Carmona MJC, Mansur AP, Takada JY, Fijačko N, Semeraro F, Lockey A, Böttiger BW, Nakagawa NK. CPR Quality Assessment in Schoolchildren Training. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2022 Nov 17;9(11):398. doi: 10.3390/jcdd9110398. PMID: 36421933; PMCID: PMC9698816.

12.- Schnaubelt S, Veigl C, Snijders E, Abelairas Gómez C, Neymayer M, Anderson N, Nabecker S, Greif R; International Liaison Committee on Resuscitation Education, Implementation and Teams Task Force. Tailored Basic Life Support Training for Specific Layperson Populations-A Scoping Review. *J Clin Med*. 2024 Jul 10;13(14):4032. doi: 10.3390/jcm13144032. PMID: 39064072; PMCID: PMC11277549.

LACTANCIA

PUERPERIO, LACTANCIA Y ANTICONCEPCIÓN

Dra. Laura Elena Alonso Eguía-Liz¹

¹Médico pediatra, farmacólogo clínico, profesional de lactancia Pilu, evaluador externo de la IHANN, Capítulo Irapuato
Bol Col Ped Gto 2024;2(4):33-35



Frecuentemente durante el periodo de lactancia, las madres nos preguntan si pueden tomar algunos medicamentos como antibióticos, analgésicos, antihipertensivos o **ANTICONCEPTIVOS** que es el tema que nos ocupa en este artículo.

Lo ideal es que la anticoncepción se inicie en el postparto inmediato, sin embargo, no siempre se tiene la oportunidad o no se dan las condiciones necesarias para iniciarla en ese momento. ¿Pero, por qué es importante iniciar la anticoncepción lo más pronto posible? Para evitar embarazos no deseados y para dar el tiempo necesario entre los embarazos y así poder recuperarse antes de someterse a un nuevo embarazo.

Se sabe que los periodos cortos entre los embarazos ponen en riesgo la salud materna, perinatal e infantil por las complicaciones que se pueden presentar. Es por eso que la Organización Mundial de la Salud recomienda un periodo de al menos 24 meses para una adecuada recuperación.

Se estima que el 51% de las madres reanudan la vida sexual antes

de las 6 semanas postparto y esto consecuentemente lleva a embarazos no deseados, principalmente en las adolescentes. En México, uno de cada diez embarazos entre adolescentes no fue deseado. Por otro lado, el 15% de los embarazos presentan una complicación obstétrica y a partir de ahí, a cursar con alguna discapacidad como consecuencia de esta complicación.

La realidad es que después de tres días sin sangrado, la mujer puede retomar su vida sexual y correr el riesgo de quedar embarazada nuevamente (el famoso embarazo de la cuarentena).

Durante el puerperio, los niveles de prolactina, hormona que es liberada de la glándula pituitaria al momento de la succión del bebé, y que induce la producción de la leche, también produce una inhibición de las hormonas que estimulan al ovario para que produzca la liberación del óvulo.

Después del parto, el tiempo promedio para que se dé la ovulación es variable, desde 45 a 94 días y aunque algunas ovulaciones son subfértiles, otras sí son fértiles; en el momento en que ya hay ovulación, se corre el riesgo de quedar nuevamente embarazada al tener relaciones sexuales; de ahí la importancia de iniciar un método de anticoncepción lo más pronto posible. Las madres no

lactantes menstrúan entre la sexta y octava semana en el 50% de los casos, en cambio en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido por un periodo más prolongado que puede durar semanas o meses, en el 75% de los casos.

¿Pero, qué método anticonceptivo puedo utilizar si estoy lactando?

Para escoger el método anticonceptivo más adecuado para cada mujer es necesario tener en cuenta varios aspectos como la vía de nacimiento del bebé (parto o cesárea), el plan de vida de la madre, es decir, si no desea un futuro embarazo. También se deben tomar en cuenta los antecedentes médicos y las enfermedades asociadas de la madre, particularmente si tiene riesgo de presentar un tromboembolismo venoso.

En este punto cabe mencionar que las mujeres en puerperio corren más el riesgo de desarrollar un tromboembolismo venoso hasta los 21 días posparto.

Existen varios métodos anticonceptivos que se pueden utilizar durante el periodo de lactancia:

- I. MELA (lactancia materna exclusiva). Es efectiva en el 98% de los casos, pero debe cumplir los criterios de Bellagio que son los siguientes.
 - a. Debe observarse una lactancia materna exclusiva

hasta los 6 meses postparto.

- b. Lactancia de tiempo completo sin reemplazos.
- c. Intervalos cortos entre tomas diurnas y nocturnas.
- d. Debe estar en amenorrea.

En cuanto la madre empieza a menstruar debe de cambiar por un método de larga duración.

- II. MÉTODOS DE LARGA DURACIÓN. Dentro de estos, contamos con el dispositivo intrauterino con gestágenos y el implante subdérmico, que pueden utilizarse de manera segura en el postparto inmediato y son compatibles con la lactancia.
- III. Los métodos hormonales de corta duración que son conocidos como hormonales combinados (gestágenos y estrógenos) no se deben administrar durante la lactancia, porque pueden disminuir la producción de leche, aunque los estudios al respecto no son muy consistentes. Se pueden recomendar en el momento en que ya haya una alimentación complementaria en el bebé (después de los 6 meses de edad), porque en ese momento la administración de leche materna ya no es de tiempo completo y sin reemplazos y seguramente la madre empezará a menstruar, lo que significa que ya está ovulando.
- IV. Los métodos de barrera como el preservativo, se puede utilizar sin restricción; el diafragma vaginal se

BIBLIOGRAFIA

- recomienda utilizar 6 semanas después del parto, dada la distensión de los tejidos por el parto.
- V. La anticoncepción permanente como la ligadura de las trompas de Falopio, la salpingectomía o la vasectomía, cuando se decide no tener más hijos.

Es importante acudir con un profesional para una consejería adecuada para cada caso y cuando no se tenga acceso a uno en forma inmediata, se puede consultar la página de internet **e-lactancia.org** para una información más detallada.

1. Pudlowski J. Anticonceptivos y sexualidad en el posparto. UNICEF Uruguay. 2023. Acceso 15 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/anticonceptivos-y-sexualidad-en-el-posparto>
2. Castellanos-Villegas, Ashley E., Hernández-García, Jorge D., & Vázquez-Martínez, Edgar R.. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y reproducción humana*, 37(1), 31-38. Epub 05 de junio de 2023. <https://doi.org/10.24875/per.22000013>
3. Celis-González C, Palacios S, Durand-Carbajal M, Antonio-Regidor P. Anticoncepción Oral libre de estrógeno. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(Supl 1):S1-S12. <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3856>



El contenido de este boletín puede ser reproducido por medios físicos o electrónicos siempre y cuando se haga referencia de que fue obtenido del Boletín para Pacientes del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato.