



Miembro de la Federación de Pediatría del Centro Occidente
Miembro de la Confederación Nacional de Pediatría de México



Boletín para pacientes

Julio – Septiembre 2025

Volumen 3, Número 3

EDITORES

Dr. Gabriel Cortés Gallo

Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo

ÍNDICE

SECCIÓN	ARTÍCULO	AUTORES	PÁGINA
Cuidados inmediatos de una lesión	Asfixia por aspiración	Dr. Manuel Lara Márquez	4
Lactancia	Síndrome de D-MER	Dra. Laura Elena Alonso Eguía-Liz	7
Literatura infantil	Nutrición del lenguaje y desarrollo cerebral	Dra. Lidia Negrete Esqueda	11
Salud mental	Las dos caras del miedo	Dr. Salvador Santoyo Rincón	15
Reanimación básica	¿Qué es, para qué sirve y por qué es importante un desfibrilador automático externo?	Dra. Celia Isabel Mulgado Aguas	20

CUIDADOS INMEDIATOS DE UNA LESIÓN

ASFIXIA POR ASPIRACIÓN

Dr. Manuel Lara Márquez¹

¹Cirujano pediatra Capítulo Salamanca
Bol Col Ped Gto 2025;3(2):4-5

La asfixia por aspiración ocurre cuando un cuerpo extraño (alimento, juguete, etc.) queda alojado en las vías respiratorias, lo que impide que el aire entre y salga de los pulmones con normalidad. En 2020, en los Estados Unidos de América ocurrieron 5000 muertes por aspiración de cuerpo extraño, siendo la primera causa de muerte no intencionada en menores de 1 año de edad.

Los cuerpos extraños aspirados pueden ser de naturaleza diversa: material orgánico, como los frutos secos (cacahuates, nueces, almendras, etc.) o material inorgánico (juguetes, objetos escolares, etc.).

La edad más frecuente en que ocurren las aspiraciones es entre 1 y 3 años, debido a que el niño explora su entorno y se lleva a la boca cualquier objeto que esté a su alcance. Además, en esa etapa del desarrollo los niños no tienen molares ni coordinación adecuada de los movimientos de masticación y deglución, lo que los hace propensos a aspirar alimentos duros (cacahuates, almendras, etc.). En niños preescolares y escolares las aspiraciones suceden durante el juego, ya que es común que corran, brinquen o griten mientras comen o tienen objetos en la boca.

El diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño puede sospecharse cuando un miembro de la familia u otra persona vió al niño aspirar la comida o un objeto pequeño, y posteriormente notó signos de angustia, tos, y/o dificultad para respirar. Si este

episodio agudo pasa desapercibido, el niño puede no ser diagnosticado correctamente y semanas o meses después presentar cuadros de neumonías recurrentes que pueden destruir el pulmón.

Cuidados iniciales

Las situaciones que se pueden encontrar cuando un niño aspira un cuerpo extraño son las siguientes:

1.- Si el niño se está asfixiando pero puede toser, hablar y respirar:

- Significa que la vía respiratoria no está completamente obstruida. Hay que tranquilizar al niño, observarlo y asegurarse de que se recupera por completo.
- **NO** intente sacarle el objeto de la garganta ni le dé palmaditas en la espalda, ya que estas conductas pueden empeorar la situación.

2.- Si el niño está consciente pero no puede respirar, hablar ni emitir sonidos, o se está poniendo azul:

- Esta situación requiere de realizar urgentemente compresiones abdominales (maniobra de Heimlich), para desalojar el cuerpo extraño de la vía aérea. En los siguientes enlaces de YouTube se muestra como realizar la maniobra en niños menores de 1 año, en niños mayores de 1 año, en adultos, y la auto maniobra de Heimlich (también llamada maniobra de Heimlich en uno mismo):

(<https://youtu.be/eUCVvA8HThE?si=RfPO4MpvWZWlLSe> y <https://youtube.com/shorts/PUyfCykmnHE?si=G8kPtKPX-ZC06XtX>).

3.-Si el niño que se estaba asfixiando está ahora inconsciente y ha dejado de respirar:

- Grite para pedir ayuda y llame al 911
- Inicie las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

¿Cuándo buscar atención médica?

Lleve al niño a un servicio de urgencias después de cualquier episodio de asfixia importante. Acuda también al servicio de urgencias si:

- El niño tiene tos persistente, babea, tiene arcadas, jadea y/o tiene dificultad para respirar o tragar.
- El niño se ha puesto azul, o ha perdido el tono muscular o la consciencia durante un episodio de atragantamiento.
- Hay sospecha de que se ha tragado un objeto, como un juguete o una pila.

¿Cómo prevenir la asfixia por aspiración?

- En menores de cuatro años de edad, evite alimentos que suponen un riesgo: frutos secos (cacahuates, nueces, almendras, etc.), hot dogs, uvas, zanahorias crudas, caramelos duros o gomosos, pastas o patés densos, trozos grandes de carne o queso, palomitas de maíz.
- Asegúrese de servir los alimentos en trozos pequeños.

- Enseñe al niño a sentarse en todas las comidas y a que no hable ni se ría mientras tenga comida en la boca.
- Los juguetes y objetos de uso doméstico también tienen un riesgo de asfixia, como los globos desinflados, monedas, cuentas, partes pequeñas de juguetes, pilas.
- Revise el piso de su casa para comprobar que no haya objetos que el niño se pueda llevar a la boca.
- Elija juguetes seguros y adecuados para la edad. Siempre siga las recomendaciones del fabricante en lo relativo a la edad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Choking. KidsHealth. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/choking.html>. Consultado el 22 de julio de 2025.
2. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ingesta de Cuerpos Extraños. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/26_Ingesta_CE_4ed.pdf. Consultado el 22 de julio de 2025.
3. Arredondo-Arreola L. Aspiración de cuerpo extraño. Acta Pediátrica de México. 2018; 39(6):369–70. doi: 10.18233/APM39No6pp369-370.
4. Foreign Body Aspiration. Children's Hospital of Philadelphia (CHOP). Disponible en: <https://www.chop.edu/conditions-diseases/foreign-body-aspiration>. Consultado el 22 de julio de 2025.

LACTANCIA

SÍNDROME DE D-MER

Dra. Laura Elena Alonso Eguía-Liz¹

¹Pediatra Hospital General Irapuato, Profesional de lactancia materna Pilu

Capítulo Irapuato

Bol Col Ped Gto 2025;3(3):7-9

¿Te ha pasado que después del nacimiento de tu bebé, cuando iniciaste tu lactancia, tuviste una sensación extraña, desagradable, que te ha hecho abandonar o pensar en abandonar la lactancia materna, sentirte triste o incluso enojada y luego te sientes culpable porque lo que se supone que debería de ser algo maravilloso a ti te causa malestar o desagrado?

No te sientas mal, esto no significa que no seas apta para amamantar, y mucho menos que eres una mala madre, déjame explicarte. Existen dos condiciones fisiológicas que pueden provocar esto, una conocida como BAR u otra como D-MER; nos ocuparemos de esta última (ambas están bajo el mismo espectro). El reflejo disfórico de eyección de la leche (D-MER por sus siglas en inglés **Disphoric Milk Ejection Reflex**) es una condición que presentan algunas mujeres en el periodo de lactancia que provoca sensaciones negativas durante la bajada de la leche o durante su extracción. También se ha asociado a la caída de los senos durante la lactancia. (1)

A qué se debe esta condición?

Aunque este fenómeno ha sido poco estudiado, se ha relacionado con factores hormonales, como la alteración en la liberación en forma abrupta de ciertas hormonas como la

dopamina (la hormona conocida como la hormona del amor). Nada tiene que ver con la depresión postparto o el dolor de los pezones por un mal agarre. Ésta es una condición meramente orgánica, no psicológica o psiquiátrica y se presenta como consecuencia de una disminución repentina de ciertas hormonas. En la literatura se ha registrado una frecuencia de entre el 5 y 9% de las mujeres que amamantan, pero hay revisiones que hablan hasta de un 28%, es decir, que hasta 28 mujeres de 100 pueden presentar esta condición.

Durante el proceso de producción de la leche, se liberan hormonas como la prolactina, que induce la producción de la misma y al mismo tiempo, se libera oxitocina, que es la encargada de producir mediante la contracción de fibras musculares que se encuentran en la mama, el reflejo de eyección; estas mismas hormonas inhiben la liberación de otra hormona llamada dopamina, esto quiere decir que estas hormonas que están encargadas de la producción y liberación de la leche, antagonizan la liberación de la hormona dopamina, que es la encargada de la producción de sensaciones agradables como el amor, paz, tranquilidad.



En esta condición, el síndrome de D-MER, al parecer, se produce una disminución abrupta de la dopamina, que hace que se presenten estos síntomas. Su duración es variable, de acuerdo a los registros y puede ir desde pocos segundos hasta cerca de dos hasta diez minutos.

Se puede presentar con diferentes síntomas, todos asociados a sensaciones negativas tales como:

- Tristeza o desesperanza
- Odio a sí mismo o baja autoestima
- Sensación de vacío o hundimiento en el estómago
- Sentimientos de miedo o pavor
- Ira, tristeza o agitación
- Ansiedad o irritabilidad
- Algunas mujeres lo describen como “sensación de caída en un hoyo” y en otros reportes, se habla de situaciones más extremas como ideaciones suicidas

Estas sensaciones pueden ser tan intensas que es posible que conduzcan u orillen a la madre a que decida la suspensión del amamantamiento o de la decisión de suspender la extracción de la leche.

¿Cómo se puede diagnosticar esta condición?

No existen muchas investigaciones acerca de esto. Se han hecho publicaciones de casos, revisiones de publicaciones, validaciones de cuestionarios a las madres en el periodo de lactancia y apenas se ha documentado este fenómeno, por lo que es muy importante que la madre en periodo de lactancia lleve un seguimiento estrecho y que describa los síntomas a su médico, especificando en qué momento ocurren esas sensaciones negativas ya que eso puede ayudar al diagnóstico

¿Cómo se trata el D-MER?

No existe tratamiento para la D-MER porque los investigadores aún no la comprenden por completo. Controlar los síntomas y encontrar maneras de afrontarlos son opciones para controlar la condición.

Algunas de las técnicas más comunes para controlar los síntomas de D-MER son:



1. **Aumenta el contacto piel con piel:** si estás amamantando, intenta acercar a tu bebé a tu cuerpo. Esta sensación puede reducir tus niveles de cortisol y

disminuir tu frecuencia cardíaca, casi como un efecto calmante.

2. **Practica la meditación o la respiración profunda:** intentar relajarte es fundamental. Esto reduce la ansiedad y el estrés. Respira profundamente por la nariz y exhala por la boca.
3. **Encuentra otras formas de relajarte:** recibir un masaje, escuchar música o sumergirse en una bañera tibia justo antes de amamantar puede ayudar a relajarse y calmarse.
4. **Distracción:** come, mira televisión o realiza otras actividades durante la bajada de la leche como distracción.
5. **Busca apoyo:** ya sea con tu pareja, un amigo (a) o un grupo de apoyo en línea, o tu red social, encuentra personas que te escuchen, te hablen y te cuiden.

La duración de esta condición puede ser variable; en la gran mayoría de los casos, se resuelve en aproximadamente tres meses, aunque hay algunos casos en los que puede durar durante toda la lactancia.

Recuerda que la falta de información es una de las principales causas de suspensión de la lactancia, es por eso que es importante considerar que si presentas estos síntomas o tienes esa sensación negativa y desagradable al momento de amamantar, que busques ayuda profesional, con médicos actualizados, expertos en lactancia materna para que te puedan asesorar y acompañar en este proceso y puedas llevar a cabo tu lactancia que te beneficia tanto a ti como a tu bebé a corto, mediano y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cleveland Clinic. Dysphoric Milk Ejection Reflex (D-MER) [Internet]. Cleveland (OH): Cleveland Clinic; [revisado 24 de abril de 2024; consultado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24879-dysphoric-milk-ejection-reflex>
2. Australian Breastfeeding Association. Dysphoric Milk Ejection Reflex (D-MER) [Internet]. Australia: Australian Breastfeeding Association; c2025. [revisado abril 2022; consultado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/d-mer>.
3. Heise, AM, Wiessinger, D. Reflejo disfórico de eyección de leche: Reporte de un caso. *Int Breastfeed J* 6 , 6 (2011). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-6>
4. Lactancia materna Med. Febrero de 2025;20(2):133-139. doi: 10.1089/bfm.2024.0172. Epub 6 de noviembre de 2024.
5. *Int Breastfeed J* de marzo de 2025;20(1):13. doi: 10.1186/s13006-024-00692-3
6. Middleton et al. *International Breastfeeding Journal* (2025) 20:13 <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00692-3>

LITERATURA INFANTIL

NUTRICIÓN DEL LENGUAJE Y DESARROLLO CEREBRAL

Dra. Lidia Negrete Esqueda¹

¹Pediatra, Capítulo León

Bol Col Ped Gto 2025;3(3):11-13

De la misma forma que es necesaria una buena nutrición a los niños para su crecimiento; el cerebro requiere de estímulos adecuados para incentivar su desarrollo; uno de ellos es la **nutrición del lenguaje** que se define como la exposición a interacciones lingüísticas de calidad y cantidad entre adultos y niños, que lo nutren en su contexto social y del lenguaje (1).

A mayor número de palabras a que se expone al niño; mejor vocabulario, desarrollo del lenguaje, capacidad de expresión y de lectura. No es suficiente con exponerlos a relatos extensos por medios electrónicos pantallas, audios, se requiere de un lenguaje personal dirigido a ellos (2).

La calidad y cantidad del lenguaje que los padres dirigen a sus niños es un factor determinante en el aprendizaje del lenguaje (3). El vocabulario de un niño a los 3 años de edad, es un fuerte predictor de su capacidad lectora en el 3er año de primaria, es factor decisivo para su éxito académico y su salud (4). Un mejor nivel educativo, propicia una vida más sana, con menor probabilidad de caer en conductas de

riesgo, violencia, desempleo y con una más alta expectativa de vida (1).

Es importante hacer del conocimiento de los padres que hablar a los bebés, conversar con ellos intercalando turnos entre padres e hijo cuando ya habla y leerles, potencia el aprendizaje del lenguaje además de la oportunidad de convertirse en sus primeros y mejores maestros al compartir cantidad y calidad de tiempo (1, 5).

En esta misión, el pediatra adquiere un papel relevante al incorporar prácticas de promoción de la lectura; dar a conocer su importancia a los padres para brindar mejores condiciones de salud física y mental a los niños (6).

A continuación, se destacan algunas sugerencias (1).

¿POR QUÉ HABLAR A LOS NIÑOS?

- Al conversar pueden ser el primer y mejor maestro de su bebé.
- Hablarle ayuda a construir su cerebro.

- Reconoce la voz materna y aprende lenguaje antes de nacer.
- A más palabras que escuche, más aprenderá y le irá mejor en la escuela.
- Es una gran forma de construir lazos emocionales.
- Le enseña a vincularse socialmente con otras personas.
- La forma más simple y potente de aumentar las oportunidades educativas es hablando a tu hija o hijo.

¿CÓMO HABLARLES?

- Habla con tu bebé todos los días y tanto como puedas.
- Platica a tu bebé tus actividades regulares.
- Está atento a sus expresiones y sonidos, celébralas.
- Hazle preguntas y estimula a que responda con gestos, sonidos o palabras.
- Háblale con voz cantada las palabras, esto ayuda a su aprendizaje.
- Utiliza palabras reales y frases en forma repetida.
- Enseña nuevas palabras a través de **cantos, lecturas e historias**.
- Evita el uso de grabaciones y pantallas (TV, celulares).
- No necesitas juguetes, o saber cómo leer libros a tus hijos, solo requieres de tus palabras.
- Anima a que otras personas hablen con tu bebé.

Una vez que inicia la nutrición del lenguaje, a través del diálogo frecuente, da pie a iniciar la lectura de cuentos, rimas y otros textos, para inculcar el hábito lector. El diálogo directo entre padres e hijos es el prólogo para establecer la tríada padre-libro-hijo, formando un triángulo afectivo en el que se refuerzan lazos de unión. No olvidar que la lectura a través de la vida nutre las habilidades cognitivas y socioemocionales de los niños, con beneficios en su salud física y mental.



Fig. **Conexión madre-hijo a través del lenguaje.**

Lidia Negrete Esqueda

BIBLIOGRAFIA.

1.-Head Zauche L, Darcy Mahoney AE, Thul TA, Zauche MS, Weldon AB, Stapel-Wax JL. The Power of Language Nutrition for Children's Brain Development, Health, and Future Academic Achievement. *J Pediatr Health Care*. 2017 Jul-Aug;31(4):493-503. doi: 10.1016/j.pedhc.2017.01.007. PMID: 28641740.

2.- Weisleder, A., & Fernald, A. (2013). Talking to Children Matters: Early Language Experience Strengthens Processing and Builds Vocabulary. *Psychological Science*, 24(11), 2143-2152. <https://doi.org/10.1177/0956797613488145> (Original work published 2013)

3.- Rowe, M.L. (2012), A Longitudinal Investigation of the Role of Quantity and Quality of Child-Directed Speech in Vocabulary Development. *Child Development*, 83: 1762-1774. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01805.x>

4.- Dickinson, D.K. and Porche, M.V. (2011), Relation Between Language

Experiences in Preschool Classrooms and Children's Kindergarten and Fourth-Grade Language and Reading Abilities. *Child Development*, 82: 870-886. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01576.x>

5.-Mata Anaya, J. (2013) "Leer a los hijos, con los hijos, ante los hijos," Colección 'Familias lectoras'. Consejería de Educación. Junta de Andalucía. Sevilla.

6.- Klass P, Miller-Fitzwater A, High PC; COUNCIL ON EARLY CHILDHOOD . Literacy Promotion: An Essential Component of Primary Care Pediatric Practice: Policy Statement. *Pediatrics*. 2024;154(6):e2024069090. doi:10.1542/peds.2024-069090

SALUD MENTAL

LAS DOS CARAS DEL MIEDO

Dr. Salvador Santoyo Rincón¹

¹Médico pediatra Hospital General Salamanca, Capítulo Salamanca
Bol Col Ped Gto 2025;3(3):15-18

El miedo es una emoción cuya función es la de advertirnos de que algo es peligroso para que tomemos acción al respecto. Es un mecanismo de defensa que nos ayuda a sobrevivir. Es una sensación, habitualmente desagradable, que nos prepara para reaccionar ante una adversidad, o una situación percibida como amenazante y potencialmente dañina. Por lo tanto, su existencia es incómoda, pero necesaria. Tal como lo es el dolor, tan molesto como útil, ya que nos señala una parte del cuerpo que requiere atención.

Este mecanismo se detona y se regula en el cerebro, órgano diseñado para aprender a sobrevivir con la mayor eficiencia, es decir, hará lo posible para mantenernos vivos con la menor inversión de energía.

El detonante del miedo llega al tálamo cerebral a través de los órganos de los sentidos y/o la imaginación. De ahí la señal se envía al hipocampo (área relacionada con la memoria), en donde el estímulo recibido se compara o busca relación con los recuerdos que se tienen y esa información se envía a la amígdala, que determina si el estímulo representa una amenaza o no, con base en lo que se tiene en la memoria. De ser así, envía, por un lado, una señal al tálamo, que interpreta la amenaza y dirige la información a la corteza prefrontal para el actuar (huir

o luchar). Y por el otro lado, manda un estímulo al hipotálamo para ordenarle que inicie la cascada de respuesta al estrés mediante la producción de la hormona liberadora de corticotropina, la cual actuará en la hipófisis anterior promoviendo la excreción de la hormona corticotropina, para a su vez, inducir en la glándula suprarrenal la liberación de cortisol y adrenalina, quienes causan los cambios fisiológicos que se observan en el cuerpo durante el estrés agudo (Figura 1), tales como:

- A) Aceleración de la frecuencia e incremento de la fuerza de la contracción cardíaca y el flujo sanguíneo.
- B) Aumento del tono y la fuerza de los músculos.
- C) Elevación de la concentración de la glucosa sanguínea.
- D) Incremento de la presión arterial y mejora de la distribución de oxígeno y nutrientes.

Estos efectos preparan al cuerpo para huir o luchar.

Hasta este punto, ante una amenaza real, todos estos cambios resultan fisiológicos, útiles y deseables. Este es un miedo adaptativo y funcional.

Sin embargo, la exposición a estímulos amenazantes de manera prolongada en frecuencia, duración y/o intensidad, puede ocasionar que este proceso fisiológico se torne disfuncional. Ya que es posible que se detone la cascada de respuesta al estrés ante un estímulo interpretado como amenazante cuando en realidad no lo es. O peor aún, cuando se pierde la capacidad de reaccionar ante una amenaza real.

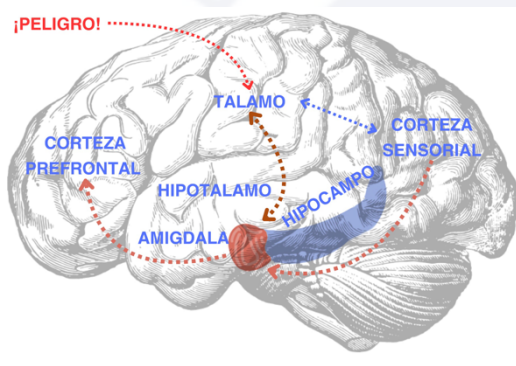


Figura 1: Procesamiento del estímulo amenazante.

Así, un evento traumático único, pero muy cargado de intensidad, como un accidente, un desastre natural o una situación que haya puesto en peligro la vida propia o la de terceros, puede ser suficiente para crear estos atajos. Eso mismo pasa, cuando de manera frecuente y/o prolongada, se expone una persona a eventos que amenazan su seguridad, su integridad o bienestar. Los niños

son especialmente susceptibles a ello. Y aunado a esto, también cabe resaltar su capacidad para aprender los modos de afrontamiento de sus figuras parentales, es decir, pueden ser contagiados y/o protegidos con los miedos de sus cuidadores y sus formas de afrontar las adversidades.

Como se comentó previamente, el cerebro busca mantenernos vivos administrando eficientemente la energía, por ello, crea atajos o circuitos alternos, entre la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, sin pasar por el tálamo (encargado de razonar e interpretar la información), por lo tanto, se pueden presentar conductas dirigidas por información no racionalizada, y con intensa carga emocional.

Cuando esto pasa en niños y adolescentes, pueden llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad, si presentan síntomas que causan malestar considerable o disfunción significativa en su desarrollo psicomotor, cognitivo o del lenguaje; cuando dificultan el aprendizaje escolar y/o la sana interacción social; cuando se ven desbordados por sus emociones y/o tienen problemas para autorregularse, relajarse, dormir y/o disfrutar (de juegos, comidas, actividades recreativas, etc.).

El trastorno de ansiedad en niños puede manifestarse de 6 maneras generales:

1) Trastorno de ansiedad por separación.

Más frecuentes en preescolares y escolares, implican el miedo a separarse de sus figuras de apego.

Temen que los abandonen o que sufran algún accidente y cualquier situación que los aleje de ellos.

2) Fobia específica.

Desarrollan miedo irracional y desproporcionado a un objeto, situación, persona o animal específico. Muestran conductas evitativas e incluso pueden desencadenar ataques de pánico ante el estímulo.

3) Trastorno de pánico.

Desencadenan síntomas de ansiedad muy intensos de manera súbita y muchas veces sin un factor causal conscientemente identificado. Evitan situaciones asociadas con los ataques de pánico previos por miedo a desarrollar un nuevo evento de pánico. (Tienen miedo de tener miedo).

4) Mutismo selectivo.

El niño pierde la capacidad de emitir palabras en ciertas circunstancias o con las personas fuera de un círculo selecto con los que puede hablar e interactuar normalmente.

5) Trastorno de Ansiedad social.

Es más frecuente entre adolescentes y escolares. Tienen síntomas de ansiedad ante situaciones en las que están

expuestos al juicio de los demás. (Evitan destacar en público, incluso prefieren no hablar ante situaciones tan necesarias y comunes como el hacer la parada en el transporte público al llegar a su destino o pedir permiso para ir al baño).

6) Trastorno de Ansiedad generalizada.

Habitualmente desarrollan síntomas de ansiedad ante situaciones muy variadas cuya resolución frecuentemente no depende de ellos, sino de terceras personas. Sufren a causa de sus pensamientos pesimistas y ante situaciones cuya presentación es poco probable y/o a muy largo plazo.

Estos miedos son aprendidos y como tal, el tratamiento consiste en desaprenderlos, para ello puede ser de utilidad la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Sistémico-Familiar, la psicoeducación y la promoción de factores de protección, tales como:

- A) Fortalecer la autoestima, reconociendo sus cualidades y habilidades.
- B) Abrir canales de comunicación y evitar juicios innecesarios.
- C) Alentar la participación en actividades recreativas, deportivas, artísticas y al aire libre (en contacto directo con la naturaleza).

- D) Promover el apego seguro y modos de afrontamiento más sanos.
- E) Facilitar la sana convivencia con sus pares.
- F) Inculcar la higiene del sueño, la meditación y la autorregulación (mediante el control de la respiración, por ejemplo).

En ocasiones, cuando los síntomas son muy severos o si causan tal disfunción, que les resulta imposible participar de la terapia, los medicamentos pueden ser de ayuda. Los más frecuentemente usados en niños y adolescentes son los inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, etc.); a veces la risperidona (un antipsicótico) puede ayudar a regular la irritabilidad y mejorar la calidad del sueño; y muy rara vez se utilizan los ansiolíticos (clonazepam, alprazolam, diazepam, etc.) que pueden ser de utilidad en caso de síntomas muy graves y/o en ataques de pánico severos.

El trastorno de ansiedad o el miedo patológico puede llegar a ser tan incapacitante que afecta severamente la calidad de vida de quien lo sufre y de sus familiares. Requiere la intervención oportuna del psicólogo, del pediatra, del paidopsiquiatra y de los maestros y entrenadores; pero en especial del amor, el apoyo, la paciencia y la comprensión de sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Walder, N., Frey, A., Berger, T., & Schmidt, S. J. (2025, June 12). Digital mental health interventions for the prevention and treatment of social anxiety disorder in children, adolescents, and young adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e67067.
<https://doi.org/10.2196/67067>
- 2.- Zugman, A., Winkler, A. M., Qamar, P., & Pine, D. S. (2024, March). Current and future approaches to pediatric anxiety disorder treatment. *American Journal of Psychiatry*, 181(3), 189–200.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20231037>
- 3.- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

REANIMACIÓN BÁSICA

¿QUÉ ES, PARA QUÉ SIRVE Y POR QUÉ ES IMPORTANTE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO?

Dra. Celia Isabel Mulgado Aguas¹

¹Intensivista pediatra Hospital General León, Capítulo León

Bol Col Ped Gto 2025;3(3):20-23



La probabilidad de que una persona sobreviva disminuye entre un **7% y un 10% cada minuto** que no se restablece el latido normal.



La RCP y el uso del DEA pueden **duplicar o incluso triplicar** las posibilidades de que una persona sobreviva.



El personal no médico, como policías, bomberos, asistentes de vuelo y guardias de seguridad, está entrenado para usar los DEA. Otras personas que hayan recibido entrenamiento en RCP también pueden usarlos.

Hola nuevamente a toda la comunidad pediátrica y sus familias, en este capítulo del boletín y sexto de reanimación básica estaremos de nuevo en contacto con ustedes y platicaremos sobre algunos puntos importantes del desfibrilador automático externo (DEA), dispositivo muy importante para lograr realizar una reanimación exitosa.

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.

Acordarse 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

No olvidar que 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.

4.- Intervenciones de reanimación avanzada

5.- Cuidados post paro cardiorrespiratorio

En el punto 6 recordemos que 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

6.- Recuperación

En este número nos enfocaremos de una manera más específica en el desfibrilador automático externo (DEA) que debemos utilizarlo tan pronto lo tengan disponible. El DEA será muy importante para comprobar el ritmo del corazón en el que se encuentra la víctima.

Un DEA o desfibrilador externo automático es un dispositivo o equipo portátil y ligero. Sirve para administrar una descarga eléctrica desde el pecho de la víctima hasta el corazón, esto se realiza cuando detecta un ritmo del corazón que no es normal y hace que

el corazón recupere su ritmo, o sea que lata de una manera normal.

Los DEA permiten ayudar a las personas que presentan un paro cardíaco súbito, esto sucede en el momento que el corazón deja de latir abruptamente y de manera regular. Esto puede suceder cuando el sistema eléctrico del corazón deja de funcionar de manera adecuada. Cuando sucede un paro cardíaco (PCR) si no se logra dar tratamiento de manera rápida y efectiva, puede causar la muerte en pocos minutos.

Cuando se logra utilizar el DEA permite realizar una intervención fundamental que logra salvar vidas.

Son una parte básica de la atención a un paro cardíaco. El riesgo de que una persona sobreviva disminuye alrededor de un 7% a un 10% cada minuto que no se logra que el corazón lata de una manera normal. Por ello en conjunto la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el utilizar el DEA pueden generar el doble o hasta el triple de probabilidades de que una persona sobreviva.

¿Cualquier persona puede usar un DEA?

Los DEA están diseñados para que los puedan usar la población en general o las personas que saben reanimación pero que no son personal de salud. Se pueden trasladar fácilmente, siguiendo las instrucciones, no generan riesgos, son amigables y eficaces. No se necesita obligadamente entrenarse sobre cómo usar el DEA, pero para lograr un mejor uso de él es muy valioso capacitarse y con ello tener la

competencia para su uso. Los DEA detectan con precisión cuándo (o cuándo no) administrar una descarga.

¿Cuál es el funcionamiento de un DEA?

El DEA proporciona indicaciones de voz, a través de luces con mensajes de texto para orientar y guiar al reanimador paso a paso en los puntos a realizar.

Algunos DEA vienen con 2 juegos de parches, uno para adultos y otro para niños. Se considera un niño a la persona mayor de 1 año y que aún no haya llegado a la pubertad. Para personas mayores de 8 años se recomienda usar parches para adultos al realizar una desfibrilación.

Se aconseja seguir las recomendaciones de uso para garantizar el ofrecer todos los beneficios que ofrece el DEA, como se enumeran a continuación:

1. Se enciende el DEA y se siguen las indicaciones verbales que ofrece.
2. Se deben retirar las prendas de vestir del pecho de la víctima, en algunas situaciones se requiere secar el área del pecho.
3. Se debe quitar la protección plástica de los parches y se deben colocar

sobre el pecho de la víctima siguiendo las recomendaciones del sitio correcto de colocación.

4. Instalar el conector o cable de los parches al DEA.

5. El DEA hará un análisis para evaluar si la víctima requiere realizar una descarga e indicará en qué momento se debe administrar. Al momento en el que el DEA hace su evaluación del ritmo, es importante que nadie toque a la víctima.

6. Al analizar si se detecta que no se requiere dar una descarga, el DEA te lo dirá y será vital que continúes dando RCP. Ahora bien, si te indica que se requiere una descarga, será importante que ninguna persona toque a la víctima y tras asegurarte de ello, habrá que presionar el botón que indique dar la descarga y tras dar la descarga deberás continuar dando RCP.

7. Se requiere que continúes dando RCP hasta que el personal de emergencias acuda al sitio y siga con la atención de la víctima

¿Dónde se localizan los DEA?

Las ambulancias, los vehículos de autoridades policiales, de bomberos y de respuesta a emergencias deberían tener un DEA.

También en estos lugares:



También podrían ubicarse DEA en áreas públicas como instalaciones deportivas, centros comerciales, aeropuertos, aviones, empresas, centros de convenciones, hoteles, escuelas, piscinas y consultorios médicos. También podrían estar en cualquier otro lugar público o privado donde se reúnan muchas personas, como cerca de ascensores, cafeterías, lugares de recepción principales y en las paredes de los pasillos principales.

Será importante que puedas informarte en qué lugares de tu municipio están disponibles, por si te encontraras en una situación que se requiera reanimar a una víctima, y puedas solicitarlo a las personas a las que les pidas ayuda, y tener en cuenta la cadena de supervivencia, recordando que en conjunto con una RCP de alta calidad y una desfibrilación temprana se puede lograr un mejor éxito en la supervivencia de la persona que presente un PCR.

Si te interesa capacitarte, te comparto que la *American Heart Association* ofrece capacitación en RCP y DEA por medio de centros de entrenamiento. Para encontrar un centro de entrenamiento cerca de ti, llama a la oficina de la AHA más cercana o al 1-877-AHA-4CPR (1-877-242-4277). También puedes visitar heart.org/CPR.

Seguiremos en contacto en los siguientes boletines y nuevos capítulos, sigue leyéndonos y aprendiendo de todas las recomendaciones. No olvides visitar el sitio del colegio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- <https://cpr.heart.org/en/training-programs/aed-implementation>
- 2.- heart.org/AED



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.