

Una publicación del Hospital Pablo Tobón Uribe



alma

DEL HOSPITAL PARA TODOS

Nº 7
Julio/Diciembre
2017

Adiós mitos
sobre la fiebre

Cuidado y amor,
**necesidades del bebé
prematuro**

Trasplante renal,
**una oportunidad
de vida**



Somos una fundación
sin ánimo de lucro

www.hptu.org.co





En portada

Paciente pediátrico del Hospital

8

¡Mi hijo es el más bajito de la clase!



52

Cuidado crítico pediátrico: una unidad de educación y mucho amor

64

Lo que todos debemos saber sobre la Influenza



En esta edición

- 3 Editorial: Rescatar el deber
- 4 Departamento de **Pediatría**
- 6 Adiós mitos **sobre la fiebre**
- 8 Mi hijo es **el más bajito de la clase**
- 10 **Comunicación afectiva** de la mano de los pequeños pacientes y sus familias
- 12 ¿Qué hace **el terapeuta respiratorio** en la UCIP?
- 14 Mi bebé **¿amarillo como un pollito?**
- 16 Amor, compañía y experiencia **para los pacientes más pequeños**
- 20 Cuidado y amor, **necesidades del bebé prematuro**
- 22 El hospital que pone el alma **por los más pequeños**
- 26 Hablando claro **sobre la intoxicación**
- 30 Hijo, eso de crecer **puede doler**
- 32 Redes sociales, **cuestión de cuidado**
- 36 S.O.S: **que no abusen de su hijo**
- 38 Si se orina en la cama, **busque la causa**
- 40 Si vomita mucho **¿será reflujo?**
- 44 Trasplante renal, **una oportunidad de vida**
- 48 Y si el niño convulsiona **¿qué puedo hacer?**
- 50 **Lupe**
- 52 Cuidado crítico pediátrico: **una unidad de educación y mucho amor**
- 56 El Aula Pablito, **un lugar para sanar**
- 60 Educar como **herramienta para cuidar**
- 64 Lo que todos debemos saber **sobre la Influenza**
- 66 Enfermedades Genéticas: **diagnósticos asombrosos – soluciones esperanzadoras**
- 70 Brownies **de la abuela**

alma
DEL HOSPITAL
PARA TODOS

Director General: Dr. Andrés Aguirre Martínez

Comité Editorial: María Adelaida García B.,
Coordinadora Comunicaciones Corporativas
Ana María Rodríguez M.,
Coordinadora de Publicidad e Imagen Corporativa

Editora invitada: Carolina Tamayo Múnera,
M.D. Pediatra Intensivista

Fotos: Diego Alzate, Pexels

Diseño: InterMedia Publicidad
www.intermediapublicidad.com

Suscripciones: Departamento de Mercadeo
Teléfono: (5-74) 445 93 89, correo: sposada@hptu.org.co
Calle 78 B 69 - 240, Apartado Postal 3466
Conmutador (57-4-445 90 00), Medellín, Colombia

Lea y comparta
nuestra edición digital en:  www.hptu.org.co



Rescatar el deber

Andrés Aguirre Martínez, Director General



Por el hecho de ser seres sociales, los seres humanos influyen y a la vez son influidos por las características de la cultura del momento. Mucho se escribe hoy en día sobre las circunstancias actuales del modo imperante de vivir: ligereza, superficialidad, hipertrofia de los deseos, espontaneidad, individualismo, intrascendencia, etc.

Todo esto para afirmar que casi ha desaparecido y parece haber sido relegada a un lugar secundario, desde el punto de vista práctico, la noción del deber. Incluso, este se percibe como una carga, un estorbo, un lastre que pesa y hace pesada la existencia, como fuente de malestar y contrario a la buena vida. Pero es posible prescindir de esta noción?

Además de la dimensión de la libertad, que es la que abre un abanico de respuestas a diferentes estímulos, el ser humano está dotado de una razón que le permite descubrir que el universo, vasto y complejo, tiene un orden. El diccionario de la lengua española, lo define como: “colocación de las cosas en el lugar que les corresponde; concierto, buena disposición de las cosas entre sí; regla o modo que se observa para hacer las cosas; serie o sucesión de las cosas”. Y este orden, no resulta caprichoso y sin sentido. Por el contrario, tiene unas bases y se orienta a un propósito. De esta manera se puede emitir el juicio de lo que conviene, de una disposición que perfecciona, contrastada contra lo inconveniente y destructivo. Esa misma razón que lleva a la noción del orden

hizo que se pudiera acceder incluso a ordenar, no solo para restablecer un desorden sino incluso, para perfeccionar el mismo orden con una finalidad de hacer más provechoso el mundo, más seguro, más predecible. Tomar en cuenta ese orden, es lo que a su vez generó enormes capacidades como las de predecir, las de prevenir y las de proyectar. El orden es pues una noción trascendental, captada y que orienta a la libertad para iluminar la acción humana. El orden es el origen de la ley: “regla fija a la que está sometido un fenómeno de la naturaleza; cada una de las relaciones existentes entre los diversos elementos que intervienen en un fenómeno”. Y la ley lleva al deber que es “posibilidad que me impone racionalmente su elección”.

Desconocer y vivir de espaldas al orden, es el absurdo. Es ir hacia el caos, lo que libremente se puede elegir, pero lo que no se puede evadir son sus consecuencias por el simple principio de realidad, esa realidad ordenada que se impone a la razón y que se impone por real, porque ese es el modo

de ser de las cosas. Desconocido el orden, desaparece el deber y la obligación, que ha sido reemplazada por la seducción y los deseos irrefrenables que terminan minando la propia vida, la sociedad y el ambiente. Rescatar el deber es entonces una cuestión de mera sensatez y de un mayor bienestar. Desaparecerlo es entrar en el orden del desorden, que es máxima locura. El orden enseña que no hay causa sin efecto, y ser la propia causa de los defectos es terrible estulticia. La autonomía, que es el ejercicio

de la libertad, hay que llenarla de inteligencia y por tanto de realidad. Las cárceles, los hospitales y los cementerios están llenos de personas que usaron su autonomía sin límites. Lo lógico es por tanto, reclamarse el derecho a rescatar y a cumplir con el deber. ✕

Rescatar el deber es entonces una cuestión de mera sensatez y de un mayor bienestar.



Por: Mónica María Parra J.
M.D. Pediatra - Jefe de Pediatría



Departamento de **Pediatría**

El Hospital pablo Tobón Uribe cuenta para la atención del paciente pediátrico con los servicios de Hospitalización, Urgencias, Cuidado Crítico, Pediátrico y Neonatal.

01

HOSPITALIZACIÓN

PISO 9 PISO 9 PISO 8
UNIDAD 1 UNIDAD 2

02

URGENCIAS

03

UCCP
UCEP UCIP UNIDAD NEONATAL

En el Hospital Pablo Tobón Uribe, el paciente es nuestra razón de ser y en pediatría lo entendemos brindando lo mejor a nuestros pequeños y sus familias.

■ CONOCIMIENTO

Nuestra característica es la atención de alta complejidad que se refiere a los pacientes pediátricos que necesitan apoyo especializado para el manejo de su enfermedad tanto en ayudas diagnósticas y de laboratorio como de intervención de especialidades médicas. Contamos con subespecialidades de apoyo que ayudan en el manejo de este tipo de pacientes.

Contamos en todos los servicios con médico pediatra 24 horas y en Cuidado crítico pediátrico y neonatal con Pediatras con subespecialidad en el área.

■ HUMANISMO

En el hospital hemos pensado en la comodidad de las familias y el acompañamiento a los niños 24 horas, por eso las habitaciones en general cuentan con un lugar para el descanso de un acompañante en todas las secciones.

Nuestro servicio de urgencias cuenta con una planta física independiente de adultos desde su ingreso.

Teniendo presente que el estado anímico de nuestros pequeños pacientes es fundamental en su proceso de recuperación contamos con un área de recreación llamada Aula Pablito, dotada con elementos lúdicos y el acompañamiento de una docente que realiza, en compañía de alfabetizadores de varios colegios de la ciudad, actividades de recreación y académicas con los pacientes y las familias de aquellos niños que se encuentran hospitalizados durante largos periodos de tiempo.

■ TECNOLOGÍA

En cuidado crítico pediátrico y neonatal disponemos de tecnología e infraestructura que facilita el manejo adecuado de los pacientes complejos para todo tipo de enfermedades incluyendo infecciosas, respiratorias, neurológicas, cardiovasculares. ☒

NUESTRAS SUBESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

1. Alergología
2. Cardiología
3. Cirugía Infantil
4. Endocrinología
5. Gastroenterología
6. Genética
7. Hematología Pediátrica
8. Hepatología
9. Infectología
10. Nefrología
11. Neumología
12. Neuropediatría
13. Reumatología
14. Oftalmología Pediátrica
15. Oncología Pediátrica

La ventaja de acudir a nuestro Hospital es contar con la infraestructura, la tecnología, subespecialidades y atención integral centrada en el paciente y su familia.



Por: Marta Luz Contreras M.
M.D. Pediatra



¡Adiós mitos sobre la fiebre!

Para muchos padres, los cuadros febriles son una de las preocupaciones más grandes respecto a la salud de sus hijos. Sin embargo, no siempre hay que alarmarse. Aquí una guía.

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuente en las urgencias pediátricas y esto se debe al temor de que los niños pudieran estar cursando con una enfermedad grave o que la fiebre

pueda generar secuelas en su salud. Para evitar la formación de mitos, es papel de los médicos aclarar qué es este síntoma y cómo debe ser manejado por parte de los cuidadores.



o primero que hay que decir es que la fiebre es el aumento de la temperatura corporal mayor a 38° C, se presenta por la estimulación de unas sustancias llamadas pirógenos que actúan a nivel del hipotálamo que, entre otras funciones, hace las veces de centro regulador de la temperatura del cuerpo. Al mismo tiempo, se genera la secreción de prostaglandinas E2 ocasionando contracción de los músculos y vasos sanguíneos que conservan el calor, provocando como consecuencia el aumento de la temperatura. Esta última, puede incrementarse por infecciones, pero también existen otras causas como enfermedades inmunológicas, medicamentos, trastornos de la glándula tiroides, tumores y causas ficticias ocasionadas por ingesta de bebidas calientes, ejercicio y el estar muy abrigado.

Por su parte, así como el hipotálamo es estimulado para generar ese aumento de la temperatura, también produce la secreción de sustancias antipiréticas para que ese incremento de calor no genere daños.

¿Si hay fiebre quiere decir que tiene algo grave?

Existen muchas causas de fiebre, lo más importante es cuantificarla de manera objetiva y corroborar si en realidad está febril, así como mejorar el estado general del niño. Para ello, se sugiere ponerle ropa ligera y dar líquido. En primera instancia, no es necesario acudir de manera inmediata a los servicios de urgencias, puesto que la mayoría de las veces, entre las 36 y 48 horas siguientes se presentarán los otros síntomas y signos que, junto al examen físico, puede orientar sobre lo que está ocurriendo. En estos casos, es frecuente la aparición de infecciones virales en las que solo se manejarán los síntomas.

La fiebre alta produce convulsiones.

Estas reacciones que pueden presentarse en niños entre los seis meses y cinco años se dan independientemente del grado de temperatura. Esto se debe a la inmadurez del sistema nervioso central y a sus mecanismos de autorregulación de la temperatura. En caso de que ocurran, es mejor acudir a un centro de salud y descartar que no esté cursando una infección del sistema nervioso como meningitis o trastornos hidroelectrolíticos que, de no diagnosticarse a tiempo, pueden dejar secuelas.

Los antibióticos disminuyen la temperatura.

No. Su acción no es antipirética y no se deben utilizar de manera indiscriminada. Solo son útiles para tratar infecciones bacterianas que deben ser documentadas por el médico quien iniciará el manejo antibiótico según la enfermedad diagnosticada.

Con esto esclarecemos que la fiebre es un mecanismo del cuerpo para defenderse de una infección o manifestación de una enfermedad que, en la mayoría de los casos, no es grave. Como padres es importante entender que lo más importante es mejorar el estado general, solo administrar antipiréticos si lo requiere y no por horario, recordando que la causa de intoxicación más frecuente en niños es por sobredosis de acetaminofén.

Es importante además, tener claros cuáles son los signos de alarma para acudir de manera inmediata a la consulta por urgencias: el niño está irritable, letárgico, no come nada, no bebe nada, vomita todo, tiene dolor abdominal, signos de dificultad para respirar, respiración rápida, aleteo nasal, se le notan las costillas al respirar, refiere síntomas urinarios, signos de deshidratación, fiebre que persista por más de 72 horas sin sintomatología clara o sin mejoría y pacientes inmunocomprometidos. ☘

Finalmente, es importante que el personal médico disminuya esa angustia innecesaria generada por la fiebre y erradicar esa fobia, produciendo una mejor perspectiva acerca de ese síntoma.





Por: Carolina Jaramillo A. y Yenifer Monroy
M.D. Pediatras - Endocrinólogas

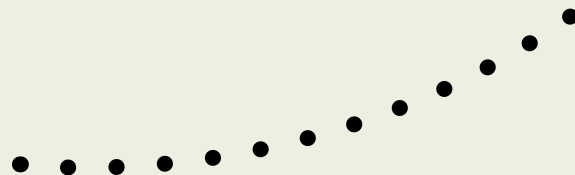
¡Mi hijo es el más bajito de la clase!

Tradicionalmente, el crecimiento se ha considerado indicador del estado de salud y bienestar de un individuo, por lo tanto, su evaluación hace parte fundamental de todos los programas de crecimiento y desarrollo.

Con frecuencia, la estatura se convierte en motivo de consulta entre pediatras y endocrinólogos pediatras. Sin embargo, hay que decir que el crecimiento es un proceso dinámico por lo que su normalidad no puede evaluarse solo desde la observación, también debe hacerse desde el contexto individual y familiar de cada paciente. Para ello, los especialistas cuentan con curvas de crecimiento específicas para la población. Su evaluación ideal debe realizarse de forma periódica, permitiendo definir si el ritmo de crecimiento se deteriora en el tiempo o se modifica según el momento de su desarrollo en la forma esperada.



Si la vigilancia continua del niño indica que su crecimiento no es adecuado, se sugiere evaluación especializada por endocrinología pediátrica para descartar patologías hormonales que pudieran beneficiarse de tratamiento.



■ ¿Cómo saber si su hijo crece de forma adecuada?

A menudo, los padres se preocupan por el crecimiento de sus hijos al compararlos con sus compañeros o pares. Sin embargo, la pregunta más importante es si crece con una adecuada velocidad. Idealmente, es el pediatra o endocrinólogo pediatra quien determinará si el niño crece correctamente, al evaluar su estatura en los patrones poblacionales y durante un periodo de tiempo aceptable, preferiblemente durante un año de vigilancia.

En ocasiones, el crecimiento lento es normal y temporal, como en la etapa inmediatamente anterior al inicio de la pubertad. Un endocrinólogo (especialista en las hormonas de los niños) o médico de cabecera puede ayudarlo a determinar por qué el niño está creciendo anormalmente lento.

■ ¿Cuáles son las causas más frecuentes de talla baja?

Los problemas más frecuentemente asociados incluyen: herencia familiar, es

decir, cuando los padres del niño son bajos o incluso, sus abuelos, tendrá una estatura final similar a sus familiares. La segunda causa es el retraso constitucional en el crecimiento y desarrollo, en este caso, el niño por su genética crece más tarde, pero alcanza una estatura final normal sin necesidad de ninguna intervención.


No obstante, existen otras causas de talla baja que deben descartarse siempre que incluyan trastornos nutricionales, digestivos, infecciones, factores psicosociales, entre otros.

■ ¿Qué estudios se deben realizar?

El parámetro más importante en la evaluación es la velocidad de crecimiento, los estudios de laboratorio e imágenes deben ser individualizados de acuerdo con la causa posible de la falla de crecimiento. Es preocupante que un niño mantenga una mala velocidad de crecimiento durante un año completo de evaluación. Sin embargo, la mayoría de los que tienen trastornos hormonales crecen menos de 5 centímetros en el año.

■ ¿Cómo puedo ayudarlo a mi hijo a lograr un mejor crecimiento?

Se debe fomentar hábitos de vida saludables, entre ellos:

1. Un sueño nocturno reparador.
2. Una dieta balanceada: la nutrición es el principal factor determinante del crecimiento durante toda la niñez.
3. Actividad física: preferiblemente regular, aeróbica y recreativa. 



Por: Julio Nicolás Torres Ospina y César Augusto Vanegas Díaz
M.D. Pediatras - Especialistas en Cuidado Crítico



Comunicación afectiva de la mano de los pequeños pacientes y sus familias

La sociedad moderna concentra sus esfuerzos en evitar y disminuir el sufrimiento, tratando de eludir su interpretación. Este sentimiento es inherente a la naturaleza del ser humano en ciertos momentos de la vida y el equipo de salud debe estar comprometido a acompañar al enfermo y a su familia a ayudarlo a buscar un sentido.

Uno de los espacios donde más se percibe el sufrimiento, es la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP). La intensidad de la experiencia que supone el paso por una UCIP es innegable. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace.

En la UCIP del HPTU hemos creado un grupo multidisciplinario, que pretende impactar las necesidades del paciente y su familia, para facilitarles que su experiencia sea lo más llevadera posible.

Se realizan talleres reflexivos y encuentros estructurados con las familias, que les permita la catarsis de estos momentos difíciles.

En esta experiencia de acompañamiento que hemos llevado a cabo en los últimos 5 años, hemos realizado 51 encuentros de escucha, 89 talleres reflexivos y 10 encuentros de mutua ayuda en el duelo, con la participación de 1655 personas.

Algunos comentarios de los padres asistentes:

“... nos enseña aprender la importancia de ponerse en el lugar del otro, comprender que todo en un hospital no es la enfermedad, sino también la fe y esperanza que quizás a muchos les gusta compartir ”

“...me permite evidenciar que mi caso personal no es el peor, que hay muchas personas viviendo lo que vivo yo y con sus experiencias puedo aprender a llevar de mejor forma mi situación ”

“Aprendí a ser más sensible y más consciente de que detrás de cada paciente hay una historia distinta. Además brindando una adecuada información a los padres y sacando un tiempo para ellos, podemos aliviar un poco su sufrimiento. Hay que abrir espacios para que ellos expresen sus sentimientos. Abrir un espacio para las familias es importante, para explicarles en un lenguaje más cotidiano lo que le sucede a su hijo y dejar que ellos expresen sus dudas y sentimientos ”



Por: Yomaira Bejarano
Terapeuta respiratoria especialista en cuidado crítico

¿Qué hace el terapeuta respiratorio en la UCIP?

Así como los médicos, enfermeras y auxiliares, estos profesionales velan por la vida de quienes están en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Su misión: apoyar el proceso de alivio de enfermedades respiratorias.



Los recién nacidos tienen particularidades del sistema respiratorio que los hacen diferentes a los adultos y, en ocasiones cada vez más frecuentes, están expuestos a infecciones respiratorias que algunas veces pueden ser graves. Cuando los pacientes ingresan a la UCI pediátrica y neonatal para ser atendidos encuentran allí al terapeuta respiratorio para brindarle, desde su quehacer, una intervención que sumada a muchas otras medidas terapéuticas favorece el alivio de la enfermedad.

Pero ¿quién es el terapeuta respiratorio? Es el profesional que se forma para atender pacientes con problemas respiratorios a través del uso de diferentes técnicas y la ayuda de equipos como ventiladores mecánicos, que permiten brindar soporte para garantizar el adecuado manejo de la respiración.

Algunas de las actividades que realiza en la unidad se dirigen a la atención de los pacientes que requieren manejo de la vía aérea y el cuidado de la misma, así como el acompañamiento al personal de enfermería y auxiliar en los procedimientos que se realizan a pacientes inestables y que están sometidos a ventilación mecánica.

Una labor en equipo

El terapeuta respiratorio trabaja en conjunto con el médico pediatra intensivista, en el manejo del paciente y en la evaluación y planeación del tratamiento respiratorio según sea el caso, participa en la rehabilitación de la función respiratoria con la ayuda de

maniobras de fisioterapia respiratoria que incluyen vibraciones, técnicas de tos asistida, ejercicios respiratorios, utilización de aparatos para incentivar la respiración, aspiración de secreciones, movilización del paciente, entre otras.

Si un paciente llega a la UCI intubado, es el terapeuta el encargado de tener el equipo listo para brindar el soporte ventilatorio que se requiera. De igual forma, está ahí cuando una familia, una mamá o un papá, tiene dudas sobre el cuidado y el manejo de la vía respiratoria de su bebé en casa, ofrece orientación desde cómo hacer cosas simples como un lavado nasal, hasta el manejo del oxígeno cuando el pequeño lo requiere por fuera de la unidad.

La terapia respiratoria tiene dentro de sus objetivos fundamentales aliviar la obstrucción bronquial a través de maniobras que permiten disminuir el acúmulo de secreciones y favorecer la adecuada limpieza del árbol bronquial, siendo esto muy importante en los pacientes pediátricos.

Si bien no todos los que llegan a la unidad de cuidados intensivos lo hacen por problemas respiratorios, algunos ingresan con otras condiciones o patologías que de una u otra manera requieren la intervención del terapeuta para minimizar los riesgos respiratorios asociados a su condición y son las diferentes técnicas de la terapia respiratoria, las que permiten brindar un cuidado específico para cada paciente según su patología, su edad, su peso y hasta su talla.

Una unidad que crece

Al principio, el Hospital Pablo Tobón Uribe contaba con solo dos terapeutas que apoyaban a los demás integrantes de la UCI, había limitaciones de

tiempo y, en los horarios nocturnos, las enfermeras eran las encargadas de suplir las necesidades que tenían los pacientes respecto a los procedimientos realizados por el terapeuta respiratorio. Así las cosas, la presencia del terapeuta cada vez se hizo más necesario por la inclusión de nuevas tecnologías y nuevas terapias.

Hoy, la UCI pediátrica y neonatal ha crecido casi al mismo ritmo que el grupo de terapia respiratoria, hay mayor espacio físico y más profesionales encargados del cuidado de los pacientes.

Para poder cumplir con la responsabilidad del cargo en la UCI garantizando una atención veraz y oportuna a los pacientes hospitalizados, el grupo de terapia respiratoria cuenta, actualmente, con 10 profesionales que aportan su conocimiento y experiencia para brindar la mejor atención. Además, hace parte de un equipo interdisciplinario que trabaja con el alma las 24 horas del día comprometidos y orgullosos de lo que hacen, sabiendo que con su aporte ayuda a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes. ☘

En definitiva, los terapeutas respiratorios en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal del Hospital Pablo Tobón Uribe trabajan unidos con el alma para el cuidado de los niños.



Por: María Elsy Sepúlveda Hincapié
y Patricia Ruiz Navas
M.D. Pediatra castroenteróloga
Hepatología y Trasplante Hepático Infantil

Mi bebé ¿amarillo como un pollito?

Esa es la expresión de muchos padres cuando la piel de su hijo toma esa coloración. Las razones para que ocurra son múltiples. Tome nota.

En los más pequeños, ese color amarillento de la piel puede darse por problemas importantes de hígado que, a veces, reciben tratamiento tardío por la recomendación de los baños de sol. Si bien hacerlo no es del todo un asunto incorrecto, gran cantidad de niños presentan lo que en términos médicos se conoce como ictericia fisiológica, una alteración en la que el hígado no está cumpliendo con todas sus funciones, pues no madura por completo y le falta adaptarse a la vida fuera del vientre materno. En esa situación, los baños de sol son recomendados siempre que desde el punto de vista médico se hayan descartado otras causas.



AQUÍ ALGUNAS DE ELLAS

Infecciones: entre las más frecuentes están las urinarias, así como las provocadas por virus y hongos. Sin embargo, hay una especialmente grave porque además del hígado puede afectar el cerebro, los oídos y los ojos. Se trata de la infección por citomegalovirus (CMV), que puede adquirirse desde el vientre materno o en los días cercanos al nacimiento. Aunque no es muy frecuente porque la mayoría de las mujeres embarazadas tienen defensas contra este virus, sí requiere estudio y manejo en un centro especializado. Este es un ejemplo de por qué la opción de baños de sol solo debe ser tomada después de que la ictericia sea estudiada.

Obstrucciones: se caracterizan porque las evacuaciones son blancas o claras y la orina tiñe el pañal. No es normal que las evacuaciones sean poco pigmentadas por que el bebé se alimenta de leche y la coloración de las heces se da por el paso de bilis al intestino, si esto no ocurre el hígado y el organismo en general empezará a sufrir muy rápido. También es muy importante saber, que los recién nacidos no son capaces de concentrar la orina por eso, su color es similar al del agua, si tiñe el pañal o si empieza clara y se va volviendo fuerte es mejor que sea visto por un especialista que conozca de problemas hepáticos en los niños, es decir, pediatras con experiencia en problemas del hígado o hepatólogos.

Enfermedades obstructivas: entre las más frecuentes en los recién nacidos son la atresia de los conductos biliares y los quistes del colédoco. Para estos últimos el manejo es quirúrgico y, en general, el pronóstico es bueno, siempre y cuando se haga un diagnóstico temprano, es decir, antes de que la bilis se acumule en el hígado y lo dañe.

Para las atresias de vías biliares, hasta el día 60 es posible realizar la cirugía conocida como Kasai, una intervención que busca que la bilis llegue al intestino, cortando y sacando la vía biliar que está tapada, dejando expuestos conductos que funcionan y conectando parte del intestino al área donde se encuentran los conductos que se abrieron y dejan pasar bilis.

Y aunque está la alternativa de esta cirugía, no siempre se puede realizar o si se hace no siempre se obtienen los resultados esperados. La razón es que hay ocasiones en que la obstrucción de los conductos biliares ocurre desde el hígado, es decir, desde los conductos más pequeños, siendo imposible que la bilis llegue al intestino. Así las cosas, en este tipo de pacientes se sugiere no operar y esperar a un trasplante hepático cuando haya mejores condiciones, además de contar siempre con el acompañamiento por hepatología, pediatría y nutrición con entrenamiento en enfermedades del hígado y trasplantes.

Hay que aclarar, además, que este tipo de enfermedades no son muy frecuentes, por lo tanto, son poco conocidas al igual que su manejo. Motivo suficiente para que el personal que se encargue de tratarlas esté bien entrenado en estas patologías.

En conclusión, cuando los niños llegan tarde, por los baños de sol y otras recomendaciones inadecuadas o dificultades con el acceso al personal entrenado, las probabilidades de que tengan buen pronóstico son pocas. Incluso, en algunos casos ni siquiera está indicado ofrecer la cirugía de Kasai, por eso es tan importante que las ictericias de los recién nacidos sean evaluadas siempre por personal entrenado y que se tengan claros los principales signos de alarma: los ojos amarillos, la orina que tiñe el pañal y las evacuaciones poco pigmentadas.

Causas metabólicas y sindromáticas: también pueden producir orina oscura y evacuaciones poco pigmentadas, sin embargo, suelen acompañarse de otros síntomas según sea la causa: estreñimiento, llanto ronco, hernias umbilicales, diarrea prolongada, evacuaciones grasosas y poca ganancia de peso después del nacimiento.

Otras causas metabólicas simulan infecciones graves y comprometen muchos órganos sin que tengan respuesta adecuada a los antibióticos. Suelen cursar con bajones en los niveles de azúcar de la sangre y aumento del amonio, esta última sustancia no debería estar alta en la sangre ni en el cerebro.

Por su parte, cuando se trata de causas sindromáticas, significa que son varios órganos o sistemas los que están involucrados, por ejemplo, el compromiso del corazón, los huesos de la espalda y del hígado orientan a síndrome de Alagille. Estas causas suelen ser de una progresión menos agresiva y dan más tiempo a intervenciones especializadas.

Causas multifactoriales: el hígado está conectado en sus funciones con muchos otros órganos y sistemas, así que cualquier alteración en otra parte puede reflejarse en el hígado y producir su inflamación y coloración amarillenta en la piel. El manejo es descubrir cuál es el origen y tratarlo.

Toxicidad: por fortuna, cada vez con menos frecuencia se usan las hierbas medicinales para manejar fiebre, cólicos del lactante o erupciones en la piel. Muchos de estos productos, aunque sean naturales pueden afectar el hígado de una manera más o menos fuerte, por eso, se sugiere no usarlos. Otra causa es la automedicación y el inadecuado uso de medicamentos como el acetaminofén. ☒

La vía biliar es como un árbol. Las hojas son las células del hígado que entre otras funciones producen bilis. Cada rama que une las hojas serían los pequeños conductos que transportan la bilis al intestino y se hacen cada vez más grandes, hasta que se forman ramas que llegan al tallo principal que correspondería al colédoco. La raíz representa la unión del colédoco con el intestino, lugar a donde debe llegar la bilis para cumplir sus funciones y no dañar al hígado como sucede en muchas enfermedades que cursan con ictericia: color amarillo en ojos y piel.



Por: Eduard Holguín
M.D. Pediatra

Amor, compañía y experiencia para los pacientes más pequeños

Garantizar los derechos, ofrecer una estancia adecuada y un tratamiento acorde a sus necesidades, hacen parte de los principios del hospital para atender a sus pacientes pediátricos.

Considerando la premisa de que “todo lo que el hombre siembra cosecha”, la realidad social nos lleva a concluir que en nuestra niñez hay que sembrar todo el amor y buen trato posibles, para lograr una cosecha de esperanza para el futuro de nuestro país.





A

Al escoger las semillas del buen trato debemos incluir todo el conjunto de manifestaciones de afecto, cuidado, crianza, apoyo y socialización que les garanticen un adecuado desarrollo integral: afectivo, psicológico, físico, sexual, intelectual y social.

Esas premisas nos han llevado como hospital a pensar y desarrollar unos servicios de salud para nuestros niños, niñas y adolescentes que tengan toda la calidad humana y técnico científica que se merecen cada uno de ellos, respetando sus derechos y considerando el entorno en que crecen y se desarrollan.

En ningún momento olvidamos que los períodos de enfermedad son momentos de gran vulnerabilidad para el ser humano y como lo expresa el doctor Francisco Leal Quevedo, “cuando una persona se enferma, lo hace de forma integral. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades”. Sabemos que detrás de cada motivo de consulta hay dolor, angustias, temores y culpas que también merecen nuestra atención.

Es así que, para poder llegar a dicho objetivo, se debe empezar por redefinir la visión que se tiene de la niñez y comenzar a verles como seres humanos en la etapa de su ciclo vital de mayor vulnerabilidad biopsicosocial (por lo que dependen de adultos que faciliten y posibiliten la satisfacción de sus necesidades), pero que a su vez son capaces de expresar sus necesidades y deseos, participar de su educación y gozar de ciertos grados de autonomía a medida que crecen. Dicha autonomía progresiva se debiera reflejar en una participación y compromiso directamente proporcional en su cuidado. Este cambio de concepto es lo que ha permitido, desde la convención de los derechos del niño en 1989, pasar a concebirlas como sujetos de derechos, dejando atrás la concepción que teníamos de ellos como objetos de protección.

El Hospital piensa en los más pequeños

Salvaguardar y garantizar el cumplimiento de sus derechos requiere la participación y compromiso de todos: el estado, las familias y cada sector de la sociedad, incluyendo el de la salud.

Independiente del compromiso manifiesto de los demás actores involucrados, el Hospital ha conservado el suyo con los derechos de la niñez e incluso, le ha apostado a estructurar nuevos servicios de atención pediátrica acordes con aquellos derechos propios de la atención hospitalaria, que incluyen:

- 1. Hospitalización digna.** Lo que implica gozar de servicios independientes de los adultos (tal como se logró con las nuevas urgencias pediátricas), organizados por grupos etarios, con privacidad y con la mínima estancia posible. Para esto último, se ha adaptado un modelo de trabajo en el que se le apunta a una fecha probable de egreso y se estructura todo un plan que permite un alta segura y lo más temprana posible.
- 2. Acompañamiento afectuoso.** Sabemos que, para su recuperación, nuestros niños necesitan la tranquilidad de tener cerca a quienes aman, por eso, nuestros servicios están abiertos las 24 horas a la presencia de sus padres y somos parte del grupo de IAMI, Instituciones Amigas de la Maternidad y la Infancia.
- 3. Atención individualizada.** Nadie quiere ser el número de una cama o el nombre de una enfermedad, por lo que con calidez llamamos a los pacientes por su nombre y procuramos el seguimiento continuo en la atención mediante la figura del médico tratante.
- 4. Atención calificada, integral y segura.** Desde el ingreso, nuestros pacientes son atendidos por especialistas en pediatría mediante claros y estrictos protocolos de seguridad, para garantizar el mayor beneficio con el menor riesgo posible. Se cuenta con un equipo multidisciplinario que permite intervenir al paciente y su familia, e identificar y abordar situaciones de riesgo psicosocial para el menor aunque estas sean ajenas a su motivo de consulta. Incluso, mediante un fondo especial se brinda ayuda a aquellas familias que no gozan de una adecuada red de apoyo en la ciudad.

5. Información. Clara, comprensible, veraz y oportuna para el niño y los suyos en cuanto a su condición de salud, exámenes, procedimientos, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Mediante el grupo de escucha se abre un canal de comunicación bidireccional que, a la vez permite, resolver temores y dudas en sus cuidadores.

6. La posibilidad de decir no. Este es el derecho a negarse a estudios sin intención curativa, a lo fútil, al sufrimiento innecesario, a lo experimental. Aunque somos un hospital universitario que adelanta proyectos de investigación y la formación de personal de salud, estas actividades son reguladas por un comité de ética y siempre están sujetas al consentimiento del menor o sus familias.

7. Acompañamiento lúdico-pedagógico. A través de este derecho, los niños pueden seguir estudiando durante su estancia y tienen la posibilidad de disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad. Todo esto se logra gracias a la existencia del Aula Pablito, un espacio coordinado por una docente especialista que, de la mano de un voluntariado dispuesto, permite incluso que aquellos niños con estancias prolongadas puedan continuar con sus procesos de aprendizaje, en un entorno de juego y esparcimiento.

Todo lo anterior, sin contar que el hospital se ha trazado voluntariamente el desafío de ser una empresa familiarmente responsable para sus colaboradores, mediante una condiciones de trabajo únicas, que inspiran en cada uno de nosotros la mayor entrega y compromiso posibles redundando así en un mayor estándar de calidad en sus servicios. ☘

En resumen, el Hospital Pablo Tobón Uribe es una institución prestadora de salud que entiende que un grupo es tan grande como el más pequeño de sus miembros y por ello, trabajamos día a día por dignificar y engrandecer a nuestra niñez colombiana.





Por: Ana Lucía Torres
M.D. Pediatra - Neonatóloga

Cuidado y amor, **necesidades del bebé prematuro**

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, 1 de cada 10 bebés nacidos alrededor del mundo son prematuros, lo que se traduce en 15 millones de nacimientos prematuros cada año. Prevenir las muertes y las complicaciones comienza con un embarazo saludable.

Debido a que los bebés prematuros nacen antes de que estén físicamente listos para salir del útero, a menudo tienen problemas de salud y más altas de tasas de discapacidad, como parálisis cerebral, e incluso la muerte.

Un bebé nacido a las 36 semanas, probablemente, tendrá dificultad para alimentarse. Uno nacido antes de las 33 semanas tendrá problemas más serios incluyendo, posiblemente, pulmones inmaduros, dificultad para respirar y para la alimentación. El nacimiento antes de las 28 semanas causa problemas muy significativos, pero la tasa de supervivencia es bastante notable.

Por razones como esas, la mayoría de estos bebés deben ingresar a una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, UCIN. Además, que algunos de ellos requieren atención especial en el tratamiento de enfermedades propias de la prematuridad. Aquí algunas de ellas:

- **Displasia Broncopulmonar (DBP):** es un término utilizado para describir a los bebés que requieren oxígeno durante varias semanas o meses.
- **Apnea y bradicardia:** la apnea es una pausa temporal en la respiración que es común en los bebés prematuros. A menudo, se asocia con una disminución de la frecuencia cardíaca, llamada bradicardia. Una caída en la saturación de oxígeno, medida por una máquina llamada oximetría de pulso, se denomina desaturación. La mayoría de los bebés superan la condición en el momento en que salen del hospital para el hogar.
- **Retinopatía de la prematuridad (ROP):** es una enfermedad ocular en la que la retina no está completamente desarrollada. Casi todos los casos se resuelven sin tratamiento, aunque los más graves pueden necesitar tratamiento con cirugía láser.
- **Ictericia:** ocurre cuando un producto químico llamado bilirrubina se acumula en la sangre del bebé. Como resultado, la piel puede desarrollar un color amarillento. La ictericia puede ocurrir en bebés de cualquier raza o color. Como tratamiento el bebé debe ser colocado debajo de un tipo de luz llamado fototerapia, con cubrimiento especial de sus ojos.

Por su parte, existen otras condiciones que pueden desarrollar algunos de estos bebés como anemia de la prematuridad (un bajo recuento de glóbulos rojos), los soplos cardíacos, infecciones, enterocolitis necrosante que es la inflamación de los intestinos y hemorragia intraventricular cerebral, con graves efectos a largo plazo.

Debido a que las tasas de mortalidad han disminuido, el enfoque de las intervenciones en la Unidad de Cuidado Intensivo es reducir la morbilidad a largo plazo, especialmente, la prevención de lesiones cerebrales y el desarrollo anormal del cerebro. ✕✕

APOYO PARA LA FAMILIA

Cuando un bebé está en la UCIN es un momento difícil y traumático para los padres, ellos deben ser alentados a visitar y quedarse con el bebé tanto como sea posible. La lactancia materna puede ser bastante difícil, pero debe ser fomentada, pues es el mejor alimento para cualquier bebé, especialmente, para los prematuros gracias a que les evita infecciones y previene la inflamación de los intestinos, entre otras razones.

En la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Pablo Tobón Uribe, los padres pueden permanecer las 24 horas del día para hacer el "cuidado de canguro" o cuidado de piel a piel para sus bebés, una vez que no requieran un apoyo importante a sus sistemas de órganos. Este cuidado favorece el crecimiento, desarrollo neurológico y la lactancia de los pacientes prematuros.

Finalmente, el bebé estará listo para ir a casa una vez respire por sí mismo, sea capaz de mantener su temperatura corporal, sea alimentado directamente al seno o por succión y gane peso constantemente. Todos los prematuros deben tener un seguimiento estricto por consulta externa en programas canguro, en estos últimos debe hacerse una evaluación del neurodesarrollo, auditiva y visual entre otras.

Y un dato más, las infecciones respiratorias bajas o bronquiolitis son la causa principal de la readmisión de los pacientes prematuros, por lo tanto, se debe tener una protección especial en casa para evitar el contagio de estas enfermedades.



Por: Juan Carlos Jiménez Salazar
M.D. Pediatra - Neonatólogo





El hospital que pone el alma **por los más pequeños**

Con una unidad neonatal de alta complejidad, el Hospital Pablo Tobón pone al servicio de los recién nacidos pretérmino o con algunas complicaciones, toda la experiencia y el conocimiento de sus especialistas.



Expertos que velan por los recién nacidos

Tomás nació luego de nueve meses de espera, un embarazo normal y controles de rutina sin novedades, sin embargo, luego del parto inició con dificultad para respirar y los médicos detectaron que su esófago no se había desarrollado en forma adecuada. María, por el contrario, nació en un área rural, apartada de un centro de salud y dos meses antes del tiempo en el que debería nacer, le tomó dos días llegar al hospital más cercano. A Felipe le costaba respirar por una malformación grave en su corazón, mientras que Sara nació a las 30 semanas, 10 semanas antes del tiempo en el que la esperaban sus padres.

Así como estas, hay muchas historias y es que el nacimiento de un hijo no solo es un momento de cambios en la vida familiar, sin duda, es un momento mágico pero cargado de emociones que, en algunos casos, requieren de la mayor fortaleza y entrega de los nuevos padres.

Las unidades neonatales son lugares diseñados para el cuidado y atención de los recién nacidos que necesitan de asistencia especial para los imprevistos con los que la “cigüeña” no contó o, por el contrario, para aquellos en quienes desde la “barriguita de mamá” ya estaban recibiendo atención y seguimiento especial.

En términos médicos se conoce como neonato al recién nacido hasta el primer mes de vida, allí se incluyen todos aquellos que nacen antes de tiempo denominándolos neonatos pretérminos. Estos pacientes son atendidos por pediatras y neonatólogos, especialistas en enfermedades y riesgos de este grupo poblacional.

El Hospital Pablo Tobón Uribe cuenta con una moderna unidad neonatal diseñada para la atención de alta complejidad, es decir, que de los niños que nacen con requerimientos asistenciales, atiende a aquellos con las enfermedades más graves. Además, cuenta con el apoyo de las diferentes especialidades pediátricas que tiene el Hospital. Todas estas razones han hecho que el Pablo Tobón sea centro de referencia en la ciudad y otros departamentos. Por la unidad han pasado bebés de los diferentes municipios de Antioquia, así como de la costa atlántica y el sur del país.

Así, a Tomás los cirujanos pediatras le corrigieron un defecto en el esófago y, además, los neumólogos pediatras y otorrinolaringólogos participaron en ello, mientras que María al cuidado de los neonatólogos está próxima a irse a su casa. Sara, para su pronta recuperación recibió asistencia del equipo de enfermeras, terapia respiratoria, fonoaudiología y terapia física. Camila fue atendida junto con un grupo especializado en errores del metabolismo conformado por nutricionistas, neurólogos, genetistas, y gastroenterólogos pediatras. Y, finalmente, a Cristian gracias a la intervención de los hematólogos se le diagnosticó una rara enfermedad en su sangre, sin embargo, ya está en casa. ✕✕

Casos como estos demuestran que la unidad neonatal del Hospital Pablo Tobón Uribe junto al grupo de médicos especialistas, enfermeras y terapeutas trabaja con el alma por los más pequeños.



Somos una fundación
sin ánimo de lucro

SERVIRTE CON EL ALMA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS PEDIÁTRICAS



◀ Paciente del Hospital



PIDA SU CITA

360 4788

Opción 2

Contamos con un equipo humano, capacitado para atender de manera especial a los pacientes pediátricos, con el Alma y con la más alta tecnología.

- Audiología • Cardiología infantil • Neurología infantil • Fonoaudiología infantil
- Fisiología respiratoria infantil • Neumología infantil • Otorrinolaringología
- Electromiografía infantil • Gastroenterología infantil • Fisiología digestiva
- Endocrinología infantil • Dermatología



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

Por: Luisa C. Santander Peláez
M.D. Pediatra

Hablando claro sobre la intoxicación

Accidentales, intencionales o por exposición a sustancias con potencial tóxico, los casos por intoxicación son una causa frecuente de ingreso al servicio de urgencias en Colombia. Su frecuencia va en aumento.

Las cifras son contundentes. En el país entre los años 2010 y 2012 las autoridades de salud reportaron 23.844, 27.126 y 27.252 casos de intoxicaciones respectivamente. Por su parte, hasta la semana epidemiológica 32 de este 2017, el sistema de vigilancia en salud pública reporta 7.589 casos de intoxicaciones por sustancias químicas, seguido de 7.355 casos por medicamentos, 5.604 casos por plaguicidas y 5.131 casos por sustancias psicoactivas.

Tabla 1. Sustancias con bajo y alto potencial tóxico

Y es que un tóxico puede ser cualquier elemento que ingerido, aplicado, inyectado o absorbido es capaz, por sus propiedades físicas o químicas, de provocar alteraciones orgánicas, funcionales e incluso la muerte. Dichas alteraciones son fácilmente evidenciables en los niños ya que tienen condiciones fisiológicas de base como la distribución del agua corporal total, la inmadurez de los sistemas enzimáticos y la maduración de la función renal y hepática, condiciones que hacen que ciertas sustancias generen un efecto tóxico, incluso, a bajas dosis.

La famosa frase de Paracelso “nada es veneno, todo es veneno, todo depende de la dosis”, resalta que todos los xenobióticos (compuestos poco frecuentes en la naturaleza) presentan un potencial tóxico según determinadas condiciones del huésped, el ambiente y la dosis. Lo anterior, resulta muy importante en los niños debido a que, permanentemente, están expuestos al consumo de diferentes sustancias, bien sea de origen accidental o intencional.

Reconociendo la intoxicación

Los signos y síntomas de estos casos son amplios. Entre ellos, se habla de alteraciones gastrointestinales y del estado de consciencia, convulsiones, movimientos anormales, arritmias, alteraciones en la temperatura, en el patrón respiratorio, olores especiales, cambios en la coloración de la piel y/o mucosas. Esta cantidad de manifestaciones se expresan con diferentes tipos de riesgo cardiovascular, hemodinámico, respiratorio, metabólico, neurológico y psiquiátrico. Razón por la que es importante reconocer de manera oportuna la fuente de intoxicación y así, determinar

Sustancias con bajo potencial tóxico	Sustancias de alto potencial tóxico
<ul style="list-style-type: none"> • Aceite para baño • Aceite mineral • Acuarela • Colbón • Ambientadores • Betún • Cigarrillos • Perfumes¹ • Plastilina • Tiza • Vaselina • Champús • Desodorante • Edulcorantes • Gel y jabón de baño • Marcadores • Mercurio del termómetro² • Crema dental • Velas • Jabón de ropa • Crema de afeitar • Fósforos³ • Detergentes 	<p>Antimaláricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloroquina • Quinina • Quinidina <p>Agentes cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueadores • Calcio antagonistas • Clonidina <p>Opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metadona • Oxidodona • Difenoxilato/ atropina (lomotil®) <p>Agentes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzocaína (Noraver) • Alcanfor (Vick´s VapoRub/Bengay) <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salicilatos: ácido acetil salicílico, subsalicilato de bismuto. • Sulfonilureas: Glibenclamida • Alcoholes: metanol, etilenglicol

¹ Evaluar volumen ingerido y porcentaje de alcohol.

² El mercurio con exposición vía inhalatoria produce riesgo respiratorio.

³ Fósforo negro tiene poco potencial tóxico. Pero el fósforo blanco es altamente hepatotóxico y puede haber falla hepática.

la terapia adecuada desde la fase de estabilización inicial y seguimiento.

Así las cosas, también es necesario identificar cuáles son los tóxicos más frecuentes en la edad pediátrica para estar atentos y evitar complica-

ciones. Se habla entonces de analgésicos, psicofármacos, antihipertensivos, productos de limpieza casera, alcohol y sustancias de abuso. De manera usual, los agentes con bajo potencial tóxico son usados

en el hogar y su ingesta, la mayoría de veces, no implica la aparición de toxicidad.

Un llamado de atención especial merecen los detergentes de ropa, pues desde el año 2012 con el advenimiento de los detergentes líquidos concentrados, empacados con apariencia de confite, se han disparado las intoxicaciones graves con alto compromiso sistémico, principalmente del tracto respiratorio y del sistema nervioso central, reportando alta morbimortalidad y estancias prolongadas en la unidad de cuidados intensivos.

Otra mención especial es para las bebidas energizantes que cada vez ganan más popularidad en el adolescente y el adulto joven con altas tasas de consumo. El principal ingrediente de estas bebidas es la cafeína, con 2 a 3 veces más del contenido de una gaseosa. Botellas más grandes pueden contener aún cantidades mayores que se suman a otros ingredientes que también tienen efectos simpaticomiméticos como citrus aurantium, bitter orange, sinefrina y guaraná. De esta manera se potencia el efecto tóxico llevando a riesgos cardiovasculares y neurológicos como alteraciones del estado de alerta, psicosis, convulsiones, taquicardia, hipocalcemia, hiperglicemia y arritmias ventriculares que pueden ocasionar, incluso la muerte. Adicionalmente, en nuestro medio es importante resaltar el consumo asociado a otras sustancias como el etanol que a su vez aumenta los riesgos metabólicos por el aumento de efectos secundarios.

El veneno poquito hace daño

Pareciera que ese adagio popular tiene toda la validez del caso, pues existen algunas sustancias que a dosis bajas se asocian a letalidad, siendo importante que tanto los padres como el personal de salud no tengan una falsa sensación de seguridad por su uso en pocas cantidades, ¿la razón? Para algunas sustancias la ingesta de 1 o 2 tabletas puede asociarse a letalidad y se identifican como sustancias con alto potencial tóxico (Tabla 1).

Por su parte, las sustancias de bajo potencial tóxico no requieren intervención en el servicio de urgencias, los padres pueden observar en casa estando atentos a cualquier signo de alarma o peligro que deriven en una atención inmediata.

Ojo a los detalles

Los niños menores de 6 años constituyen la población más vulnerable al envenenamiento no intencional por su comportamiento exploratorio, el poco reconocimiento de riesgos y la tendencia a hiperactividad e impulsividad. En el adolescente, el tipo de exposición cambia ya que la presencia de comorbilidad psiquiátrica, sumada al fácil acceso a drogas ilícitas y el alcohol, predisponen a la ingesta intencional de tóxicos.

Es importante tener siempre en cuenta que un paciente gravemente enfermo puede estar asintomático en las primeras 24 horas. De manera sencilla nos pudiéramos referir a estas situaciones como “bombas de tiempo”, por lo que en sustancias como: acetaminofén, hierro, hipoglicemiantes, fluoracetato de sodio, metanol, metotrexate, superwarfarinas y sustancias de liberación modificada, es fundamental una observación prolongada y reconocer la vida media o tiempo de permanencia de la sustancia en la sangre.

Pensando en ello, a continuación algunas claves para orientar el enfoque del paciente intoxicado:

- Antecedentes personales del paciente: los antecedentes patológicos son importantes dado que, ante ciertas alteraciones orgánicas, el consumo de algunos medicamentos puede verse alterado en sus mecanismos fisiológicos de absorción y eliminación, favoreciendo su toxicidad.
- Medicamentos de uso frecuente en el hogar.
- Consumo de sustancias psicoactivas en el paciente, amigos o entorno cercano.
- Páginas de internet visitadas. Algunos pacientes siguen grupos en red que dan información sobre sustancias tóxicas y dosis letales para gesto o intención suicida.

Con respecto al uso de medidas de descontaminación gastrointestinal, en 1997 la Academia Americana de Toxicología Clínica (AACT) y el Centro de Envenenamiento y Toxicología Clínica de la Asociación Europea (EAPCCT) publicaron que ninguno de estos métodos debe ser realizado de manera rutinaria.

Cualquier paciente potencialmente intoxicado debe ser referido de inmediato al servicio de urgencias para valoración rápida de signos vitales y su estado general con el fin de definir su compromiso y determinar la necesidad y pertinencia de medidas de descontaminación que favorezcan la

eliminación del tóxico, o la utilidad de un antídoto. A su vez, es necesario precisar la realización de estudios de extensión con el fin de identificar y tratar complicaciones asociadas. Por lo anterior siempre se debe tratar de identificar la naturaleza de la sustancia ingerida y el tiempo transcurrido desde su ingesta.

Es importante abordar al paciente de una manera integral y reconocer de manera oportuna y adecuada las causas que conducen a su condición actual, solo así se podrá realizar un tratamiento efectivo que permita mejorar el pronóstico del paciente y disminuir el número de situaciones potencialmente letales a las que se ve enfrentado. xx



Somos una fundación
sin ánimo de lucro

SERVIRTE CON EL ALMA



UNIDAD DE PEDIATRÍA DE ALTA COMPLEJIDAD

En el Hospital Pablo Tobón Uribe contamos con un grupo humano integrado por especialistas y sub especialistas en pediatría, que nos convierte en referente para el país en el tratamiento y diagnóstico de pacientes pediátricos con condiciones complejas.



◀ Paciente del Hospital

SERVICIOS ESPECIALIZADOS:

- Alergología • Cardiología • Cirugía Infantil • Cuidados Intensivos Pediátricos • Endocrinología
- Gastroenterología • Genética • Hematología Pediátrica • Hepatología • Infectología • Nefrología
- Neonatología • Neumología • Neuropediatría • Reumatología • Oftalmología Pediátrica
- Oncología Pediátrica

VEJILADO Supersalud
Dicembre 2017



Citas: (57+4) 360 4788 - Conmutador: (57+4) 445 9000 - Fax: (57+4) 441 1440
Calle 78B # 69-240 - Medellín, Colombia



Por: Ruth Eraso G.
M.D. Pediatra - Reumatóloga



Hijo, eso de crecer puede doler

Si bien los dolores pueden darse por el crecimiento, es necesario descartar que sean provocados por otras enfermedades que deban ser identificadas por pediatras o reumatólogos pediatras.

Y ¿cómo diferenciar esos dolores de otras causas? Tome nota.

Edad de presentación

La mayoría de niños manifiestan los síntomas entre los 4 y los 13 años de edad, pero a veces se presentan por fuera de este rango, en estos casos es importante consultar para descartar otras causas de dolor.

¿Por qué se producen?

A pesar del nombre de dolores de crecimiento, no se ha podido demostrar que el aumento en el tamaño de los huesos sea el causante del dolor y tampoco se ha podido definir claramente qué los produce. Existen varias teorías para tratar de explicarlos, algunas de estas consideran que pueden producirse por una menor resistencia de los huesos a la actividad física, otras plantean que los niños que sufren estos dolores tienen un umbral del dolor más bajo en comparación con el de los niños sanos.

En vista de que no es claro que sean producidos por el crecimiento, algunos autores han preferido denominarlos como dolores benignos nocturnos recurrentes de la infancia.

¿Cómo se manifiestan?

El dolor, generalmente, inicia en las horas de la tarde o en la noche, se localiza en las piernas -ambas o de forma alternante- y las afecta de forma difusa, es decir, no está localizado en una articulación. Se presenta más específicamente en los muslos, las pantorrillas, las espinillas o en la región que está detrás de las rodillas.

¿Es frecuente que su hijo se despierte en las noches quejándose de dolor intenso en las piernas? Ante esta situación, usted no sabe si darle un medicamento o si debe consultar al médico. Le preocupa, además, que tenga una enfermedad grave que esté pasando por alto o ¿le llama la atención que, a la mañana del día siguiente, los dolores hayan desaparecido por completo? Incluso, ha pensado en algún momento que su hijo ¿esté fingiendo el dolor?

Si algunas o todas estas preguntas le resultan familiares, es probable que su hijo esté presentando dolores de crecimiento, una situación que enfrentan desde el 2% hasta el 49% de los niños en edad escolar.

Duración

Los episodios de dolor suelen durar entre 10 y 30 minutos, aunque pueden variar entre minutos y horas, y pueden ser leves o de mucha intensidad. Además, es posible que sean más frecuentes cuando el niño ha tenido una actividad física intensa durante el día o cuando hace frío. Se trata de dolores intermitentes, con intervalos libres que duran días o meses, aunque en algunos niños los episodios pueden producirse de forma diaria.

Es muy importante tener en cuenta que, al día siguiente del dolor, el niño se levanta bien, sin quejarse, además de manifestar mejoría con masajes y caricias.

¿Cómo se diagnostican?

Resulta fundamental consultar al médico general o al pediatra para que el profesional evalúe al niño y defina si el dolor corresponde a dolores de crecimiento. Esto se define evaluando que el dolor tenga las características mencionadas y que el examen físico del niño sea normal, al igual que los exámenes de laboratorio. Es importante aclarar que no siempre será necesario hacer exámenes, estos últimos deberán practicarse, al igual que las radiografías, cuando haya síntomas o signos que puedan indicar otras causas del dolor. Si el diagnóstico no es claro, el paciente deberá ser remitido al pediatra y si las dudas persisten, ser evaluado por un especialista en reumatología pediátrica.

¿Cuál es el pronóstico de los dolores de crecimiento?

Si bien no están asociados a ninguna enfermedad orgánica grave y suelen quitarse de forma espontánea con el tiempo, en la gran mayoría de niños, el dolor desaparece a medida que crecen.

¿Cómo identifico los dolores por otras causas o enfermedades?

Los dolores de crecimiento presentan las características ya mencionadas, siendo muy importante que, al día siguiente, el niño se levante bien, sin manifestar síntomas. Si su hijo presenta un dolor con las siguientes características, es probable que no se trate de dolores de crecimiento y el origen sea por una enfermedad diferente, que debe identificarse a tiempo.

- Dolor constante o persistente durante el día.
- Dolor que con el tiempo ha sido progresivo, es decir que aumenta en intensidad.
- Dolor localizado en una sola extremidad o en las articulaciones.
- Hinchazón, enrojecimiento o dolor cuando se toca la zona afectada.
- Dolor asociado a cojera.
- Disminución en la movilidad de las articulaciones.
- Dificultad para hacer actividades físicas como caminar, correr, saltar u otras que el niño hacía antes sin problema.
- Dolor asociado a exámenes de laboratorio o radiografías anormales.

¿Qué puedo hacer por mi hijo?

Lo primero es tratar de identificar o reconocer si el dolor que presenta el niño corresponde a dolores de crecimiento. Si es así, se puede observar por un tiempo corto, teniendo en cuenta vigilar la lista de signos de alarma. Todos los niños con dolor frecuente en sus extremidades deben ser evaluados por un médico, idealmente, pediatra, pero esta evaluación es aún más importante si existen dudas respecto a que el dolor no corresponda a dolores de crecimiento o si hay algún signo de alarma. De acuerdo con el concepto

del médico, este definirá si se requiere que el niño sea evaluado por el pediatra reumatólogo.

De confirmar que se trata de dolores de crecimiento, es importante tratar de tranquilizar al niño explicándole que no tiene nada grave. Durante los episodios dolorosos puede ayudar dar masajes, aplicar calor local o administrar analgésicos suaves como el acetaminofén (en dosis de acuerdo con la indicación del médico). No se justifica dar medicamentos diferentes ya que estos pueden tener algunos efectos adversos que requieren vigilancia. Si los episodios de dolor son frecuentes o intensos, es muy importante hacer ejercicios para estiramiento de los músculos según se ilustra en la figura. Estos ejercicios ayudan a disminuir el dolor y a tranquilizar y relajar al niño durante el episodio doloroso. Se deben hacer con una frecuencia de 5 a 7 veces por semana y durante, al menos, dos meses. Es probable que la mejoría con los ejercicios no se observe de forma inmediata por lo cual es prudente continuarlos durante al menos dos meses y si no hay ninguna mejoría, consultar de nuevo al médico. xx

En conclusión, los dolores del crecimiento o dolores benignos nocturnos recurrentes de la infancia son frecuentes y no se relacionan con una enfermedad grave, sin embargo, hay que reconocerlos para evitar pasar por alto otros diagnósticos que sí pueden tener consecuencias graves para la salud del niño.





Por: Ana del Mar Cortina
M.D. Pediatra

Redes sociales, cuestión de cuidado

Hoy este tipo de herramientas hacen parte de la vida cotidiana de la gran mayoría de personas. Se calcula que cerca del 60% de los niños entre los 13 y 17 años, tienen al menos un perfil en una de ellas.



Está comprobado: gastamos más tiempo en redes sociales que en ir a dormir o en ir al colegio, en el caso de los más pequeños. Se sabe, además, que estos últimos, entre los 8 y 10 años les invierten 8 horas al día y, los más grandes, más de 11 horas diarias.

Hay que reconocer que las redes sociales han traído grandes beneficios tanto para los niños como sus familias. Los más jóvenes, llamados nativos digitales,

se benefician de las innumerables ventajas que conlleva: información a su alcance, posibilidad de comunicación, mantenimiento de relaciones de amistad y familiares, además de compartir y potenciar la libertad de expresión con contenidos como trabajo, música y política.

No obstante, existen riesgos inherentes al contacto con personas al otro lado de la pantalla que, muchas veces, trae relacio-

nes fáciles pero peligrosas. Y de eso no se salva nadie, teniendo en cuenta que la vulnerabilidad de los niños y adolescentes es mayor si no hay un acompañamiento adecuado. Además de compartir información confidencial, publicar fotos, videos o mensajes, se exponen a publicidad no apropiada para su edad, adicionalmente, el sedentarismo también se ve favorecido con esta práctica.

Un nuevo lenguaje

Para nadie resulta extraño que con los usos inapropiados de las redes sociales se ha creado una nueva forma de referirse a lo que pasa en ellas. Aquí algunos de esos nuevos términos:

GROOMING

Ganarse la confianza de un niño a través de las redes sociales. Lleva implícito una carga sexual o erótica.

SEXTING

Enviar, recibir o reenviar mensajes con sexo explícito, fotos o imágenes, por cualquier dispositivo digital. Se dice que, aproximadamente, 20% de los adolescentes han enviado o publicado fotos o videos desnudos o semidesnudos.

DEPRESIÓN POR FACEBOOK

Preadolescentes y adolescentes gastan mucho tiempo en Facebook y presentan síntomas clásicos de depresión.

ABUSO Y ADICCIÓN

Muchos niños se convierten en adictos a las redes sociales debido a las incontables opciones de entretenimiento que ofrecen. Esto deriva en aislamiento, bajo rendimiento escolar, entre otros.

Así las cosas, la Academia Americana de Pediatría (AAP) da las siguientes recomendaciones para el uso apropiado de redes sociales:

- La edad mínima para abrir una cuenta en una red social debe ser 13 años.
- Limitar la cantidad de horas en pantalla a dos horas al día.
- Mantener el espacio para la televisión y acceso a internet fuera de la habitación del niño.
- Evitar la exposición a pantallas en menores de 2 años.
- Monitorizar las redes y páginas web a las que tienen acceso los niños.
- Ver televisión, películas y videos junto con los menores, usar eso como tema de discusión en familia.
- Establecer dentro de los modelos de crianza, un plan familiar que determine la hora de comer y el toque de queda a los dispositivos electrónicos, incluyendo teléfonos celulares.
- Establecer reglas razonables pero firmes sobre teléfonos celulares, texto, internet y uso de redes sociales.
- Los padres deben tener el control de la información, restringiendo el acceso a ciertas páginas.
- Publicar solo información cómoda para todo el mundo.
- Hablar con los padres antes de considerar una reunión personal con alguien que conoció en línea.
- Nunca revelar datos personales o familiares en las redes sociales.
- Denunciar ante sus padres o maestros cualquier tipo de maltrato u hostigamiento de los que sean víctimas en internet. Nunca quedarse callados ante este tipo de atropellos.
- Tener un horario concreto para entrar a las redes sociales. Preferiblemente, siempre en compañía de un adulto.
- El uso de las redes sociales no debe afectar el rendimiento académico ni las obligaciones en el hogar. Solo deben utilizarse en los ratos de ocio.
- Evitar los insultos y el matoneo con otros niños. Las redes sociales no son un pretexto para insultar o irrespetar a otros.

¡Adiós al acoso!

Un tema que ha ganado protagonismo en los últimos años es el cyberbullying o ciberacoso, una grave consecuencia del uso inapropiado de redes sociales que ha llevado incluso a la muerte de niños víctimas de esta práctica. Este tipo de acoso se define como el uso deliberado y continuado de tecnologías de información: internet, redes sociales, telefonía, videojuegos en línea, para ejercer intimidación y maltrato psicológico.

Es agresivo, repetitivo, intencional y se da, generalmente, cuando hay desequilibrio de poder. Se estima que cerca del 40% de los niños declara haber sido víctima de ciberacoso. Se sabe también, que esta práctica es de fácil acceso, se basa en el anonimato y en la poca supervisión por parte de los padres.

En este tipo de situaciones se han identificado dos actores. El primero de ellos es el acosador, estas personas suelen ser adolescentes tardíos, agresivos, que no respetan las normas, frecuentemente, usan sustancias psicoactivas y han sido víctimas.

Finalmente, está la víctima que son escolares o adolescentes tempranos de baja autoestima, faltan con frecuencia a la escuela, también suelen ser víctimas de bullying tradicional y entre el 40 y el 50% de ellos sabe quién es su acosador.



Más allá del ciberacoso

¿Por qué sucede?

Debido a la temprana inmersión de los menores en las nuevas tecnologías, sin contar con un apoyo educativo en seguridad de la información, además de la ausencia de límites acerca de la privacidad.

¿Cuáles son sus consecuencias?

Los niños involucrados en ciberacoso manifiestan rabia, frustración, tristeza, depresión, pérdida del apetito y del sueño, desesperanza, temor a estar en su habitación a cualquier hora y bajo rendimiento escolar. Incluso, se aíslan, pueden llegar al consumo de sustancias psicoactivas y, en un escenario trágico, a portar armas y tener ideación suicida.

¿Cuándo sospecharlo?

- El menor suspende abruptamente o evita el uso del computador o el celular o algún otro dispositivo electrónico.
- Se torna angustiado, frustrado o enojado cuando tiene un mensaje de texto o correo nuevos.
- Evita hablar del uso del computador.
- Se niega a asistir a la escuela.
- Se torna aislado de amigos usuales y miembros de la familia.

¿Cómo evitarlo?

- Los padres deben tener participación en la actividad de sus hijos en las redes: capacitarse, supervisar sus movimientos en línea, mantener diálogos abiertos y recordarle al menor que el comportamiento en internet debe ser el mismo que en la vida real.
- Controlar la información personal que se suministra, recordar que las medidas de privacidad nunca son del 100%, cambiar las claves constantemente, los padres deben conocer las contraseñas, instalar antivirus en el computador, verificar sobrenombres, asegurarse que solo tenga amigos que conozca personalmente, prohibir que se encuentre con extraños.
- Ser amigo de sus hijos en redes sociales.
- Establecer un “contrato conductual” donde se establezcan las normas de uso de pantallas y los horarios. Idealmente, debe tener un propósito compartido y claro, justo para ambas partes, debe existir por un tiempo determinado, (tres meses, un año, dos años), luego de ese tiempo se puede restablecer

¿Qué hago si mi hijo es víctima?

- Repórtelo en el sitio web según las políticas de seguridad y exija el retiro del contenido.
- Bloquee el contacto.
- Informe al colegio y a las autoridades.
- Guarde la evidencia.
- Hable con su hijo sobre el uso de las nuevas tecnologías en la vida actual.
- Nunca responda.

¿Y si mi hijo es acosador?

- Nunca le reste importancia a cualquier conducta de ciberacoso y acepte que su hijo cometió un error.
- El error no puede volver a cometerse.
- Prohíba el uso temporal del dispositivo, enséñele cómo manejarlos y practique con él.
- Indague el motivo por el que lo hace.
- Hable sobre el poder de las palabras y muéstreles las historias de las víctimas y sus acosadores.
- Contacte a los padres de la víctima.
- Enséñele a pedir disculpas.

CONSEJOS PARA LOS ADOLESCENTES:

- No se quede callado.
- No responda.
- No se desquite.

- Dígales que paren inmediatamente.
- Guarde la evidencia.
- Bloquee los accesos.

- Repórtelo al servidor.
- No reenvíe mensajes abusivos.
- Llame a la policía.

En definitiva, no olvide que el acompañamiento de los padres es el mejor camino.

Bibliografía

- O’Keeffe G, Clarke-Pearson and council on communications and media, The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families, Pediatrics; originally published online March 28, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-0054.
- Council on communications and media POLICY STATEMENT Children, Adolescents, and the Media, Pediatrics; originally published online October 28, 2013; DOI: 10.1542/peds.2013-2656.
- Englander, E. K. (2013). Bullying and Cyberbullying: What Every Educator Needs to Know.
- Donnerstein E. Internet bullying. Pediatric clinics of North America [Internet]. ElsevierInc; 2012 Jun.



Por: Edna Karina García Ramírez
M.D. Pediatra

S.O.S: que no abusen de su hijo

Esta es una dura y triste realidad que afecta a nuestra sociedad. Lamentablemente, sucede de forma inesperada y hay que estar preparados. Aquí una guía.

En la mayoría de las ocasiones, para enfrentar el abuso sexual de los más pequeños los padres nunca están preparados, ni cuentan con las herramientas necesarias para prevenir o detectar de forma temprana este flagelo que, en el 70% de los casos, es cometido por alguien cercano. Ignorar el tema y no hablarlo no significa que no exista o no sea una amenaza.

¿Cómo definirlo? El abuso sexual es una forma de maltrato donde hay un abusador que ejerce poder sobre la víctima, llevándolo a acciones que implican aspectos sexuales con el objetivo de producir placer. Esto no significa que siempre hay contacto físico, en la pornografía, por ejemplo, no hay contacto físico, pero sí abuso sexual.

Las consecuencias de este tipo de delitos en los niños siempre son graves, sobre todo, por las secuelas psicológicas que puede dejarle, dado que en esa etapa de la vida se da el proceso de desarrollo cerebral y con él la formación de su autoestima y personalidad, por lo tanto, el futuro de los niños y sus familias está comprometido y necesitan ser manejados por un equipo integral.

En la adultez...

Un menor maltratado podría llegar a ser un adulto maltratador y violento, pero también tener problemas de aprendizaje, atención, memoria y depresión, todo esto depende de las características de cada niño y los factores protectores que tenga: genética, condiciones sociales y apoyo familiar.

¿Cómo hacer la diferencia? Aquí algunos consejos útiles. Eso sí, nunca suponga que los niños ya los saben o que alguien más se los dirá. No espere a que sea tarde.

ENSÉÑELE que:

- Siempre puede contar con usted sin importar lo que haga.
- Siempre que tenga miedo usted va a estar ahí para protegerlo.
- Nunca debe irse con extraños sin su permiso.
- Desde pequeño debe saber las partes de su cuerpo con nombres propios y que algunas de ellas son privadas.
- Su cuerpo es sagrado y hay que cuidarlo. Cualquier daño o dolor no está bien y debe contárselo para solucionarlo.
- La manipulación o caricias de sus partes íntimas por parte de otra persona, diferente a quien lo cuida, no está bien y debe decirle siempre que suceda, así sean familiares cercanos.
- Nadie tiene derecho a producirle dolor o malestar, o a hacerle cosas que lo hagan sentir raro, ninguna amenaza es válida.
- Tener secretos acerca de su cuerpo no está bien, nadie debe pedirle que los tenga y nunca tendrá problemas si los cuentan.
- Nadie puede tomar fotos de sus partes íntimas.
- Nadie debería pedirle que toque las partes íntimas de otra persona.
- Puede decir que no cuando se sienta amenazado o con miedo.

DIALOGUE:

- Hablen todos los días, siempre habrá un tema que tratar, las conversaciones sencillas son el instrumento por el cual el niño lo conoce.
- Pregúntele como estuvo su día, sus actividades, sus amigos grandes y pequeños.
- Muéstrese preocupado por sus logros y sus derrotas. Apóyelo.
- Escoja una palabra clave que solo sepa el niño y usted para que él pueda usar cuando se sienta inseguro y quiera que usted lo recoja o se lo lleve a casa.

VIGILE:

- Revísele su cuerpo periódicamente, cuando lo esté bañando o vistiéndolo. Enséñele que nadie más puede hacerlo sin su autorización.
- Esté atento a cambios en su comportamiento y su estado de ánimo, pregúntele sobre cambios en sus actividades diarias, identifique problemas para dormir o pesadillas.
- Esté atento en caso de notar conductas sexualizadas, no lo castigue, pida ayuda de un profesional en psicología, él ayudará a encontrar donde las aprendió.
- Nunca lo deje sin supervisión de una persona o institución confiable, así sea por tiempos cortos.

- Esté atento si de repente tiene dinero, juguetes u otros regalos sin motivo alguno.
- Identifique si tiene alguna idea de maldad, repulsividad o suciedad en su cuerpo o en sus partes íntimas.

DEMUÉSTRELE que:

- Él es lo más valioso para usted. Las manifestaciones de afecto por parte de padres y cuidadores son el arma más poderosa.
- Pueden hablar de cualquier tema, agradable o desagradable.
- Usted le va a creer siempre que le cuente algo sin importar lo que sea, los niños nunca mienten cuando hablan de abuso. ✕✕

Por último, está claro que ser padre es una labor difícil, que se aprende paso a paso en el camino de la vida. Habrá muchas dificultades y momentos de confusión, pero el amor es la base de todas las crianzas exitosas. Pedir ayuda siempre es una opción y una muestra de ese amor, porque significa querer ser mejor para hacer feliz al otro.

Fuentes de Apoyo:

- Fortin K, Jenny C. Sexual Abuse. Pediatrics in Review 2012;33;19.
- Mesa- Gresa P, Moya- Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: 'el ciclo de violencia' Rev Neurol 2011; 52: 489 – 503.
- Daniels N. 10 Ways to teach your child the skills to prevent sexual abuse. www.childmint.org



Por: Carolina Lucía Ochoa García
M.D. Pediatra - Nefróloga

Si se orina en la cama, **busque la causa**

La enuresis, como se conocen los episodios de incontinencia urinaria durante el sueño, puede afectar a 1 de cada 10 niños. Identifíquelos.

¿Cómo saber si su hijo la tiene? Un niño sufre de esta condición cuando se orina durante el sueño, por lo menos dos veces a la semana durante un mínimo de tres meses consecutivos. Antes de los 5 años puede presentarse como parte normal del desarrollo del control de la vejiga, pues cada niño madura y se desarrolla a su propio ritmo. Sin embargo, cuando superan esa edad y la orina en la cama persiste es necesaria una valoración médica.

Entre las causas de la enuresis se habla de la herencia, si uno de los padres la ha sufrido en la infancia sus hijos tienen más probabilidades de desarrollarla. También puede producirse porque el niño esta profundamente dormido y no se despierta cuando su vejiga se llena y debe vaciarla. Es fundamental comprender que esta es una conducta completamente inconsciente, quien la padece sufre tanto como los padres, siente vergüenza y no es el resultado de la pereza ni de la falta de higiene.

Se sabe, además, que los niños con más riesgo de sufrirla son también aquellos con retraso en el desarrollo motor o del lenguaje, los que tienen alteraciones del sueño como apnea o sueño profundo, quienes sufren estreñimiento o situaciones estresantes: divorcio, separación de los padres, fallecimiento de un familiar cercano, nacimiento de un hermano, cambio de residencia, trauma escolar, abuso sexual y hospitalizaciones.

Clasificación de la enuresis

De esta condición existen dos clasificaciones. La primaria que se caracteriza porque los niños nunca han estado secos durante la noche y, generalmente, ocurre porque el cerebro

no ha aprendido a responder a las señales que la vejiga le envía cuando está llena. Ese es el tipo más común.

Y la secundaria son los niños que estuvieron secos al menos por 6 meses y vuelven a mojar la cama. Existen muchas razones para que esto ocurra, principalmente, físicas como una infección urinaria, emocionales como un evento traumático en sus vidas o simplemente, por cambios en el patrón del sueño.

Es fundamental saber que la enuresis es un trastorno benigno y auto limitado, es decir que tiende a mejorar a medida que el niño va creciendo, por lo tanto, hay que apoyarlos y comprenderlos mientras se logra la recuperación. Lo más importante en el tratamiento es motivar al niño a mejorar, para lo que se sugiere tener en cuenta estas recomendaciones:

- Reducir la ingesta de líquidos una hora antes de ir a la cama e ir al baño justo antes de dormir.
- Evitar recriminación, burlas o castigos, así no se sentirá culpable. Recuérdele que es algo pasajero y que mejorará con el tiempo.
- Adopte refuerzos positivos, así que felicítelo cuando pase noches secas. También puede ofrecer recompensas pequeñas al lograr cierto número de noches secas, por ejemplo, su helado favorito, ver una película u otra actividad lúdica.
- Inducir su participación en el arreglo de la cama luego de un episodio.

Cuando las recomendaciones anteriores no son suficientes para mejorar el control de la vejiga durante el sueño, se puede iniciar tratamiento con medicamentos que disminuyen la producción de orina en la noche y/o utilizar una alarma que despierta al niño en el momento que se empieza a orinar.

Prevenir sí es posible

La mejor forma de evitar la enuresis es educar al niño sobre la importancia de ir al baño con cierta frecuencia y que no retenga la orina por tiempos muy prologados. Se recomienda no iniciar entrenamiento para retirar el pañal antes de los 18 meses ya que su sistema neurológico no está listo todavía para aprender estas conductas de la forma correcta. No se debe esperar a tener un mal funcionamiento de la vejiga para educar e incentivar los hábitos saludables como evitar la retención y vaciar completamente la vejiga cuando se va a orinar. ☘

Para lograr todo esto se requiere paciencia, comprensión y respeto hacia el niño. Se le debe acompañar, ayudar y motivar durante el proceso de aprendizaje del control de la orina. El castigo y la humillación no le ayudarán a tener un control más rápido de su vejiga.



Por: Diana Paola Sánchez, Mónica Contreras,
Catalina Ortíz y Jorge Rivera
Pediatras - Gastroenterólogos

Si vomita mucho ¿será reflujo?

Siempre que no esté asociado a otros síntomas y no haya problemas en el peso, los exámenes y tratamientos no serán necesarios. Preste atención.



El reflujo gastroesofágico, RGE, ocurre durante o después de las comidas cuando el contenido del estómago se devuelve hacia el esófago, es decir, el tubo que conecta la boca con el estómago. La mayoría de los bebés que lo desarrollan lucen contentos y saludables, aunque regurgiten o vomiten, a ellos comúnmente se les conoce como 'vomitadores felices'.

Si su hijo regurgita o vomita, pero no presenta otros síntomas relevantes y va ganando bien peso y talla no requerirá pruebas diagnósticas ni tratamientos farmacológicos. Sin embargo, es posible que hacia los cuatro meses los episodios se incrementen, pues a esa edad el reflujo tiende a alcanzar su mayor pico, pero la mayoría mejora hacia los 12 o 18 meses.

Si, por el contrario, cuando además de las regurgitaciones y vómitos, presenta otros síntomas relevantes que persisten con el tiempo, es posible que se trate de una enfermedad por reflujo gastroesofágico y, en ese caso, deba acudir a un especialista en gastroenterología pediátrica.

Reconozca los síntomas

Es fundamental consultar con el especialista cuando:

- El vómito esté asociado a sangre o tenga coloración verdosa.
- Haya poca ganancia de peso o detención del crecimiento.
- El niño presente llanto inconsolable e irritabilidad severa.
- Si rechaza de manera persistente el alimento y tiene dificultad para comer, para tragar o sensación de atragantamientos frecuentes.

- Hay dolor abdominal localizado en la parte superior o inclusive en el pecho.
- Tiene problemas respiratorios frecuentes como neumonías recurrentes, tos crónica, sibilancias, pausas en la respiración (apneas), asma que no mejora con el tratamiento o ronquera.

Los casos especiales

Es importante tener claro que, la gran mayoría de las veces, el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es clínico y se basa en los síntomas del paciente. Por lo tanto, no se necesitan pruebas diagnósticas adicionales salvo en casos especiales. Sin embargo, en caso de requerirlas habría que considerar las siguientes:

1. Impedanciometría-PHmetría Esofágica de 24H: se realiza mediante la inserción de una sonda por la nariz conectada a un minicomputador portátil, se debe dejar durante 24 horas. El paciente puede comer y realizar actividades habituales durante el tiempo del estudio. No requiere anestesia general. Es el estudio gold estándar para enfermedad por reflujo gastroesofágico.
2. Endoscopia digestiva superior: requiere anestesia general en niños. Debe hacerse por un gastroenterólogo pediatra. Esta prueba ayuda en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades o para descartar complicaciones asociadas al reflujo como esofagitis o estrechez del esófago.
3. Radiografía de Esófago-Estómago-Duodeno: se hace ofreciendo al niño un medio de contraste espe-

cial en tetero o en vaso, durante la ingesta se toman radiografías especiales para ir visualizando la anatomía del tracto digestivo. No requiere anestesia. Por la radiación durante el procedimiento se reserva para niños con sospecha de defectos en la anatomía de su tracto gastrointestinal. ☒

Finalmente, para disminuir el reflujo o las probabilidades de desarrollarlo tenga en cuenta las siguientes medidas:

- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
- Ofrezca volúmenes más pequeños y frecuentes. Evite sobrealimentar al niño.
- Al momento de alimentarlo prefiera la posición sentado o semisentado.
- Evite que coma de 2 a 3 horas antes de ir a la cama.
- Desestime el consumo de bebidas carbonatadas, gaseosas, chocolate, cafeína, alimentos ricos en grasa o que tengan mucho ácido o picante.
- Evite comidas abundantes antes de hacer ejercicio.
- Ayude a que su niño pierda peso si tiene sobrepeso.
- No use pañales ajustados ni cinturones elásticos.
- Evite la exposición al humo de tabaco y bebidas alcohólicas en el caso de los adolescentes.
- No automedique.



Somos una fundación
sin ánimo de lucro



Comparte, es otra forma de ayudar

Iván David Tatis Huerta
Paciente hospitalizado

date **vida**
a sus ilusiones...
apoya su educación

Apoya el **AULA LÚDICO PEDAGÓGICA**
que ofrece de manera gratuita a los niños
que se encuentran hospitalizados, un lugar donde reír, jugar
y continuar con su proceso educativo durante su hospitalización

Haz tu aporte en www.hptu.org.co/donaciones
en la **Oficina de Apoyo al Usuario** (primer piso del Hospital),
en la ventanilla de **Caja** o en la **cuenta corriente Bancolombia**
No. 001-901826-06



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe



Por: Catalina Vélez Echeverri
M.D. Pediatra - Nefróloga

Trasplante renal, **una oportunidad de vida**

En los más pequeños esta posibilidad les permite recuperar no solo la vitalidad, sino que los libra de las consecuencias propias de los tratamientos.



a enfermedad renal crónica es una condición médica en la que los riñones dejan de ejercer sus funciones normales y eso tiene repercusión en todos los sistemas. En el caso de los niños, esta patología ocasiona anemia, alteraciones en el crecimiento normal, presión arterial alta, problemas con los lípidos y un deterioro cardiovascular temprano. Todo lo anterior, por supuesto, tiene un impacto directo en la vida del niño que la padece, pues además de las complicaciones propias de la enfermedad tiene que enfrentar las derivadas de sus tratamientos. Dentro de estos últimos, se cuentan dos modalidades dialíticas:

- La diálisis peritoneal: a través de un catéter implantado en el abdomen, el paciente y su familia pueden hacer la diálisis en casa después de un adecuado entrenamiento.
- La hemodiálisis: es la más conocida por la mayoría, exige que el niño en compañía de un cuidador vaya a la unidad renal tres veces por semana durante 4 horas para hacerse la terapia.

¿Y el trasplante renal?

Esta es una de las opciones de tratamiento de la enfermedad renal crónica, puede ser de donante vivo relacionado, que es cuando un familiar de primer o segundo grado de consanguinidad ofrece libre y desinteresadamente dar uno de sus riñones para ser implantado quirúrgicamente en el enfermo. Esto puede hacerse después de una serie de exámenes médicos que muestren si la condición de salud del potencial donante le permite serlo, siempre y cuando se comparta mínimamente el mismo grupo sanguíneo y otros determinantes genéticos e inmunológicos que se estudian por el grupo de trasplantes.

Sin embargo, la alternativa más frecuente en nuestro medio es la del donante fallecido. Esta es posible gracias a que hay personas que han manifestado libremente su deseo de ser donante, o familias que, ante la situación de muerte encefálica de su familiar, acceden a donar sus órganos de manera altruista, para que muchas personas, entre ellas, frecuentemente niños, tengan oportunidad de vivir libres de diálisis.

El proceso y la evaluación

Para llegar a un trasplante, lo ideal sería que una vez se hace el diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada o estadio 5, los niños pudieran ser evaluados en un grupo de trasplantes para empezar a hacer los exámenes de protocolo e ingresar a lista, incluso antes de empezar diálisis. De esa manera, participan cuando haya donantes posibles, sin embargo, esto no siempre se logra, y solo tiempo después de empezar la terapia dialítica los niños son vistos por primera vez por el grupo especializado en trasplante.

Una vez se consigue esta evaluación, se deben hacer una

serie de exámenes de laboratorio para ver si las condiciones de salud son adecuadas para ser sometido a este procedimiento, además de unos exámenes genéticos que más adelante permitan elegir al mejor receptor para un donante determinado.

Cuando estos pasos se han completado, el niño ingresa a lo que se conoce como “lista de espera”, y la elección de la persona que va a ser trasplantada no depende del momento que está en la lista, es decir, no se trata de una asignación en orden de entrada, sino por la compatibilidad con el donante potencial, aunque también se tienen en cuenta factores como la edad de ambos: donante y receptor.

Para recibir el trasplante, entre otras consideraciones se tiene en

cuenta un límite de peso de 10 kilogramos, aunque en los equipos con experiencia clínica y quirúrgica mayor, se pueden hacer trasplantes renales en niños menores al peso mencionado y que, por indicaciones precisas, requieren el trasplante de manera prioritaria. No obstante, en ninguna parte del mundo se han hecho hasta ahora en menores de siete kilogramos.

En el Hospital Pablo Tobón, en lo corrido del presente año se han hecho ya dos trasplantes en niños menores de 10 kilogramos con resultados muy satisfactorios.

Para tener en cuenta

Otra limitante para este tipo de procedimientos es el estado médico del niño, pues cuando la enfermedad renal ya ha afectado gravemente

múltiples órganos y sistemas o hay una enfermedad oncológica no resuelta, el trasplante no puede ser hecho, ya que los riesgos son mayores a los beneficios obtenidos.

Las condiciones psicosociales también son motivo de indagación, se entiende que es indispensable que ante un procedimiento como estos haya un cuidador adecuado y unas condiciones de vivienda y aseo que disminuyan los riesgos infecciosos, pues después del trasplante hay mayor riesgo de infección.

Los trasplantes cambian vidas

Cuando se habla de un donante fallecido, su acto libre de generosidad hace que las condiciones de vida de muchas personas y sus familias se modifiquen. En el caso de los donantes vivos, el acto de amor que





Somos una fundación
sin ánimo de lucro

lleva a tomar esta decisión salva la vida de su ser querido y le da mejor pronóstico del trasplante.

Llama especialmente la atención que en los niños que después de convivir con la diálisis reciben un trasplante y les funciona inmediatamente, su cambio en el apetito es evidente dado que la comida, cuando los riñones no funcionan, sabe mal todo el tiempo. Así mismo, la movilidad a pesar del dolor quirúrgico es buena y, rápidamente, se quieren levantar, incluso, a jugar. También se recuperan actividades tan triviales, que para cualquiera que no padezca la enfermedad son intrascendentes, como, por ejemplo, el acto de orinar.

A partir del trasplante la sed ya no es problema, pues no hay que medir cuánto líquido tomar al día, desde ese momento son bienvenidos los helados y los jugos, para estar bien hidratados.

De regreso al colegio

Después de los primeros meses, en los que los cuidados son mayores, llega la hora de regresar al colegio con riñón nuevo y sin restricciones importantes en la lonchera. Sin embargo, es importante un buen lavado de frutas, de verduras y de manos. Lo mejor de todo es que los chocolates, dulces, lácteos y todas las frutas ya son permitidas de nuevo. Un estímulo más es que pasados seis meses de la cirugía se terminan las limitaciones en el deporte, el fútbol, la bicicleta y los patines salen de nuevo a uso, claro está, que con cuidados de no a golpear el riñón trasplantado. ☘

“Como si le hubieran cambiado las pilas”, así relata una madre la nueva vida de su hijo trasplantado. Es claro que no todo es color de rosa y como cualquier tratamiento médico no está exento de complicaciones. Sin embargo, estos cambios en la vida de un niño son poco y lo son todo a la vez.



**Tú puedes hacer
un sueño realidad**

Conviértete en padrino, cambia la vida de un joven y su familia.

DONA para su educación a través de **GlobalGiving** la primera y más grande comunidad global que recauda donaciones a nivel mundial, para organizaciones sin ánimo de lucro.

CON TU DONACIÓN CONTRIBUIRÁS A ENTREGAR:

✓ **TRANSPORTE MENSUAL**
de un estudiante

✓ **ALIMENTACIÓN MENSUAL**
de un estudiante

✓ **UNIFORME**
para estudiante

✓ **MATRÍCULA MENSUAL**
de un estudiante

✓ **MATERIALES MÉDICOS**
para un estudiante

✓ **MATRÍCULA TOTAL**

vigilado SuperSalud
Diciembre 2017



GlobalGiving

EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

Y si el niño convulsiona ¿qué puedo hacer?

La epilepsia es una enfermedad neurológica que se manifiesta con episodios de convulsiones, que suelen ser recurrentes y que afectan las funciones mentales y físicas de la persona. Las convulsiones son descargas eléctricas súbitas y anormales de las células del cerebro llamadas neuronas. Por lo tanto, cuando se descarga un solo grupo de neuronas del cerebro, las convulsiones son llamadas focales y se pueden manifestar por movimientos repetitivos tipo sacudida de una extremidad, desconexión con el medio o alteraciones sensoriales, entre otros.

Cuando la descarga involucra todas las células del cerebro, las convulsiones son llamadas generalizadas y se manifiestan por espasmos musculares o movimientos incontrolables de todo el cuerpo, además de pérdida de la conciencia o confusión.

La mayoría de las convulsiones tienen una duración menor a dos minutos y no requiere atención médica urgente. Tenga en cuenta:



Una de las enfermedades neurológicas más comunes



Afecta a 50 millones de personas en el mundo



La mayoría de los afectados son menores de edad

CUIDADO... DEBERÍA CONSULTAR AL MÉDICO, SÍ:

- La convulsión dura más de 5 minutos
- Se presentan varias convulsiones seguidas, o una convulsión tras otra sin que el niño recupere el estado de conciencia (despierte)
- La convulsión se presenta en el agua y el niño pudo haber tragado
- El niño tiene diabetes, fiebre alta o trauma de craneo
- El niño tiene dificultad para respirar después de la convulsión

QUE NO HACER

No intente
abrir, sacar
o introducir
cosas de la boca
del niño

No intente
darle ningún
alimento o
medicamento
mientras este
inconsciente

No haga
maniobras
compresivas
sobre el cuerpo
del niño

No intente
inmovilizar
o detener los
movimientos

No intente
inducir
al vómito

Conserve la calma

No deje al niño solo

Verifique la seguridad del niño
(alejelo de sitios inseguros)

Ponga una almohada
o algo similar
debajo de la cabeza del niño

Ubique al niño en posición
lateral de seguridad
(sobre el lado izquierdo)



Por: Manuela Muñoz
Mamá de Guadalupe



De antemano agradezco la oportunidad que nos ofrecen como familia, para representar a las miles de personas que han sido tocadas por la magia de las manos de todos los que integran el equipo humano que hace posible que a diario sean tangibles cientos de milagros.

En este hospital yo como madre, recuperé la fe. Tras largas y duras batallas, cada uno de ustedes me comprobó que la esperanza tenía que seguir tan viva como mi hija.

Yo, Manuela Muñoz, Gabriel Ramírez mi esposo, Guadalupe y Salomón Ramírez Muñoz nuestros hijos, les debemos la felicidad, la tranquilidad y la paz, porque ustedes, haciendo justicia a la promesa de ser un hospital con alma, redimieron con creces cada lágrima, cada suspiro, cada momento de tristeza y desesperación... Y, como a nosotros, también por muchas familias han logrado interceder para devolvernos la luz de la vida de nuestra pequeña Lupe y la de cientos de niños que han sido tocados por su magia.



Pese al diagnóstico de hiperinsulinismo de nuestra pequeña Lupe, las múltiples cirugías a las que se ha sometido y la falta de investigación sobre su enfermedad en Medellín, esta familia ha sobrellevado esta prueba con toda confianza, aceptando la voluntad de Dios y dejando en sus manos la difícil situación frente al estado de salud de nuestro milagrito. 7 meses de hospitalización no lograron vencer a esta niña que, con una sonrisa, nos ha mostrado que desde su nacimiento, ha estado rodeada de ángeles como ustedes.

Medios de comunicación han referenciado a nuestra niña como ejemplo de lucha, valentía y fe... y ahora yo pienso, entonces, es el Hospital Pablo Tobón el escenario donde todo esto fue posible? Que todos lo sepan, porque mi sonrisa tiene nombre y se la debo a este lugar en el que confié mi tesoro más preciado y me lo devolvieron cuando

por encima de cualquier pronóstico, cumplieron con ponerle al alma a cada procedimiento al que fue sometida.



Hoy es Lupe la que representa cientos de historias y milagros, pero basta con recorrer cada espacio de este lugar, para entender que aquí hay magia y que cada uno de los que trabajan en este lugar, aceptaron con amor la misión de cambiar vidas y hacer milagros desde la pasión y la entrega con la que laboran en este mágico espacio.

Gracias por tener claro lo que es el alma, gracias por devolvernos la esperanza y mil veces gracias por seguir creciendo para continuar con esta maravillosa misión de salvar vidas, entregarnos su corazón y hacer posible lo que para tantos es imposible.

Dios nos eligió y nos bendijo con esta historia y decidió que fuera en este lugar donde nos aferráramos a la confianza de saber que sí era posible seguir luchando para ver crecer a nuestra amada niña.

Mil veces Gracias Hospital Pablo Tobón. ✕✕


Familia Ramirez Muñoz.





Por: Carolina Tamayo Múnera, M.D. Pediatra - Intensivista
y Cruz Eugenia Zabala, Enfermera Especialista



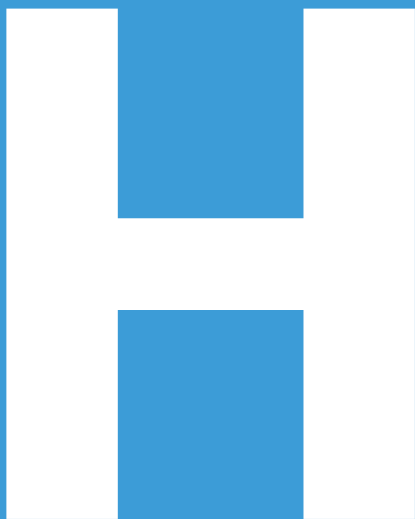


Cuidado crítico pediátrico: **una unidad de educación y mucho amor**

“Los medicamentos alivian el dolor, pero sólo el amor puede aliviar el sufrimiento”, Hunter Doherty “Patch” Adams.

La unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), pareciera ser aquel lugar lúgubre, aterrador, donde nadie quisiera que su niño ingresara. Es común escuchar entre las familias, palabras que expresan sentimientos de angustia, incertidumbre y sufrimiento porque a su niño lo han “internado en la UCI”. No solo las familias tienen estos sentimientos, los niños que son trasladados a la unidad de cuidados intensivos, también tienen los mismos sentimientos de miedo y ansiedad de separarse de sus padres, además del sufrimiento propio de su enfermedad.

En los últimos 30 años, el desarrollo científico y tecnológico de las UCIP ha sido enorme, así como el nivel de capacitación de los profesionales es cada vez más exigente, demandando especializaciones centradas en el cuidado del paciente en estado crítico. Esto ha causado incremento notable en las cifras de supervivencia de quienes ingresan a estas unidades y ha hecho del cuidado intensivo una especialidad notable en constante desarrollo.



ace 15 años, el Hospital Pablo Tobón Uribe abrió las primeras camas para la atención de los niños críticamente enfermos. Desde entonces, en constante renovación y en el camino a la excelencia, actualmente se encuentra constituido el departamento de cuidado crítico pediátrico, que cuenta con tres unidades al servicio de los niños. Unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales y unidad de cuidados neonatales, para la atención de hasta 27 pacientes en estado crítico.

En estas unidades, el cuidado está a cargo de personal altamente especializado, contando con 15 médicos pediatras subespecialistas en cuidados intensivos, 3 médicos pediatras especialistas en neonatología, 10 terapeutas respiratorios especialistas en cuidados críticos, 22 enfermeras profesionales, 11 de ellas especialistas en cuidados críticos pediátricos y cuidados neonatales, 55 auxiliares de enfermería y un grupo calificado de ayudantes paramédicos y secretarías,

todos al servicio de los niños y sus familias.

La premisa: trabajo en equipo

Para garantizar la atención a estas enfermedades difíciles de alta complejidad, las unidades se articulan de manera permanente con las todas las especialidades pediátricas médicas (endocrinología, nefrología, hematología, oncología, infectología, neumología, reumatología, psiquiatría, radiología, gastroenterología, hepatología, genética, cardiología, toxicología) y quirúrgicas (cirugía infantil y urología, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, neurocirugía), nutrición, fisioterapia, sicología, fonoaudiología, química farmacéutica y con el laboratorio y ayudas diagnósticas especializadas.

¿Qué es el cuidado crítico (o intensivo) pediátrico?

Es un equipo de recursos materiales y humanos destinados al cuidado de niños de alto riesgo. Su finalidad es el tratamiento y vigilancia del niño en situación de gravedad hasta que el peligro haya cedido y pueda continuar su evolución y tratamiento en una sala de hospitalización convencional.

¿Qué niños ingresan a las unidades de cuidados críticos pediátricos?

Existen diversas causas: infecciones graves, problemas respiratorios, enfermedades graves del corazón, haber sido operado recientemente, descompensación de enfermedades crónicas, haber sufrido un accidente grave, etc.. En todos los casos, son enfermedades que ponen en riesgo inmediato la vida y requieren de monitorización, supervisión médica continua, cuidados especiales de enfermería y atención inmediata a cada minuto.

¿Cómo funcionan los equipos?

Durante la estancia en la UCIP los niños estarán conectados a equipos de monitoreo continuo que generan alarmas, pantallas y luces que pueden causar temor. Además, pueden tener dispositivos para tratamiento como tubos traqueales conectados a respiradores, catéteres venosos, arteriales, sondas en el tórax o en la vejiga que impidan su total movimiento. Es frecuente, además, que reciban medicamentos que no son usuales en otras salas del hospital, como medicamentos potentes para el dolor, otros que generan sueño o algunos especiales para mantener los signos vitales estables.

En definitiva, todos estos recursos valiosos para restaurar la salud de los niños pueden generar temor y angustia a niños y familiares. Por eso, es importante involucrarlos en el cuidado diario, brindándoles una adecuada educación e información, fortaleciendo así el vínculo entre padres, médicos y enfermeras, disminuyendo los sentimientos de angustia y de abandono que experimentan tanto los cuidadores principales como los pacientes.

La Unidad del Hospital Pablo Tobón Uribe realiza encuentros multidisciplinarios cuando se deben tomar decisiones y, a su vez, se realizan reuniones con los padres de los pacientes cuando su hospitalización es de larga estancia. Cada día son informados por el médico sobre la evolución y enfermería realiza la ronda de educación donde se tratan temas de cuidado durante la hospitalización, desde el ingreso hasta el alta. Así, hemos trabajado intensamente, en lograr una UCI con alto sentido humano, siguiendo estrategias internacionales de humanización del cuidado intensivo.

UNA UCIP DE PUERTAS ABIERTAS

Entendiendo las necesidades especiales de los niños, que los padres o cuidadores son conocedores y catalizadores de lo que les ocurre a los niños, la unidad favorece el acompañamiento continuo durante las 24 horas de los pacientes, por sus familiares.



NUESTRA UCIP FAVORECE LA COMUNICACIÓN

Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas especiales, además, en el cuidado intensivo el trabajo es en equipo entre los diferentes profesionales, lo cual exige de una comunicación completa, clara, oportuna, concisa y afectiva.

UNA UCIP CON INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

Hemos crecido en planta física para garantizar que los pacientes críticos y sus familias, gocen de un entorno físico saludable, que ayude al proceso asistencial y a la restauración del estado físico. Se han ampliado los espacios para que la eficacia técnica vaya unida a la comodidad de los usuarios y se han dispuesto áreas comunes más agradables.



UNA UCIP ENFOCADA EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

El bienestar del paciente debe ser un objetivo tan primordial como el pretender su curación. La propia enfermedad genera malestar y dolor, y si a ello sumamos las intervenciones que realizamos sobre ellos, es evidente que ese malestar se incrementa. Además de ese dolor físico, no podemos ignorar ni subestimar el sufrimiento psicológico, la incertidumbre, el miedo, la angustia, que pueden conllevar más padecimiento que el propio dolor físico. En el paciente crítico pediátrico, el sueño-vigilia, la sed, el frío, el calor, los lazos familiares y la propia autonomía del niño son integrados en el día a día.

MÁS ALLÁ DE LA UCIP, PREVENCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS

En algunos pacientes no es posible obtener la restitución completa de la salud a su estado antes del ingreso, lo cual deriva en la existencia de secuelas físicas, como el dolor persistente, la debilidad, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos, y también secuelas neuropsicológicas como el déficit cognitivo, alteraciones en la atención, aparición de ansiedad, depresión o estrés post-traumático, todas estas posibles secuelas son previstas desde el ingreso del niño a la unidad.



UNA UCIP CONSCIENTE DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Si bien el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir de forma completa o parcial la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones, esto no es posible. En este punto, el objetivo se verá modificado, siendo fundamental en el nuevo enfoque reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, incluidos los del final de la vida.

Cuidar es mucho más que curar.

Carles Capdevilla.

A.García-Salido. Humaniza que no es poco.
Revista española de pediatría. 2017; 73 (supl.1):73-78.



Por: Juliana Marín R.

El Aula Pablito, un lugar para sanar

Amor, acompañamiento y pedagogía son los pilares fundamentales de este espacio que apoya la recuperación de los pacientes pediátricos.





En una habitación del Hospital Pablo Tobón Uribe está Manuela, una niña alegre, extrovertida y muy conversadora, de esos niños que al conocerlos parecen tener un alma vieja en un cuerpo pequeño. A su lado está su mamá, Olga, quien siempre la acompaña como su ángel guardián.

A sus 9 años Manuela debe afrontar una enfermedad compleja: el cáncer. En su habitación de hospital adornada por colores, lápices,

marcadores y sus juguetes favoritos los Casimeritos, ella los cuida como a sus pacientes, tiene todo un ritual de enfermera experta.

En la mesa donde comen los enfermos, no hay comida de hospital, sino un taller educativo que le han enviado desde el colegio y lo realiza mientras está en tratamiento. Manuela está llena de vida estudiando para ponerse a la par con sus compañeros y no atrasarse en

el colegio. Me recibe con una gran sonrisa y nos sentamos a conversar sobre su estancia en el hospital, me cuenta que su lugar favorito es el Aula Pablito. "Cuando me siento triste o aburrida voy al Aula Pablito porque allá me siento feliz. Cuando a uno le ponen medicamentos y va al aula todo cambia, los niños nos olvidamos de la enfermedad y nos ponemos a jugar".

Un espacio para los más pequeños

El Aula Pablito nace en el año 2002 en el área de pediatría, como un lugar de acompañamiento a los pacientes pediátricos a través del juego. Surge de la necesidad que tienen los pacientes más pequeños de continuar con su proceso de desarrollo, de esas ganas que tiene de seguir jugando y aprendiendo a pesar de la enfermedad que afrontan.

A través de los años el Aula Pablito ha tenido su evolución, ha pasado de ser un lugar de juegos y diversión a convertirse en un programa estructurado que acompaña a los niños hospitalizados, no solo desde la lúdica, sino desde la pedagogía.

"En el Aula Pablito los niños olvidan lo que están padeciendo, es



mágico. Manuela desde las 10:00 a.m. se baña y se organiza para poder ir al aula, es un lugar donde ellos no solo juegan y estudian con la profe, sino que comparten con otros niños. Así como Manuela tiene que enfrentarse a una enfermedad compleja hay otras familias iguales, eso nos hace sentir que no estamos solas. El Aula está llena de juegos para divertirse, hay un acompañamiento por parte de las profes que es fundamental en el proceso educativo de los niños. Cuando Manuela no puede asistir al colegio le envían talleres al hospital, con el acompañamiento de los profes la lograron nivelar. Estaba en 1° de

primaria cuando le descubrieron la enfermedad, con el tratamiento perdimos 2 años escolares, apenas estaba aprendiendo a leer y a escribir, en el Hospital durante el tratamiento le traen libros y la acompañan con los talleres que le envían del colegio, gracias a esta nivelación ella hoy se encuentra en 3° de primaria", cuenta Olga, la mamá de Manuela.

Luego de 10 cirugías y múltiples tratamientos esta pequeña venció la batalla contra el cáncer, hoy está sana, en su casa y en su entorno habitual, regresó al colegio y la adaptación a su vida habitual ha sido más fácil.

"Siempre le digo a Manuela que hay que ver lo positivo en las adversidades, hoy no solo tiene a sus amigas de 3° grado que dejó al empezar su tratamiento, si no que cuenta con unas amigas nuevas, esto es ganancia", cuenta Olga. ✕✕



ACERCA DEL AULA PABLITO

El Aula Lúdico Pedagógica Pablito es un programa educativo que ofrece de manera gratuita a los niños que se enfrentan a enfermedades complejas un lugar donde reír, jugar y continuar con su proceso educativo durante la hospitalización.

**Como
Manuela
más de 2.500
niños...**

... pasan cada año por el Aula Pablito, un ambiente donde se estimulan y mantiene hábitos de aprendizaje, donde los niños comparten con sus iguales, cantan, bailan, pintan, leen y aprenden mientras enfrentan su proceso de enfermedad.



**Somos una fundación
sin ánimo de lucro**

www.hptu.org.co/donaciones



Por: Sandra Milena Ruiz Muñoz, Juliana Soto y Cruz Eugenia Zabala
Enfermeras Especialistas

Educar como **herramienta** **para cuidar**

La hospitalización es la oportunidad para que pacientes y familiares sean educados acerca de su situación de salud y otros temas. Por eso, el servicio de pediatría busca dejar huella.

S

omos conscientes y creemos firmemente que el acto de educar de forma individual desde cada experiencia, particularidad y necesidad se convierte en un momento transformador para el paciente, la familia y el entorno. Es así como nos apoyamos en diversas estrategias para lograr efectos favorables en la población y lograr así un empoderamiento de su salud.

Partiendo de la premisa: el cuidado es el pilar básico de la profesión de enfermería, es vital que la enfermera, al brindar cuidado al niño, lo direcciona además a los padres que son los cuidadores principales. El conocimiento de esta necesidad permitirá al profesional acercarse a los adultos utilizando diversas estrategias de educación que los integren a la atención del niño hospitalizado. Algunos estudios refieren que la forma como se involucra a los padres puede disminuir la ansiedad o, por el contrario, intensificar el temor en ellos y en el resto de la familia. Por lo tanto, es en ese momento donde se debe establecer la comunicación y el escenario propicio para educar.

Si bien todo el equipo de salud que está en contacto con el paciente participa del proceso educativo es, indudablemente, la enfermera la llamada a dar continuidad y velar por el cumplimiento de este objetivo. Por eso, en la Unidad de Cuidado Crítico Pediátrico y Neonatal y en los servicios de Hospitalización de Pediatría se cuenta con un programa estructurado de educación. Allí se hace hincapié en las necesidades de los cuidadores y del paciente, desde la valoración inicial de ingreso donde se identifican características especiales de la población, riesgos y vulnerabilidades, hasta la necesidad de acompañamiento por alguno

de los grupos estructurados con que cuenta el hospital. Así se logra un trabajo multidisciplinario que tenga en cuenta todos los aspectos necesarios para la recuperación de la salud y la seguridad del paciente.

Todo el proceso es liderado por enfermeras con formación en salud y comunicación, diplomado en el que se generaron diferentes estrategias, donde “educar al que educa” se convierte en pilar fundamental. De esa manera, se pone en marcha el proceso, se reconocen las limitaciones a nivel personal, se encuentran estrategias para superarlas y se consigue como último fin brindar la educación que el paciente y la familia requieren. Es de suma importancia que el enfermero se empodere de la educación, con el apoyo de los auxiliares de enfermería en el proceso de información, logrando un trabajo más completo donde los favorecidos serán siempre los pacientes y desde luego sus cuidadores principales.

¿Cómo se logra?

El programa está centrado en la preparación de las familias para la atención del paciente según las necesidades particulares, la prevención de complicaciones e integración en el cuidado en casa, así se logra promover la adaptación del paciente y su familia a nuevas actividades como la administración de medicamentos, manejo de accesorios

terapéuticos, reconocimiento de signos de alarma y primeros auxilios.

Para todo esto, se disponen de mecanismos ágiles y seguros, además de la planificación de la educación desde el ingreso con miras a facilitar el egreso. Las diferentes herramientas que han surgido son audiovisuales, escritas e incluso demostrativas y participativas, cuando el tema lo requiere, promoviendo así el entrenamiento requerido para la continuidad del tratamiento y cuidados en el hogar con el mínimo riesgo de complicaciones y reingresos.

Quienes brindan educación e información tienen la capacidad de lograr cercanía y empatía con los pacientes y sus familias, el propósito es generar un espacio de confianza para exponer dudas y solucionarlas sin importar el número de encuentros necesarios, pues el objetivo principal es ofrecer una adecuada preparación para el egreso seguro y con la convicción de que la familia brindará los mejores cuidados.

Durante el proceso, se ha encontrado que al involucrar a la familia en el cuidado del niño hospitalizado hay beneficios para ambas partes: en la familia disminuye la ansiedad, el temor, miedos e inquietudes, manifiestan más claridad acerca de todo el proceso de hospitalización, confían en el equipo de salud y se vuelven partícipes del cuidado y la información. Sorprende entonces, comprobar el reconocimiento, la aceptación y la recordación que resulta de este acercamiento continuo con las familias, logrando recopilar un amplio número de vivencias que llenan de satisfacción y motivan a continuar fortaleciendo el programa de educación para las familias.



Una experiencia de educación

Doctor Minotta: por el hecho de estar en cuidado intensivo, que su hijo este críticamente enfermo hace que la información no la puedan recibir como uno se las da.

Madre paciente: yo llegué perdida aquí.

Doctor Minotta: Yo creo que el problema no es de la parte médica en dar información, porque finalmente el hospital le apunta mucho a eso y uno cada vez se mete más en la onda de dar información, de explicar.

Madre paciente: me explican bien pero, a veces, uno no entiende y digo otra vez, otra vez, entonces me explican más con plastilina. A veces uno se ríe, que me expliquen las cosas otra vez, a veces me da pena preguntar las cosas otra vez, ellos dicen no importa, vuelven y le explican a uno y yo digo a ya entendí un poquito y vuelvo y pregunto lo mismo como al otro día.

Enfermera Sandra: la parte más difícil es hacerse entender en cuestión de términos.

Doctor Minotta: Me ha pasado que les cuento el lunes un montón de información en términos coloquiales, pero mucha información y al otro día estoy otra vez con ellos y les digo cuénteme que entendió de ayer y no es ni el 20%, no me da la retroalimentación de lo que yo les dije el día anterior entonces me pregunto ¿será que no fui claro? ¿será que no fue el momento?

Madre paciente: A veces creo que se me olvida y pregunto o es a ver si me dicen cosas diferentes, yo siempre

pregunto a varias personas lo mismo a ver quién me dice algo diferente.

Doctor Minotta: A veces pienso que es el momento de estrés por el que pasa la persona.

Madre paciente: porque me da susto que me den la información que no es.

Doctor Minotta: Obviamente, para dar una información debe tener un entrenamiento, a uno en la universidad no le enseñaron procesos de comunicación, le enseñaron a ver pacientes.

Madre paciente: Uno se va socializando con los que están ahí, uno ya se cree de la familia.

Flor (auxiliar): casi todas las mamás son muy receptivas, cuando uno está con ellas compartiéndoles información todas son muy pendientes, hay muchas que preguntan, son muy poquititas las que no se involucran o no quieren prestar atención.

Flor (auxiliar): me le presento, mi nombre es Flor yo soy una de las auxiliares encargada de darle esta información, dígame si usted se siente en disposición de atenderme, si es capaz de escucharme y si no lo dejamos para mañana, yo siempre les pregunto.

Madre paciente: yo he aprendido mucho, yo no digo las cosas, yo analizo.



Flor (auxiliar): yo siento que sí tengo esa empatía, porque me buscan y me preguntan “venga usted por qué no ha vuelto, por qué no me ha vuelto a enseñar”. A ellas les gusta.

Enfermera Sandra: es permitir el acompañamiento total del cuidador con el paciente y la calidad en la educación, porque no es educar por educar o por hacer una nota. Es introyectar eso en la otra persona y que cambie ese comportamiento que yo le estoy transmitiendo.

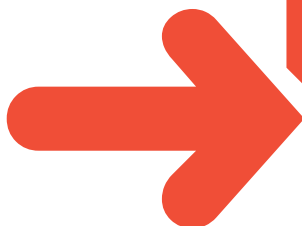
Madre paciente: lo primero que me dijeron fue lávese las manos antes del contacto y eso lo aprendimos mi esposo y yo. Mi esposo es encima de mi diciendo lávese las manos así no lo toque.

Doctor Minotta: creo que sí se pueden cambiar conductas.

Flor (auxiliar): esto es un trabajo de todas y si todas no estamos hablando el mismo idioma es muy difícil.

Madre paciente: yo lo único que les digo es mil gracias, que Dios los bendiga por todo lo que han hecho. Cuando me acuesto en el sillón, he pensado ¿cómo le voy a agradecer a esta gente? Primeramente a Dios porque yo sé que es el quien me tiene el niño donde lo tiene, siempre le oro a Dios y que le bendiga las manos a cada uno de ellos, mejor dicho yo no tengo palabras, no tengo con que pagarle a esta gente, que le hayan salvado la vida a mi hijo, es algo que no tengo como agradecer. ✕

La experiencia de educación se convierte en una herramienta transformadora no solo para las familias, sino también para el equipo de salud y es nuestro compromiso continuar dejando huellas en el alma de nuestros pacientes y sus familias con nuestras enseñanzas para un cuidado mejor.





Por: Andrea Restrepo G.
M.d. Pediatra - Infectóloga



Lo que todos debemos saber sobre la Influenza

La influenza es una infección causada por los virus de la influenza (A,B,C). Se caracteriza por ser una enfermedad respiratoria que puede ir desde leve hasta grave y en ocasiones causar la muerte.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, dolor de garganta, mucosidad nasal, dolores musculares, dolor de cabeza, fatiga o cansancio extremo. Los niños además pueden tener vómito y diarrea.

Se contagia de persona a persona por medio del contacto con las secreciones respiratorias de una persona infectada con las mucosas (boca, nariz y ojos) de una persona sana. Un adulto es contagioso desde un día antes de enfermarse hasta 7 días después. Los niños y las personas con el sistema inmune debilitado pueden ser contagiosos por más tiempo.

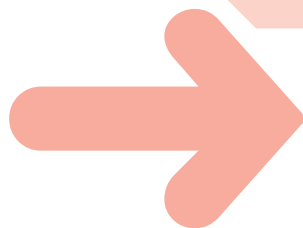
La mayoría de las personas con influenza se recuperan sin secuelas en pocos días a 2 semanas, pero algunas pueden desarrollar complicaciones como neumonía bacteriana, otitis, sinusitis, inflamación del músculo cardíaco, del tejido cerebral o muscular y deshidratación. Algunas personas están en mayor riesgo de desarrollar complicaciones: niños menores de 2 años, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas y personas con ciertas enfermedades crónicas (asma, diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, neurológicas, renales y pulmonares crónicas)

La influenza es una enfermedad prevenible mediante varias medidas. La más importante es la vacunación anual. Las otras medidas están dirigidas a prevenir la transmisión, no sólo de la influenza sino de otras infecciones, como cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar y el lavado frecuente de las manos, especialmente después de tener contacto con secreciones respiratorias.

La vacunación contra la influenza tiene varias ventajas: disminuye los casos en la comunidad y por ende la transmisión, las consultas al médico, el ausentismo escolar y laboral además previene las hospitalizaciones y muertes asociadas a la enfermedad.

En Colombia el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ofrece la vacuna contra influenza de forma gratuita a los siguientes grupos de personas:

- Niños entre 6 y 23 meses de edad.
- Gestantes a partir de la semana 14.
- Adultos mayores de 60 años.
- Familiares y convivientes del menor con cáncer.
- Personas con enfermedades pulmonares crónicas como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Pacientes con obesidad mórbida.
- Personas inmunocomprometidas (sistema inmune debilitado).
- Personas con diabetes mellitus con otras co-morbilidades asociadas:
 - Cardiopatías congénitas
 - Cardiopatía reumática
 - Cardiopatía isquémica



En las siguientes páginas web podrá encontrar más información útil sobre la influenza:

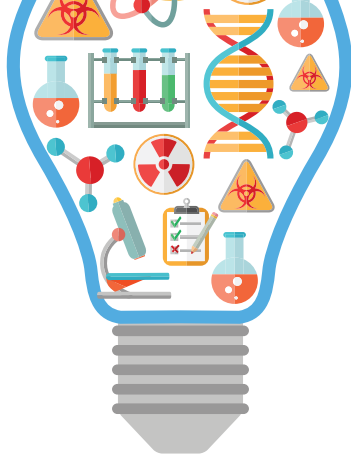
- <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Enfermedades-transmisibles.aspx>
- <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/index.html>

Por: Carolina Baquero Montoya
M.D. Pediatra - Genética



Enfermedades Genéticas: **diagnósticos asombrosos – soluciones esperanzadoras**

Las enfermedades genéticas (EG), son un grupo de enfermedades que se presentan en 1 de cada 600 niños recién nacidos, con más frecuencia cuando los padres son consanguíneos, o en regiones con alta susceptibilidad, como en Antioquia.



a mayoría de estas enfermedades se manifiestan cuando el bebé está recién nacido, aunque también pueden aparecer en la infancia o en la adultez. Es común que los pacientes acudan repetidamente buscando ayuda médica y nunca tienen un diagnóstico preciso; esto se debe a que las manifestaciones clínicas son inespecíficas y en muchas ocasiones retrasa el tratamiento adecuado.

Actualmente el grupo de enfermedades genéticas del Hospital Pablo Tobón Uribe, tiene guías de atención enfocadas a la aproximación diagnóstica y al tratamiento para la atención de los pacientes con sospecha de una de estas enfermedades con el objetivo de estabilizar a los pacientes y realizar un diagnóstico y tratamiento específico.

Cuando recibimos un paciente con una posible enfermedad genética, trabajamos en equipo para encontrar una respuesta:

- Se evalúa al paciente teniendo en cuenta los antecedentes familiares, como enfermedades neurodegenerativas y fallecimientos en período neonatal,
- En la exploración física, es posible encontrar un paciente con alteración del estado de conciencia (somnolencia hasta coma), alteraciones en el tono muscular, parálisis, pérdida de reflejos
- En cuanto al sistema cardiovascular se buscan alteraciones en el ritmo cardiaco,
- Los hallazgos gastrointestinales varían, puede ocurrir un crecimiento del hígado o del bazo.

Ante la sospecha clínica de una EG hay que iniciar su abordaje con pruebas

que permitan confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento. El análisis bioquímico constituye la base del diagnóstico de estas enfermedades, pero el punto de partida de cualquier investigación es la hipótesis diagnóstica formulada sobre la base de los signos y síntomas clínicos descritos anteriormente. La detección de las enfermedades genéticas se apoya solo en una parte muy pequeña en los programas de diagnóstico precoz y en realidad dependen fundamentalmente del índice de sospecha clínica y laboratorios de diagnóstico especializado.

La aplicación de pruebas de tamización, el diagnóstico y el tratamiento temprano de las enfermedades genéticas, son factores importantes para la reducción del impacto de la enfermedad y retardar o prevenir secuelas de la misma. Todos los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en estos pacientes, pueden generar altos costos económicos, pero también impactan en la sociedad si con ellos se logra prevenir y reducir la discapacidad infantil y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. ✕✕

Más de 250 pacientes

Diagnosticados y
tratados en el grupo



Gracias al diagnóstico oportuno de enfermedades genéticas, se pueden evitar trastornos neurológicos como discapacidad intelectual, alteraciones en el comportamiento, afectaciones hepáticas, cardíacas, renales e incluso la muerte.

Con un programa de tamización neonatal ampliado y la utilización de guías, se podrá tener un diagnóstico precoz de los pacientes, a la vez que se logra la optimización de los recursos.



Somos una fundación
sin ánimo de lucro

SERVIRTE CON EL ALMA



CLÍNICAS PEDIÁTRICAS

Tenemos a disposición de nuestros pequeños pacientes el servicio de clínicas pediátricas, que ofrecen acompañamiento interdisciplinario en las siguientes especialidades:

- Asma
- Alergia alimentaria
- Fibrosis quística
- Disautonomía
- Diabetes
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Enfermedades metabólicas
- Trasplante de Médula Ósea
- Trasplante hepático
- Trasplante renal
- Tuberculosis



◀ Paciente del Hospital

Con estas clínicas podemos brindar un manejo integral a las enfermedades de los niños:

Seguimiento médico, educación, asesoría psicológica, nutricional y otras disciplinas.



» Receta saludable



Por: Por: Lina Marcela López G.
Jefe Departamento de Nutrición Clínica





243
calorías



35
minutos



6-8
porciones

Brownies de la abuela

Un plan divertido para hacer los fines de semana en familia; cierra los ojos e imagina.

Ingredientes:

- 3 cucharadas colmadas de mantequilla
- 1/2 taza de azúcar
- 3 huevos
- 3/4 taza de harina de trigo
- 1 cucharadita de polvo de hornear
- 1 1/2 taza de bebida chocolatada en polvo

Preparación:

- Bata la mantequilla con el azúcar hasta que esté cremosa, incorpore los huevos uno a uno alternando con la harina de trigo, la bebida chocolatada en polvo, el polvo de hornear y el kumis.
- Vierta en un molde enmantequillado y enharinado. Coloque en el horno previamente calentado a 350° C por 30 minutos aproximadamente o hasta que el cuchillo salga limpio.





EL ALMA
★ de la Navidad ★

ESTÁ EN LOS DETALLES

Felices fiestas y próspero año



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe