

Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

PRONAP'00

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Módulo N° 2

Pautas de control del
niño de 1 a 5 años

Colagenopatías

Abuso infantil

2000

Sociedad Argentina de Pediatría

PRONAP'00

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Módulo N° 2

Pautas de control del niño de 1 a 5 años

Colagenopatías

Abuso infantil



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

PRONAP'00

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Con auspicio de:

Organización Panamericana
de la Salud (OPS)

Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)

Ministerio de Salud
de la Nación

Declarado de interés por el
Honorable Senado de la Nación

**Buenos Aires
2000**

Módulo N° 2

Pautas de control del
niño de 1 a 5 años

Colagenopatías

Abuso infantil

Comisión Directiva SAP

Presidente:
Dr. Horacio Lejarraga
Vicepresidente 1º:
Dra. Elena Cisaruk de Lanzotti
Vicepresidente 2º:
Dr. Daniel Beltramino
Secretaría General:
Dr. Mario Grenoville
Tesorero:
Dr. Raúl Sixto Merech
Pro-Tesorero:
Dr. Gerardo Vaucheret
Secretario de Educación Continua:
Dr. Margarita Ramonet
Secretario de Actas y Reglamentos:
Dr. Diego Gustavo Faingold
Secretario de Relaciones Institucionales:
Dr. Jesús María Rey
Secretario de Regiones, Filiales y Delegaciones:
Dr. Ernesto Alda
Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo:
Dra. Lilia Garibotto
Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias:
Dra. Gloria Muzzio de Califano
Vocal 1º:
Dr. Miguel A. Naser
Vocal 2º:
Dr. Angela Gentile
Vocal 3º:
Dr. Eduardo Ramos
Coordinación Técnica:
Dr. F. Alejandro Mohr

Secretaría de Educación Continua

Presidente:
Dra. Margarita Ramonet
Vocales:
Dr. Luis Urrutia
Dra. Silvia Castrillón
Dra. Nélica Valdata de Blanco
Dra. Lucrecia Arpi
Dr. Fernando Ferrero
Dra. Isabel Maza
Dra. Fabiana Ossorio
Dr. Fernando Rentería
Dr. Pablo Lapunzina
Asesoras Pedagógicas:
Lic. Amanda Galli
Lic. Claudia Castro
Coordinación PRONAP:
Dra. María Luisa Ageitos
Coordinación Editorial:
Dr. Teodoro F. Puga
Asistente PRONAP:
Dra. Virginia Orazi
Secretarías Administrativas:
Marina Gutiérrez Ageitos
Olga Daletto
María Laura Boria

Consejo Asesor del PRONAP

Directores de Región:

Región Metropolitana
Dr. José L. Cervetto
Región Litoral
Dr. Orlando Alvarez
Región Pampeana Norte
Dr. Rodolfo Vergara
Región Pampeana Sur
Dr. Daniel A. Molina
Región Centro Cuyo
Dra. Ingrid Waisman
Región Noreste (NEA)
Dra. Helena Mabel Llanos
Región Noroeste (NOA)
Dra. Nélica Cusa
Región Patagónica Andina
Dr. Jorge Angaut Rocha
Región Patagónica Atlántica
Dr. Raúl Puig

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría

Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP)

Av. Coronel Díaz 1971 • (1425) Buenos Aires

Tel: (011) 4821-2318/2319/5033/8612 • internos: 130/131 • Fax directo las 24 horas: interno 132

E.mail: pronap@sap.org.ar • Internet: <http://www.sap.org.ar>

Horario de atención: lunes a viernes de 12.30 a 19.30 horas

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2000.

ISBN: 987-9051-29-7

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Producción Gráfica Integral: **IDEOGRAFICA** • Tte. Gral.J. D. Perón 935 • 1038 Capital Federal • Telefax: 4327-1172

Diseño Editorial: Ami Galli • Laprida 1898 PB "D" • 1425 Capital Federal • Telefax: 4805-8850

PRONAP informa

información útil y necesaria

Con este Módulo, usted está recibiendo:

- 1 Material de Educación para la Salud (poster);
- 2 Hojas sueltas para encarpetar;
- 1 Cuadernillo con fotos sobre el tema Colagenopatías;
- 2 Cartillas para control de la visión.

Examen Final '99

Hemos terminado de corregir los exámenes del PRONAP '99. Recibimos en total 5.282 exámenes. Lo han presentado 3.767 mujeres y 1.515 varones.

Este año 15 alumnos han obtenido el puntaje máximo posible, 78 puntos, es decir, han contestado correctamente el 100% de las preguntas.

Con auspicio de:

Organización Panamericana
de la Salud (OPS)

Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)

Ministerio de Salud de la Nación

Declarado de interés por el
Honorable Senado de la Nación

Los colegas que han alcanzado el mayor puntaje se distribuyen del siguiente modo:

Santo Tomé, Santa Fé:	1
Avellaneda, Santa Fé:	2
Trelew, Chubut:	2
La Plata, Buenos Aires:	1
Lomas de Zamora, Buenos Aires:	1
Capital Federal:	4
Paraná, Entre Ríos:	2
Luján, Buenos Aires:	1
Muñiz, Buenos Aires:	1

¡FELICITACIONES!

***A ellos en especial y a todos los que hicieron el
esfuerzo en general!***

Le informamos que ya se han enviado los certificados correspondientes al PRONAP '99. Si aún no lo recibió tenga en cuenta que tiene tiempo de reclamarlo hasta el 31 de diciembre de 2000.

Voces de la Red...

"... con respecto a la atención en el Pronap, si la personal es igual a la telefónica, debe ser muy buena...!"

Ana B.

"Gracias por el PRONAP, lo uso mucho".

Cristina

"...es mi primer año en el curso y me siento de luna de miel con la que creo fue una de las mejores, mas hermosas y desafiantes decisiones de mi vida, ser pediatra...La lista me apichonaba un poco, pero tenía que agradecer el tiempo que le roban a sus cosas para compartir con todos".

María Andrea

"...porque nuestra sabiduría se siembra en miles de lugares en el país, para cada año aumentar sus frutos..."

Juntos en cada lugar donde el destino nos encuentra sabemos que no estamos solos para atender con la mayor dedicación posible a nuestros pacientitos..."

Silvia G.A.

¡Gracias Silvia y Miguel! Que nos ayudaron con la "Fe de erratas" de escoliosis.

¿Qué opinan de pasar los módulos a CD?...

"los módulos recorren los habitaciones de la casa, salen del hospital, son infaltables compañeros en los momentos de espera, ¡hasta conocen la peluquería! ¡No se pasen al CD! "

Viviana B.

"Prefiero el papel para poder marcar, anotar y transportar el módulo; con ganas de que se mantenga el nivel y la cordialidad".

María Cristina

"...los libros siempre están al alcance de todos..., son la mejor compañía. Leo el PRONAP en el tren, en la guardia, con una vela, con la luz de mercurio en la ambulancia".

Rosalía V.

Rincón de críticas:

"...el audiocasette 99 me pareció poco útil".

María

"...escriben sólo médicos de la Capital"

Carlos

Sugerencias:

"Publicar listado de todos los temas tratados".

Osvaldo

"¿Por qué no hacemos un encuentro de pronaperos cibernéticos en Salta?"

Néstor

E-mail

Constantemente se anotan nuevos integrantes a la Lista de discusión del PRONAP, ya somos 209. Pudimos observar un movimiento generado por el examen final, se intercambiaron ideas, se consultaron y discutieron las preguntas, espere-mos que esto sirva de punto de inicio a una relación más fluida entre los alumnos.

Recordamos las direcciones

Para acceder a la lista: suscribirse a

pronap@sap.org.ar

Una vez anotado en la misma, deberá enviar sus mensajes a:

listapronap@pccorreo.com.ar

Fe de erratas

Módulo I - Año 2000

- **Capítulo Escoliosis, en el Cuadernillo:** en figura 4, donde dice convexidad derecha es convexidad izquierda.

**Llegan los Encuentros
Presenciales.
Elija a cual va a asistir.
Anótese ¡Ya!**



ENCUENTROS PRESENCIALES 2000

Región	Filial que organiza	Lugar	Fecha	Teléfono secretaria	Responsable Médico
ENTIDAD MATRÍZ		Centro de Capacitación y Docencia	27/10	Secretaría PRONAP	Dra. Isabel Maza
		"Dr. Carlos Gianantonio"	28/10	4821-2318/9	
		Salguero 1242	04/11	int.130-131-132	
		Capital Federal	10/11	de 12 a 19 hs.	
			11/11		
LITORAL	Rosario	Catamarca 1935	27/10	Magdalena	Dra. M. Isabel Reni
			28/10	0341 - 4253062 9 a 14 hs.	
	Paraná	Círculo Médico de Paraná Urquiza 1135, Salón Azul	11/11	Susana Mónaco 0343 - 4234910	Dr. Mario Alberto Bevilaqua
	Concordia	Asociación Médica 9 de Julio 11	18/11	11 a 13 y 17 a 20 hs.	Dra. Mabel Schinder
	Villa Mercedes	Club Social Lavalle 285	28/10 9 a 17 hs.	Graciela Palma 02657 - 421163 8 a 12 y 16 a 20 hs. Nélida Paz 02657 - 438130 8 a 12 hs.	Dra. Raquel Alborno
CENTRO CUYO	San Francisco	J. L. de Cabrera 1201 San Francisco	11/11	Emilia de González 03564 - 426672 de 6.30 a 13.30 hs.	Dr. Atilio Olivetta
	San Juan	Alkazar Hotel Laprida 82 (E)	11/11	Mercedes de los Santos 0264 - 4275322 de 10 a 14 hs.	Dr. Raúl Martínez Colombres
	Delegación San Rafael	Círculo Médico Godoy Cruz 340 San Rafael	25/11	Sra. Norma 02627 - 422822 7 a 14 hs.	Dra. Florentina Ponce
	Mendoza	Hospital Notti Bandera de los Andes 2603 Sector 12 - Salón A Villa Nueva	18/11	Genara Fara 0261 - 4457495 8.30 a 12.30 hs.	Dra. María Cristina Méndez de Feu
	Córdoba	Filial Córdoba Laprida 750	28/10	Luisa 0351 - 4238438 9 a 15,30 hs.	Dra. Liliana Villafañe
REGIÓN METROPOLITANA	Distrito Sur	Hospital Oñativia de Rafael Calzada Ramón Carrillo 1339 e/ Jorge y Tucumán. Calzada Pdo. Almirante Brown	21/10	4219-5045	Dr. Edgardo Flamenco
	Distrito Norte	Htal. Materno Infantil de San Isidro Diego Palma 505, San Isidro	11/11	4512-3902	Dr. Roberto Passarino
	Distrito Oeste	Htal. Ramón Carrillo Hipólito de Irigoyen 1051, Ciudadela	25/11	4443-3883	Dr. Gustavo Bardaui

<i>Región</i>	<i>Filial que organiza</i>	<i>Lugar</i>	<i>Fecha</i>	<i>Teléfono secretaria</i>	<i>Responsable Médico</i>
	Distrito Oeste	Círculo Médico de Matanza Avenida de Mayo 743 Ramos Mejía	28/10	Natalia o Lorena 4464-2900 4464-2904	Dr. Hugo García
REGIÓN PAMPEANA NORTE	Regional Oeste	Av. Rivadavia 379 Junín	18/11	Pelusa 02362 - 433325/433301 de 9 a 15 hs.	Dr. Alfredo Morbelli
	La Plata	Htal. Sor María Ludovica (Salón de Actos) Calle 14 N° 1631	11/11	Daniela Malango 0221 - 4511403 de 8 a 12 hs.	Dr. Ignacio Gofí
REGIÓN PATAGÓNICA ATLÁNTICA	Valle del Chubut	Htal. R. Isola R. Gómez y A. Pujol Puerto Madryn	11/11 9 a 17 hs.	02965 - 451240/451034 de 15 a 19 hs.	Dra. Patricia Pedredol
	Golfo San Jorge	Colegio Médico del Sur del Chubut. Alvear 392 Comodoro Rivadavia	04/11 9 a 17 hs.	Sandra Barria 0297 - 4445544 de 9 a 12 hs.	Dr. Ernesto Rappallini
	Santa Cruz	Colegio Médico Santa Cruz. Maipú 144 Río Gallegos	18/11 de 9 a 17hs	Edith Gaite 02966 - 420790 02966 - 423504	Dr. Juan Carlos Schieda
	Estrella Austral	Centro Asistencial Tolhuin Tierra del Fuego	28/10 de 9 a 17 hs.	Patricia Gruebel Tel/Fax: 02964 - 423295 de 15 a 18 hs. E- mail: tf@sap.org.ar	Dra. Patricia Gruebel
REGIÓN PAMPEANA SUR	Bahía Blanca	Agremiación Médica Bahía Blanca	04/11	Sra. Carmen 0291 - 4552642 8 a 14 hs.	Dr. Guillermo Venara
	La Pampa	Colegio Médico San Martín 655 Santa Rosa - La Pampa	28/10	Secretaría 0295 - 4456203	Dr. M. D'astolfo
	Mar del Plata	Centro Médico San Luis 1978, 7° "E" Salón de usos múltiples	21/10	Secretaría 0223 - 4918566	Dra Cristina Ciriaci
NOA	Jujuy	Hospital de Niños Salón Ateneos (1° Piso) José Hernández 624	25/11	Secretaría SAP 0388 - 4237823	Dra. Mónica Romero
	Tucumán	Club Médico Avda. Mate de Luna 2800	07/10	Secretaría 0381 - 4244708 9 a 13 hs.	Dra. Silvia Fabio
	Salta	CONARPE Salta Universidad Católica de Salta	27/09	CUPO LIMITADO Inscripción media hora antes del comienzo de la actividad	Dr. Ricardo Jarma
	Catamarca	Hosp. San Juan Bautista Anfiteatro Av. Mariano Moreno y Perú	28/10	Secretaría 03833 - 437653 8 a 12 hs.	Dr. Ricardo Seco Dra. Claudia Palladino
	Santiago del Estero	Colegio Médico 9 de Julio 154	18/11		Dra. Ana Soria



Región	Filial que organiza	Lugar	Fecha	Teléfono secretaria	Responsable Médico
NEA	Corrientes	Colegio Médico	28/10	Loli Agazani 03783 - 427421	Dra. Amalia Slobayen
	Misiones	Hosp. Dr. Ramón Madariaga (Aula Magna)	11/11	María Juana Viera 03752 - 435763	Dr. Carlos Rolón
PATAGÓNICA ANDINA	Bariloche	Colegio Médico de Bariloche Angel gallardo 1334	18/11	Julia Bianchi 02944 - 427920/21 cmédico@bariloche.com.ar	Dra. Lucía Angaut Dra. Adriana Bonfiglioli
	Cipolletti	Colegio Médico Cipolletti Alem 444	28/10	Secretaría 0299 - 4437072 11 a 15 hs.	Dr. Tomás Herczeg

amamantar es tu derecho



semana mundial de la lactancia materna
1 al 7 de agosto

PRONAP'00

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Pautas de control del
niño de 1 a 5 años

*Dra. Elena Cisaruk
de Lanzotti*

Dra. Marcela C. Gorosito

Colagenopatías

Dra. Stella M. Garay

Abuso infantil

Dr. Norberto R. Garrote

Procesamiento didáctico

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

Capítulo 1

Pautas de control del niño de 1 a 5 años

Introducción

El acceso de la población a mejores condiciones de salud es una aspiración legítima y un objetivo común a todas las sociedades. La Convención de las Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño en su Artículo 24 enuncia el "derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud...". La Cumbre Mundial de las Naciones Unidas en favor de la Infancia de 1990 y la Cumbre de Presidentes de las Américas de 1994 son algunos de los ejemplos de los compromisos adquiridos por los Gobiernos a nivel internacional en favor de la madre y el niño.

El avance en el creciente control sanitario del medio ambiente, el control del embarazo y de los problemas perinatales, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones, la promoción de la lactancia materna, la alimentación saludable, el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de la salud, la educación para la salud a nivel de la comunidad, así como el conocimiento y los avances tecnológicos que permiten detectar, prevenir y tratar adecuadamente a las enfermedades han sido los factores determinantes en el descenso de la morbilidad infantil y del niño menor de 5 años al final del segundo milenio.

Según el último informe del Ministerio de Salud de la Nación, en la Argentina la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en 1988 era de 25,8‰ y ha llegado en 1998 a 19,1‰. Sin embargo este promedio nacional experimentó un descenso muy lento a lo largo de esta década y continúa siendo la más alta de los tres países del cono sur: 88% más alta que la de Chile y 15% más alta que Uruguay.

La Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en los últimos siete años tuvo un descenso del 25,7% a expensas casi exclusivamente del componente de los menores de un año.

En las últimas décadas la creciente supervivencia infantil y el reconocimiento de factores de riesgo que ejercen influencias sobre el desarrollo integral del niño, condicionando su futura calidad de vida e inserción social como adulto, estimuló la búsqueda de intervenciones eficaces para adecuar la atención infantil en el nuevo contexto histórico-social.

Como consecuencia, la atención del niño centralizada anteriormente en la resolución de patologías, se orienta actualmente hacia las medidas de prevención y promoción de hábitos de vida saludable, a través de las consultas de control que caracterizan a la concepción social del proceso de salud-enfermedad. Este nuevo concepto fortaleció a su vez el rol de la familia, la cual a través de la



Dra. Elena Cisaruk de Lanzotti

- Doctora en Medicina. Profesora Titular 1ª Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.



Dra. Marcela C. Gorosito

- Docente coordinadora Pediatría I. 1ª Cátedra de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario
- Jefa de Consultorio Externo de Pediatría. Hospital Provincial del Centenario. Rosario.
- Asesora temporaria Estrategia AIEPI OPS/OMS.

influencia que ejerce en la sociedad, conforma el marco natural para el mantenimiento y recuperación de la salud. Es así que las pautas de control del niño sano de 1 a 5 años representan uno de los componentes primordiales en las acciones

que debe ejercer el pediatra para el cumplimiento de los programas nacionales de atención materno-infantil y acceder al desafío mundial de "Niños Sanos: la Meta del 2002".

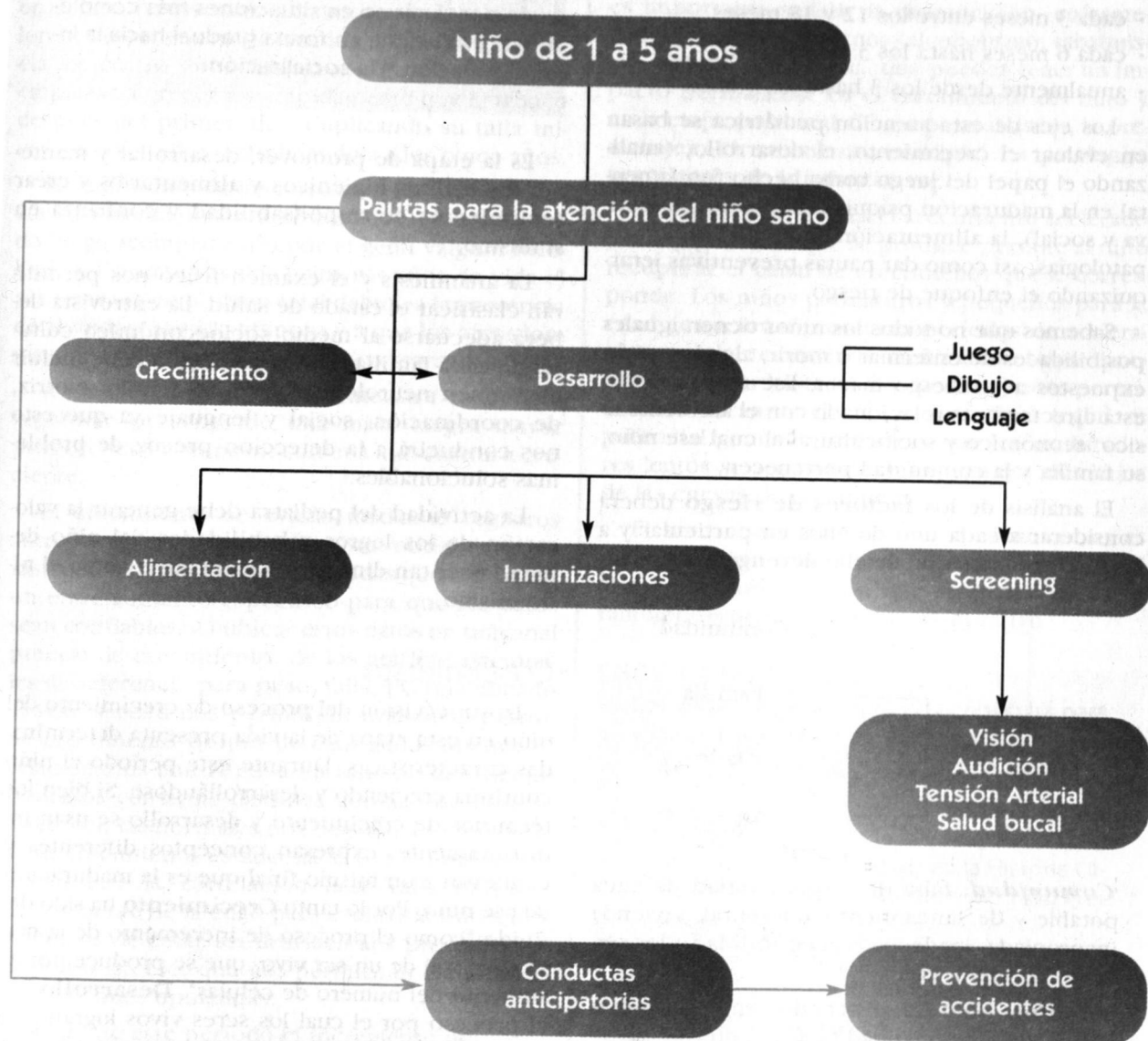
Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Supervisar el crecimiento y desarrollo del niño en los distintos ambientes en los que transcurre su vida.
- Observar la interacción del niño con su familia, sus pares y la comunidad.
- Orientar a los padres acerca de las pautas esenciales para su cuidado.
- Brindar recomendaciones preventivas para una efectiva promoción y protección de la salud jerarquizando el enfoque de riesgo.



Esquema de Contenidos





Pautas de control del niño de 1 a 5 años

Definimos como **pautas de control** aquellas acciones y recomendaciones avaladas por estudios científicos que tienen como objetivo efectuar el seguimiento adecuado y brindar orientaciones concretas acerca del cuidado del niño.

La evaluación de estas pautas de control requieren un cronograma mínimo de consultas.

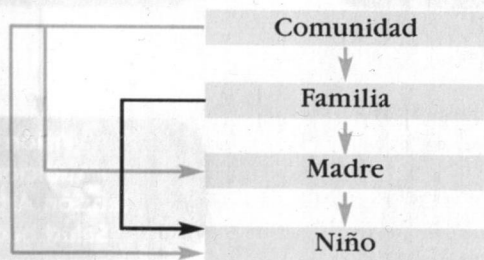
La frecuencia recomendada de los controles de salud es la siguiente:

- cada 3 meses entre los 12 y 18 meses,
- cada 6 meses hasta los 3 años,
- anualmente desde los 3 hasta los 5 años.

Los ejes de esta atención pediátrica se basan en evaluar el crecimiento, el desarrollo, (analizando el papel del juego como hecho fundamental en la maduración psíquica, intelectual, afectiva y social), la alimentación, la identificación de patologías, así como dar pautas preventivas jerarquizando el enfoque de riesgo.

Sabemos que no todos los niños tienen iguales posibilidades de enfermar o morir, algunos están expuestos a un riesgo mayor. Ese mayor riesgo está directamente relacionado con el ambiente físico, económico y sociocultural al cual ese niño, su familia y la comunidad pertenecen.

El análisis de los **factores de riesgo** deberá considerar a cada uno de ellos en particular y a las interacciones que de ello devengan.



- **Comunidad:** falta de disponibilidad de agua potable y de saneamiento ambiental, vivienda inapropiada, inadecuada accesibilidad a los servicios de salud, etc.
- **Familia:** pobreza, intervalos intergenésicos cortos, disfuncionalidad familiar, etc.
- **Madre:** adolescente, baja escolaridad o analfabetismo, alteración del vínculo afectivo, desnutrición y patologías diversas, etc.
- **Niño:** bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, malformaciones congénitas o anoma-

lías cromosómicas, patologías diversas, carencias afectivas, etc.

El niño de 1 a 5 años se caracteriza fundamentalmente por presentar un crecimiento relativamente constante y adquirir y perfeccionar nuevas funciones, habilidades y comportamientos que le permiten una progresiva autonomía y lo capacitan para valerse por sí mismo en situaciones más complejas. Evoluciona en forma gradual hacia la individuación y la socialización.

Es la etapa de promover, desarrollar y mantener los hábitos higiénicos y alimentarios y crear sentimientos de responsabilidad y confianza en sí mismo.

La anamnesis y el examen físico nos permitirán clasificar el estado de salud. La entrevista deberá adecuarse al medio socioeconómico cultural de cada familia. El examen físico debe incluir el examen neurológico y de desarrollo: motriz, de coordinación, social y lenguaje ya que esto nos conducirá a la detección precoz de problemas solucionables.

La actividad del pediatra debe generar la valoración de los logros y habilidades del niño debiendo ser tan dinámica y cambiante como el niño mismo.

Crecimiento

La supervisión del proceso de crecimiento del niño en esta etapa de la vida presenta determinadas características. Durante este período el niño continúa creciendo y desarrollándose. Si bien los términos de crecimiento y desarrollo se usan indistintamente, expresan conceptos diferentes y conllevan a un mismo final que es la maduración de ese niño. Por lo tanto **Crecimiento** ha sido definido "como el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células". **Desarrollo** "es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones". Las características individuales del crecimiento y desarrollo dependen de factores hereditarios, raciales, socioeconómicos, nutricionales, hormonales, ambientales, emo-



cionales, afectivos y de salud. El crecimiento y desarrollo del niño en esta edad no sólo se manifiesta por lo físico corporal sino también en lo social, psicológico o motor.

En esta etapa de la vida del niño, su cuerpo aumenta de tamaño en forma casi constante aunque no regular ni uniforme. Modifica su aspecto físico externo observándose un mayor crecimiento de la cara que del cráneo, con notorio aumento del tamaño de la mandíbula. La fontanela anterior o bregmática se cierra generalmente entre los 12 y 18 meses de edad. El tórax crece ensanchándose en forma transversal, el abdomen y la lordosis lumbar compensatoria tienden a desaparecer hacia los cuatro años. Las extremidades inferiores empiezan a crecer más rápidamente que el tronco después del primer año, duplicando su talla inicial a los dos años y triplicándola a los cinco años.

La angulación de los miembros inferiores hacia adentro puede observarse hasta los tres años siendo luego reemplazando por el genu valgum fisiológico. Durante los dos primeros años de vida el pie tiene aspecto plano total debido a la presencia de abundante tejido adiposo y a que los arcos longitudinal y transversal están poco marcados.

A los tres años el niño no muestra el aspecto regordete presentando una masa magra mayor proporcional a su peso, con una musculatura creciente.

El crecimiento se evalúa mediante registros antropométricos que deben ser obtenidos con instrumentos y técnicas adecuadas que requieren un entrenamiento específico para que los datos sean confiables. Al ubicar estos datos en un canal preciso de crecimiento, de los gráficos nacionales de referencia para peso, talla, PC relacionado al sexo y edad nos permitirán evaluar el patrón de crecimiento propio de cada niño. Además al relacionarlos con la edad en función del tiempo podemos construir distintas curvas que comparadas con las normales nos llevarán a determinar si su crecimiento es adecuado o no. También es importante la correlación Peso/Talla independientemente de la edad para evaluar la nutrición. Podemos detectar así desviaciones precoces, en déficit o exceso, que nos permitirán efectuar intervenciones oportunas.

Durante este periodo el incremento de:

- **Peso:** es de 2-3 kg/año.
- **Talla:** en el segundo año la velocidad promedio es de 12 cm/año, presentando a partir de los 3 años un aumento constante en un rango de 5-7 cm/año.

- **Perímetro cefálico:** aumenta durante el segundo año 2 cm y de los 2 a los 5 años 1 cm/año.

Los niños que por alguna causa han tenido un retraso del crecimiento, desaparecida la misma, muestran una aceleración del mismo llamada "crecimiento compensatorio".

La oportunidad de generar este fenómeno dependerá de la naturaleza y duración del daño y de la edad y el potencial individual de cada niño.

Las noxas pueden ser diversas y actuar tanto en la etapa pre y postnatal. En la etapa prenatal es importante señalar la desnutrición, enfermedades o hábitos maternos (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción), etc., que pueden tener un impacto permanente en el crecimiento del niño y en la etapa postnatal el bajo peso al nacer, la prematuridad, el nacimiento múltiple, las patologías prevalentes de la infancia, etc.

Desaparecida la noxa el crecimiento acelerado y compensatorio que se produce permite al niño recuperar el canal de crecimiento que le corresponde. Los niños prematuros y pequeños para la edad gestacional presentan períodos de aceleraciones del crecimiento intermitentes que pueden continuar hasta los 2 y medio - 3 años permitiéndole alcanzar el crecimiento final según su potencial genético, mientras que los maduradores lentos se acomodan en los canales más bajos de las curvas de crecimiento.

El mecanismo íntimo que lo produce no es bien conocido y no estaría vinculado solamente al crecimiento físico ya que se puede observar también frente a un retraso madurativo.

Los pasos a seguir durante la consulta para evaluar el crecimiento son los siguientes:

- Pesar, medir Talla y Perímetro Cefálico.
- Registrar los datos en los gráficos de distancia (Peso/Edad, Talla/Edad, Peso/Talla, Perímetro Cefálico/Edad) en la Historia Clínica y en el Carné de Salud del niño (ver Anexo 2).
- Interpretar los datos registrados observando la tendencia evolutiva de la curva.
- Informar y explicar a la familia acerca de la evolución del crecimiento del niño.



Desarrollo

El niño es un ser humano en proceso constante de crecimiento y desarrollo, sin embargo en la consulta pediátrica se efectúa fundamentalmente el control del crecimiento, perdiéndose en muchas oportunidades la posibilidad de detectar en forma precoz alteraciones en el desarrollo.

En los últimos años en todo el mundo ha cobrado fuerza el concepto de desarrollo integral del niño como resultado del incremento en la supervivencia infantil.

Como consecuencia de ello medir el crecimiento y evaluar el desarrollo constituyen la acción prioritaria para vigilar la salud general del niño.

En esta etapa de la vida el desarrollo del niño se caracteriza por la adquisición gradual y el perfeccionamiento de nuevas funciones, habilidades y comportamientos que lo capacitan para valerse por sí mismo, alcanzando independencia y autonomía en situaciones cada vez más complejas. Esto es el resultado de la interacción permanente entre el potencial individual que cada niño trae desde el momento del nacimiento y el entorno afectivo, físico y social. Los factores más importantes para el normal desarrollo del niño son una nutrición adecuada y la estimulación oportuna.

También el desarrollo intelectual y psicosocial del niño adquiere gran relevancia manifestándose fundamentalmente a través de la evolución del juego, el dibujo, y el lenguaje.

El juego es una actividad central. A través del mismo aprende a compartir y a expresar sentimientos, a interpretar las funciones y el trabajo de los adultos, así como a expresarse mejor. Contribuye a la creatividad y a la evolución cognoscitiva, social y emocional de los niños.

El juego simbólico es una actividad representativa que le permite al niño incorporar el mundo externo de acuerdo a sus propios deseos, necesidades y sentimientos con un grado mínimo de adaptación. El mismo cumple una función indispensable para la estabilidad emocional de los niños.

El juego simbólico evoluciona a través de tres etapas:

- **Juego solitario e independiente:** Es característico de la deambulación, centrando su interés en

la exploración del mundo que lo rodea. Es el inicio de la simbolización. Juega en forma independiente y no hace ningún esfuerzo por integrarse a los niños que están a su alrededor.

- **Juego paralelo:** El niño juega entre los demás niños pero no interactúa. Juega al lado de los otros niños, no modificando ni influyendo en la actividad de ellos. Varía continuamente de actividad. Es característico de la edad de los 2 años.
- **Juego asociativo o socializado:** Es la edad más rica en el juego de la fantasía, alcanzando el juego simbólico su apogeo. En esta etapa la actividad de uno complementa la del otro. Busca compañeros para jugar. Son típicos los juegos del doctor, la mamá, el papá, etc., ensayando papeles sociales. Es característico de los 3 años de edad.

Alrededor de los 5 años aparecen los primeros líderes y se manifiestan las preferencias por compañeros del mismo sexo.

El **dibujo** expresa la aptitud de representación general del niño, proponiéndose a la evolución de la figura humana como un integrante de la evaluación del desarrollo.

A los 18 meses aparece el primer intento de representación gráfica o "garabato". Este evoluciona por tres etapas: desordenado, controlado y con nombre.

- El garabato desordenado no es un intento de reproducir la realidad sino que explora un movimiento.
- El controlado aparece 6 meses más tarde descubriendo una vinculación entre sus movimientos y los trazos que realiza. El dibujo ocupa toda la página.
- A los 3 años realiza el garabato con nombre. En esta etapa comienza a decir lo que ha dibujado aunque no exista relación entre lo que expresa y lo que observamos. Está simbolizando.

Cuando el niño representa la realidad de su medio, la primera forma que surge es el dibujo de la figura humana, con progresiva caracterización y diferenciación al finalizar esta etapa (ver Anexo 3).

El **lenguaje** se desarrolla en forma progresiva durante los primeros años de vida. Los logros se producen con una secuencia determinada y a una edad cronológica más o menos constante dependiendo de factores individuales y de estímulos externos.



Si el habla no se desarrolla durante el segundo y tercer año de vida deberá ser adecuadamente valorado.

Al igual que en el juego y en el dibujo se pueden identificar etapas en el desarrollo del lenguaje.

Luego de la etapa del lenguaje prelingüístico, que transcurre durante el primer año de vida, tenemos la etapa del lenguaje lingüístico.

Alrededor de los 12 meses los niños emiten las primeras palabras. Entre los 18 y 24 meses el niño comienza a pronunciar dos palabras formando las primeras frases. Estas frases son realmente el comienzo del lenguaje verdadero.

Con una palabra expresan deseos, sensaciones, necesidades, emociones. El niño además demuestra interés en conocer los nombres de las cosas.

Gradualmente incorporan tres, cuatro palabras hasta construir frases parecidas a la del adulto.

El lenguaje social se establece alrededor de los 3 años donde el niño construye oraciones con la utilización de los verbos. Finalmente incorporará los adjetivos y adverbios.

Con respecto a la comprensión del lenguaje, los niños aprenden a entender antes que aprender a hablar. Esta comprensión del lenguaje sigue un patrón de desarrollo que se establece durante el primer año de vida.

A los 4 años la mayoría de los niños entienden lo que expresan, comunican sus pensamientos y deseos y pueden mantener una conversación sencilla. El lenguaje es el área del desarrollo que más se correlaciona con la capacidad intelectual del niño y con el nivel socioeconómico cultural del grupo familiar. Al finalizar esta etapa el niño ya está iniciando la escolaridad.

Para evaluar el lenguaje se puede utilizar el ELM2 (Escala de Pautas Tempranas del Lenguaje - 2) como una medida semicuantitativa de su desarrollo (ver Anexo 4).

Con respecto a la **maduración dentaria**, en esta etapa completa la salida de piezas primarias "de leche". Primeros molares 10 a 16 meses, caninos 16 a 20 meses, segundos molares 20 a 30 meses. Es importante remarcar la amplia variación en la dentición, sin embargo a los 3 años la dentición primaria debe estar completa.

El **control de esfínteres** puede lograrse a partir de los 2 años.

Todos los aspectos del desarrollo se miden cualitativamente. Su evaluación implica la observación de la presencia a determinadas edades de conductas y capacidades.

Se han propuesto "criterios de normalidad" para cada una de ellas estableciéndose como "edad normal" para determinada adquisición aquella edad en la que dicho logro es alcanzado por el 90% de los niños.

Conocer las pautas normales del desarrollo permite al pediatra saber qué esperar del niño, cuándo esperarlo y cómo buscarlo.

Existen gráficas para evaluar las conductas que debe ir adquiriendo el niño a cada edad. Las edades que se mencionan entre una y otra etapa son aproximadas y presentan particularidades dominantes que la caracterizan. Cada niño evoluciona en forma dinámica y propia dentro de cierto rango hasta adquirir la madurez de sus funciones. Estos instrumentos permiten comparar los logros alcanzados en un momento determinado con las pautas aceptadas como normales analizando las cuatro áreas del desarrollo: motor, de coordinación, lenguaje y social. Así contamos con lo propuesto por la Dra. María Adelaida Rodrigo sobre "Pautas de comportamiento que aparecen entre el primer y quinto año de vida" (ver Anexo 5).

Las pautas descriptas pueden lograrse antes de la edad mencionada. Si faltan una o más en la misma consulta, se sugiere repetir la evaluación al mes. Si faltan una o más en varios controles, se sugiere la necesidad de la consulta especializada. En definitiva la falta de determinado logro implica un factor de alerta que nos permitirá la detección de problemas y la investigación de sus causas.

Los pasos a seguir durante la consulta para evaluar el desarrollo son los siguientes :

- Evaluar las áreas del desarrollo con los instrumentos adecuados.
- Registrar los logros alcanzados.
- Analizar las desviaciones encontradas.
- Recomendar a la familia la estimulación adecuada para cada edad.
- Orientar la derivación en caso de necesidad hacia un centro especializado.



Alimentación

En la naturaleza todos los seres vivos necesitan alimentarse para crecer, desarrollarse y estar sanos. Dentro de una sociedad todas las personas tienen necesidad de afecto, alimentación, educación, vivienda, vestido y recreación para vivir dignamente. La alimentación constituye un tema central en todas las culturas.

En Latinoamérica, la realidad actual nutricional muestra características específicas. A la desnutrición infantil, problema sanitario y social básico, se suman en este momento enfermedades crónicas que si bien se manifiestan en la edad adulta inician su proceso patogénico con la adopción de malos hábitos alimentarios. Ejemplos de esto son: la obesidad, la hipertensión arterial, la aterosclerosis, la osteoporosis, la diabetes y el cáncer.

Con respecto a la **lactancia materna** debemos recordar que las Normas del Ministerio de Salud de la Nación recomiendan continuar con la misma hasta los 2 años de edad. Además los niños necesitan otros alimentos adecuados para crecer y desarrollarse que deben indicarse a partir del 6º mes. La familia juega aquí un papel principal porque es en su seno donde deben elegirse los alimentos nutritivos, variados, adecuados al presupuesto familiar. Estos deben ser ofrecidos "con amor" en preparaciones atractivas en cuanto a texturas y colores.

La edad que nos ocupa es una etapa fundamental en la cual el niño desarrolla el "hábito alimentario" el cual perdurará en otras edades. Debemos recordar que a partir del segundo año de vida la velocidad de crecimiento es más lenta, produciéndose una reducción gradual de la ingesta calórica del niño por unidad de peso corporal.

Sin embargo la actividad física es mayor y para las recomendaciones nutricionales reconocemos la existencia de dos períodos: 12 a 23 meses y 2 a 5 años. Para el primer período se recomiendan 100 cal/kg/día y 1,2 gr/kg/día de proteínas. Para el segundo período 95 cal/kg/día y 1,05 gr/kg/día. Es frecuente a esta edad la presencia de lapsos temporales de pérdida de interés por algunos alimentos.

Los objetivos de una alimentación adecuada en esta edad son:

- a) nutricionales;
- b) de formación de hábitos;
- c) de socialización.

a) Con respecto a los **nutricionales** la alimentación correcta tiene que ver con la cantidad, calidad y variedad de alimentos de una dieta. El preescolar necesita consumir calorías, proteínas, minerales y vitaminas, de "todo un poco" y de esta manera se previenen déficits específicos. Los huevos, las carnes y las vísceras son una fuente de proteínas y hierro. Las legumbres también aportan hierro y pueden mezclarse en guisos con arroz y verduras. Los lácteos brindan calcio y proteínas de alta calidad. Los vegetales y las frutas aportan vitaminas y minerales. Las verduras de hoja verde, la zanahoria y el tomate son importantes proveedores de Vitamina A, mientras que los cítricos, kiwis y frutillas lo son de la Vitamina C. Los cereales, harinas pastas, y el pan aportan energía y los aceites, grasas y azúcares son la principal fuente de calorías. La cantidad de la ingestión alimentaria en la mayoría de los casos puede regularse por el apetito del niño sano.

Existen igualmente recomendaciones sobre la cantidad de alimentos de los diferentes grupos que debe consumir un niño en edad preescolar, como las propuestas por el Ministerio de Salud de la Nación (ver *Anexo 6*).

Como ejemplo de la distribución diaria de los diferentes grupos de alimentos también es útil y didáctico el uso de la "pirámide alimentaria". En base a ella se podría recomendar que los niños de esta edad tengan escaso uso de azúcar, grasas y aceite; reciban 1 porción diaria de carne o un equivalente (1 huevo o 1/2 taza de legumbres); 3 o 4 porciones diarias de lácteos. Dos porciones de frutas y tres de vegetales. Por último deben recibir 6 porciones del grupo de pan y cereales. Es saludable que los niños no se acostumbren a consumir los llamados "alimentos chatarra" (gaseosas, golosinas, etc.) ya que generalmente son de escaso valor nutritivo, les quitan el apetito y causan erogaciones familiares.

b) Con respecto a la **formación de hábitos** debemos considerar en primer lugar que el "hábito alimentario" se consigue en forma progresiva al incorporar al niño a la comida familiar a partir del año de edad, permitiéndonos conocer sus preferencias y rechazos. El fin a alcanzar es que el niño incorpore paulatinamente y por exposiciones reiteradas todos los alimentos de los diferentes grupos a través de preparaciones culinarias atractivas. El fracciona-



miento de las comidas y el respetar los horarios son dos hechos también fundamentales. Para esta edad se recomiendan 3 comidas diarias y 2 colaciones nutritivas. El niño al alimentarse por sí solo debe adquirir también hábitos de higiene tales como el aseo personal, el lavado de manos y el cepillado dental. Todos estos logros constituyen un avance importante en su desarrollo elevando su autoestima y otorgándole responsabilidad, hechos que repercutirán favorablemente en los años posteriores.

c) Por último, esta es una etapa de **socialización** progresiva del niño, y el momento de la comida representa el momento de la reunión familiar durante el cual sus miembros tienen la oportunidad de intercambiar experiencias, afectos e impresiones. Por lo tanto las comidas deben desarrollarse en un ambiente tranquilo, de calidez y sin interferencias externas (TV). Se deben evitar los entredichos y peleas y se le debe dedicar el tiempo suficiente a la comida familiar. También es una realidad que en la edad preescolar muchos niños asisten a comedores escolares, siendo éste un recurso aceptable para paliar situaciones de pobreza y asegurarnos un ingreso de nutrientes, pero sostenemos firmemente que en ningún caso puede reemplazar a la "reunión familiar". Al mismo tiempo creemos que la escuela sí es un ámbito natural para que el niño y su familia reciban educación en alimentación y se concienticen de la importancia que tendrá en su vida futura una nutrición adecuada.

¿Cuál es entonces el rol del pediatra? Él debe ser un personaje activo en el proceso de educación alimentaria de su comunidad. Debe conocer y respetar las costumbres y tradiciones para así reforzar aquellas más importantes que promuevan hábitos alimentarios saludables y aseguren el desarrollo infantil adecuado. Él debe brindar a cada familia la pauta de alimentación que requiere el niño, es decir debe ser capaz de traducir los requerimientos nutricionales de acuerdo a su edad, actividad física, estado de salud en preparaciones distribuidas a lo largo del día en forma de comidas.

Debe realizar durante la consulta una evaluación de la alimentación del niño a fin de detectar problemas y brindar las orientaciones necesarias. Debe insistir en que el niño coma con comodidad, que tenga sus propios utensilios y no los comparta con otra persona y que participe activamente en el acto de alimentarse. Debe ser capaz de asesorar a

la familia para una correcta selección, conservación, preparación y distribución de los alimentos.

Los pasos a seguir durante la consulta para evaluar alimentación son:

- Preguntar y escuchar sobre la alimentación del niño.
- Registrar los datos en la historia clínica.
- Determinar la existencia o no de problemas de alimentación.
- Recomendar a la familia sobre dichos problemas.
- Brindar asesoramiento en educación alimentaria.
- Usar técnicas adecuadas de comunicación.

Inmunizaciones

Los pediatras poseen conocimientos adecuados sobre las inmunizaciones y el calendario de aplicaciones que deben indicar a los niños según las normas vigentes del Ministerio de Salud de la República Argentina (ver *Anexo 7*).

Sin embargo, siempre es válido reforzar esta información para evitar las "oportunidades perdidas", ya que muchos niños que han tenido uno o más contactos con el sistema de salud no están completamente inmunizados. Las causas de oportunidades perdidas en vacunación son:

1) Conceptos erróneos vinculados a las contraindicaciones:

- Enfermedad aguda leve con fiebre moderada.
- Enfermedades respiratorias o gastrointestinales.
- Terapia antimicrobiana actual.
- Periodo de convalecencia de enfermedad reciente.
- Exposición reciente a una enfermedad infecciosa.
- Reacción a una vacunación anterior que incluyó dolor leve o moderado.
- Embarazo de la madre o de otro contacto familiar.
- Historia personal de convulsiones febriles o de alergias inespecíficas.
- Historia familiar de alergias, reacciones adversas a la vacunación, crisis comiciales.
- Niños previamente sanos tratados con terapia corticoidea corta (menos de 2 semanas) o un ciclo de larga duración con dosis bajas o moderadas o corticoterapia en días alternos para enfermedades que no está asociadas con compromiso del sistema inmune.
- Desnutrición.



Es importante aclarar que ninguna de estas situaciones contraindica la vacunación.

- 2) Una interrupción en el cronograma de vacunación no requiere comenzar nuevamente con la totalidad de las dosis. La inmunización debe completarse como si hubiera transcurrido un intervalo normal.
- 3) Frente a un estado de inmunización desconocido o dudoso debe considerarse a estos niños susceptibles y proceder a administrarles la inmunización correspondiente. Esto sucede cuando carecen de la documentación adecuada o la información de los padres tiene un valor cuestionable. No hay evidencias que sugieran que la administración de las vacunas sea nociva en receptores inmunes.
- 4) Las vacunas pueden administrarse en forma simultánea. Esto no afecta ni la efectividad ni la seguridad, pero deben ser aplicadas en sitios diferentes.

Recordar que existen vacunas para situaciones especiales (gripe, neumococo, meningococo) y otras no contempladas en el calendario oficial de inmunizaciones.

Los pasos a seguir durante la consulta para evaluar el estado de inmunización son:

- Evaluar el carné de inmunizaciones.
- Registrar las vacunas suministradas.
- Indicar las fechas en que se aplicarán los refuerzos.
- Determinar si es necesario aplicar alguna inmunización en el momento de la consulta.

Screening o pesquisa desde el 1° al 5° año de vida

El screening o pesquisa es "la detección con métodos sencillos en una población aparentemente sana de individuos presuntamente enfermos".

Estas pruebas sólo nos permiten identificar a personas en riesgo, por lo tanto no puede ser utilizada como una prueba diagnóstica.

Los niños detectados a través de un test de screening deberán ser estudiados más profundamente hasta llegar a un diagnóstico preciso con el objeto de ofrecer una mejor calidad de vida al niño y al adulto.

El pediatra cumple así con una de las funciones más importantes que es la detección oportuna de determinados problemas.

Si pensamos en la interpretación de las pautas del desarrollo, ellas nos permitirán detectar alteraciones en la motricidad, problemas madurativos, trastornos del lenguaje, en el desarrollo intelectual, retardo mental o falta de estimulación. Las alteraciones severas o permanentes son identificadas con otra metodología de estudio o seguimiento.

En los niños de 1 a 5 años se efectúa la evaluación de la visión, audición, tensión arterial y cavidad bucal.

Evaluación de la visión

En este período aproximadamente uno de cada veinte niños tiene algún trastorno en la visión que si no es detectado y corregido precozmente interferirá en su comportamiento y representará un factor negativo en su rendimiento escolar.

Los padres o las maestras jardineras son los que generalmente detectan estas alteraciones.

Los niños pueden presentar los siguientes signos y síntomas: desviación de uno o de sus ojos, párpados enrojecidos, ojos irritados o llorosos, orzuelos reiterados, blefaritis y/o epíforas recurrentes, parpadeo frecuente, prurito o ardor, mala posición de la cabeza, asimetría pupilar. En los niños mayores, dificultad para copiar, combinar formas, colores y tamaños, cefaleas, fotofobia recurrente, náuseas o mareos luego de fijar la vista, visión doble o borrosa.

El niño se acerca exageradamente a los libros o a la televisión, cierra o se tapa un ojo, se frota frecuentemente los ojos, entrecierra los ojos y frunce el ceño para ver de lejos, presenta torpeza o mala coordinación en sus movimientos, así como distractibilidad y falta de atención.

Exploración:

- *Estimación de la agudeza visual.* Utilización del cartel de ortotipos de Snellen o el test de dibujos, registrando la visión de cada ojo por separado.
- *Alineamiento ocular.* Observación de la ubicación del reflejo de la luz de la linterna sobre la superficie corneana, cuando el niño fija la mirada, debiendo caer éste en el centro de las mismas. Fijación de la vista y oclusión alternativa de cada ojo para comprobar si al destaparlo realiza movimientos de enderezamiento.



- **Tamaño y transparencia de las córneas.**
- **Reflejo rojo pupilar al oftalmoscopio o linternas.** Debe ser uniforme en ambos ojos. Si el niño presenta alguna alteración, debe efectuarse el examen ocular especializado, incluyendo el fondo de ojo.

Se aconseja en este período efectuar un examen de agudeza visual del niño a los 3 años y al ingreso a la escuela primaria.

Evaluación de la audición

Aproximadamente 1 de cada mil del total de recién nacidos presenta sordera y 1 ó 2 de cada cincuenta neonatos de alto riesgo pérdidas considerables de la audición. Dos de cada mil niños ensordecen durante los tres primeros años de vida. Esto avala el screening no sólo al nacer sino durante los primeros años de vida.

Actualmente existen pruebas y procedimientos para medir confiablemente la capacidad auditiva en la primera infancia. Sin embargo, el diagnóstico de la hipoacusia grave en nuestro país no se realiza antes de los 2 a 3 años.

El pediatra juega un rol fundamental en el reconocimiento temprano de la hipoacusia ya que la habilitación oportuna reduce el impacto negativo de esa condición en el desarrollo lingüístico, intelectual, emocional y social del niño afectado.

Al efectuar esta evaluación sensorial tendrá en cuenta signos, síntomas y conductas que presente el niño: no puede repetir palabras o sonidos, no responde a órdenes verbales, no contesta cuando se lo llama, no reacciona al escuchar sonidos fuertes, se comunica con gestos, adopta una expresión ausente, pide que le repitan las palabras, observa la boca de quien habla, presenta trastornos atencionales, escucha el televisor en volumen elevado.

Para evaluar mejor las observaciones podemos recurrir a las pruebas de screening para la evaluación auditiva o del desarrollo del lenguaje. El ELM2 (Escala de Pautas Tempranas del Lenguaje-2) se puede utilizar como medida semicuantitativa del desarrollo del lenguaje.

Si estamos frente a un problema de hipoacusia deberá efectuarse un examen otológico o audiológico especializado.

Exploración:

- **1 a 3 años:** se realizan pruebas objetivas que se basan en las reacciones del niño ante los estímulos sonoros.
- **Test de reacción al nombre:** Se utiliza el nombre del niño y se espera su reacción.
- **Test de los juguetes sonoros:** Se utilizan de a par, uno con sirena y el otro sin ella, observándose cómo reacciona el niño.
- **Test de instrumentos sonoros:** de acuerdo a su frecuencia se clasifican en graves, medios y agudos (por ejemplo: tambor, platillos, silbatos). Se tocan de espalda al niño variando las distancias y la intensidad.
- **Test informales por sonidos conocidos:** Utilizar cualquier elemento cuyo ruido haya oído en su casa: ruido de llaves, puerta que se cierra, etc. El niño estará de espalda y observaremos sus reacciones.
- **Test vocales de comprensión de imágenes:** Al señalar la figura que le nombramos el niño realiza una identificación fonética de los elementos de la palabra.

3 a 5 años: se aplican pruebas subjetivas en las que el niño colabora y da una respuesta.

- **Método del Profesor Tato:** Se coloca al niño en una habitación silenciosa donde el examinador de espaldas al niño y a una distancia de 2,5 metros utiliza distintas tablas con voz cuchicheada. El niño deberá repetirlas en voz alta.

Método del Profesor Tato:

Lista de palabras para tomar la prueba auditiva.

Para niños entre tres y cuatro años

Lista 1	Lista 2	Lista 3
vaca	cubo	vaso
bueno	piso	vela
sopa	lobo	sapo
pito	foto	café
foca	palo	pico
tapa	mesa	medias
mono	nube	nidos
gato	jabón	caja
sal	dos	mal
dedo	goma	soga



Para niños de preescolar hasta cuarto grado

Lista 1	Lista 2
cine	cinco
banco	cena
peine	laca
queso	niña
meta	lunes
polo	miedo
talco	ganso
martes	crema
disco	tapia

Para niños de quinto grado en adelante

Lista 1	Lista 2
daño	peña
suela	tigre
negro	selva
jaque	cuajo
naípe	lacre
crema	tieso
mundo	monte
esos	cerco
cerda	liso
sable	planes

Si presenta varios errores deberá efectuarse un examen especializado.

Estos instrumentos valiosos no son habitualmente utilizados por el pediatra debido al escaso tiempo de que dispone en la consulta médica. Sin embargo deberá efectuarse la evaluación periódica de la conducta auditiva y del lenguaje.

La detección y el diagnóstico temprano resulta imprescindible para iniciar la intervención médica (equipamiento con audífonos, preferentemente antes de los 6 meses de edad) y el ingreso precoz a un programa terapéutico especializado.

Evaluación de la tensión arterial

Es importante el papel que cumple el pediatra para la prevención de la hipertensión arterial ya

que está demostrado que los mecanismos iniciales actúan precozmente durante la etapa del lactante y primera infancia; de allí que el registro de la tensión arterial debe estar incluido en las consultas de control, debiendo ser efectuados con técnica y aparatos adecuados para la edad.

Exploración:

- 1) *Instrumentos.* Tensiómetros convencionales confiables, preferentemente esfigmomanómetros de mercurio con manguitos acordes a la edad y tamaño del paciente.
- 2) *Técnica.* Paciente sentado. Brazo derecho apoyado a la altura del corazón. Manguitos apropiados. El ancho debe cubrir los 2/3 del brazo y la bolsa inflable los 2/3 de la circunferencia del mismo.

Se considera presión sistólica a la aparición del primer ruido de Korotkoff y presión diastólica a la desaparición de los mismos en fase V de Korotkoff. Se deben comparar los valores obtenidos en las tablas pediátricas. Se considerará hipertensión arterial cuando el promedio de los valores obtenidos en por lo menos tres determinaciones separadas para la tensión sistólica y/o diastólica sea igual o se encuentren por encima del P 95, para edad y sexo. Existen las tablas de la Task Force del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU., (informe de 1995) sobre normas y distribución de percentilos de la tensión arterial hasta los 18 años (ver *Anexo 8*).

La detección precoz de la hipertensión arterial es muy importante ya que a través de la adquisición de hábitos y conductas, evitando factores de riesgo cardiovascular se disminuye la incidencia de la misma y sus complicaciones.

Se deberán controlar con mayor frecuencia a los niños considerados de alto riesgo. Ellos son aquellos niños con historia familiar de hipertensión arterial, muerte prematura de familiares con insuficiencia coronaria, enfermedad renal u otras enfermedades que frecuentemente están asociadas a hipertensión.

Evaluación de la salud bucal

Si incorporamos la evaluación bucodental periódica del niño durante la consulta de control del niño sano estaremos avanzando en el sentido de trabajar conjuntamente con los padres a fin de mantener a los niños odontológicamente sanos.

Como pediatras debemos destacar la importancia de la lactancia materna en el adecuado desarrollo maxilofacial, detectar y evitar los malos

hábitos de succión, recomendar pautas de alimentación que eviten el exceso de alimentos azucarados, promover los hábitos higiénicos como el cepillado de los dientes y la consulta odontológica preventiva, así como la administración de flúor en los lugares donde no existe fluoración del agua (1-3 años: 0,5 a 1,5 mg/día, 3-6 años: 1 a 2,5 mg/día).

En los niños de 1 a 2 años debemos:

- Observar la erupción de los primeros molares.
- Controlar que haya iniciado la masticación bilateral.
- Eliminar el uso de chupete y biberón.
- Cepillar los dientes y molares con un cepillo suave sin pasta al menos 1 vez por día y antes de dormir.
- A los 2 años derivar para el primer control odontológico.

En los niños de 3 a 5 años debemos:

- Observar la erupción de los segundos molares.
- Comprobar que alrededor de los 3 años haya completado la dentición temporal.
- Evaluar las características de los dientes: esmalte, tamaño, fisuras, etc.
- Evaluar la mordida.
- Evaluar las funciones de deglución, respiración, cierre labial y posición lingual del niño.
- Recomendar el cepillado habitual y enjuague bucal.
- Si se detectan alteraciones efectuar consulta especializada.

Dialogando con las madres

La comunicación es una herramienta básica en la consulta pediátrica. Es el mecanismo a través del cual el pediatra y la familia intercambian información. En las consultas de control del niño sano el objetivo de esta comunicación es alcanzar el entendimiento común y reforzar o modificar ciertos patrones de comportamiento a fin de promover la salud. A continuación vamos a brindar información para contestar a preguntas hipotéticas que pueden realizar las madres sobre ciertos temas de interés. Pero no olvidemos que la comunicación es diálogo, el diálogo es un intercambio y necesita una doble vía: preguntar y escuchar. Esto requiere mayor tiempo y esfuerzo durante la consulta pero constituye una inversión para el logro del mejor cuidado de los niños.

¿Qué hábitos higiénicos debo enseñar a mi hijo?

Los hábitos de higiene deberán implementarse precozmente en el niño, ya que durante esta etapa suelen ensuciarse con facilidad y conviven con la tierra y el polvo. El baño o la higiene corporal debe ser diario y con jabón de glicerina neutro o blanco. Nunca se los debe dejar solos durante el mismo. La higiene de las manos debe efectuarse antes de ir a comer y después de ir al baño. La práctica de la higiene bucal o el cepillado de dientes se debe iniciar desde que nace el primer diente. Comenzará siendo un juego efectuado por los padres. El cepillo debe ser blando, en un comienzo sin pasta dental y apenas humedecido. Los dientes deben ser cepillados de arriba hacia abajo y nuevamente hacia arriba con movimientos circulares en todas sus caras. A los 2 años se aconseja efectuar la consulta odontológica para evaluar piezas dentarias, tipo de mordida y características del paladar.

¿Qué juguetes son recomendables para esta edad?

Jugar es la actividad central en esta etapa de la vida. El niño lo hace en forma espontánea, y es un elemento indispensable para su desarrollo psíquico, intelectual y social. Generalmente se entretiene con elementos de uso cotidiano, o disfruta jugando con lápices y papeles haciendo garabatos y dibujos, hojeando libros o revistas. También utiliza su propio cuerpo como instrumento de juego o representa las actividades de los adultos. La elección de los juguetes constituye un tema muy importante dentro de la crianza.

Orientación sobre los juguetes a utilizar: los niños requieren diversos tipos de juguetes por ejemplo:

- Muñecos y peluches que suelen adoptar como compañeros inseparables, que los ayudarán a superar momentos difíciles como el ingreso al jardín maternal.
 - Cajas, cartones, cubos, es decir recipientes que puedan apilarse o meterse uno dentro de otro, donde puedan guardar cosas, o los de arrastre como: camiones, carros, cochecitos de bebé.
- Estos elementos estimulan el razonamiento, la inteligencia y la destreza manual.
- Juegos para armar que deben ir aumentando su complejidad en función de su edad.
 - Triciclos, bicicletas, trompos, soga, pelota, patines, sube y baja, tobogán, barras, que les per-



mitan jugar al aire libre; bajo la supervisión de un adulto.

- Materiales para la expresión artística: lápices, pinceles, dactilopintura, plastilina, títeres, tambor, triángulo, armónica, rompecabezas. Estos elementos lo ayudan a mejorar su destreza y estimulan su creatividad.
- No debemos olvidar el avance tecnológico y debemos hacer mención a la computadora. Para las generaciones actuales este elemento es de uso cotidiano y existen minicomputadoras para los más pequeños que suelen tener un solo juego. Es importante recomendarles a los padres que deben limitar el tiempo de uso, fomentando juegos que estimulan el movimiento y la actividad al aire libre.
- Nunca proporcionar al niño de esta edad elementos que sean de pequeño tamaño, duros o rígidos, ya que existe el riesgo de ingerirlos o aspirarlos o juguetes a pilas.

Es necesario ofrecer tanto a niñas como varones de esta edad, una gama variada de juguetes que ofrezcan las mismas posibilidades de desarrollo intelectual y/o contención para la elaboración de momentos difíciles o situaciones especiales.

¿Puede mi hijo ver televisión?

El máximo de tiempo aconsejable que puede pasar un niño frente al televisor es de 1 a 2 horas por día. No se le debe permitir que vea durante un tiempo prolongado o a una distancia próxima. Si bien la TV entretiene, la elección de los programas es una responsabilidad de los padres por lo que es conveniente que vea TV acompañado por un adulto. No es aconsejable que los niños vean programas de violencia o terror.

Mi hijo duerme mal

Normalmente los niños en esta etapa de la vida deberían dormir unas 10 a 13 horas por la noche en forma continua. A los 3 años abandonan la siesta luego del mediodía.

La mayoría de ellos presenta trastornos para conciliar el sueño... Las consecuencias del mal sueño en los niños pequeños son el llanto fácil, la irritabilidad y el mal humor, la falta de atención, la dependencia de quien lo cuida. El hecho de que los niños duermen mal también afecta a los padres quienes suelen manifestar inseguridad, sentimientos de culpa, mutuas acusaciones

de mimarlo, frustración ante la situación, sensación de impotencia y fracaso y fundamentalmente cansancio. Por lo general los niños con trastornos del sueño suelen aprender a hablar temprano aprendiendo palabras tales como agua, sed, para lograr de este modo la atención de sus padres.

A dormir también se aprende.

Todos los niños duermen, pero no todos ellos saben hacerlo bien. Muchos niños rehusan irse a la cama, lloran cuando se los acuesta, tienen dificultades para iniciar el sueño solos, se despiertan muchas veces por la noche, prolongan la vigilia, tienen un sueño superficial o duermen menos horas que las esperadas. Para lograr aprender a dormir los niños deben formarse un hábito y establecerse una rutina.

¿Cómo debo enseñarle a dormir?

La actitud de los padres es fundamental para establecer el hábito del sueño, ya que los niños aprenden a sentir a través de las emociones que les comunican los adultos, su cariño, su cuidado. Deben ser capaces de infundir al hijo la seguridad que necesita para entender que quedarse solo en su habitación y/o en su cuna, es algo completamente natural y que solo debe conciliar el sueño.

Los papás deben transmitir seguridad, tranquilidad, actitud de enseñar y una conducta repetitiva. El niño debe asociar el hecho de dormir con elementos que permanecerán en su cuna durante toda la noche: un osito, el móvil. Tiene que tratarse de algo que no podamos quitarle, que pueda permanecer con él toda la noche. Es importante entonces establecer una rutina: la cena, el baño, un juego tranquilo o la lectura de algún cuento que no lo sobreexcite, no para lograr que se duerma sino para que lo asocie con un momento agradable antes de dormir. El niño debe estar despierto al colocarlo en su cuna y lo que debe percibir es la seguridad de que así se duerme. Lo más probable al comienzo del aprendizaje es que el niño llore o vuelva a despertarse en el transcurso de la noche. Los padres deben entrar o acercarse por pequeños intervalos para darle confianza y que sienta que no lo han abandonado. Siempre se debe acudir y comprobar que no le pasa nada, intentando tranquilizarlo sin sacarlo de su cuna.

¿Cuándo puedo sacarle los pañales?

Los niños aprenden a controlar los esfínteres entre el segundo y tercer año en la mayoría de los casos, dependiendo ello del desarrollo de cada niño.



El control voluntario del esfínter vesical se inicia entre los 15 y 18 meses, por lo tanto el control de la micción debería iniciarse a partir de los 18-24 meses, para ser completo alrededor de los 4-5 años. La primera indicación del control voluntario es cuando empieza a decirle a la madre que moja los pañales. A los 3-4 años adquiere la capacidad de iniciar e inhibir la micción. El control nocturno es posterior al diurno. A los 5 años uno de cada 10 niño mojará la cama en forma ocasional.

El control intestinal suele adquirirse antes que el de la vejiga. Esto se produce a partir de los 18 meses y es frecuente que el niño busque "lugares para el acto" o "tienda a ocultarse".

Alrededor de los 2 años y medio se sacará el pañal diurno pero se conservará el nocturno. A los 3 años el periodo de retención es más prolongado, por el aumento del volumen de la vejiga, por lo que en la mayoría de los casos el niño despertará con el pañal seco.

Sin embargo lo más importante es respetar los tiempos de cada niño. Si entre los 4-5 años habiendo recibido la estimulación adecuada, no ha logrado el control esfinteriano, deberán evaluarse las posibles causas.

Las pérdidas temporales del control esfinteriano suelen ocurrir como resultado de cambios en el ambiente familiar, de rutina o procesos infecciosos.

¿Cuándo debe comenzar la educación sexual?

La educación sexual esta íntimamente ligada con todo el proceso de organización de la sexualidad de cada individuo. Consiste en una labor de comunicación de conocimientos, actitudes y valores.

Se debe iniciar en el seno de la familia, respondiendo a las preguntas que el niño formule en forma sencilla con un lenguaje que alcance a comprender y explicando sólo lo que el niño quiere saber. Debe complementarse en la escuela.

Cada niño tiene sus propias necesidades y su propio ritmo de desarrollo, también en lo que hace a la sexualidad. Este ritmo debe ser respetado a fin de no convertir a la educación sexual en algo que, más que ayudarlo, lo violente.

También es fundamental no limitar la información a lo puramente anatómico o fisiológico sino incluir aspectos esenciales del ser humano tales como su capacidad de dar y recibir amor.

El brindar una correcta educación sexual desde la infancia determina que durante el período crítico de la adolescencia los problemas relacio-

nados con el sexo y la sexualidad se reduzcan a su mínima expresión.

El niño toma conciencia hacia los dos años de sus genitales y de las diferencias que existen entre los propios y los del otro sexo, surgiendo la curiosidad y el deseo de explorar su cuerpo y el de otros niños. Aparece la manipulación de los propios genitales. Los padres deben comprender que ésta es una etapa normal del desarrollo, que no hay nada de malo en querer conocerse y conocer a otros. Entre los 3 y 4 años manifiestan interés por algunos aspectos relacionados con las diferencias sexuales y el origen de los niños. A los 5 años surge el mayor interés por las diferencias sexuales.

¿Cuándo debe aprender a nadar?

Aprender a nadar es una práctica de gran utilidad como medida preventiva para evitar accidentes en el agua, por lo que todo niño debería hacerlo durante los primeros años de vida. Para el pequeño debe ser un juego que lo entretiene, lo ayuda a relajarse y desarrollarse transformándose en una experiencia placentera y segura. Los padres deben observar personalmente cómo se lleva a cabo la enseñanza y el aprendizaje y cómo reaccionan los niños.

Además es responsabilidad de los adultos vigilar a los niños en situaciones en que pueden caer o sumergirse en el agua, ya que ellos pueden ahogarse en 30 segundos en una profundidad de sólo 25 o 30 cm.

Los bebés pueden comenzar a aprender a nadar a partir del segundo semestre de vida.

¿Puede tomar sol?

A los niños desde pequeños se los debe proteger y enseñar sobre los riesgos de una exposición solar inadecuada. La aplicación de la protección solar debe efectuarse sobre toda la superficie expuesta media hora antes de exponerse al sol y renovarse cada dos horas y después de bañarse.

Ningún bebé menor de 6 meses debe estar expuesto al sol directo. Además en ellos no están indicados los protectores solares.

Los niños, de cualquier edad, deben evitar la exposición solar entre las 11 y 15 hs.

¿Por qué mi hijo tiene celos de su hermanito?

Los celos son una reacción normal que todos los niños pueden sentir en algún momento de su vida.



El niño teme perder el amor de sus padres y dejar de ser lo más importante para ellos.

Cuanto menor sea la diferencia de edades entre los hermanos mayores serán las posibilidades de que los celos aparezcan.

Si evidencia tener celos cuando está por nacer un hermanito o cuando éste acaba de nacer, se le debe hacer sentir que sus padres lo seguirán queriendo. Lo más importante es darle amor, comprensión y seguridad.

Esta situación puede acentuarse frente a un padre poco colaborador, indiferente o ausente que no brinda la ayuda necesaria cuando los dos hijos exigen la total atención por parte de la madre.

El pediatra debe actuar como armonizador de las relaciones entre los padres y de la pareja con los hijos.

Trabajo, ¿dónde dejo a mi hijo?

En la actualidad la mayoría de las madres trabajan y no pueden dedicarse al cuidado de sus hijos en forma exclusiva. Siempre hay que tener en cuenta que los abuelos constituyen una opción válida ya que pertenecen al núcleo familiar y la interacción entre nietos y abuelos estimula a estos últimos, brindándoles la oportunidad de seguir ejerciendo funciones necesarias.

Una alternativa válida para los niños hasta los 3 años es el jardín maternal, considerando un hecho prioritario su selección.

El mismo debería encontrarse preferentemente cerca o camino hacia el trabajo.

Antes de llevar al niño se deberán visitar las instalaciones y conocer a las personas encargadas de su cuidado.

Para garantizar que el pequeño esté bien atendido es fundamental evaluar si cuenta con profesionales capacitados que brinden una atención personalizada e ininterrumpida. Es importante que el mismo tenga horarios ampliados. Se observará si cumple con las normas de seguridad e higiene y si los espacios son amplios y adecuados a su edad.

La incorporación del niño será progresiva.

Los jardines maternales deben contar con una sala por cada unidad (de 0 a 1 año, 2 años, y 3 años) con una superficie mínima de 30 m² y una sala común de 30 m² que pueda usarse como comedor.

La unidad de 0 a 1 año tiene que tener como máximo 8 niños; de 1 a 2 años: 12 y las de 2 a 3 años: 20. El número de personal tiene que ser igual al número de unidades más uno. Los educadores tienen

que tener el título de maestro especialista en Educación Infantil o en Educación Maternal.

El patio exterior de juego es imprescindible y su extensión no debe ser menor de 75 m².

Para los niños de 2 a 3 años cada sala tendrá un baño accesible y visible desde ella. Contará con dos lavabos y dos inodoros como mínimo. Se requieren además espacios adecuados para cambiar pañales y preparar los alimentos.

Si hay escaleras (son preferibles las rampas), los tramos deben ser cortos y los escalones bajos. Las barandas tendrán una separación no mayor de 12 cm. Los vidrios de las ventanas tienen que ser de seguridad. Los calefactores estarán empujados o protegidos y los enchufes cubiertos.

Se debe evaluar la formación y el entretenimiento que le proporcionan a los niños, la distribución del tiempo de juego y reposo, así como la calidad y cantidad de alimentos que le suministran. Además deben contar con médicos o servicios asistenciales de urgencias.

Es importante observar diariamente el estado físico y anímico del niño cuando regresa a su casa y especialmente advertir la presencia de cambios de conducta. El jardín maternal es el lugar donde el niño pasará muchas horas mientras su madre trabaja, por eso es fundamental que el contacto que exista entre los padres y los maestros sea fluido y permanente.

Otra opción es que queden al cuidado de personas que conozcan y que cuenten con la preparación adecuada, brindándole la dedicación y el afecto que todo niño necesita. Lo positivo en este caso sería que el niño no cambia de ambiente y disminuye el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles.

Durante el segundo año la madre puede mantener la lactancia si es correctamente apoyada aún cuando deba separarse de su hijo.

¿Es importante que mi hijo concorra al jardín de infantes?

El jardín de infantes es aconsejable a partir de los 3 o 4 años. En él se completa la acción educadora de la familia cumpliendo una función importante para el desarrollo del niño y para su etapa de socialización.

En el jardín de infantes el niño aprende a :

- relacionarse con otros niños;
- compartir los juegos;

- incorporar hábitos;
- enriquecer su lenguaje;
- conocer sus posibilidades y limitaciones;
- adquirir conocimientos básicos para desenvolverse.

¿Tiene mi hijo trastornos del aprendizaje?

Si un niño en edad preescolar no mantiene la atención, se distrae fácilmente, tiene frecuentes cambios de conducta siendo francamente impulsivo o irritable, tiene dificultades en el área motriz fina, no supera la frustración, presenta alteraciones del sueño o tiene alteraciones en la percepción y conceptualización, debemos pensar que nos encontramos frente a un niño en riesgo de desarrollar trastornos del aprendizaje. Pero, en esta etapa, estos síntomas pueden representar la manifestación visible de alteraciones orgánicas, sensoriales o adaptativas. La familia y los maestros deben prestar especial atención a la aparición de algunos de los síntomas anteriores y efectuar una consulta precoz. Si la detección es temprana y el tratamiento oportuno se evitarán alteraciones del desarrollo psicosocial. En cambio, los niños no tratados tendrán dificultades con sus pares y la familia presentando, en edades más avanzadas temores, angustias, falta de autoestima. Para solucionar estos problemas se necesita de la colaboración estrecha entre el equipo de profesionales especializados, la familia y la maestra.

Mi hijo es zurdo, ¿tendrá problemas en la escuela?

Durante el primer año de vida se producen con frecuencia cambios de lateralidad. Esta se establece alrededor de los 2 años, pero con frecuencia no lo hacen con firmeza hasta los 3 o 4 años. Sin embargo la mayoría de los zurdos utiliza en ocasiones la mano derecha. Alrededor del 4% de las mujeres y el 6% de los varones adultos son zurdos. No hay diferencias en estos niños en cuanto a su capacidad de aprendizaje con respecto a los niños diestros. Actualmente se considera conveniente no obligar al uso de la mano derecha.

¿Cómo debo preparar y conservar los alimentos que come mi familia?

Para que los alimentos no produzcan enfermedades, se debe ser cuidadoso con su higiene y

conservación. La cocina o lugar donde se preparan los alimentos y los utensilios deben estar limpios, protegidos de insectos y roedores. El agua que se utiliza para el lavado y preparación de las comidas debe ser potable, en caso contrario, hervirla durante 10 minutos o agregarle 2 gotas de lavandina por litro. Lavar bien frutas y verduras (hoja por hoja y una por una). La carne, pollo y pescado deben estar bien cocidos. Los huevos no deben consumirse crudos. El azúcar, las harinas los fideos, cereales, legumbres y leche en polvo deben guardarse en envases herméticos. Nunca consumir alimentos en conserva cuya lata parezca "hinchada", porque pueden estar en mal estado. Fijarse siempre la fecha de vencimiento. Los alimentos deben guardarse en la heladera lo antes posible y deben consumirse tan pronto como se finalice su cocción. La persona que prepara los alimentos debe tener las manos limpias, las uñas cortas, evitar tocarse el pelo, la boca o la nariz mientras cocina.

¿Cómo puedo evitar que mi hijo se enferme?

Se pueden evitar enfermedades:

- 1) Cumpliendo con las consultas de control del niño sano correspondientes a cada edad.
- 2) Promoviendo hábitos alimentarios e higiénicos adecuados.
- 3) Previendo las enfermedades infecciosas específicas a través del cumplimiento del calendario de vacunación.
- 4) Realizando las pruebas de screening (visión, audición, tensión arterial y salud bucal).
- 5) Consultando oportunamente ante los síntomas de enfermedad y cumpliendo los tratamientos indicados.
- 6) Cuidando el medio ambiente donde el niño habita (conservación adecuada de los alimentos, adecuada eliminación de excretas, evitar el humo del cigarrillo, disminuir la contaminación ambiental, plaguicidas, etc.).

Conductas anticipatorias

Las conductas anticipatorias consisten en dar información y asesoramiento a los padres sobre hechos que se presentan con el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Es indispensable que los pediatras utilicen esta metodología en la prevención de accidentes. Tienen la responsabilidad de explicarles a la fa-



milia que la exposición al riesgo en el niño forma parte de su proceso de desarrollo.

El niño a esta edad tiene curiosidad, tendencia a investigar y explorar. Esto hace que esté expuesto a riesgos que irá superando a través del mecanismo del ensayo y error, por eso debemos protegerlos y educarlos. Esta protección al principio debe ser total, pero podrá disminuirse a medida que el niño adquiera experiencia y aprenda a cuidarse por sí mismo.

Es un aprendizaje continuo que debe hacerse bajo la responsabilidad y el cuidado permanente de los padres o mayores responsables.

Nuevos espacios y riesgos aparecen de acuerdo a su maduración. El niño amplía su campo de acción en forma progresiva abarcando sucesivamente la cuna, la habitación, la casa, el jardín, y a veces la calle y los espacios abiertos. Al mismo tiempo, sus habilidades motrices aumentan progresivamente: es capaz de trepar, destapar frascos, abrir cajones y armarios, prender fósforos, abrir llaves de gas, etc.

Recordar que los accidentes constituyen la primera causa de muerte en este grupo etario. Por eso, se les debe informar a los padres cuales son los accidentes más frecuentes de acuerdo al nivel de desarrollo, para que adopten las medidas de prevención adecuadas.

La OMS señala que "los accidentes se pueden prevenir mediante una vacuna que es la educación".

A continuación vamos a referir los consejos principales que se deben brindar a la familia a fin de prevenir los accidentes más comunes.

Intoxicaciones

- Mantener fuera del alcance de los niños medicamentos y sustancias tóxicas, así como cosméticos, pilas, pegamentos, naftalinas y bebidas alcohólicas.
- Guardarlos fuera del alcance de los niños y en lugares seguros.
- No usar envases de gaseosa o de alimentos para guardar estos productos.
- Revisar periódicamente las instalaciones y artefactos de gas, así como colocar protectores en las perillas de la cocina.
- Cerrar el gas con la llave de paso.
- Conocer el número telefónico del centro de control de intoxicaciones.

Quemaduras

- Cocinar en las hornallas posteriores de la cocina.
- No dejar que sartenes o recipientes con asas o mangos sobresalgan de la cocina o mesada.
- No manipular líquidos calientes cerca de los niños.
- Proteger las estufas.
- No dejar al alcance de los niños encendedores y fósforos.

Caídas

- Nunca dejar a un niño solo en un sitio alto.
- Levantar los barrales de la cuna.
- Evitar las "camas cuchetas" superpuestas o colocar barandas.
- Colocar protectores en escaleras, ventanas, balcones y terrazas.
- Supervisar a los niños en patios de juego, playa, parques, aceras. No dejarlos solos en las hamacas.

Electrocución

- Revisar periódicamente las instalaciones y artefactos eléctricos.
- Colocar protectores de enchufes.
- Conservar los cables eléctricos desconectados fuera del alcance de los niños.
- Colocar disyuntores.

Ahogamientos por asfixia

- Evitar el uso de juguetes con piezas pequeñas o que puedan desprenderse, así como objetos pequeños, bolitas, perlas o botones.
- No permitir que ingiera alimentos que puedan aspirarse hasta que pueda masticarlos adecuadamente: nueces, maníes, zanahorias, apio crudo, pochoclo, semillas, etc.
- Ofrecer los alimentos en trozos pequeños.
- Evitar que los niños corran o jueguen mientras se alimentan.
- Evitar juguetes con baterías de botón.
- No dejar al alcance bolsas de nylon.

Ahogamientos por inmersión

- Evitar que un niño menor de 3 años se bañe solo en la bañera o pileta portátil.

- Vigilarlos si la vivienda está cerca de zanjas, acequias, arroyos o ríos.
- Colocar reja protectora en el contorno de la pileta, de 1,5 m de alto, con puertas y cerradura segura.
- Tratar de enseñarle a nadar.

Heridas

- No permitir que se acerquen a los animales domésticos si están enfermos, comiendo o tienen cría. Podrían atacarlos.
- Enseñarles que no acaricien animales sueltos de la calle.
- No dejar al alcance de los niños cuchillos, tijeras u otros objetos punzantes.

Accidentes viales

- Iniciar precozmente la educación en seguridad vial.
- Caminar en las aceras del lado de la pared.
- Reconocer la entrada a garages.
- Esperar en las esquinas, sobre la acera y de la mano de un mayor.
- Cruzar la calle por los pasos de cebra y puentes peatonales.
- Evitar los juegos en la calle.
- Viajar en el asiento trasero de los vehículos.

La ley 24449 y su respectiva reglamentación establecen que los niños menores de 12 años deben viajar en el asiento trasero del automóvil.

- Usar asientos adecuados para su edad y cinturones de seguridad.
- Colocar trabas de seguridad en las puertas.
- No permitir que se asomen por la ventanilla.

Existen factores que pueden modificar el comportamiento del niño, haciéndolo más propenso a los accidentes:

- Condiciones socioambientales de mayor riesgo.
- Situaciones estresantes en el hogar.
- Trabajo o embarazo de la madre.
- Familia numerosa.
- Hambre, sed o cansancio.
- Mudanza, vacaciones o inicio de actividades preescolares.
- Quedar al cuidado de una persona que no es la habitual.

Durante la consulta es importante explicarles a los padres las etapas evolutivas y los riesgos que corre el niño en cada una de ellas y ayudarlos a pensar en estrategias preventivas adaptadas a su situación familiar. También se les debe recomendar el no exigir al pequeño rendimientos mayores que los esperados para su edad. Se debe promover la educación del pequeño, enseñándoles pautas y normas de conducta frente al riesgo, brindándoles explicaciones claras de acuerdo a su nivel de comprensión, demostraciones de cómo cuidarse en diferentes situaciones y por sobre todo remarcarle a los padres que ellos serán el ejemplo que el niño tratará de imitar.

Guía para las consultas de control

En todas las consultas se deberá:

- Realizar la entrevista adecuada al nivel socio-cultural de cada familia.
- Efectuar el examen físico completo y la evaluación antropométrica.
- Evaluación del desarrollo.
- Evaluar las características e interacciones del grupo familiar.
- Controlar tensión arterial y salud bucal.
- Preguntar y escuchar sobre la alimentación del niño.
- Recomendar mantenimiento de lactancia materna hasta los dos años.
- Revisar calendario de vacunas.
- Dar pautas sobre prevención de accidentes, intoxicaciones y cuidado del medio ambiente.
- Brindar asesoramiento sobre educación sexual.

En la página siguiente, vea el cuadro de controles según edades.



EDAD	REALIZAR	RECOMENDAR	ANTICIPAR
12 meses	* Evaluación del desarrollo: Camina tomado de la mano. Opone índice y pulgar. Dice una palabra clara. Entrega objetos.	*Vacunas: Triple Viral. *Alimentación: aumentar la variedad y cantidad, evitar gaseosas y golosinas. *Cepillado dental. *Estímulo: juego y lenguaje. *Otras vacunas en relación a las características individuales de cada niño.	
15 meses	*Evaluación del desarrollo: Camina solo. Sube escaleras reptando. Hace torre de dos cubos. "Jerga". Comprende órdenes sencillas. Indica deseos o necesidades señalando.	*Alimentación: 3 comidas principales y 2 entre comidas de alta densidad energética en poco volumen. *Hábitos de higiene.	
18 meses	*Evaluación del desarrollo: Corre con rigidez. Se agacha y se levanta sin sostén. Imita trazo vertical. Nombra imágenes. Juega solo.	*Vacunas: Cuádruple y Sabin. *Comida familiar, alimentación activa. *Evitar alimentos "chatarra". *Hábitos higiénicos.	*Ingreso a jardín maternal. *Control de esfínteres.
24 meses	*Evaluación del desarrollo: Sube escaleras, abre puertas. Hace garabatos. Frasas de dos palabras. Maneja bien la cuchara.	*Hábitos alimentarios. *Cepillado dental. *Juguetes apropiados. *Control anal y vesical diurno. *Primer control odontológico.	*Integración a juego con pares.
30 meses	*Evaluación del desarrollo: Salta. Sube escaleras alternando los pies. Imita trazo circular. Utiliza YO, MÍO y TUYO. Ayuda a recoger objetos.	*Reforzar hábitos.	
36 meses	*Evaluación del desarrollo: Corre bien. Dibuja "renacuajo cabezón". Pregunta ¿Por qué? Juega a juegos sencillos.	*Reforzar hábitos. *Examen agudeza visual. *Examen odontológico.	*Ingreso a preescolar.
4 años	*Evaluación del desarrollo: Realiza saltos en largo. Se ata los cordones. Cuenta historias, canta. Comparte juegos. Va solo al baño.	*Reforzar hábitos. *Examen odontológico.	Prevención enfermedades prevalentes.
5 años	*Evaluación del desarrollo: Evade obstáculos. Dibuja figura humana completa. Acceso al lenguaje escrito. Juega con consignas.	*Reforzar hábitos saludables. *Screening visión y audición. *Examen odontológico.	*Ingreso escolar. *Vacunas: DPT, Sabin, Triple Viral, BCG. *Socialización.



Ejercicio N° 1

1. Defina crecimiento:

.....

.....

.....

2. Defina desarrollo:

.....

.....

.....

3. Analice y resuelva la siguiente situación clínica.

Matías concurre al consultorio para su control de salud. Ha asistido desde el mes de edad en forma regular a cada citación. En la actualidad tiene 18 meses. Su peso actual es de 11.450 g, su talla es de 84 cm y su perímetro cefálico de 47 cm. Controles antropométricos efectuados a los 12 meses mostraban un peso de 10.200 g y a los 15 meses de 10.800 g.

Teniendo en cuenta la situación anterior responda:

1) Evalúe el crecimiento de Matías

¿En qué percentilo de peso para la edad se encuentra?

.....

¿Es adecuada la tendencia de la curva?

.....

¿Por qué?

.....

.....

¿En qué percentilo de longitud corporal se encuentra Matías?

.....

¿Cuándo lo cita para su próximo control ? ¿Por qué?

.....

.....

2) Al revisar la cavidad bucal de Matías, ¿cuántos dientes espera encontrar?, ¿cuáles? Nómbralos.

.....

.....



Ejercicio N° 1

3) Mencione cinco habilidades motoras que espera encontrar en su desarrollo neuromotriz.

.....

.....

4) ¿Cuántas palabras promedio puede estar diciendo?

.....

.....

5) ¿Es capaz de señalar partes de su cuerpo cuando se le pregunta, por ejemplo: dónde está la nariz, la boca?

.....

.....

6) ¿De acuerdo a la edad del niño, es aconsejable indicar a la madre comenzar con el control de esfínteres?

.....

.....

7) ¿Qué alimentos debe recibir?

.....

.....

8) ¿Cuántas calorías y proteínas necesita para su edad?

.....

.....

9) ¿Qué indicaciones le daría a la madre para desarrollar un buen hábito alimenticio? Mencione cuatro de ellas.

.....

.....

10) Al examinar el carné de vacunación, ¿qué vacunas debe tener el niño? Enumérelas.

.....

.....

Ejercicio N° 1

11) ¿Qué pautas le indicaría a la madre para estimular el desarrollo de Matías? Mencione siete.

.....

.....

.....

.....

12) Indique a qué accidentes esta expuesto con mayor frecuencia a esta edad y que recomendaciones daría a la familia para su prevención:

.....

.....

.....

.....

4. Esteban tiene 3 años de edad y en los controles efectuados ha presentado un crecimiento y desarrollo normal. Señale cuatro características físicas y cuatro habilidades motoras para esta edad.

.....

.....

.....

.....

5. Para la distribución diaria de los diferentes grupos de alimentos es útil y didáctico el uso de la "pirámide alimentaria". Descríbala.

.....

.....

.....

.....

6. Relacione los datos enumerados en la columna de la derecha con las edades que figuran en la columna de la izquierda.

- | | |
|----------------|--|
| 12 meses | a) Sube las escaleras reptando. |
| 15 meses | b) Frase de dos palabras. |
| 18 meses | c) Juega juegos sencillos (en paralelo con otros niños). |
| 2 años | d) Va solo al baño. |
| 3 años | e) Entrega un objeto ante una orden verbal. |
| 4 años | f) Dibuja una persona completa (seis partes). |
| 5 años | g) Se agacha y se levanta sin sostén. |



Ejercicio N° 1

Complete las siguientes frases:

7. El niño debe entender lo que se le pide sin hacerle señas a la edad de
8. El niño debe localizar el origen del sonido a la edad de
9. Las causas de oportunidades perdidas en vacunación generalmente están relacionadas con conceptos erróneos vinculados a sus contraindicaciones. Señale siete errores.
.....
.....
.....
.....
10. A partir de los 15 meses generalmente el niño recibe
comidas principales y colaciones nutritivas.
11. Ante la interrupción en el cronograma de vacunación debemos
.....
.....

Reflexiones finales

Hemos abordado en este capítulo las pautas de atención del niño sano de 1 a 5 años.

Niños... seres únicos e irrepetibles inmersos en su propio proceso de crecimiento y desarrollo, interactuando permanentemente con su medio y con nosotros, los adultos. Como pediatras tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos a ellos y a sus familias, con responsabilidad y afecto, en este largo camino de crianza. Por eso debemos vigilar el crecimiento y desarrollo, recomendar pautas de alimentación, indicar las inmunizaciones necesarias, pesquisar alteraciones y enfermedades y por sobre todo, no debemos olvidar nunca que el niño es un sujeto con plenos derechos: "a no sufrir discriminación, a la supervivencia y desarrollo, a que ambos padres asuman su responsabilidad en cuanto a la crianza, a ser protegidos de toda forma de violencia física o mental, descuido o negligencia, maltrato o explotación, perjuicio y abuso sexual, al descanso y al esparcimiento, a una educación que desarrolle su personalidad, aptitudes, capacidad física y mental." Además debemos proteger a los niños y jóvenes con algún tipo de discapacidad abriendo un camino social de solidaridad y permitiéndoles alcanzar su máximo potencial de desarrollo.

"Pequeño..."

"Pequeño....
le puse dos alas
a tu transparente
corazón de pájaro,
volé con tu vuelo,
fuí tu luz primera,
hice mariposa
tu andar de crisálida,
fuí viento agitando
tu espiga temprana,
modelé tu arcilla,
te hice una coraza.
Sí, Pequeño,
mi dulce Pequeño,
¡te puse dos alas,
te hice una coraza!
Y de pie, mañana,
el hombre que marche
andaré seguro,
y en cada palabra
habrá una gaviota
¡que tenga mis alas!

*María Inés Grivarello Ottado.
Poeta rosarina*



Bibliografía

- Gráficos de Crecimiento, publicados por el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la SAP, segunda edición.
- Guías para la Supervisión de la Salud. Comité sobre los aspectos psicosociales de la salud del niño. Academia Americana de Pediatría, 1988.
- Illingworth RS. El niño Normal. Los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento. Ed. El Manual Moderno. México, 1989.
- La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. OPS. Serie Paltex 1990; 3.
- Illingworth RS. Desarrollo del niño. Ed. Churchill Livingstone. España, 1992.
- Glizer IM. Prevención de Accidentes y Lesiones. OPS. Serie Paltex 1993; 29.
- Consenso sobre Actualidad de Vacunas. Coord. Dra. Angela Gentile. Comité Nacional de Infectología. SAP. Arch.argent.pediatr. 1995; 93: 2: 113-144 y 96:1
- Meneghello RJ, Fanta NE, Paris ME, Puga, T. Pediatría. Meneghello, quinta edición Ed: Panamericana Argentina, 1997.
- Posada Díaz A, Gómez Ramírez JF, Ramírez Gómez H. El niño sano. Ed. Universidad de Antioquia, Colombia, 1997.
- Rodrigo MA. Desarrollo del Niño de 1 a 5 años. SAP, Pronap 98 1998, 2:33-51.

Lecturas recomendadas

- 1 Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fercina R. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. OPS, Serie Paltex 1993: 33.
- 2 Estivil E. Duérmete niño. Ed. Plaza Janes, 1999.
- 3 Lejarraga H, Krupitzky S y col. Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años. Nestlé Argentina S.A., 1996.
- 4 Manual Metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños. Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud, 1996.
- 5 Mendellin G, Tascon EC. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Atención Primaria en salud. Tomo I: Nacimiento a Edad Preescolar, primera edición. OPS, 1995.
- 6 Posadas Díaz A, Ramírez Gómez H. El niño sano. Capítulo 30: El sueño del niño. Ed. Universidad Antioquia, 1997.
- 7 Promoción del Crecimiento y Desarrollo integral de niños y adolescentes. OPS/OMS. Serie HCT/AIEPI-25 E.1, segunda Edición, 1999.

capítulo 2

Colagenopatías

Introducción



Dra. Stella M. Garay

- Jefe de la Unidad de Internación de Reumatología Hospital de Niños " Sor María Ludovica". La Plata. Buenos Aires.
- Fellow en Reumatología Pediátrica. Floating Hospital for Infants and Children. Boston, Massachusetts. USA.
- Docente asociado de Pediatría. UNLP.
- Miembro del Grupo de Trabajo de Reumatología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Reumatología y Academia Americana de Pediatría.

Las colagenopatías o enfermedades del tejido conectivo (ETC) son desórdenes multisistémicos crónicos que expresan la inflamación aguda o crónica de los tejidos del sistema musculoesquelético, de los vasos sanguíneos y de la piel.

En Latinoamérica no existen estadísticas que reflejen la frecuencia de estas enfermedades en los niños. Existe el concepto general que las mismas son entidades de rara presentación en la infancia y en la adolescencia, lo cual puede conducir en oportunidades a retrasar su diagnóstico. Sin embargo, más de un 20% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), o dermatomiositis (DM)/polimiositis (PM) han iniciado su enfermedad antes de los 16 años. Algunas entidades ocurren casi exclusivamente antes de esta edad, como las artritis inflamatorias crónicas idiopáticas con uveítis, la artritis crónica juvenil sistémica, la fiebre reumática aguda, la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) y la enfermedad de Kawasaki (EK).

La composición de la población infanto juvenil observada en centros de Reumatología pediátrica de EE.UU., ha sido descrita en el estudio de Rosenberg (1990) donde el 46% de los pacientes tenían diagnóstico de artritis crónica juvenil (ACJ), el 31% espondiloartropatías y el 18% padecía una ETC (LES, DM, PSH, EK y otras vasculitis).

Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Realizar el enfoque diagnóstico y los métodos de estudio de las colagenopatías.
- Clasificar adecuadamente las manifestaciones clínicas y las pruebas de laboratorio.
- Identificar los criterios de clasificación y de diagnóstico de cada una de las colagenopatías tratadas en este módulo.
- Realizar el diagnóstico diferencial de estas entidades con otras enfermedades reumáticas y no reumáticas.
- Evaluar la necesidad y oportunidad de solicitar exámenes complementarios.
- Diferenciar las manifestaciones clínicas que puedan ser definitivas en el pronóstico.
- Realizar las indicaciones del tratamiento farmacológico y de rehabilitación.
- Incorporar el concepto de que las colagenopatías deben ser evaluadas y seguidas por un equipo interdisciplinario especializado en el conocimiento de las enfermedades reumáticas infanto-juveniles.

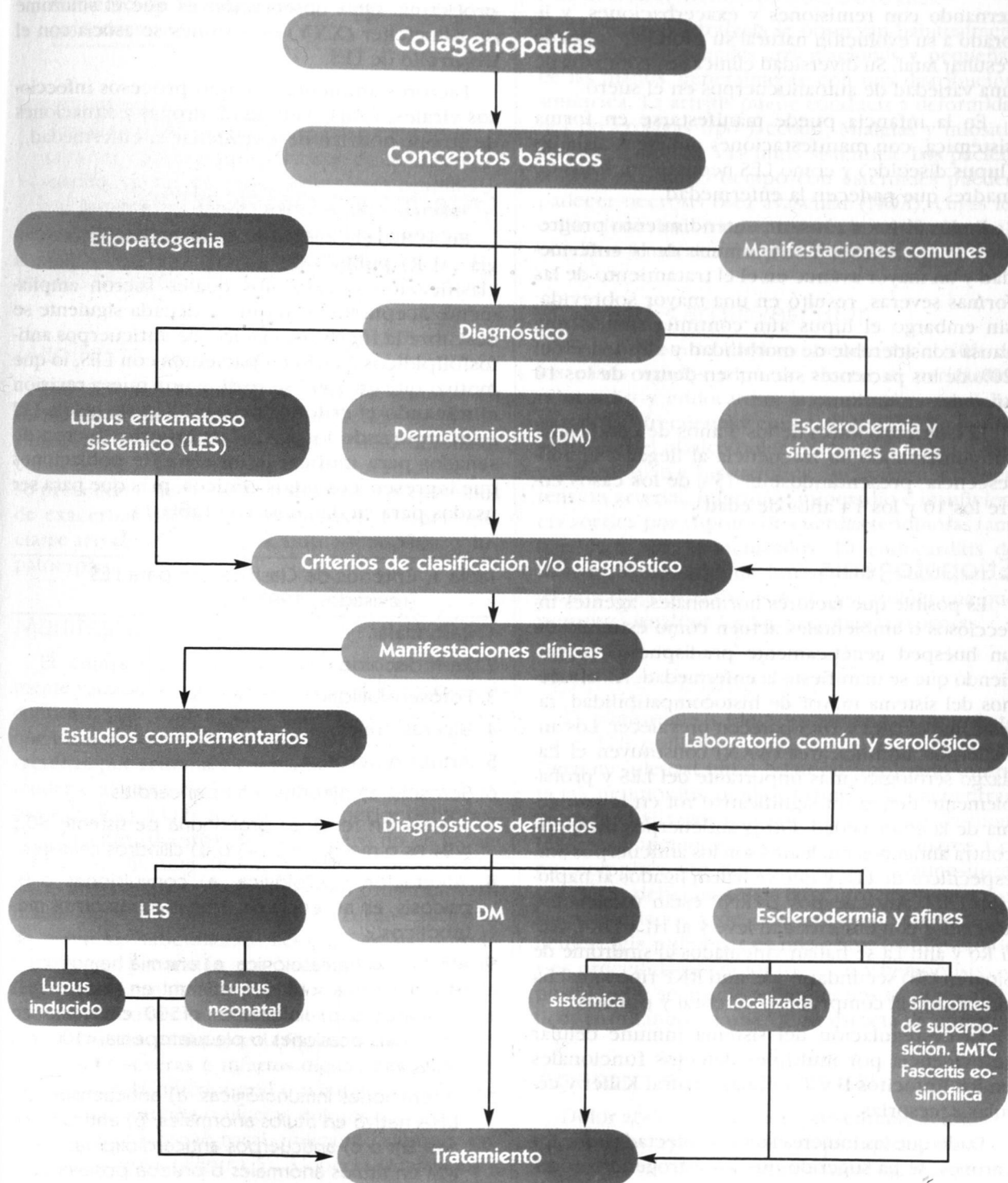
En este capítulo se utilizarán las siguientes siglas:

ACV: Accidente cerebrovascular.
ETC: Enfermedades del tejido conectivo.
DM: Dermatomiositis. **DMJ:** Dermatomiositis juvenil.
PM: Polimiositis. **PMJ:** Polimiositis juvenil.
LES: Lupus eritematoso sistémico.
PSH: Púrpuras de Schölein-Henoch.
EK: Enfermedad de Kawasaki.
ACJ: Artritis crónica juvenil.
AAN: Anticuerpos antinucleares.
SS: Síndrome de Sjörgren.
AAF: Anticuerpos antifosfolipídicos.
NOA: Necrosis ósea avascular.
aCL: Anticuerpos anticardiolipinas.
ACL: Anticoagulante lúpico.
SAF: Síndrome antifosfolipídico.
GNPD: Glomerulonefritis proliferativa difusa.

SSA: Anticuerpos anto-Ro.
SSB: Anticuerpos anti La.
BCC: Bloqueo cardíaco congénito.
FR: Factor reumatoideo.
GGIV: Gammaglobulina intravenosa.
IMS: inmunosupresor.
DAINE: Drogas antiinflamatorias no esteroides.
TGO: aspartatoaminotransferasa.
TGP: alaninoaminotransferasa.
CPK: creatinfosfoquinasa.
LDH: lácticodehidrogenasa.
ES: Esclerodermia sistémica.
CREST: calcinosis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia y teleangiectasias.
EMTC: Enfermedad mixta del tejido conectivo.
ENA: Antígenos nucleares extraíbles.



Esquema de Contenidos





Lupus eritematoso sistémico (LES)

El LES es un síndrome clínico de naturaleza autoinmune y etiología multifactorial que se caracteriza por inflamación de los vasos sanguíneos y del tejido conectivo con compromiso de varios órganos o sistemas. Su curso evolutivo es periódico, alternando con remisiones y exacerbaciones, y librado a su evolución natural su pronóstico puede resultar fatal. Su diversidad clínica se acompaña de una variedad de autoanticuerpos en el suero.

En la infancia puede manifestarse en forma sistémica, con manifestaciones cutáneas aisladas (lupus discoide) y como LES neonatal en hijos de madres que padecen la enfermedad.

En los últimos años, un entendimiento progresivo de la naturaleza autoinmune de la enfermedad y un mayor avance en el tratamiento de las formas severas, resultó en una mayor sobrevida; sin embargo el lupus aún continúa siendo una causa considerable de morbilidad y alrededor del 20% de los pacientes sucumben dentro de los 10 años de seguimiento.

El comienzo antes de los 5 años de edad es raro, aumentando su frecuencia al llegar a la adolescencia, presentándose el 75% de los casos entre los 10 y los 14 años de edad.

Etiopatogenia

Es posible que factores hormonales, agentes infecciosos o ambientales actúen como estímulo en un huésped genéticamente predispuesto permitiendo que se manifieste la enfermedad. Aloantígenos del sistema mayor de histocompatibilidad, tales como el DR2 y DR3 parecen prevalecer. Los anticuerpos antinucleares (AAN) constituyen el hallazgo serológico más importante del LES y probablemente tienen un significativo rol en la patogenia de la enfermedad. Otros anticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares son los anticuerpos Sm, específicos de LES y que se hallan ligados al haplotipo DR2. Anticuerpos U1RNP están usualmente asociados con enfermedad leve y al HLA DR4. Anti Ro y anti La se hallan vinculados al síndrome de Sjögren (SS) secundario y el anti-RNP ribosomal ha sido ligado al compromiso cerebral y psicosis.

La desregulación del sistema inmune celular se evidencia por múltiples defectos funcionales en los linfocitos B y T, células natural Killer y células accesorias.

Dado que las mujeres son más afectadas que los varones, se ha sugerido que los estrógenos produ-

cirían una alteración del sistema inmune. Se han observado menores niveles de testosterona en pacientes postpuberales de ambos sexos comparados con controles normales y mayores niveles séricos de hormona foliculo estimulante, luteinizante y de prolactina. Otra observación es que el síndrome de Klinefelter (XXY) en varones se asocia con el desarrollo de LES.

Factores ambientales como procesos infecciosos virales, fotosensibilidad, drogas y situaciones de stress, podrían desencadenar la enfermedad.

Criterios de clasificación

En 1982, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) publicó los criterios revisados para la clasificación de LES, los cuales fueron ampliamente aceptados. Durante la década siguiente se descubre la fuerte asociación de anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) en pacientes con LES, lo que motivó que en 1997 se realice una nueva revisión eliminando el criterio "preparación de célula LE" e incorporando los AAF. Los criterios fueron diseñados para unificar la muestra de poblaciones que ingresen a estudios clínicos, más que para ser usados para su diagnóstico (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de Clasificación para LES (revisados, 1997 ACR)

1. Rash malar.
2. Rash discoide.
3. Fotosensibilidad.
4. Ulceras orales.
5. Artritis no erosiva.
6. Serositis: a) pleuritis o b) pericarditis.
7. Afectación renal: a) proteinuria persistente $>0,5$ g/24 hs o mayor de 3 (+) o b) cilindros celulares.
8. Afectación neurológica: a) convulsiones o b) psicosis, en ausencia de drogas o trastornos metabólicos.
9. Afectación hematológica: a) anemia hemolítica o b) leucopenia <4000 elem/mm³ en dos o más ocasiones o c) linfopenia <1500 elem/mm³ en dos o más ocasiones o plaquetopenia <100.000 elem/mm³.
10. Alteraciones inmunológicas: a) anticuerpos anti DNA nativo en títulos anormales; b) anticuerpos anti Sm o c) anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM en títulos anormales o prueba positiva para

anticoagulante lúpico por un método estándar o pruebas serológicas falsas positivas para sífilis, presentes por al menos 6 meses y confirmadas por prueba de inmovilización del *Treponema pallidum* o por la prueba de absorción fluorescente de anticuerpo treponémico (FTAb).

11. Anticuerpos antinucleares: positivos en algún momento de la evolución en ausencia de drogas inductoras.

Un paciente debe reunir al menos 4 criterios para ser considerado portador de la enfermedad, ya sea en forma simultánea o aditiva, durante cualquier período de observación. Los mismos tienen alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas iniciales pueden presentarse en forma insidiosa o aguda, dependiendo de los órganos involucrados. Síntomas constitucionales como fiebre, debilidad, anorexia y pérdida de peso preceden o se presentan durante los episodios de exacerbación de la enfermedad. Pueden asociarse artralgias y mialgias, linfadenopatías y hepatosplenomegalia.

Manifestaciones en piel y mucosas

El compromiso mucocutáneo es extremadamente variado. El rash malar en "alas de mariposa" constituye la erupción cutánea clásica (*Figura 1*); que toma el puente de la nariz y las mejillas y se caracteriza por eritema y edema de la piel; puede extenderse al resto de la cara respetando los surcos nasolabiales y a la región ántero-superior del tórax. Es altamente sugestivo de lupus pero no es patognomónico. Es una lesión aguda y fotosensible. Otras áreas expuestas al sol pueden presentar rash máculopapular o pápuloescamoso como expresión de vasculitis subcutáneas. Lesiones de livedo reticularis se presentan en asociación con AAF (*Figura 2*). En palmas y plantas puede aparecer un eritema vascular característico al que es posible sumarse eritema periungueal (*Figura 3*), lesiones necrotizantes severas e infartos digitales (*Figura 4*). Lesiones de la mucosa oral o nasal se manifiestan como un enantema o úlceras dolorosas en paladar duro y en el tabique nasal, indicando siempre enfermedad activa (*Figura 5*). Alopecia (*Figura 6*) y

fenómeno de Raynaud son frecuentes y pueden preceder en meses a los primeros síntomas del lupus. El lupus discoide es raro en niños y de presentarse se limita sólo a la piel ó pudiendo provocar lesiones profundas que dejan cicatrices.

Aparato musculoesquelético

Artritis y/o artralgias se observan habitualmente. Se afectan grandes articulaciones y pequeñas de las manos, generalmente con una distribución simétrica. La artritis puede conducir a deformidades no erosivas tipo Jaccoud. Mialgias y miositis son expresión de vasculitis sistémica. Los pacientes tratados largo tiempo con esteroides pueden padecer necrosis ósea avascular (NOA), cuyas localizaciones más frecuentes son la cabeza femoral, cóndilos femorales y/o platillos tibiales.

Aparato cardiovascular

El compromiso cardíaco ocurre en el 40% de los casos agudos y puede afectar al pericardio, miocardio y endocardio; la pericarditis es el hallazgo más frecuente y cursa asintomática o se presenta con el clásico dolor precordial. Miocarditis, miocardiopatía hipertrófica secundaria a hipertensión arterial, infarto de miocardio e insuficiencia aórtica por ruptura de cuerdas tendinosas también han sido comunicados. La endocarditis de Libman Sacks, aunque infrecuente, puede ser silente y diagnosticarse con el ecocardiograma que permite visualizar las formaciones verrugosas.

Aparato respiratorio

El compromiso pleuropulmonar es frecuente en el LES pudiendo cursar en forma subclínica. Derrame pleural uni o bilateral, infiltrado intersticial, neumonitis aguda y crónica, se encuentran entre los hallazgos más comunes; menos frecuentes son el neumotórax y nódulos pulmonares. Como complicación del tratamiento inmunosupresor (IMS) deberán descartarse procesos infecciosos bacterianos y de gérmenes oportunistas. La hemorragia pulmonar es una grave manifestación y es precedida por dolor torácico y hemoptisis; es posible que se asocie a fenómenos tromboembólicos resultando en una causa directa de muerte.

Aparato gastrointestinal

Dolor abdominal puede presentarse al inicio o durante los episodios de crisis lúpicas variando en severidad. Dilatación intestinal aguda, perito-

nitis, ascitis, enteropatía perdedora de proteínas, pancreatitis y arteritis mesentérica han sido descritas. Hepatomegalia leve puede estar presente; la ictericia es rara y puede ser causada por hemólisis. Esplenomegalia de grado moderado indica actividad de la enfermedad, pudiendo presentarse infartos esplénicos y asplenia funcional.

Sistema endócrino

Enfermedades autoinmunes relacionadas con el LES son la tiroiditis de Hashimoto y la diabetes mellitus por anticuerpos anti-receptores de insulina.

Sistema nervioso central (SNC)

El compromiso del SNC se describe en el 20 a 40% de LES pediátricos. Constituye, junto con el riñón, la principal causa de morbilidad del LES. Convulsiones, corea o psicosis, cefaleas persistentes, alteraciones de la conducta, trastornos visuales (visión borrosa, diplopía, atrofia óptica), parálisis de nervios craneales, ataxia cerebral, mielitis transversa, alteraciones del intelecto, de la conciencia y coma, son todas manifestaciones neuropsiquiátricas del LES. La alteración cerebral funcional más frecuente es la depresión.

Los pacientes que cursan con trastornos de la coagulación o hipertensión arterial pueden presentar signos de hemorragia cerebral. Eventos trombóticos y/o trombocitopenia obliga la búsqueda de anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y anticoagulante lúpico (ACL), los cuales, de estar presentes, sugieren la asociación de síndrome antifosfolípido (SAF). Se puede observar mononeuritis o mononeuritis múltiple debido a vasculitis de los vasa nervorum (*Figura 7*); casos de Guillain-Barré-like y mielitis transversa también han sido observados debiendo investigarse AAF.

Los efectos adversos de los corticoesteroides (Cushing, estrías, alopecia, hipertriosis, etc.) producen, sobre todo en adolescentes, trastornos psicológicos debido a la distorsión de la imagen corporal. Algunos presentan psicosis esteroidea, la cual es difícil diferenciarla de los trastornos psicóticos propios de la enfermedad. En niños lúpicos con compromiso del SNC deberán excluirse infecciones, encefalopatía hipertensiva, alteraciones metabólicas secundarias a insuficiencia renal y afectación vascular.

Compromiso renal

Los estudios de grandes series de pacientes indican que el 70 a 80% de los niños con LES mues-

tran evidencias clínicas de manifestaciones renales a lo largo de su evolución, y que un 20% de los mismos debutan con compromiso renal. El pronóstico se halla en estrecha relación con el tipo y grado de severidad de la enfermedad renal. Las manifestaciones renales pueden ser leves, expresadas solamente por microhematuria; moderadas, con sedimentos conteniendo hematuria macroscópica, cilindros (hemáticos, leucocitarios, hialinos y granulados) y proteinuria de grado variable, y formas severas con insuficiencia renal o configurando un síndrome nefrótico con hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y proteinuria significativa. Hipertensión arterial puede asociarse. La biopsia renal está indicada en aquellos casos con evidencia de enfermedad renal para evaluar el tipo de afectación glomerular (focal o difusa) e intersticial, así como los índices de actividad y de daño renal crónico (*Tabla 2*).

Tabla 2. Factores predictivos de fallo renal.

1. Anemia*: Hb <10g/dl
2. Análisis de orina*
 - Proteinuria significativa
 - Microhematuria (> 10 eritrocitos x campo)
 - Cilindros celulares
3. Creatinina sérica elevada: > 1mg/dl
4. HTA persistente*
5. Biopsia renal
 - Lesiones "activas"
 - Necrosis fibrinoide
 - Semilunas celulares

* Durante los primeros 3 meses del diagnóstico

De esta información depende el esquema terapéutico y el pronóstico. La OMS desarrolló una clasificación de nefritis lúpica, modificada (*Tabla 3*).

Tabla 3. Grupo de estudio internacional de enfermedades renales en la infancia, 1980.

Clasificación de Nefritis lúpica (OMS)

Clase I: Glomérulo normal.

- A. Ninguna evidencia por todas las técnicas.
- B. Normal al ML; depósitos mesangiales de inmunoglobulinas y complemento por MIF o ME.

Clase II: Alteración mesangial pura.

- A. Engrosamiento mesangial y/o hiper celularidad leve.
- B. Hiper celularidad moderada.

Clase III: Glomerulonefritis proliferativa focal y segmentaria.

- A. Lesiones necrotizantes activas.
- B. Lesiones esclerosantes activas.
- C. Lesiones esclerosantes.

Clase IV: Glomerulonefritis proliferativa difusa.

- A. Sin lesiones necrotizantes segmentarias.
- B. Con lesiones necrotizantes segmentarias.
- C. Con lesiones segmentarias activas y esclerosantes.
- D. Con lesiones esclerosantes, inactivas.

Clase V: Glomerulonefritis membranosa difusa.

- A. Membranosa pura.
- B. Asociada con lesiones II (A o B).
- C. Asociada con lesiones III (A,B o C).
- D. Asociada con lesiones IV (A,B,C o D).

Clase VI: Esclerosis glomerular avanzada.

ML: microscopio de luz, ME: microscopio electrónico, MIF: microscopio de inmunofluorescencia

El grado de lesión histopatológica, en general guarda relación con los hallazgos clínicos. Así, la forma mesangial se asocia a microhematuria y leve proteinuria y la forma más severa, la glomerulonefritis proliferativa difusa (GNPD), a hematuria, proteinuria, síndrome nefrótico o insuficiencia renal. La glomerulonefritis membranosa se asocia a síndrome nefrótico e hipertensión. Alrededor del 50% de los pacientes con nefritis lúpica desarrollan GNPD, pudiendo ser un hallazgo aún en niños con leves manifestaciones clínicas. Los pacientes con signos de daño renal crónico en la biopsia inicial tienen una mayor incidencia de fallo renal.

Anormalidades hematológicas

Citopenias, incluyendo anemia, leucopenia, linfopenia y plaquetopenia, son frecuentes manifestaciones de lupus activo. La anemia puede ser secundaria a enfermedad inflamatoria crónica, insuficiencia renal, drogas o hemorragia. Lo más significativo es la anemia hemolítica autoinmune debida a anticuerpos dirigidos contra antígenos eritrocitarios y asociada generalmente a la prueba de Coombs directa positiva.

Leucopenia es definida con un recuento de glóbulos blancos menor a $4.000/mm^3$; deberán descartarse otras causas como infecciones o drogas. Linfocitopenia se halla casi siempre vinculada a anticuerpos antilinfocitarios. Puede encontrarse granulocitopenia dada por depresión de la granulopo-

yesis o a secuestro esplénico y, más raramente a anticuerpos antigranulocitos. Trombocitopenia también puede deberse a anticuerpos antiplaquetarios. Pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática pueden posteriormente desarrollar LES o progresar a púrpura trombocitopénica trombótica.

Anormalidades de la coagulación pueden estar presentes en estos pacientes. La detección de anti-coagulante lúpico (ACL) se establece por un tiempo de tromboplastina parcial prolongado y que no corrige con el agregado in vitro de plasma normal. El tiempo de protrombina es habitualmente normal o levemente prolongado; si se lo encuentra muy alterado deberán investigarse otras causas. El ACL reacciona con fosfolípidos del complejo activador de protrombina. Este anticuerpo reacciona en forma cruzada con anticuerpos anticardiolipinas (aCL) que son de tipo IgG, IgM e IgA. Las pruebas falsas positivas para sífilis (VDRL) se deben también a la reacción cruzada de los anticuerpos antifosfolípidicos con la cardiolipina utilizada como antígeno en estas pruebas. Actualmente es conocido que los anticuerpos están dirigidos contra fosfolípidos unidos a proteínas que actúan como cofactores: la $\beta 2$ -glicoproteína 1 y la protrombina.

Los pacientes con estos anticuerpos pueden desarrollar el Síndrome antifosfolipídico (SAF) secundario, el cual se caracteriza por trombosis y anomalías específicas durante el embarazo asociado a la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos circulantes detectados como anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y anticoagulante lúpico (ACL). La interacción de estas tres áreas (familia, medicina, educación) son el verdadero trípode donde debe afirmarse el desarrollo de las personas.

Los síntomas dependen del tipo de órgano y vasos comprometidos y del curso rápido o lento del proceso trombótico, habiéndose asociado una serie de manifestaciones clínicas que sugieren el síndrome (Tabla 4).

Tabla 4. SAF. Manifestaciones clínicas asociadas.

Mayores: Úlceras cutáneas en piernas, livedo reticularis, tromboflebitis. Anemia hemolítica, trombocitopenia, Síndrome de Evans (ACV). Enfermedad valvular cardíaca e infartos. Hipertensión pulmonar. Mielitis transversa, corea, epilepsia. Síndrome de Sneddon.

Menores: Migrañas, Síndrome de Guillén Barré, pseudoesclerosis múltiple. Amaurosis fugaz, trombosis de la retina, hipertensión lábil. Hemorragias subungueales, gangrena digital. Trombosis renal, microangiopatía, Enfermedad de Addison, necrosis ósea avascular, aterosclerosis acelerada.

La presencia de trombosis es indicación de terapia anticoagulante. Para considerar al SAF como definido se necesita al menos un criterio clínico y uno de laboratorio (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios preliminares para la clasificación de Síndrome antifosfolípido.

Criterios clínicos

1. Trombosis vascular (venosa, arterial o de pequeños vasos).
2. Morbilidad en el embarazo.
 - a) Una o más muertes inexplicadas de fetos morfológicamente normales de 10 o más semanas de gestación, o
 - b) Uno o más nacimientos de un neonato morfológicamente normal, menor o de hasta 34 semanas de gestación debido a severa preeclampsia o eclampsia, o severa insuficiencia placentaria, o
 - c) Tres o más abortos espontáneos consecutivos inexplicados antes de la semana 10 de gestación con madre anatómicamente normal y exclusión de anormalidades hormonales o cromosómicas.

Criterios de laboratorio

1. Anticuerpos anticardiolipinas (aCL) de isotipo IgG y/o IgM en sangre, presente a títulos moderados o altos, en dos o más ocasiones en al menos 6 semanas, medidos por Elisa y para aCL dependientes de β_2 -glicoproteína 1.
2. Anticoagulante lúpico (ACL) presente en el plasma, en dos o más ocasiones en al menos 6 semanas, detectado por los métodos estándar, con exclusión de otras coagulopatías.

La forma más grave, con trombosis multiorgánica y complicaciones devastadoras como isquemia digital con amplias amputaciones, es la denominada "SAF catastrófico" y constituye la principal urgencia debido a su pésimo pronóstico. Se caracteriza por su inicio agudo con distress respiratorio, hipertensión grave, afectación renal,

cardiopulmonar, del SNC, severa trombocitopenia y hemorragias. Es necesario identificarlo lo antes posible para tratarlo agresivamente.

Alteraciones serológicas

Una variedad de anticuerpos son observados en el LES. Los anticuerpos antinucleares (AAN) se presentan en el 95% de los pacientes, pero su hallazgo no es confirmatorio, pues puede hallarse en otras ETC; por el contrario su ausencia prácticamente descarta al LES. Otros anticuerpos, como el DNA de doble cadena, el anti Sm, anti-histona, anti-Ro y anti-La y actualmente los AAF, son útiles para el diagnóstico por su alta especificidad.

La presencia de ellos ha sido asociada a algunas características clínicas del LES. Así, el anti-DNA nativo se asocia a compromiso renal; el Sm se lo describe en pacientes con pericarditis, nefritis y SNC. Los anti-n RNP (U1RNP) se asocian a síndrome de Raynaud, fotosensibilidad y serositis. Los anticuerpos anti-Ro (SSA) identifican a pacientes con rash fotosensible, trombocitopenia, SS y en lupus neonatal. Anticuerpos anti-La (SSB) se hallan en SS y en bloqueo cardíaco congénito (BCC).

Anticuerpos anti-histonas se encuentran hasta el 40% de los LES. El lupus inducido por drogas, asociado a anti-DNA desnaturalizado y ausencia de DNA nativo y anti-Sm. El anti P-ribosomal se lo vincula con compromiso del SNC. Factores reumatoideos (FR) se hallan en alrededor del 15% de los casos. Descenso de complemento (CH50, C3 y C4) pueden interpretarse como índice de actividad, pero su medición es particularmente útil durante el seguimiento para detectar cambios tempranos.

Otro dato de laboratorio es la ERS elevada, que no es indicador de LES activo. La PCR aumentada ha sido vinculada a infecciones, pero este concepto es controvertido. En el proteinograma es frecuente hallar aumento de α_2 -globulina e hipergammaglobulinemia.

Lupus inducido por drogas

Se presenta en aquellos pacientes sin historia de LES y que se hallan en tratamiento con drogas que al suspenderlas hacen que las manifestaciones clínicas retrograden, permaneciendo por un tiempo más prolongado las alteraciones serológicas. Las drogas asociadas a esta condición son clasificadas en: a) drogas cuya asociación es definida: clorpromazina, metildopa, hidralazina, procainamida e isoniazida; b) drogas cuya asociación es posible: fe-

nitoína, penicilamina y quinidina y c) drogas cuya asociación es cuestionada: sales de oro, antibióticos y griseofulvina. En pediatría la mayoría de las observaciones son con drogas anticonvulsivantes.

El LES inducido es habitualmente menos severo que el idiopático con raro compromiso del SNC y renal. El laboratorio puede revelar citopenias, células LE, AAN, anti-DNA desnaturalizado (el DNA nativo está ausente) y FR positivo. El complemento pocas veces está descendido

Lupus neonatal

Se presenta en los hijos de madres lúpicas cuyos anticuerpos cruzan la barrera placentaria entre las 12^{va} y 16^{va} semana de gestación. A pesar de ello es poco frecuente que se produzca enfermedad en el feto. Lo más común es hallar citopenias, anemia hemolítica, AAN o células LE, que desaparecen en pocas semanas. La manifestación clínica más frecuente es el eritema anular, que afecta la cara y puede extenderse al resto del cuerpo involucionando en pocos meses y sin dejar secuelas. Lo más significativo es el BCC completo que se asocia a anticuerpos anti-Ro de la madre sugiriendo su participación patogénica. Otras malformaciones cardíacas, con o sin fibroelastosis endocárdica han sido descriptas. Habitualmente este síndrome no requiere tratamiento, excepto en los casos de BCC en los que puede ser necesario la colocación de un marcapaso o cuando las manifestaciones hematológicas son severas.

Tratamiento

Dado lo proteiforme de las manifestaciones clínicas del LES y a su rango variable de severidad, cada paciente deberá ser evaluado individualmente para determinar su manejo terapéutico tanto al inicio como durante la evolución de la enfermedad. El tratamiento comprende: A) Principios de prevención, aplicables al curso crónico del LES y, B) Indicación de fármacos inductores de remisión. Las decisiones terapéuticas están basadas en los conceptos de actividad y severidad.

A) Medidas preventivas

Consisten en brindar información adecuada sobre la enfermedad y los efectos adversos de las drogas; aconsejar acerca del uso de protectores solares, esquemas de vacunación, cuidados frente a infecciones, profilaxis antibiótica frente a procedimientos dentales o quirúrgicos, nutrición, descanso apropiado, evitar situaciones de stress, educación sexual y apoyo psicosocial.

B) Tratamiento farmacológico

En general se reconocen cuatro grupos de drogas que, solas o combinadas, actúan suprimiendo la inflamación o interfiriendo en la función inmune. Ellas son: 1- antiinflamatorios no esteroideos, 2- antimaláricos, 3- corticoesteroides y 4- agentes citotóxicos.

1- Drogas antiinflamatorias no esteroideas

(DAINE): Son utilizadas para el tratamiento de manifestaciones musculoesqueléticas, serositis y de síntomas constitucionales. Pueden indicarse drogas tales como naproxeno, diclofenac o indometacina. Los efectos adversos son a nivel del riñón y del SNC y deben distinguirse del LES activo. En general revierten al suspenderse la droga.

2- **Antimaláricos:** Frente a las manifestaciones cutáneas está indicado el uso de hidroxicloroquina a la dosis de 4 a 7 mg/kg/día, debiendo realizarse controles oftalmológicos periódicos de campo visual y visión de colores en busca de depósitos retinianos que constituyen el efecto adverso más significativo; si se detectan tempranamente su resolución es posible al suspender la droga.

3- **Corticoesteroides:** son indicados cuando los DAINE y los antimaláricos son insuficientes para controlar los síntomas. Usualmente se prescriben por vía oral a bajas dosis en casos de leve actividad y a dosis altas o intravenosas (en pulsos) para manifestaciones agudas severas. Debe aclararse que no siempre es necesaria su utilización. En general, se prefiere el uso de prednisona oral que, en formas leves se indica a la dosis de 0,5 mg/kg/día. Aquellos pacientes que no responden con estas dosis o desarrollan toxicidad son candidatos para otras formas agresivas de tratamiento como la metilprednisolona intravenosa indicada en pulsos (25-30 mg/kg/día durante 3 días consecutivos), constituyendo una alternativa cuando se deben usar altas dosis orales. Cuando se logre el control de la enfermedad, se deberá disminuir gradualmente la dosis monitoreando al paciente para detectar signos de reactivación. Entre los efectos adversos se describen síndrome de Cushing, osteoporosis, NOA, diabetes, estrías, hipertensión y riesgo a las infecciones.

4- **Azatioprina:** Este inmunosupresor (IMS) ha demostrado ser efectivo en formas leves de nefritis lúpica; también es útil como agente ahorrador de esteroides. Los efectos adversos más comunes son depresión de la médula ósea



y gastrointestinales. Leucopenia y anemia pueden ser agudas, por lo que es necesario realizar controles en forma regular. Puede presentarse hepatotoxicidad. Se ha relacionado la azatioprina con un riesgo aumentado de malignidad.

- 5- Ciclofosfamida:** Es la droga citotóxica de elección para el tratamiento de pacientes con compromiso renal severo. En otras formas graves de la enfermedad tales como afectación hematológica, del SNC y vasculitis también ha sido efectiva. Se indica en bajas dosis orales (1-4 mg/kg/d) o en forma de terapia en pulsos intravenosos (0,5-1gr/m²) mensualmente durante seis meses, bimensualmente los seis siguientes y luego trimestralmente durante un año. Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos, alopecia y depresión medular (leucopenia, plaquetopenia). Los niños en tratamiento tienen un riesgo aumentado a las infecciones y entre las complicaciones se describen cistitis hemorrágica, daño gonadal y carcinoma vesical.

Otros tratamientos

En casos refractarios a tratamientos convencionales y en pacientes particularmente seleccionados se ha indicado el uso de gammaglobulina intravenosa (GGIV) a altas dosis. Su principal indicación es para el manejo de la trombocitopenia, pero también ha sido utilizada en nefritis lúpica y vasculitis cerebral, en general en combinación con drogas IMS. La dosis utilizada es de 300-400 mg/kg/d administrada por cinco días consecutivos siguiendo un esquema de mantenimiento mensual. La mayor contraindicación es el déficit de IgA. Reacciones adversas incluyen fiebre, temblores, mialgias, hipotensión, dolor abdominal o torácico durante o inmediato a su administración.

Hay pocos estudios clínicos en pacientes con LES tratados con ciclosporina A. Sus efectos colaterales como hipertensión y toxicidad renal, parecen limitar su uso en esta enfermedad.

La plasmaféresis, teóricamente indicada para la remoción de complejos inmunes y autoanticuerpos patológicos, tiene escasísima indicación dado su efecto transitorio y su alto costo.

Curso y Pronóstico

Debido a que el LES es una enfermedad heterogénea, su curso es imprevisible y el pronóstico dependerá fundamentalmente del ataque renal y del SNC. Durante los últimos años han ocurrido profundos cambios a favor del pronóstico de vi-

da de los niños con LES. Con el advenimiento de mejores técnicas para monitorear actividad de la enfermedad y el uso de corticoesteroides, antihipertensivos, antibióticos y citotóxicos se pudieron implementar tratamientos más agresivos que permitieron el manejo de la nefritis lúpica, las vasculitis sistémicas y de la cerebritis. La mayoría de los niños tienen hoy altas expectativas de sobrevivida, aún las formas graves dada la disponibilidad de diálisis y trasplante renal. Otras causas de muerte son infecciones, cerebritis, pancreatitis y hemorragia pulmonar. Paralelamente al incremento de la sobrevivida también se ha registrado un aumento en la morbilidad. El alto riesgo a las infecciones, aterosclerosis, hipertensión, osteoporosis, diabetes, glaucoma y necrosis óseas afectan la calidad de vida de estos pacientes como consecuencia de la terapia implementada.

Conclusión

El diagnóstico precoz, el seguimiento cercano y el tratamiento adecuado son de fundamental importancia para estimar el pronóstico en el LES pediátrico. Sin duda, estos pacientes deben ser asistidos por un equipo multidisciplinario estrechamente vinculado entre sí para asegurar la obtención de los máximos beneficios para el niño y su familia.

Ejercicio N° 2

Marque con una cruz la respuesta que elija como correcta.

1- ¿Cuál de las siguientes patologías NO se relaciona con el compromiso articular en el LES?

- a) Artritis simétrica.
- b) Artritis de grandes y pequeñas articulaciones.
- c) Artralgias de grandes y pequeñas articulaciones.
- d) Artritis erosivas.
- e) Artropatía de Jaccoud.

2- ¿Cuáles de las siguientes manifestaciones neurológicas del LES son consideradas CRITERIOS de la enfermedad?

- | | |
|------------------|------------------------------|
| - Cefalea | - Convulsiones |
| - Visión borrosa | - Neuropatías |
| - Psicosis | - Accidente cerebro vascular |
| - Corea | - Mielitis transversa |

3- ¿Cuáles de las siguientes son las CUATRO principales causas de muerte en LES?

- a) Enfermedad hepática.
- b) Infecciones.
- c) Anemia hemolítica autoinmune.
- d) Nefritis lúpica.
- e) Enfermedad pulmonar.
- f) Lupus del SNC.

4- El hematocrito de una adolescente de 13 años con diagnóstico de LES de 6 años de evolución ha descendido durante varios meses hasta un nivel de 31%; el resto del hemograma es normal. El tratamiento de los últimos meses consistió en prednisona oral (8 mg/día) y naproxeno (15mg/kg/día). ¿Cuál es la causa más probable de su anemia?

- a) Hemorragia intestinal.
- b) Hiponutrición.
- c) Anemia por enfermedad crónica.
- d) Malabsorción.

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados.

5- La presencia de anticuerpos antinucleares es característico de LES no hallándose en otras ETC.

☐ V

☐ F

Ejercicio N° 2

6- El rash en "alas de mariposa" es altamente sugestivo de LES pero no es patognomónico.

☐ V ☐ F

7- Los criterios de LES son criterios de clasificación utilizados para identificar pacientes que ingresarán a estudios clínicos.

☐ V ☐ F

8- El fenómeno de Raynaud se presenta durante el curso evolutivo de un paciente con LES y es confirmatorio del diagnóstico.

☐ V ☐ F

9- En una niña con rash en "alas de mariposa", úlceras bucales y pleuritis, entre los datos de laboratorio se observa ausencia de AAN. Este hallazgo descarta el diagnóstico de LES.

☐ V ☐ F

10- Los anticuerpos anti DNA nativo y anti Sm son específicos de LES.

☐ V ☐ F

11- Las lesiones cutáneas de livedo reticularis se asocian con anticuerpos antifosfolipídicos.

☐ V ☐ F

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

12- ¿Cuál es el tratamiento de elección en un niño con LES que presenta manifestaciones cutáneas leves y artritis de grandes y pequeñas articulaciones?

.....
.....

13- Una niña con LES presenta severa trombocitopenia (40.000/mm). En la biopsia de médula ósea se demostró aumento de megacariocitos y ninguna otra anormalidad. Se indicaron altas dosis de esteroides mejorando el recuento de plaquetas, pero al reducir la dosis a 20 mg/día se produjo una disminución progresiva hasta 5.000/mm. La niña estaba estable y su examen físico era normal. ¿Qué alternativas terapéuticas sugeriría para esta paciente?

.....
.....

La Dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad muscular inflamatoria crónica, de causa desconocida, que se caracteriza por afectar la piel y los músculos estriados. En los adolescentes, es más frecuente observar esta miopatía con ausencia de las lesiones cutáneas, denominándose en este caso a la enfermedad Polimiositis juvenil (PMJ).

Su incidencia sobre el total de las ETC es de alrededor del 6%; las niñas son las más afectadas y la edad de comienzo más frecuente es entre los 4 y 10 años de edad. La clasificación de miositis inflamatorias idopáticas propuesta por Pearson (Tabla 6) identifica a la DMJ como tipo IV, que se caracteriza por el mayor grado de inflamación y compromiso vasculítico.

Tabla 6. Clasificación de miositis idiopática.

Tipo	Denominación
I	PM típica.
II	DM típica.
III	DM ó PM asociada a malignidad.
IV	DM de comienzo en la infancia.
V	Rabdomiólisis aguda.
VI	PM asociada a otras ETC.

PM: Polimiositis. DM: Dermatomiositis.

ETC: Enfermedades del tejido conectivo.

Los criterios de Bohan y Peter son utilizados para realizar el diagnóstico (Tabla 7).

Tabla 7. Criterios de diagnóstico de Dermatomiositis y Polimiositis (Bohan y Peter, 1975)

1. Debilidad muscular simétrica proximal.
2. Elevación sérica de enzimas musculares.
3. Tríada electromiográfica.
 - Unidades motoras polifásicas de corta duración y pequeña amplitud.
 - Fibrilaciones, ondas agudas positivas e irritabilidad de inserción.
 - Descargas espontáneas en bizarras de alta frecuencia.
4. Biopsia muscular con signos de miositis y necrosis.
5. Lesiones cutáneas.
 - Rash heliotropo.
 - Signo de Gottron.

Dermatomiositis

Dermatomiositis	Definida: 3 ó 4 criterios Probable: 2 criterios Posible: 1 criterio
Polimiositis	Definida: 4 criterios Probable: 3 criterios Posible: 2 criterios

Etiología y patogénesis

Se ha sugerido que factores genéticos e infecciosos pueden intervenir en el desarrollo de la enfermedad. La participación viral ha sido implicada, pero aún no pudo ser establecida; evidencia serológica de coxsackie B fue encontrada en el 83% de pacientes con DM temprana, comparado con el 25% de los controles; también se la ha relacionado siguiendo a inmunizaciones (rubéola, BCG). Parece existir una predisposición inmunogenética determinada por la presencia de HLA B8 y HLA DR3; sin embargo la frecuencia familiar ha sido raramente descrita.

Cuadro clínico

La DMJ clásicamente se presenta con debilidad muscular progresiva y un rash característico que puede preceder o seguir a los síntomas musculares. En la mayoría de los casos se asocia a fatiga fácil, anorexia y fiebre. Las lesiones cutáneas consisten en una erupción eritematoviolácea periorbitaria, a veces asociada a edema notable que se extiende a toda la cara (Figuras 8 y 9). Conjuntamente pueden observarse lesiones eritematoescamosas típicas sobre los nudillos de los dedos, codos, rodillas y maléolos internos que constituyen los "signos de Gottron" (Figuras 10 y 11). Pueden estar presentes telangiectasias, fenómeno de Raynaud y úlceras, particularmente en las axilas e ingles (Figura 12). Disfagia y trastornos de la deglución pueden asociarse con pasaje de líquidos a las fosas nasales.

La debilidad muscular suele instalarse gradualmente y se manifiesta por pérdida de fuerza en los grupos proximales de las cinturas escapular y pelviana, así como de los músculos flexores del cuello y tronco. Algunos niños comienzan en forma aguda, con grave compromiso multi-sistémico y debilidad muscular intensa que impide la movilización. Mialgias y edema subcutáneo pueden estar presentes. Los pacientes que deambulan refieren caídas frecuentes, dificultad para levantarse sin ayuda o para subir escalones. La atrofia y contracturas musculares se instalan rá-

pidamente y llevan a actitudes antálgicas y a deformidades en flexión.

Artritis y/o artralgiás suelen presentarse al inicio de la enfermedad. Insuficiencia respiratoria, debida a la afectación de los músculos de la faringe, laringe e intercostales, puede conducir a la muerte por asfixia; neumonitis de tipo restrictivo o alveolitis fibrosante pueden ser encontradas aún de manera asintomática, siendo signos de mal pronóstico. Miocarditis y pericarditis graves pueden ser otras causas de muerte, al igual que vasculitis intestinal severa que evoluciona a la perforación. La afectación ocular es infrecuente, presentándose enfermedad de la retina, atrofia óptica y pérdida de la visión.

El desarrollo de calcinosis se observa tardíamente y generalmente cuando la DMJ se halla en remisión (*Figura 13*). Los depósitos de calcio se ubican en el tejido celular subcutáneo y a nivel de las fibras musculares, determinando en ocasiones fístulas que drenan al exterior y son muy dolorosas. Cuando la calcinosis es muy extensa los niños quedarán severamente discapacitados.

El laboratorio de rutina es inespecífico; pueden mostrar anemia y leucocitosis; los reactantes de fase aguda son normales o elevados correlacionándose con el grado de actividad inflamatoria. Los puebas para FR son casi siempre negativas y los AAN están presentes entre un 10 a 80% de los casos, siendo de poca utilidad diagnóstica. El anti cuerpo PM-1, observado frecuentemente en adultos, se halla presente en pocos niños. Anticuerpos antisintetasa (anti Jo-1) se relacionan con mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial; los anti-M2 estarían vinculados a un curso monocíclico; el anti-PM-Scl con manifestaciones esclerodermatiformes. El dosaje de Factor VIII ag (factor de von Willebrand) refleja el daño endotelial y ha sido reportado con frecuencia.

Los niveles séricos de enzimas musculares son importantes para el diagnóstico y para seguir la respuesta al tratamiento. La creatinfosfoquinasa (CPK), la aspartatoaminotransferasa (TGO), alaninoaminotransferasa (TGP), lácticodehidrogenasa (LDH) y aldolasa pueden encontrarse elevadas, pero la más sensible al daño muscular es la CPK, que puede llegar hasta 40 veces su valor normal. En niños con atrofia muscular extrema, las enzimas no se hallarán elevadas.

El electromiograma (EMG) es de utilidad para confirmar el diagnóstico y para seleccionar el sitio de la biopsia; debe realizarse de un solo lado del cuerpo para poder efectuar la biopsia en el miembro opuesto, usualmente deltoides y cuádriceps.

Las características del EMG son los hallazgos de miopatía y signos de denervación. Reinervación puede observarse siguiendo a la fase aguda.

En la biopsia pueden hallarse signos de necrosis focal, atrofia y fagocitosis de las fibras musculares; miopatía perifascicular asociada a capilaritis e infiltrados inflamatorios. También pueden observarse fibras musculares en etapa de degeneración y regeneración. Debe tenerse presente que debe seleccionarse el sitio a biopsiar, siendo de gran ayuda la resonancia nuclear magnética (RNM), que señalará las áreas musculares con mayor inflamación.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse con las enfermedades neuromusculares como la distrofia muscular progresiva, el síndrome de Guillén Barré, miastenia gravis, etc; con miopatías infecciosas y con las miositis de otras ETC.

Tratamiento

El pronóstico de la DMJ ha variado ampliamente desde el uso de los corticoesteroides, pero no todos los niños responden a ellos y necesitan de otras drogas como los IMS. La prednisona se usa inicialmente a 2mg/kg/d hasta lograr mejoría clínica y reducir los valores enzimáticos; luego se descende lentamente, con control seriado de la fuerza y enzimas musculares. Cuando los esteroides no son efectivos o cuando los efectos secundarios son muy importantes, se recurrirá a los IMS (metotrexate, ciclosporina, azatioprina, ciclofosfamida) o GGIV y/o plasmáferesis.

Durante la fase aguda de la DM se indica reposo y cuidado de posiciones para prevenir deformidades. Cuando la inflamación halla remitido, podrá levantarse gradualmente el reposo y realizar un plan fisioterapéutico más activo para fortalecimiento muscular.

Conclusión

El pronóstico de la DMJ/PMJ depende fundamentalmente del diagnóstico precoz, de la respuesta a un tratamiento farmacológico adecuado y de la realización de un plan de terapia física.

En todos los casos deberá asesorarse apropiadamente a los padres y al niño acerca del comportamiento de la enfermedad y de sus tratamientos a fin de lograr el mejor grado de capacidad funcional.

Ejercicio N° 3

Marque con una cruz la respuesta que elija como CORRECTA.

- 1- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones vasculíticas son características de DM juvenil?
- a) Livedo reticularis.
 - b) Necrosis digitales.
 - c) Úlceras cutáneas.
 - d) Vasculitis leucocitoclástica.
- 2- ¿Cuál de los siguientes enunciados relacionados con compromiso muscular en la DMJ es INCORRECTO?
- a) Debilidad de los músculos flexores del cuello.
 - b) Mialgias.
 - c) Debilidad muscular de cintura escapular y pelviana.
 - d) Compromiso asimétrico.
 - e) Contracturas musculares.
- 3- Los siguientes excepto uno, son pasos que siempre deben seguirse en el diagnóstico diferencial de la DMJ. Señale la EXCEPCION.
- a) Examen articular.
 - b) Exámen muscular.
 - c) Dosaje de enzimas musculares.
 - d) Biopsia de músculo.
 - e) Biopsia de fascia muscular.
- 4- Las siguientes manifestaciones de compromiso pulmonar, excepto una, son hallazgos en la DMJ/PMJ. Señale la INCORRECTA.
- a) Hipertensión pulmonar.
 - b) Hemorragia pulmonar.
 - c) Debilidad de los músculos respiratorios.
 - d) Neumonía por broncoaspiración.
 - e) Neumonitis restrictiva.

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados.

- 5- La DMJ se diferencia de la PMJ por tener un pronóstico más severo.

☐ V ☐ F

- 6- La miocarditis es una de las causas de muerte en la DMJ.

☐ V ☐ F

Ejercicio N° 3

- 7- Los anticuerpos antisintetasa (anti Jo-1) se relacionan con mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial.

☐ V ☐ F

- 8- La atrofia y contracturas musculares se instalan en etapas tardías de la DMJ o PMJ.

☐ V ☐ F

Analice y resuelva la siguiente situación clínica.

9. Esteban es un niño de 8 años de edad que es derivado por presentar un cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por rash en heliotropo y lesiones eritematoescamosas en codos y sobre las articulaciones de las manos. Presenta además signos de atrofia y debilidad muscular pero que le permiten deambular con moderada dificultad. Del interrogatorio se obtiene que el niño se niega a ingerir sólidos. Al examen físico presenta disminución moderada de la fuerza muscular y limitación del rango de movimiento de ambas rodillas.

¿Cuál sería el diagnóstico más probable; qué plan de estudios realizaría y a que atribuiría la negativa a comer sólidos y la limitación de las articulaciones?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Describa su opinión.

Que valor le daría al EMG y a la RNM en un paciente con miopatía inflamatoria de reciente comienzo?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esclerodermia significa "endurecimiento de la piel". Esta enfermedad es rara en la infancia. Su característica principal son los cambios inflamatorios, fibróticos y degenerativos de la piel. Estas lesiones pueden ser localizadas, limitadas o generalizadas con compromiso multiorgánico; denominándose en este último caso esclerodermia sistémica progresiva. En la infancia las formas localizadas son las más frecuentes y pueden provocar severas alteraciones del crecimiento debido al compromiso de la piel, músculos, articulaciones, tendones y huesos.

En la etiopatogenia se ha considerado la intervención de una variedad de alteraciones inmuno-lógicas, genéticas y ambientales que conducen a una producción anormal de colágeno tipo I por los fibroblastos. Debido a que las niñas son más afectadas que los varones, se ha sugerido que el sexo puede ser un marcador genético.

Lesiones esclerodérmicas también pueden observarse en entidades postinfecciosas, genéticas, ambientales, metabólicas, y en los síndromes de superposición del tejido conectivo.

El ACR propuso los criterios preliminares para el diagnóstico, aplicables fundamentalmente a la forma sistémica (Tabla 8) y, de acuerdo al tipo de lesiones cutáneas y a su asociación con compromiso orgánico, se clasifica a las esclerodermias en diferentes grupos (Tabla 9):

Tabla 8. Criterios diagnósticos para la
Clasificación de esclerodermia (ACR, 1980)

- A- Esclerodermia proximal o dos de los siguientes:
- II. Esclerodactilia.
 - III. Cicatrices digitales.
 - IV. Fibrosis pulmonar bibasal.

Tabla 9. Clasificación de Esclerodermias (ACR)

1. Esclerosis sistémica

- a. Difusa.
- b. Limitada (síndrome de CREST).
- c. Síndrome de superposición.
- d. Enfermedad mixta del tejido conectivo.

2. Esclerodermia localizada

- a. Morfea en placa.
- b. Morfea generalizada.
- c. Esclerodermia lineal.

Esclerodermia

3. Fasciítis eosinofílica

4. Enfermedades tipo esclerodermia

- a. Inducida por sustancias químicas.
- b. Inducidas por fármacos.
- c. Relacionada con injerto contra huésped.

5. Pseudoesclerodermia

- a. Escleredema. Escleromixedema.
- b. Enfermedad amiloidea, porfiria cutánea tardía, síndrome carcinoide, fenilcetonuria, acromegalia.
- c. Progeria, síndrome de Werner, líquen escleroatrófico.

La **esclerodermia sistémica (ES)** comprende subtipos que se diferencian por la distribución del compromiso cutáneo, el laboratorio, manifestaciones de otras ETC y por su pronóstico.

La **ES difusa o esclerosis sistémica progresiva** se destaca por el compromiso cutáneo simétrico de las extremidades proximales y distales de los miembros, tronco y cara, y por afectación de órganos internos tales como tracto gastrointestinal, corazón, riñón y pulmón.

El comienzo es insidioso, precedido generalmente por fenómeno de Raynaud, a veces por meses o años, discreto edema y entumecimiento de manos, contractura de los dedos, artalgias y trastornos de hiper o hipopigmentación, sobre todo a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas. Ulceraciones digitales debidas a isquemia son sumamente sensibles a infecciones y cuando curan dejan cicatrices características. En casos severos se observa resorción de los extremos de los dedos y gangrena, determinando discapacidad funcional de las manos. Con la capilaroscopia del lecho ungual pueden apreciarse las asas capilares tortuosas o dilatadas y zonas avasculares. La fascie del paciente se vuelve inexpresiva por pérdida de la elasticidad de la piel, con labios finos y disminución de la apertura bucal. Algunos niños pueden presentar miopatía de tipo inflamatorio, fibrosis muscular o atrofia por desuso. Posteriormente se desarrolla un curso rápidamente progresivo, adquiriendo la piel el aspecto de un cuero (Figura 14) con compromiso multiorgánico que conducen a la muerte.

A nivel digestivo se observan alteración de la motilidad esofágica, que evoluciona a la disfagia,

y fibrosis del intestino con hipomotilidad, malabsorción y pseudoobstrucción. En colon pueden formarse saculaciones y divertículos. El compromiso pulmonar incluye neumonitis intersticial, hipertensión pulmonar y fibrosis que culmina en cor pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha. En la radiografía de tórax se puede observar un patrón intersticial bibasal, que es uno de los criterios diagnósticos de la ES. En la actualidad la TAC de alta resolución evidencia los cambios tempranamente y es el método de elección por su alta sensibilidad. La afectación cardíaca incluye pericarditis asintomática, arritmias, miocarditis, insuficiencia cardíaca congestiva y fibrosis del miocardio. La nefropatía condiciona hipertensión maligna e insuficiencia renal progresiva con alta mortalidad.

La **ES limitada o síndrome de CREST** (calcinosis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia y telangiectasias), afecta la cara, el cuello, antebrazos y extremidades distales, presentándose en su evolución tardía compromiso de órganos internos. En el 70 a 80% de los pacientes se detectan anticuerpos anticentrómero.

El fenómeno de Raynaud considerado como pre-esclerodermia consta de 3 fases: el arterioespasmo digital inicial causa "palidez" de los dedos, a veces inducido por el frío, que luego pasa a la "cianosis", a medida que se desoxigena la sangre venosa estática; la hiperemia reactiva produce la fase final de "eritema". Se necesitan al menos 2 cambios de color para el diagnóstico.

El **síndrome de superposición** se caracteriza por presentar las manifestaciones clínicas y de laboratorio de esclerodermia y de otras ETC como DM/PM, LES, artritis reumatoidea (AR) y SS.

La **enfermedad mixta del tejido conectivo** (EMTC) es un síndrome de superposición que se asocia a altos títulos de un anticuerpo dirigido contra las ribonucleoproteínas: los anti-U1RNP. Es más frecuente en niñas que en varones y la edad promedio de presentación es de 10 años.

El diagnóstico se basa en el hallazgo de los criterios diagnósticos de Sharp y col. (Tabla 10).

Tabla 10: Enfermedad mixta del tejido conectivo
Criterios diagnósticos, Sharp y col.

1. Miositis severa.
2. Enfermedad pulmonar:
 - a) Capacidad de difusión de CO <70%, o

- b) Hipertensión pulmonar, o
- c) Lesiones vasculares proliferativas en biopsia de pulmón.

3. Fenómeno de Raynaud o hipomotilidad esofágica.
4. Edema de manos o esclerodactilia.
5. Títulos elevados de anticuerpos contra antígenos nucleares extraíbles (ENA) >1/10.000, anti U1RNP positivo y anti-Sm negativo.

Es común observar compromiso articular (artralgias y/o artritis no deformante), fenómeno de Raynaud asociado a edema y signos esclerodérmicos en las manos (Figura 15) y en la cara, miositis y rash característico de LES o DM (Figura 16). Otras manifestaciones incluyen pericarditis, hepatoesplenomegalia, hipomotilidad esofágica, hipertensión pulmonar, tumefacción parotídea y compromiso renal y del SNC. Anemia, leucopenia, trombocitopenia e hipergammaglobulinemia son hallazgos de laboratorio de frecuente observación. Además de la presencia de anticuerpos contra antígenos nucleares extraíbles (ENA) es posible hallar FR, AAN y AAF. El pronóstico es severo y está determinado por la enfermedad pulmonar y/o renal. El tratamiento estará condicionado a los síntomas predominantes.

La **esclerodermia localizada** es la más comúnmente observada en la infancia y se reconocen tres subtipos que pueden presentarse aislados o combinados: la **morfea o esclerodermia en placas**, la **morfea generalizada** y la **esclerodermia lineal**. Inicialmente comienzan con una lesión eritematosa o hiperpigmentada y luego se torna brillante e indurada con pérdida de la elasticidad; la piel progresa a la fibrosis y se adhiere a planos profundos no permitiendo el desarrollo normal del área involucrada. De acuerdo a la extensión de la lesión se producen serios trastornos en el crecimiento con retracciones y deformidades que provocan graves problemas estéticos (Figura 17). La lesiones de la morfea por lo general se ubican en el tronco o extremidades siendo variables en su tamaño (Figuras 18 y 19), mientras que en la morfea generalizada pueden confluir y comprometer grandes superficies convirtiéndose en una forma panesclerosante.

La esclerodermia lineal puede afectar a las extremidades en forma de "banda" (Figura 20) o a la cara y cuero cabelludo, denominándose en este caso en "golpe de sable". Luego de un tiempo variable de

evolución las lesiones pueden remitir espontáneamente dejando en algunos pacientes secuelas que pueden ser discapacitantes. Sólo en raras ocasiones la esclerodermia localizada evoluciona a la ES.

Laboratorio

Puede detectarse anemia, debida a enfermedad crónica, malabsorción, malnutrición y/o hemorragia gastrointestinal. Los reactantes de fase aguda son normales o elevados. Puede presentarse AAN a bajos títulos con patrón moteado o nucleolar; algunos enfermos presentan anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La. Los anticuerpos anti-Scl 70 (topoisomerasa-1) se hallan en el 40% de ES difusa y se asocian a afectación pulmonar. Los anticentrómeros se asocian a ES limitada o CREST, pudiendo hallarse en pocos casos de esclerodermia localizada. Los anti-histona se detectan en la forma difusa y, los anti-KU y PM/Scl se asocian a síndromes de superposición. Otros hallazgos son eosinofilia, hipergammaglobulinemia y FR.

En la histología se halla adelgazamiento de la epidermis, aumento del colágeno a nivel de la dermis, atrofia de papilas, folículos pilosos y glándulas sebáceas. Alrededor de los vasos pueden hallarse infiltrados de células plasmáticas, linfocitos y macrófagos.

Tratamiento

Los DAINes son indicados en la etapa edematosa y los corticoides cuando se halla asociado el componente miosítico. La D' penicilamina puede ser eficaz para la ES o para la localizada. Es una droga de acción lenta, debiendo evaluarse sus resultados después de varios meses. Actúa inhibiendo las uniones intermolecular e intramoleculares de las fibras colágenas, disminuyendo la formación de fibrosis. Por su toxicidad a nivel de la médula ósea y riñón, los pacientes deben ser cuidadosamente monitoreados. Un programa de terapia física y ocupacional es necesario siempre para evitar deformidades y mejorar el trofismo muscular y conservar el rango articular. Dada la posibilidad de remisión espontánea, cuando el paciente en tratamiento mejora, no puede atribuirse con seguridad a la eficacia de la droga. Se aconsejará siempre evitar el frío para no intensificar el fenómeno de Raynaud, indicándose vasodilatadores o bloqueantes cálcicos del tipo de la nifedipina.

La fascitis eosinofílica es trata de una entidad de rara presentación con características similares a la ES. Se presenta con tumefacción difusa de brazos y piernas que evoluciona rápidamente a engrosamiento e induración de la piel que se adhiere a planos profundos, con dolor y rigidez. Carece del compromiso de órganos internos y del fenómenos de Raynaud. En general se acompaña de eritrosedimentación acelerada, eosinofilia periférica e hipergammaglobulinemia. La etiología se desconoce pero se ha vinculado su aparición siguiendo a esfuerzos físicos intensos. La biopsia del área afectada confirma el diagnóstico; ésta debe incluir piel, tejido celular subcutáneo, músculo y aponeurosis, en ella se observan infiltrados de eosinófilos y monocitos en el tejido subcutáneo y fibrosis de la aponeurosis profunda. La mayoría de los pacientes tienen una respuesta favorable a los esteroides al cabo de los primeros dos meses de la enfermedad, siendo el pronóstico favorable, aunque pueden presentarse recurrencias. Algunos pacientes presentan la coexistencia de lesiones de morfea y en el curso de su evolución.

Conclusión

El diagnóstico de la enfermedad es poco alentador debido a que aún no se han hallado fármacos que sean lo suficientemente eficaces para detener o producir remisión en los diferentes subtipos de esclerodermia. Es necesario alertar a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad y sus posibilidades de progresión o de remisión.

Ejercicio N° 4

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados.

1- El anticuerpo anticentrómero se encuentra en pacientes con esclerodermia sistémica progresiva

☐ V ☐ F

2- La esclerodermia localizada "en banda" puede confluir y convertirse en una forma panesclerosante.

☐ V ☐ F

3- La EMTC es un síndrome de superposición que se asocia a altos títulos de anticuerpos anti U1RNP.

☐ V ☐ F

4- Para realizar el diagnóstico del fenómeno de Raynaud es necesario que se presenten los tres cambios típicos de coloración.

☐ V ☐ F

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

5- Silvina tiene 9 años y consulta por presentar cambios en la coloración de las manos, de 3 meses de evolución, siendo estos episodios más intensos con el frío. El examen físico es normal. ¿Qué pasos seguiría para determinar el diagnóstico inicial y qué estudios plantearía para evaluar a esta paciente y realizar el diagnóstico definitivo?

.....

.....

.....

.....

6- Octavio es un adolescente de 15 años de edad, deportista, derivado por presentar engrosamiento cutáneo y adherencia de la piel a planos profundos. Trae estudios que avalan la no participación de órganos internos y un hemograma con eosinofilia. Del interrogatorio se rescata ausencia de fenómeno de Raynaud y el examen físico restante es normal.

¿Cuál sería su diagnóstico, qué estudio complementario solicitaría para su confirmación y cuál sería su indicación terapéutica?

.....

.....

.....

.....

.....



Bibliografía recomendada

- 1 Ansell BM. Juvenile Dermatomyositis. *J Rheumatol* 1992, 19 (33): 60-62.
- 2 Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975; 292: 344-7.
- 3 Cassidy JT, Petty RE. Juvenile Dermatomyositis. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1995: 323-64.
- 4 Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology Revised Criteria for the Classification of Systemic Lupus Erythematosus: *Arthritis Rheum* 1997; 40:1725.
- 5 Lehman TJA. Long-term outcome of systemic lupus erythematosus in childhood. What is the prognosis? *Rheum Dis Clin North Am* 1991; 17: 921-930.
- 6 Lehman TJA. Systemic and localized scleroderma in children. *Current Opinion in Rheumatology* 1996; 8: 576-579.
- 7 Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980; 23: 581-90.
- 8 Uziel YU, Miller ML, Laxer RM: Esclerodermia en niños. *Clinica Pediátrica de Norteamérica* 1995, 5: 1101-1131.
- 9 Wilson WA, Gharavi AE, Koike T et al. International Consensus Statement on Preliminary Classification Criteria for Definite Antiphospholipid Syndrome. *Arthritis Rheum* 1999; 42 (7): 1309-11
- 10 Cassidy JT, Petty RE. Systemic lupus erythematosus. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1995.
- 11 Piette JC. Updating the American College of Rheumatology criteria for systemic lupus erythematosus: comment on the letter by Hochberg. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 751.
- 12 Uziel YU, Krafchic BR, Silverman ED. Localized Scleroderma in Childhood: A report of 30 cases: *Sem Arthritis Rheum*, 1994 (23) 5: 328-40.

capítulo 3

Abuso Infantil

Introducción

Estimo que hoy, habiendo transcurrido más de treinta años de la descripción que realizara el Dr. Kempe a propósito de lo que él denominó "Síndrome del niño apaleado", los pediatras han incorporado la existencia de los malos tratos en la práctica clínica.

Es interesante destacar que si bien la descripción original estuvo relacionada con el maltrato físico, más tarde en el año 1970, Fontana amplía el espectro de situaciones abusivas ejercidas para con los niños, describiendo el denominado "Síndrome del niño maltratado".

No obstante, en muchas ocasiones no le resulta fácil al médico identificar estas contingencias, como así tampoco decidir qué hacer ante un caso problema. Creo que en otras oportunidades se ignora la función que les cabe en la faz preventiva, ya que a la postre es la más eficaz a la hora de medir la calidad de vida que los niños y sus familias merecen.

Estimo que estas situaciones deben ser tenidas en cuenta, ya que la frecuencia de los hechos abusivos que tienen como víctimas a los niños, es mucho mayor de lo que imaginamos.

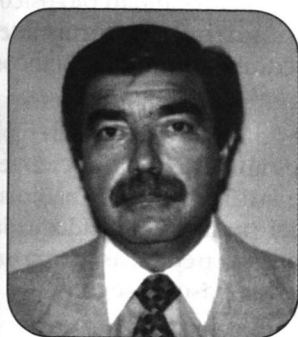
Me atrevo a decir que si bien el pediatra es el profesional médico más abierto al trabajo interdisciplinario, aún es proclive a un trabajo individual, aceptando sus limitaciones y recurriendo a otra disciplina para completar la prestación. Esta modalidad es multidisciplinaria y no interdisciplinaria.

La interdisciplina significa entre disciplinas, por lo tanto un espacio nuevo en el que convergen, con la finalidad de abocarse cada una y entre todas a la problemática que afecta a un paciente. No debe ser terreno hegemónico de ninguna, por el contrario servirá al conocimiento, comunicación y búsqueda de consenso a favor de quien necesita una ayuda.

En las situaciones abusivas por las que pueden estar atravesando los niños que consultan al pediatra, cabe adoptar esta modalidad de abordaje, ya que es la única que puede garantizar una comprensión y respuesta integral que supere a cada una de las disciplinas que se abocan al estudio de estas patologías psicosociales.

Por lo tanto se debe constituir un verdadero equipo integrado por el pediatra, psiquiatra, psicólogo, asistente social, con la participación de ser posible de un abogado, que aporte también desde su lugar el criterio que sustenta la ley que nos rige en el cotidiano vivir.

Otro punto sustantivo a considerar es aquél referido a la conceptualización del término abuso o maltrato infantil. Vale la pena hacer



Dr. Norberto R. Garrote

- Jefe de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde". Buenos Aires.
- Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil.
- Coordinador de la Red de Asistencia a la Violencia, de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Miembro de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y a Negligencia en la Infancia (ISPCAN).



referencia a innumerables situaciones que apreciamos en la calle o en otros sitios, donde niños son tratados inadecuadamente, ya sea por medio de la palabra que los descalifica, por el bofetazo, el tirón de pelos, o el descuido que los pone en riesgo. Todas estas imágenes aisladamente no nos permiten calificar al niño que protagoniza esos acontecimientos, como un niño abusado. No se discute que sí efectivamente estemos ante el trato inadecuado recibido por un niño.

Pues entonces conviene a los efectos de consensuar criterios, establecer una definición que sea abarcativa y contenga los elementos que nos otorguen la posibilidad de acercarnos a un diagnóstico acertado de abuso.

Abuso según el diccionario es toda acción o efecto de abusar. Usar mal o indebidamente de alguna cosa. Encontramos abuso contra la honestidad, de autoridad, de confianza, de superioridad. Todas estas acciones provocan excesos que repercuten en las personas que lo sufren.

Acercándonos a la temática que nos ocupa, interpretamos como situaciones abusivas a todas aquellas en las que está presente un gradiente de poder entre quién la ejerce respecto del que la padece, haciendo factible su ocurrencia.

Es difícil encontrar una definición que pueda sintetizar los malos tratos que supone el abuso.

Me inclino a escoger una, entre las múltiples que se han difundido, que dice "toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, interfiriendo su óptimo desarrollo desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y social".

Por lo tanto aquellas imágenes a las que hicimos referencia del bofetazo, tirón de pelos o la descalificación verbal, serán trascendentes a la hora de diagnosticar el abuso, si su ocurrencia se prolonga en el tiempo, alterando el desarrollo integral del chico.

Desde ya, estos conceptos nos remiten a una concepción del niño como una totalidad bio-psico-social, que requiere ser considerado en forma íntegra y no seccionado en compartimentos estancos que lo limitan, sin contemplar sus derechos.

Cabe señalar que en esta oportunidad haremos referencia a las situaciones abusivas infantiles en el contexto familiar, ya que su frecuencia y habitual ocultamiento, requiere del pediatra una adecuada observación y agudeza en la sospecha, así como un conocimiento claro sobre los pasos a seguir.

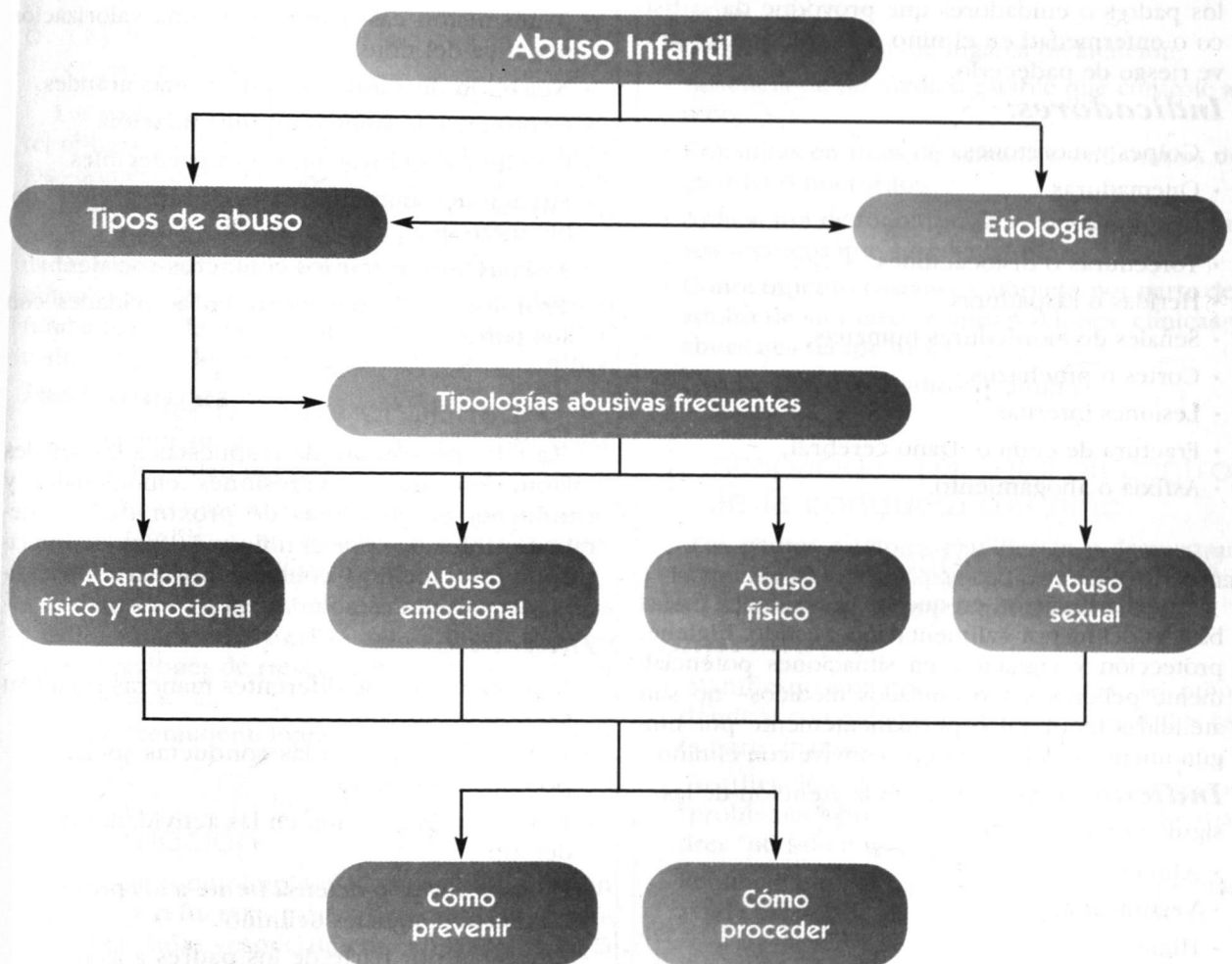
Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Ud. sea capaz de:

- Identificar las situaciones abusivas por las que atraviesan los niños.
- Reconocer diferentes situaciones abusivas que tienen a los niños como víctimas.
- Valorizar, a priori, el riesgo que tiene un niño de ser abusado.
- Identificar caminos a seguir en el abordaje de la problemática.
- Implementar conductas preventivas tendientes al reaseguro de la calidad de vida del niño y su familia.



Esquema de Contenidos



Tipos de abuso

Luego de estas consideraciones generales, es importante que podamos acercarnos a las distintas modalidades abusivas que tienen a los niños como víctimas.

En 1994, Gizalán, (Servicio Especializado en Orientación y Atención Familiar, San Sebastián, España) difundió un listado actualizado y exhaustivo con las siguientes categorías:

1. Maltrato físico

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

Indicadores:

- Golpes y moretones.
- Quemaduras.
- Fracturas.
- Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras.
- Señales de mordeduras humanas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas.
- Fractura de cráneo. Daño cerebral.
- Asfixia o ahogamiento.

2. Abandono físico

Aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor -alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos- no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Indicadores: déficit en la atención de las siguientes situaciones:

- Alimentación.
- Vestimenta.
- Higiene.
- Cuidados médicos.
- Supervisión en situaciones potencialmente peligrosas.
- Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar.
- Área educativa: ausencias e incompetencia en el rendimiento.

3. Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles -desde la evitación hasta el encierro- por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Indicadores:

- Rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños.
- Exclusión de las actividades familiares.
- Transmisión casi habitual de una valoración negativa del niño.
- Negación de autonomía en los más grandes.
- Conductas de amenaza e intimidación.
- Conductas ambivalentes e impredecibles.
- Situaciones ambiguas en la comunicación - doble mensaje
- Aislamiento, evitar los contactos sociales.
- Prohibición de participar en actividades con sus pares.

4. Abandono emocional

La falta persistente de respuestas a las señales -llanto, sonrisas-, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y, la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

Indicadores:

- Ignorar al niño de diferentes maneras según su estadio evolutivo.
- Falta de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño.
- Falta de participación en las actividades diarias del niño.
- Falta de apoyo o defensa frente a los problemas escolares o sociales del niño.
- Renuncia por parte de los padres a asumir las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.

5. Abuso sexual

Cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.



Indicadores

- Incesto, en el caso que se trate de parientes con consanguinidad lineal o adultos que estén desempeñando el rol de figura parental como nuevas parejas del padre o madre o padres adoptivos.
- Violación, realizada por personas adultas no incluidas en el ítem anterior.
- Vejación sexual, manoseo, toqueteos al niño o provocarlos del niño hacia el adulto.
- Abuso sexual sin contacto físico, exhibicionismo, mostrar la realización del acto sexual, exponer a revistas o videos.

6. Explotación laboral o mendicidad

Los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos -domésticos o no- que exceden los límites de lo habitual, y que deberían ser realizados por adultos. Interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños y, por último son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

Indicadores:

- Realización de actividades domésticas excesivas para la edad del menor.
- Las mismas tienen un carácter habitual en la relación familiar y no responden a una circunstancia específica y justificable.
- Actividades en el ámbito extradoméstico, en la calle, estaciones, trenes, que colocan al niño en situaciones de riesgo de ser abusado o tener accidentes.
- Exigir "remuneraciones", so pena de recibir castigos.

7. Corrupción

Conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas -especialmente en las áreas de la agresividad, sexualidad, drogas o alcohol.

Indicadores:

- Fomento del desarrollo de hábitos adictivos -droga y/o alcohol.
- Alentar contactos sexuales de diverso tipo.
- Estímulo de la agresividad y/o la respuesta violenta ante situaciones conflictivas de la vida diaria, sobre todo entre pares.

- Iniciación e incitación a la prostitución.
- Alentar el tráfico o comercio de drogas.

8. Síndrome de Münchaussen

Simulación por parte del padre madre o tutor, -especialmente por parte de la madre- de síntomas físicos, patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de sintomatologías difíciles de demostrar, llevando a internaciones o estudios complementarlos innecesarios.

Indicadores:

- Visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias.
- Cambio constante de lugares de atención.
- Ausencia de un médico estable que controle al niño.
- Consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos.
- Aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que agreden al niño.
- Conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas, manifestaciones, clínicas y abordajes terapéuticos.
- Nivel educativo medio del adulto.

9. Incapacidad parental de control de la conducta del niño

Los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para manejar de manera adaptativa el comportamiento de su/s hijo/s.

Indicadores:

- Manifiesta ignorancia de los pasos del niño. dónde y con quién está, en qué actividades está participando.
- Justificación de tal abandono por supuestos "problemas" presentados por el niño; los padres "no saben qué hacer".
- Renuncia implícita y a veces explícita a solicitar ayuda especializada ante tales circunstancias.

10. Abandono

Dejar literalmente al niño abandonado -en una puerta, plaza, tacho de basura- sin intención aparente de volver.

11. Maltrato prenatal

Consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el niño nazca con un crecimiento anormal; con patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas.

12. Intoxicación

Seguendo a otros autores (Molina Cabañero, 1997) podemos agregar esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción del/de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta. Debemos diferenciarlas del Síndrome de Münchaussen mencionado anteriormente.

13. Formas raras y graves del maltrato infantil

Son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales. Ejemplos: quemaduras por microondas y quemaduras

por secadores de pelo, intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, la deshidratación), aspiración de pimienta (oclusión de laringe, tráquea y bronquios, que afecta también a esófago y estómago, la mayoría son fatales), síndrome de oreja en coliflor (golpe en el oído, torcedura vértebras y asfixia); ritualismo (ceremonias o prácticas "religiosas" donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso); déficit de vitamina B12, muchas veces provenientes de madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo a pecho a sus hijos sin ningún tipo de complemento. (Casado Flores, Díaz Huerta, Martínez González, 1997: 125).

14. Secuestro y sustitución de identidad

Se refiere a todos aquellos casos, en los que el menor era separado de su madre no bien nacía para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con los secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de retorno a su familia de origen. Así mismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares (Finkelhor, 1986).

Etiología

Cuando nos detenemos a pensar cómo se pueden entender estas conductas abusivas ejercidas con los niños y dentro del contexto familiar, resulta difícil obtener respuestas abarcativas a un fenómeno que posee aristas tan variadas.

En un primer momento, se pretendió poner el énfasis en un modelo médico, atribuyendo el peso de la ocurrencia de estos hechos a la patología psiquiátrica del ofensor.

Luego de un pormenorizado estudio de las características de estos individuos portadores de enfermedades mentales, se pudo apreciar que un porcentaje muy reducido (que en el mejor de los casos no supera el 15%), asume conductas abusivas como las expuestas precedentemente.

Con miras a lograr las explicaciones perseguidas, en la década del 70 se dio jerarquía al modelo sociológico, buscando relacionar las carencias económicas, los valores, y la modalidad de organización social con las situaciones abusivas descubiertas.

Tampoco esta manera de entender los acontecimientos era sólida ya que el fenómeno se ex-

tendía a todas las clases sociales y no era privativa de ninguna en especial.

Más tarde surgió la alternativa psicosocial, que intentaba otorgar trascendencia a la particular modalidad interaccional disfuncional entre los integrantes de las familias que protagonizaban los abusos. Esta última tampoco pudo cubrir todas las expectativas depositadas en la búsqueda del entendimiento.

Por último, Belsky en 1980, propone un modelo ecosistémico, integrando variables de diferentes niveles ecológicos, agrupándolos en el Exosistema, Macrosistema y Microsistema, agregando el Desarrollo ontogenético, ofreciendo una lectura abarcativa del fenómeno que nos ocupa.

El Macrosistema está integrado por las variables socioeconómicas, estructurales y socioculturales que marcan las características del funcionamiento social.

El Exosistema está conformado por los aspectos relacionados con la esfera del trabajo y las relaciones sociales establecidas entre los integrantes de la familia con su medio.

El Microsistema tiene en cuenta las características individuales de cada uno de los miembros de la familia y la modalidad interactiva entre éstos.

Por fin el Desarrollo Ontogenético contempla la influencia de los aspectos relacionados con la calidad de la crianza de los progenitores y la transmisión de estas modalidades en la implementación de la relación paterno filial.

La comprensión de las formas violentas llevadas a cabo en el ámbito familiar, a través de esta

mirada, nos permite identificar elementos considerados factores de riesgo predisponentes a la ocurrencia de los hechos abusivos, como el establecimiento de situaciones críticas que los desencadenen. Podemos ofrecer una síntesis de los conceptos expuestos en este último modelo, al que Cichetti y Rizley agregaron los factores de compensación, que aportan una contribución efectiva en el aspecto pronóstico frente a la problemática de los abusos infantiles.

DESARROLLO ONTOGENÉTICO	MICROSISTEMA	EXOSISTEMA	MACROSISTEMA
FACTORES DE RIESGO			
-Historia de malos tratos -Historia de desatención severa -Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia -Carencia de experiencia en el cuidado del niño -Ignorancia acerca de las características evolutivas -Historia de desarmonía y ruptura familiar -Pobre autoestima -Bajo coeficiente intelectual -Pobres habilidades interpersonales -Falta de capacidad empática -Poca tolerancia al estrés -Estrategias de Coping inadecuadas -Problemas psicológicos	- Interacción paternofilial -Desadaptada -Ciclo ascendente de conflicto y agresión -Técnicas de disciplina coercitivas - Relaciones conyugales -Conflicto conyugal -Estrés permanente -Violencia y agresión - Características del niño -Prematuro -Bajo peso al nacer -Poco responsivo. Apático -Problemas de conducta -Temperamento difícil -Hiperactivo -Hándicaps físicos -Tamaño familiar -Padre único -Hijos no deseados	- Trabajo -Desempleo -Falta de dinero -Pérdida de rol -Pérdida de autoestima y poder -Estrés conyugal -Insatisfacción laboral -Tensión en el trabajo - Vecindario y comunidad -Aislamiento social -Falta de apoyo social - Clase social	-Crisis económica -Alta movilidad social -Aprobación cultural del uso de la violencia -Aceptación cultural del castigo corporal en la educación de los niños -Actitud hacia la infancia, los niños como posesión -Actitud hacia la familia, la mujer, la paternidad, la paternidad-maternidad
FACTORES DE COMPENSACION			
-Coeficiente intelectual elevado -Reconocimiento de las experiencias de maltrato en la infancia -Historia de relaciones positivas con un padre -Habilidades y talentos Especiales -Habilidades interpersonales adecuadas	-Hijos físicamente sanos -Apoyo del cónyuge o Pareja -Seguridad económica	-Apoyos sociales afectivos -Escasos sucesos vitales estresantes -Afilación religiosa fuerte y apoyativa -Experiencias escolares positivas y buenas relaciones con los iguales -Intervenciones terapéuticas	-Prosperidad económica -Normas culturales opuestas al uso de la Violencia -Promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños

Tabla propuesta por Kaufman y Zigler en 1989

El cuadro presentado hace un pasaje sucinto por diferentes situaciones que deben contemplarse como factores de riesgo. Cabe aclarar que de cada una de ellas podríamos hacer una extensa consideración, pero la misma excedería los alcances de este trabajo.

No obstante pretendo detenerme en otros factores estudiados con posterioridad y que aprecio oportuno transmitir.

La madre adolescente ha sido motivo de estudios ya que atraviesa una situación muy particular: una persona sin completar las etapas de su desarrollo, haciéndose cargo de la crianza de otro niño con exigencias y cuidados especiales. A simple vista inferimos el hecho como complejo en tanto ambos merecen satisfacer necesidades propias de su edad.

Vale mencionar que en no pocas ocasiones el embarazo es "accidental", producto de la búsqueda inconsciente que busca resolver otros conflictos familiares.

Por lo tanto la corta edad de la madre al tener su primer hijo es un factor de alto riesgo para que ocurra maltrato y abandono infantil.

Así lo corrobora M.I. Bringiotti en su investigación realizada en 1998. Comprobó la "correlación entre embarazo adolescente y niveles mayores de ansiedad, depresión, sucesos estresantes, deficiente historia de crianza en su propia infancia con presencia de malos tratos y abandonos y la ausencia de pareja o si ésta existe, con graves dificultades".

Del mismo modo deben consignarse como factores de riesgo el alcoholismo y la drogadependencia, habida cuenta de las investigaciones que mencionan un mayor correlato entre abuso de alcohol y maltrato físico y drogadependencia con abuso sexual.

Las características de los padres y su historia personal cargada de carencias, unidas a la presencia de un niño también con factores de riesgo, terminan constituyendo una familia vulnerable.

Es importante tener presente que habitualmente las manifestaciones abusivas, sean éstas físicas, emocionales, por abandono, etc. no se ejercen sobre todos los hijos por igual.

En general hay un designado, un niño diferente, que visto de tal forma merece el rechazo, castigo y abandono, en tanto no satisface las expectativas de los padres. Esta circunstancia está íntimamente relacionada con el origen del chico en cuestión; el lugar que ocupa en la trama violenta que se repite en ocasiones de una generación a otra; la situación de estrés en el seno de la familia y la crisis que desencadena el hecho abusivo.

En lo que respecta a los factores de compensación, si bien Kaufman y Zigler no hacen mención a la trascendencia de la lactancia materna, la misma está inserta en las habilidades interpersonales adecuadas. Más adelante vamos a referirnos a la trascendencia del apego materno-filial temprano en la construcción de un vínculo seguro; y por supuesto que la lactancia materna abona en favor del mismo por el aporte que representa en los aspectos emocional y nutricio.

La presencia de alguno de estos factores de riesgo no constituye por sí solo diagnóstico de abuso; la sumatoria y complementariedad de los mismos sí será considerada en la evaluación diagnóstica junto al examen médico, psicológico-psiquiátrico, social y legal.

Tipologías abusivas frecuentes

Luego de este análisis voy a poner el acento en las tipologías abusivas que surgen habitualmente en la práctica asistencial y son patrimonio de las modalidades violentas sostenidas en el ámbito familiar.

Si reparamos en las "omisiones" según la definición a la que hicimos referencia al principio, nos vamos a detener en el abandono físico y emocional.

Si reparamos en las "acciones" desarrollaremos: abuso emocional, abuso físico y abuso sexual.

Abandono Físico y Emocional

Si bien han sido consignados en forma separada, sólo ha sido por razones didácticas ya que habitualmente son tipologías que se presentan asociadas. Difícilmente podamos concebir que quien no responde a las necesidades de higiene, salud, alimentación o vestimenta, pueda aportar todo el afecto, contención y estímulo que un niño necesita y sobre todo cuando éste es más vulnerable por su corta edad y características que lo hacen diferente.

Estas carencias son más significativas en la medida que el niño es un recién nacido, lactante o de edad preescolar, ya que tienen un impacto mayor en su desarrollo integral.

Merecen mencionarse los aportes realizados por Spitz y Bowlby, respecto de la trascendencia del contacto materno filial temprano y la constitución de un vínculo seguro. Estos autores han dado muestras más que significativas respecto de la importancia del apego en el crecimiento pondoestatural y en el desarrollo de las distintas funciones inherentes al aparato psíquico que permiten luego un adecuado mecanismo adaptativo del niño. Se ha comprobado la menor producción de endorfinas en los lactantes que no gozan de un apego materno filial óptimo, situación que conlleva al pequeño a llorar de una manera especial y demandante. Se refleja de este modo la insatisfacción y el malestar provocado por este déficit de endorfinas.

Estas circunstancias agravan el riesgo, ya que un niño con estas conductas está más expuesto a sufrir las consecuencias del desborde de una mamá impulsiva y con baja tolerancia a la frustración.

El inadecuado apego temprano puede ser la consecuencia de un embarazo no deseado, producto de una relación conflictiva, o bien de una mamá carenciada en su infancia que no experimentó tampoco esta vivencia trascendente. También puede ser consecuencia del nacimiento de un niño nacido malformado, o portador de patologías que podrían hacer presumir una discapacidad futura, o bien de un lactante que merece cuidados intensivos imposibilitándose el contacto y comunicación con su madre.

Todas ellas son algunas de las razones para que el recién nacido no cumpla con las expectativas que los padres tienen depositados en los hijos y sobre todo cuando esperan que los mismos satisfagan carencias sufridas en su propia infancia. En estos casos difícilmente los progenitores sin un apoyo preventivo, puedan responder a las necesidades de sus propios hijos.

Importa hacer referencia a la mayor probabilidad que tiene el niño discapacitado de ser abusado en cualquiera de sus formas, respecto del que no lo es, en una proporción de diez a uno según Verdugo, estudioso de este tema en España.

Instalándose una relación disfuncional de estas características, estaremos ante un niño carente de la contención que le permitirá crecer seguro.

Por lo tanto esta falta de apego condiciona un maternazgo exento de sensibilidad, estímulo y

contención, recogiendo el niño experiencias de vínculo inseguro con sus padres y/o cuidadores.

La experiencia nos ha dado la posibilidad de observar niños carenciados de estímulo y atención, internados en una unidad de clínica, manifestándose apáticos y buscando mecanismos de autoestimulación como el balanceo o el rocking. Al acercarnos a ellos hemos apreciado que responden al estímulo proveniente del exterior y en ocasiones de una manera inusual, ya que buscan establecer un acercamiento y comunicación con aquel que se les aproxima con afecto en un medio desconocido y potencialmente nocivo, como es el hospital.

Cuando en el examen clínico, al abandono emocional se le agrega el físico, es factible apreciar un déficit pondoestatural, al que se le agrega en muchas ocasiones una falta de desarrollo de la masa muscular, retraso en la adquisición de pautas madurativas, lesiones en piel por falta de cuidado e higiene y la probable instalación de enfermedades intercurrentes.

En general hay un bajo registro de la madre o de quien cuida del niño de los acontecimientos vinculados con el desarrollo del mismo, así como de los cuidados atinentes a la salud, ya que habitualmente no es controlado en forma periódica y el calendario de vacunas suele estar incompleto o es inexistente. Además se lo aprecia con una vestimenta inadecuada y en ocasiones sucia o desarreglada.

De acentuarse esta situación, y en el caso de estar frente a un lactante, puede terminar con la vida del mismo por marasmo a causa de las patologías intercurrentes que suelen instalarse en un terreno predisponente.

Por todo lo expuesto es imprescindible hacer una adecuada aproximación diagnóstica temprana en estos casos, a los efectos de evitar consecuencias serias y privar a todo niño del derecho a crecer y desarrollarse adecuadamente.

En el caso que la instalación de esta modalidad abusiva sea más tardía o bien persista en el tiempo porque se trata de un abandono parcial, encontraremos a un niño de edad escolar con habilidades verbales y cognitivas inferiores al promedio, en ocasiones somnoliento y sin lograr una continuidad en la asistencia escolar.

Las características referidas a la falta de higiene y vestimenta desprolija, sucia y no acorde serán una constante.

Además se manifestará deprimido, pesimista y falto de confianza, con serias dificultades para sostener una relación adecuada y duradera con sus pares.



La agresividad marcada o en contraposición una excesiva pasividad, serán factibles de apreciar como conductas destacadas.

De no contar con un medio continente y estímulo adecuado llegará a la adolescencia habiendo abandonado la escuela, a veces fugándose de la casa, consumiendo alcohol o drogas y tal vez etiquetado erróneamente de delincuente, ya que en ocasiones pretende procurar para sí o sus hermanos el sustento básico que le permita sobrevivir.

Como podemos observar, la falta de aporte afectivo se suma a la carencia de aportes en la asistencia de la salud, higiene, vestido y alimento.

Cabe aclarar que en mi manifestación no está ni cerca la idea de penalizar la pobreza. Sí tiene el pediatra que cumplir su rol en los casos de familias en las que el recurso básico no esté satisfecho y promover a través de la asistencia social, el logro de la carencia material de que se trate.

Pero con el aporte material solamente no se encontraría solución al problema. Debemos reconocer que innumerables familias sumidas en la pobreza no crían hijos carenciados con las características que antes he descripto. Muy por el contrario muchos podrán pedir ayuda o aceptarla en el caso de que se les brinde en forma espontánea superando el déficit material en distintos aspectos, pero habiendo estado presente la contención y soporte emocional vital para sostener la existencia.

No percibir que no se trata de una situación negligente cuando faltan cubrir las necesidades básicas, más allá de saber cuál es el origen, será un error y privará al niño de sus derechos contemplados en la Convención de los Derechos del Niño y plasmados en nuestra Constitución Nacional.

Abuso emocional

Esta tipología creo que debe ser asumida como una realidad que alcanza de alguna manera a todas las categorías abusivas expuestas al inicio, más allá de las características particulares que asuman cada una de ellas por separado.

Identificar el abuso emocional cuando éste se presenta en forma única no es fácil, ya que en aproximaciones parciales a la realidad de una familia no es fácil su reconocimiento.

En esos casos es preciso incorporar como diagnóstico diferencial a este tipo de abuso y realizar un

pormenorizado repaso de las características individuales de los niños que padecen patologías sospechosas, así como las de sus padres, y los modelos interactivos en el funcionamiento familiar.

Cabe consignar que Garbarino y colaboradores, han concebido al abuso psicológico como una modalidad destructiva desde el punto de vista psicológico que amenaza el desarrollo de las distintas funciones del aparato psíquico. La solidez yoica, la competencia social y los rendimientos intelectuales se verán afectados casi con seguridad.

Los mismos autores han identificado cinco formas en las que se podría materializar el maltrato psicológico a través del:

1. Rechazo.
2. Aislamiento.
3. Terror.
4. Ignorancia.
5. Corrupción.

Todas estas alternativas hacen mención a la falta de reconocimiento de las necesidades de un niño en lo que respecta al contacto social y a la creación de lazos amistosos; al respeto de su integridad como persona; al estímulo permanente en el logro de habilidades y a la instalación de conductas reconocidas y valoradas como positivas por el entorno social.

Es interesante el aporte del Dr. L. Barrera a una situación de maltrato psicológico más sutil, y a la que a menudo no se le otorga la verdadera trascendencia que tiene. A través de la sobreprotección, la pseudoaceptación y el autoritarismo los padres transmiten a sus hijos que no son queridos como son, que no pueden valerse a sí mismos, que deben depender, que no sirven, generando sentimientos de desprotección e impotencia que interfieren en la estructuración de la personalidad.

Estas experiencias instaladas y sostenidas en el tiempo tendrán su repercusión a la hora que el niño afectado deba establecer interacciones con sus pares o adultos, generándose conductas de irritación, agresión y un pobre rendimiento en lo atinente a la madurez cognitiva.

Por lo tanto frente a estas carencias, establecerá un modelo de sí mismo, y de sí mismo en relación con los demás, marcadamente negativo.

Cuando observamos las conductas que asume en la interacción con sus pares, por ejemplo al llegar el momento de tomar contacto con el entorno extrafamiliar (incorporación a la guardería y/o jar-



dín) se apreciarán actitudes teñidas por sentimientos de miedo, angustia y rabia, en tanto el medio conocido por él hasta entonces está nutrido de experiencias negativas, suponiendo que el nuevo será seguramente más amenazante.

Así se explica la angustia de separación que muchos niños manifiestan, siendo imposible responder a los cronogramas establecidos en las instituciones educacionales, aferrándose el niño en cuestión a la madre o al adulto que lo traslada, sin lograr tolerar la ausencia de éstos para permanecer en el establecimiento.

Una vez lograda la costosa inserción, se establece una relación con sus pares en general conflictiva, por la presencia de las manifestaciones agresivas hacia ellos, en algunos casos siendo el desencadenante la angustia o el estrés experimentado por otro niño.

Se aprecia pues una respuesta desajustada ante la frustración que representan por ejemplo las situaciones sociales o la resolución de problemas

Otros niños se muestran retraídos y evitativos sosteniendo esta actitud con conductas activas.

Por todo esto la exploración e integración al entorno social se ven perjudicadas.

También están dificultadas la capacidad empática y la sensibilidad social, por el escaso registro de las emociones experimentadas por los otros. No sólo hay bajo registro y falta de respuesta acorde a las emociones de otros chicos, sino que también a veces esas emociones provocan la agresión por intolerancia.

Por supuesto, ustedes podrán intuir que los niños con estas características serán incapaces de desarrollar una adecuada autoestima, mostrándose desconfiados de sí mismos.

Algunos estudios demuestran que el manejo parental coercitivo y rígido interfiere en el logro de esta autoestima, volviéndose difícil el establecimiento de vínculos amistosos, así como el establecimiento de expectativas favorables de futuro.

Aquél que recibe el rechazo y desprecio de parte de las figuras significativas (parentales), se reconocerá a sí mismo indigno y merecedor de castigos, contribuyendo estas vivencias a profundizar una devaluada autoestima.

Por fin, el rendimiento escolar también se ve alterado, apreciándose un déficit en la competencia académica del niño maltratado respecto del que no lo es, como también su capacidad de concentración y habilidades verbales y/o en las matemáticas.

Cabe señalar que en ese medio familiar el estímulo está ausente, ya que en la mayor parte de los casos la atención está puesta en el control de las conductas desajustadas en detrimento de las habilidades cognitivas.

Como podrán apreciar, las dificultades en el establecimiento de vínculos, la agresividad, el aislamiento, la baja autoestima, el déficit en el reconocimiento de la sensibilidad social y el bajo rendimiento escolar, son elementos constitutivos de fallas adaptativas y fracaso escolar.

En muchos casos estos chicos pasan a constituirse en los "niños problema".

Y digo niños problema ya que no responden de manera adecuada a la persuasión del docente que intenta la modificación de la actitud del educando.

En ocasiones suele omitirse realizar un análisis adecuado de la situación. Las conductas desajustadas reiteradas en el tiempo, originan rechazo y discriminación por parte de los docentes, pares, padres de sus compañeros, más allá de sus propios progenitores. De tal manera, estos niños sostendrán las conductas antes mencionadas, estableciéndose un círculo vicioso que las promueve y perpetúa.

En los casos que estos chicos presenten respuestas internalizadas a los conflictos que le genera el abuso, además de la pasividad, apatía, retracción social y depresión, se sumarán conductas autodestructivas y somatizaciones de lo más variadas.

Las manifestaciones clínicas entonces estarán relacionadas con el aislamiento, las conductas regresivas como enuresis y encopresis secundarias, los trastornos del sueño y del aprendizaje, las manifestaciones psicosomáticas y el retraso en el crecimiento psicosocial. Pueden sumarse también la ansiedad, fobias, conductas agresivas y antisociales. Ninguna de ellas por sí sola constituirá diagnóstico pero comprometerá al profesional a descartar el maltrato emocional.

Abuso físico

Seguramente que las lesiones traumáticas serán las manifestaciones que nos llamen la atención a la hora de sospechar su ocurrencia. De todos modos se deberá diferenciar adecuadamente aquellas situaciones accidentales de las que no lo son para aproximarnos en forma correcta al problema.

En términos generales cuando las lesiones no son accidentales los padres concurren tardíamente a la consulta por dichas afecciones y suelen acudir a las guardias nocturnas apelando al cansancio y menor observancia de los profesionales.



En ocasiones mencionan asistencias previas en otros centros, atribuyéndoles un trato negligente en esos ámbitos.

Cuando se los interroga acerca de las circunstancias, el lugar y la presencia de personas en el hecho, se comprueba que el relato es confuso, increíble, o bien contradictorio. Suelen existir versiones distintas de parte de cada uno de los progenitores a los que se los aprecia faltos del compromiso afectivo ante las lesiones que presenta el niño.

No podemos decir que exista un perfil psicológico único en los padres que abusan físicamente de sus hijos, pero como hemos manifestado anteriormente nos vamos a encontrar con personas que rastreando la historia personal, han cosechado una serie de carencias afectivas, pérdidas y abandono, al margen de haber sido alguno de ellos también castigado de niño. Estas características favorecen la instalación de una baja autoestima y acrecientan la escasa tolerancia a la frustración que habitualmente presentan.

Así pues no será raro que esperen de sus hijos las gratificaciones que no encontraron en su infancia, descuidando las necesidades de aquéllos. Por tal motivo la capacidad empática respecto de sus hijos está disminuida o ausente.

No podemos dejar de mencionar la excesiva rigidez de estas personas, que les impide responder adecuadamente y en forma plástica a las situaciones críticas que les toca atravesar, obteniendo consecuentemente reiterados fracasos.

El aislamiento es otra actitud habitual, llevándolos a no solicitar ayuda en la medida que se plantean los problemas y no hallan soluciones, acrecentando el convencimiento que el castigo corporal es la forma por la cual se puede corregir a un chico.

Por lo tanto al margen de las actitudes que puedan mostrar en un primer momento de la consulta, luego es necesario incursionar sobre estos últimos aspectos comentados.

En lo que respecta a las actitudes que podremos apreciar en los niños que sufren el abuso físico, estarán íntimamente relacionadas con la edad, desarrollo evolutivo, duración y modalidad del maltrato.

Si se trata de un chico de corta edad, tal vez la característica más llamativa se vincule con la queja y el llanto pertinaz y demandante que no calma en los brazos de la madre o del adulto que lo trae a la consulta.

Aquellos que alcanzaron la edad escolar, quizás miren con recelo al profesional que se les acerque y

permanezcan temerosos ante la pregunta de rigor: "¿qué te ha pasado?". Puede que al escuchar el interrogatorio y antes de responder, mire a su madre esperando a través de su gesto obtener el consentimiento para decir algo o bien permanecer callado.

En otras ocasiones la pregunta es respondida rápidamente por la madre sin dejar que el pequeño tenga la posibilidad de expresarse, dirigiéndose luego de concluir al niño, diciéndole "¿no es cierto?".

Puede que el paciente logre decir lo acontecido si se le ha brindado la continencia y resguardo que merece, no obstante esta condición no garantiza una respuesta rápida que ponga al descubierto las conductas violentas de los padres. El mutismo del paciente o la afirmación de su parte que todo ha sido accidental no habilita a descartar el origen intencional de las lesiones.

Habrà que respetar ese silencio o las manifestaciones del chico sin presionarlo para obtener la claridad de lo sucedido en forma inmediata, ya que procediendo de ese modo sólo estaremos priorizando nuestras propias necesidades y por añadidura abusando también del menor.

Al margen de estas conductas asumidas por los padres y/o el niño, el pediatra debe realizar un exhaustivo y completo examen físico, sin dejarse influenciar por quien trae al paciente e intenta focalizar la atención en alguna lesión en particular, que es mostrada como el motivo de la consulta.

Del mismo modo es importante consignar el lugar, tamaño, forma, características de las lesiones y sospechar la calidad intencional de las mismas, cuando éstas tengan las siguientes características:

Lesiones en piel

- Lesiones ubicadas en cara, tórax, abdomen, brazos, muslos, nalgas y genitales.
- Contusiones o hematomas en diferente estadio evolutivo.
- Quemaduras o heridas en la mucosa bucal y lengua.
- Quemaduras simétricas que interesen ambas manos o ambos pies, además de aquellas que comprometan nalgas y/o genitales.
- Quemaduras de cigarrillo.
- Mordeduras.
- Alopecia traumática.

Lesiones traumatológicas

- Fracturas diafisarias de huesos largos en espiral.
- Fracturas múltiples de costillas.
- Despegamiento perióstico y hematoma subperióstico.
- Fracturas en asa de balde en región metafisaria de los huesos largos.
- Fractura de escápula.

Asociación de lesiones cutáneas y óseas.

Lesiones del Sistema Nervioso Central

- Edema cerebral.
- Hematoma subdural con o sin fractura de cráneo asociada.
- Hematoma epidural.
- Hemorragia intraventricular.
- Dilatación del sistema ventricular.
- Atrofia cerebral.

Lesiones Oculares

- Hematoma periorbitario en antifaz y bilateral.
- Fractura de huesos propios de la nariz, pómulos y órbitas.
- Hemorragia retiniana asociada a fractura de cráneo o hematoma subdural.
- Catarata traumática.
- Desprendimiento de retina.

Lesiones abdominales y torácicas

- Hematoma duodenal intramural.
- Pseudoquiste pancreático.
- Ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica.
- Hemotórax y neumotórax.

Merece una mención especial la alternativa violenta ejercida con aquellos niños más vulnerables por su corta edad, como son los lactantes sacudidos violentamente.

En general son tomados por el adulto con ambas manos, afirmándolas en el tórax del niño con energía y presión, dando lugar posteriormente a la violenta sacudida en sentido anteroposterior. De tal manera la cabeza del lactante se desplaza bruscamente cual una pelota de delante a atrás ya que por la falta de madurez de los músculos del cuello y el peso de la extremidad cefálica, no puede ofrecer resistencia.

Este procedimiento provocará el desplazamiento de la masa encefálica con la consecuente ruptura de vasos que justificarán la colección hemática intracerebral, originando la formación del hematoma subdural.

Del mismo modo y al presionar enérgicamente las manos sobre la parrilla costal del niño, en ocasiones se produce la fractura de varias costillas adyacentes y sobre todo en la región posterolateral. Puede suceder que la extremidad cefálica se encuentre cerca de un elemento contundente e impacte sobre él provocando la fractura del cráneo.

Se asocia así el hematoma subdural a las fracturas de costillas y en ocasiones la de cráneo como consecuencia de la sacudida.

El pediatra debe estar atento a la consulta en el caso de niños con franca alteración del sensorio, sin que tal vez los padres puedan aportar elementos que justifiquen un compromiso neurológico semejante. Es importante reconocer que estos chicos no tienen en general marcas en el cuerpo que den lugar a sospechar una situación traumática no accidental.

Tener presente la existencia de este cuadro obliga a sospechar el abuso físico frente a una consulta con las características mencionadas.

Cabe aclarar que la inmediata placa radiográfica no garantiza que los trazos fracturarios de costillas puedan visualizarse por las características de la constitución del hueso y sólo se detectarán por medio del centellograma, o al cabo de 15 días en una placa simple con la aparición de los callos óseos.

Además el examen del fondo de ojo puede mostrar la hemorragia retiniana como consecuencia de las efracciones en los vasos así como por el aumento de la presión torácica ejercida.

A pesar de ser todos éstos, indicadores sugestivos de abuso físico, el diagnóstico que confirme o descarte la situación aludida, se conforma con los aportes de las diferentes disciplinas y no con la apreciación pediátrica exclusiva.

Abuso sexual

En el caso del Abuso Sexual estamos ante la presencia de otra de las acciones que provocan en los niños un serio compromiso de su desarrollo.

Si bien hemos transcritto las categorías propuestas por Gizalan con sus respectivas definiciones, me permito en este caso acercarles la que suscribo, acuñada por Kempe que dice "cuando un niño está inmerso o depende de actividades sexuales

que, por su desarrollo inmaduro o por su adolescencia, no puede realmente comprender y sobre las que es incapaz de dar su consentimiento".

Hago la aclaración pertinente porque la situación abusiva se puede instalar también entre dos niños, en tanto el gradiente de poder entre ellos, establecido por la edad, la contextura física o el sometimiento psicológico así lo permita.

Quiero dejar totalmente despejado el camino que nos conduce a la aceptación de la existencia de juegos sexualizados que acontecen en los distintos momentos evolutivos, planteados por niños y adolescentes entre sí y de común acuerdo, sin que medie la coerción en cualquiera de sus formas. Los juegos con esas características no deben considerarse abusivos.

Del mismo modo que debemos aceptar estas realidades y conocer sus características, no podemos pasar por alto los hechos abusivos llevados a cabo por niños o adolescentes con otros pares, en general de menor edad. No tomar conciencia sobre la necesidad de otorgar la pertinente rehabilitación a ambos (víctima y victimario) es facilitar la consagración de un futuro adulto abusador, con posibilidades mucho más limitadas para lograr un éxito terapéutico.

Cabe aclarar que un niño o adolescente que abusó de otro, casi con seguridad ha sido él mismo abusado previamente, pasando de víctima a victimario.

Es preciso atender al abuso sexual como una realidad que con frecuencia no se sospecha como factible en tanto la sociedad en su conjunto aún sostiene creencias y mitos que sustentan estos posicionamientos.

Entre otros está vigente la idea que los niños deben obediencia a los adultos; que los niños son abusados por desconocidos; que sólo las niñas son abusadas; que la palabra del niño es menos creíble respecto de la del adulto; que los niños mienten con facilidad; que se deben sostener secretos para preservar la intimidad de la familia.

De esta manera se promueve el fortalecimiento de hechos abusivos, siendo complicado para el niño, transparentar esos acontecimientos nefastos.

Por lo tanto conviene desvirtuar estos pre-conceptos y aceptar una realidad que nos muestra que:

- Los niños son abusados por conocidos en un 80% de los casos, según los estudios realizados por diversos investigadores americanos.

- Dentro de los conocidos, los familiares representaban el 68%.
- En los casos de abuso intrafamiliar, los padres o aquéllos que cumplen ese rol representan el 75%.
- En la casuística de nuestro Hospital el 73% de los asistidos son niñas y el 27% varones.
- El 49% de los pacientes abusados sexualmente tienen edades inferiores a los 6 años.
- Los niños cuando transmiten un acontecimiento semejante, en general no mienten.

También es bueno saber que la trascendencia del abuso sexual en la vida de un niño está en relación directa con el impacto emocional que le produce y repercute en su salud mental. En este caso particular no es el trauma físico, sino el psíquico el que provoca el trastorno en el desarrollo del chico.

Aquí también vale insistir que el mayor número de niños abusados sexualmente no tiene estigmas físicos que den lugar a sospechar su ocurrencia.

Por lo tanto cabe aclarar que las actividades sexuales consignadas en la definición y a las que haremos referencia abarcan un espectro amplísimo que se extiende desde la exposición del niño a la visualización de filmes pornográficos hasta los más variados contactos que incluyen manoseos, masturbación, sexo oral, anal, hasta la situación extrema de la penetración.

La instalación de conductas que sugieren la existencia del abuso, surgen luego de un tiempo de haberse iniciado el mismo. Estas tendrán características particulares según la etapa del desarrollo en el que se encuentre el niño.

En el caso de aquéllos de **edad preescolar** observaremos:

- Inquietud, irritabilidad y llanto aparentemente injustificado.
- Trastornos del sueño.
- Conductas regresivas incluyendo: retraso en el lenguaje, enuresis y encopresis secundarias.
- Miedos excesivos centrados en ciertas personas, lugares o acciones.
- Juegos sexuales repetitivos e inapropiados a su edad cronológica.
- Masturbación compulsiva.



- Trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos, dificultad para conciliar el sueño.
- Dependencia excesiva de ciertas personas, estableciéndose ansiedad de separación.

En los niños de **edad escolar** podremos apreciar:

- Conocimientos sexuales avanzados.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos serios del aprendizaje.
- Relaciones inadecuadas con sus pares.
- Problemas relacionados con trastornos de la imagen corporal.
- Cambios del humor.
- Modificación de los hábitos alimentarios.
- Conductas hipersexualizadas.
- Somatizaciones.

En los **adolescentes** será notorio:

- Falta de confianza.
- Aislamiento.
- Mala relación con sus pares.
- Fugas del hogar.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del rendimiento escolar.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Anorexia y bulimia.
- Automutilación.
- Depresión severa.
- Intentos de suicidio.
- Contactos sexuales promiscuos.

La sintomatología aludida por sí sola no es suficiente para validar el diagnóstico de abuso sexual, pero sí debe dar lugar a sospechar su presencia.

Más allá de las características conductuales, se suman también en algunos casos indicadores físicos que habrá que valorar en su justo término.

El examen físico es entonces otro elemento a considerar. Su realización es necesaria, pero en tiempo y forma.

En muchas ocasiones, la inoportuna ejecución de una revisión de los genitales y esfínter anal en forma prematura y sin preparación previa, representa para la niña o el varón una nueva situación abusiva, que reedita las por él vividas como traumáticas.

Por lo tanto la comunicación y el intercambio que podamos establecer con el paciente es fundamental. En primer término, si le ha confiado a su madre los hechos abusivos, debe tener la seguridad que es nuestra intención ayudarlo, y que imaginamos lo incómodo que le puede resultar hablar de situaciones en las que puede haberse sentido mal.

El interrogatorio debe ajustarse a la edad del niño/a y es importante valorar los términos empleados por ellos, más allá de registrar el significado que le atribuyan a las palabras utilizadas.

Seguidamente tendrá importancia contextualizar los hechos, el cómo, cuándo, dónde, con quién y quiénes estaban presentes en las circunstancias aludidas. Estos serán elementos fundamentales a considerar y es esencial su transcripción textual en la historia clínica.

Al margen de la buena disposición del niño para el examen, incluyendo la confianza y relajación adecuada, se necesita un profesional avezado en el conocimiento de las características de los genitales externos del niño/a, para que esta exposición sea útil y aporte los elementos necesarios que contribuyan al esclarecimiento diagnóstico.

El Comité de Abuso y Abandono de la Academia Americana de Pediatría sostiene que los siguientes hallazgos son consistentes pero no patognomónicos de abuso sexual:

- Irritación, abrasión o hematomas en labios menores.
- Cicatrices, escotaduras o distorsión del himen entre hora 3 y 9.
- Disminución, restos o ausencia de himen.
- Cicatriz en fosa navicular.
- Lesión en horquilla posterior.

También estaremos atentos a las hemorragias genitales, las vulvovaginitis, la infección urinaria recurrente y por supuesto el embarazo a la hora de descartar el abuso sexual.

En lo que respecta al esfínter anal, la dilatación del mismo, es materia de controversias entre diversos autores. Se suman además el borramiento de los pliegues, los hematomas o el sangrado, las hendiduras o fisuras, la congestión venosa y la hiperpigmentación de la piel perianal como indicadores de abuso.

Cabe concebir el abuso en el caso de los niños portadores de enfermedades de transmisión sexual, siendo las más significativas la gonorrea y sífilis cuando no se adquieren en el período peri-

natal, del mismo modo que la clamidia y la trichomona vaginalis cuando se detectan en la infancia. Los condilomas acuminados deben ser perfectamente evaluados ya que si bien pueden sugerir abuso sexual, es real que en ocasiones se adquieren en el canal del parto y pueden permanecer por un tiempo prolongado en incubación, manifestándose luego clínicamente.

Seguramente el lector se preguntará acerca de las características que reviste una familia en la que se instala esta modalidad abusiva con los hijos.

Es cierto que son familias disfuncionales en las que prima la inmadurez en los integrantes de la pareja parental, así como la rigidez y el autoritarismo. El aislamiento social se justifica además por la idea transmitida a sus miembros, respecto de la desconfianza que merecen los desconocidos. Está presente el criterio de sostener la unidad familiar a cualquier costo, existiendo a veces conflictos conyugales apoyados en la disfunción sexual.

Muchas registran el antecedente de abuso sexual, que sostienen como un secreto más, dentro de todos aquellos que conforman sus modalidades interactivas.

Asimismo los niños deben asumir el rol de satisfacer las necesidades de los adultos, encontrándose confusamente mezclados con ellos, sin lograr una adecuada diferenciación.

En medio de esta constelación familiar, ¿cómo se instala el abuso?

Evidentemente no es un acto que surge de la noche a la mañana, sino que cumple varias etapas con características particulares y de manera progresiva.

Suele seleccionarse en primer lugar al niño que será depositario del hecho abusivo, instalándose con él una relación signada por la seducción a través de gratificaciones de distinto tipo. Así se establece la inversión de roles aludida con anterioridad, conformando una situación abusiva psicológica.

Frente a este panorama, como propusimos al inicio, se hace imprescindible acercarse a todas estas patologías psicosociales con suma prudencia, sin temor, pero con la firmeza de asumir un compromiso con los niños que sospechamos en riesgo.

Creo que no resulta muchas veces sencillo este accionar, ya que solemos experimentar sentimientos de lo más variados respecto de las figu-

Más tarde se irrumpe en la intimidad del niño, ridiculizándolo e incluyéndolo en conductas sexuales inapropiadas para su edad, siendo el objeto sexual del adulto. Esta modalidad se considera como un abuso encubierto.

Por fin se llega a la instalación de contactos sexuales explícitos, como el manoseo, la masturbación, el sexo oral y en algunos casos las prácticas alcanzan la penetración.

Anteriormente hicimos mención a la sintomatología producto de la instalación del trauma; el mismo se comprende en base a la propuesta de Finkelhor, quien establece cuatro factores traumatizantes:

- sexualización traumática
- traición
- estigmatización
- sometimiento

La sexualización traumática surge como la resultante de que el menor no puede responder a la estimulación sexual adulta.

La traición es producto de la acción violenta ejercida por la persona considerada confiable para el niño y a la postre la que lo ofende y victimiza.

La estigmatización es la marca o impronta en la imagen corporal que provoca el acto abusivo, convirtiendo al sujeto en diferente.

Por último el sometimiento provoca una marcada dependencia a la figura del abusador, experimentando en ocasiones una masiva invasión de su estructura corporal.

En este particular modo de abusar, los diagnósticos de los niños requerirán también de la presencia de un conjunto de elementos como las manifestaciones verbales o lúdicas, la sintomatología, los indicadores físicos si los hubiere, además de las características de la constelación familiar y las modalidades interactivas entre los componentes de la misma.

Cómo proceder

ras que sospechamos son víctimas, así como de aquellas que apreciamos victimarios.

Indignación, impotencia, bronca, justificación, tan sólo por nombrar algunos, serán claves en la manera de reaccionar de cada uno de aquellos a los que les toque afrontar estas realidades.

Si no registramos estas formas de manejar nuestros mecanismos defensivos, seguramente



nos resultará difícil lograr la prudencia y el compromiso necesario que ponga a resguardo a los chicos que atraviesan situaciones críticas.

Por lo tanto, haciendo consciente estas realidades y asumiendo que solos no podremos afrontar de manera integral estos problemas, recurriremos a tomar contacto con los referentes de cada disciplina para constituirnos en un equipo y poder pensar juntos estrategias de abordaje factibles, cumpliendo cada uno su rol y responsabilidad profesional.

Siguiendo con los criterios de un entendimiento acorde a la propuesta del modelo ecológico, el equipo estará conformado por el pediatra, psiquiatra, psicólogo, asistente social y de ser posible un abogado.

Es muy importante que el equipo encargado de la evaluación médica, psicopatológica, psicodinámica y social, sólo inicie el proceso diagnóstico con el niño fuera de todo riesgo de exposición a las situaciones abusivas que dieron lugar a la intervención. En el caso de sospecharse abuso físico, sexual o abandono físico grave, el procedimiento implica la permanencia del paciente únicamente con adultos capaces de resguardar su integridad psicofísica, evitando el maltrato o las presiones que respondan a las necesidades del adulto.

Para sostener una medida de este tipo, cuando no encontramos un referente válido en el contexto de la familia nuclear, cabe disponer la internación del paciente al margen de las características clínicas desde el punto de vista médico. Al mismo tiempo se solicitará al Defensor de Menores la "protección de persona del niño" en cuestión, más allá de la legislación vigente en cada provincia argentina respecto de la "Protección contra la violencia familiar". Este procedimiento garantiza la legitimidad del resguardo en una Institución asistencial hasta que se complete la evaluación diagnóstica.

De tal forma estaremos cumpliendo con la obligatoriedad de poner en manos de la Justicia a un niño en situación de riesgo en el marco del contexto familiar, en tanto sus responsables a priori no estarían resguardando y cuidando de su integridad psicofísica.

Este procedimiento permite que luego el Defensor con sus atribuciones, tipifique la situación y de lugar a la intervención de un Juzgado de Fa-

milia encuadrando el hecho en el marco de la Ley 24417 de "Protección contra la Violencia Familiar", como puede suceder en el ámbito de la Capital Federal.

No todas las provincias argentinas tienen incorporado en sus Departamentos Judiciales Juzgados o Tribunales de Familia que tengan atribuciones para instrumentar los contenidos de esta Ley.

Por lo tanto si es necesario recurrir a un Tribunal de Menores, la figura de la Protección de Persona sigue siendo válida para resguardar a un niño en riesgo.

Se evita así toda posible revictimización que pudiere surgir, como consecuencia de los movimientos familiares producidos a medida que se avanza en el proceso diagnóstico.

El diagnóstico situacional persigue como objetivo primordial la confirmación o el descarte de los abusos que se hubieren sospechado por medio de las evaluaciones pediátrica, psicopatológica y social.

Luego de las evaluaciones de cada uno de los profesionales intervinientes sobreviene el verdadero trabajo interdisciplinario. Mediante una reunión que los incluya a todos, se extraerán las conclusiones y se elaborará el diagnóstico definitivo por consenso.

En caso afirmativo y tratándose de abuso físico, sexual o negligencia grave, se establecerá el grado de riesgo familiar y el pronóstico en base a la recuperabilidad estimada de la familia.

Con estos resultados estaremos en condiciones de proponer decisiones a seguir.

Las propuestas deberán contemplar el interés superior del niño según reza en la Convención de los Derechos del Niño de 1989.

Será importante establecer si el resguardo que merece el menor puede ser sostenido por la familia nuclear a la que pertenece, o si debe ser preservado momentáneamente en otro contexto. Si se trata de esta última alternativa, recurrir a los integrantes de la familia ampliada en la búsqueda de un adulto útil, es un recurso al que debe apelarse siempre en primer término, ya que de tal forma se preservan los lazos familiares.

Este procedimiento exigirá estudiar la confiabilidad de dichos adultos y el compromiso que pretenden asumir con el niño en cuestión.

En el supuesto de no encontrar un referente que cumpla con dichos requisitos, se apelará a la familia sustituta.

La atención de un niño en un clima familiar, acogedor y continente es la necesidad básica para un crecimiento y desarrollo óptimo.

En estos casos, las conclusiones diagnósticas del equipo, así como las sugerencias respecto del resguardo y la estrategia terapéutica, serán comunicadas al Juez que atiende la causa ya que él, administrando justicia, tendrá la responsabilidad de decidir en consecuencia.

El diagnóstico, las conclusiones, así como las sugerencias acercadas al magistrado, tendrán mayor solidez en la medida que hayan sido analizadas y consensuadas por el equipo, despojadas de la subjetividad individual, que puede resultar en ocasiones poco confiable.

La intervención judicial debe ser concebida como una medida terapéutica y no punitiva, en tanto pone el énfasis en la protección de un niño en riesgo.

Estas medidas tienden a crear las condiciones necesarias para la iniciación de un tratamiento que contemple todos y cada uno de los aspectos que se analizaron en el transcurso de la etapa diagnóstica.

En definitiva, la estrategia terapéutica estará dirigida al niño y su familia, atendiendo a los aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales de manera combinada y armónica, con el objetivo de rehabilitarlos y procurar el crecimiento y desarrollo integral del niño en su entorno familiar.

Seguramente que más de un pediatra estará pensando a esta altura de qué manera actuará, haciéndose cargo de la responsabilidad que le cabe ante un niño que se presenta en su consultorio particular y presume está en riesgo.

En caso de tratarse de lesiones sospechosas de abuso físico, de acuerdo al tenor de las mismas, a la edad del pequeño (menor de tres años), a la falta de claridad en el mecanismo de producción de las lesiones, al retraso en la búsqueda de atención adecuada, a la falta de compromiso afectivo con la situación del paciente y si se le suman antecedentes de violencia en el seno de la familia, el pediatra tendrá suficientes elementos como para procurar la internación del chico en una institución asistencial y desde allí conformar un equipo con miras a realizar una adecuada evaluación y diagnóstico certero. Por su-

puesto que se evitará toda apreciación que dé lugar a la sospecha diagnóstica mientras permanece en su consultorio y antes de lograr el resguardo institucional adecuado, para evitar que los padres se retiren con el paciente y éste haya perdido la oportunidad de evitar que los acontecimientos se repitan.

La misma actitud se asumirá en el caso de sospechar manejos negligentes que comprometan la salud del pequeño.

En el caso de la sospecha de abuso sexual, ésta puede ser el motivo de la consulta aludida por la madre del niño y resultar confiable su discurso en el que pone de manifiesto sintomatología, conductas y verbalizaciones congruentes. De ser así, cabe la evaluación en una institución asistencial por un equipo interdisciplinario y evitar un interrogatorio pormenorizado junto a un examen de los genitales y ano con un alto costo emocional para el paciente y sin una preparación previa, cuando éste nuevamente tenga que confiar sus episodios traumáticos a otros interlocutores.

No obstante es imprescindible transmitir a la madre la necesidad de preservar al hijo de nuevos contactos con la persona del supuesto abusador hasta que quede concluido el diagnóstico.

El panorama se torna diferente cuando el médico tiene la sospecha como consecuencia de la sintomatología y conductas que dan lugar a la consulta pediátrica. Más aún cuando la madre no registra ni se permite siquiera pensar que a su hijo lo pueden estar molestando dentro del ámbito familiar. En ese contexto la entrevista con el niño/a a solas, puede arrojar elementos que confirmen o desechen las sospechas al respecto.

En este último caso se debe convencer al responsable del paciente de la necesidad de establecer una correcta orientación diagnóstica a nivel institucional, que aporte claridad al origen del problema que provocó la consulta.

De no lograrse el objetivo, cabe al médico solicitar al Defensor de Menores de Turno, por nota, la protección de persona del niño, con los antecedentes y el material clínico que obra en su poder. Será a los efectos que disponga la realización de un adecuado diagnóstico para corroborar lo que el profesional aprecia como una situación de riesgo no atendida por sus responsables.

Este procedimiento no busca denunciar a nadie sino proteger a un/a niño en riesgo, a los efectos de validar un diagnóstico presuntivo de abuso sexual.

Creo que el trabajo preventivo se impone para evitar situaciones en las que se deba apelar a diferentes y complejos recursos, habiéndose perdido oportunidades valiosas.

Frente a este panorama queda por preguntarse ¿qué hacer?

Es interesante la experiencia llevada a cabo en EE.UU. con los médicos de asistencia primaria a los que se les propuso atender a los estadios de las crisis vitales familiares a los efectos de organizar la prevención de la violencia familiar.

Los estadios que responden a las Crisis Vitales Familiares son siete:

1. Conformación de la pareja.
2. Primer embarazo.
3. Primer hijo.
4. Varios hijos (sin adolescentes-con adolescentes).
5. Iniciación.
6. Madurez.
7. Viudez.

El primer estadio corresponde al hecho de constituir la pareja. Esta circunstancia provoca frecuentemente consultas médicas a propósito del control ginecológico, la planificación familiar, evaluación y estudios prematrimoniales o bien exámenes por afecciones agudas.

Es una buena oportunidad para interrogar puntualmente acerca de situaciones abusivas por las que haya podido atravesar y la importancia de evitar su reiteración.

De una forma sencilla podrá ponderarse el riesgo en el que se encuentra y se sugerirán medidas preventivas adecuadas.

El segundo estadio responde al embarazo del primer hijo.

Por supuesto que esta coyuntura dará origen a la consulta especializada que tendrá por objetivo controlar la evolución de la gesta. En este largo período el médico permanecerá atento a los factores de riesgo que pudieran detectarse precozmente, no sólo en referencia a la mujer encinta sino también al producto de la gesta.

La función del médico además pasa por persuadir acerca de la trascendencia del saber cui-

El trabajo preventivo

darse para poder cuidar del hijo por nacer, sin perder de vista la importancia que reviste una comunicación fluida y afectivamente contenedora de los integrantes de la pareja parental.

El tercer estadio corresponde a la llegada y permanencia del primer hijo, hito importantísimo por las connotaciones que tiene en base a las características de personalidad de ambos padres y aquéllas referidas al recién nacido.

En lo que respecta a este último, la prematuridad, la presencia de elementos que den lugar a la sospecha de una discapacidad, así como la actitud demandante del pequeño serán considerados de riesgo.

Por supuesto que la actitud asumida por los padres revestirá trascendencia y será el profesional médico el que más allá de la crítica situación por la que pueda estar atravesando la familia, sea quien transmita a los progenitores las reales expectativas de un niño en los diferentes momentos evolutivos y sus necesidades específicas.

La tarea preventiva alcanzará también a evitar los manejos inapropiados que pudieren surgir en la crianza capaces de poner en riesgo al niño.

El cuarto estadio es el que se refiere a la permanencia de varios hijos estableciéndose diferencias en lo que respecta a la presencia de preescolares y escolares de aquella otra situación con hijos adolescentes.

En el primer caso los padres serán advertidos por los médicos en las consultas que se produzcan de la importancia de promover el cuidado corporal. No dejará de aprovechar la oportunidad de ser él mismo quien transmita estos conceptos al niño sin depositar en forma exclusiva esta responsabilidad a los padres.

De tal manera se garantiza la llegada efectiva de la información imprescindible que le permita preservarse y solicitar ayuda si fuera necesario.

En el caso de familias con hijos adolescentes, se procurará ejercer la función preventiva en las consultas que estos puedan efectuar, así como las de sus padres. En muchos casos se plantea prematuramente la situación de la fase 1.

En lo que respecta a los adultos, cabe introducir la inquietud acerca de los abuelos que puedan

convivir en ese medio familiar a los efectos de alertar sobre los riesgos que se instalan en estas nuevas configuraciones familiares.

La quinta fase (de iniciación) es la que representa la preparación de la salida del hogar de los hijos ya crecidos. Estas condiciones agravan situaciones de violencia conyugal que permanecían latentes o encubiertas.

En las dos últimas fases de madurez y viudez se hacen más frecuentes las consultas médicas por las patologías propias de este grupo etario. Sigue teniendo vigencia y ahora con mayor intensidad la presunción de la violencia que se ejerza a los ancianos.

Cabe señalar el énfasis que se pone sobre todo en las primeras fases del Ciclo Vital Familiar ya que permite en muchos casos el reaseguro de la calidad de vida que merece toda persona.

Importa también señalar que el médico que asiste la atención primaria no agota en sí mismo todo el recurso disponible para trabajar integralmente toda la prevención. Le compete la responsabilidad de actuar sobre la prevención primaria y secundaria precoz y luego compartir acciones con otros profesionales integrando un verdadero trabajo en equipo que permita un abordaje interdisciplinario y, de acuerdo a la complejidad, interinstitucional.

Esta modalidad de procedimiento dejará un saldo positivo que redundará en el bienestar de todos.



Ejercicio N° 5

1. Complete el siguiente cuadro escribiendo los indicadores correspondientes a cada tipo de abuso.

Tipo de Abuso**Indicadores**

Maltrato físico

.....

.....

.....

.....

Abandono físico

.....

.....

.....

.....

Maltrato emocional

.....

.....

.....

.....

Abandono emocional

.....

.....

.....

.....

Abuso sexual

.....

.....

.....

.....

Explotación laboral
o mendicidad

.....

.....

.....

.....

Corrupción

.....

.....

.....

.....

Síndrome
de Münchaussen

.....

.....

.....

.....

Ejercicio N° 5

Complete las siguientes frases

2. La explicación de los fenómenos de abuso desde un modelo estrictamente sociológico no logró instalarse como definitiva ya que
3. La explicación del abuso desde el modelo médico que asociaba la ocurrencia del hecho con la patología psiquiátrica del victimario no logró constituirse en un modelo explicativo abarcador ya que:
4. En la actualidad, el modelo ecosistémico, es el que mejor está respondiendo a la explicación de estos fenómenos ya que integra variables relacionadas con

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados.

5. La mayoría de los niños que comentan un episodio relacionado con el abuso, dicen la verdad.
☐ V ☐ F
6. Los niños son abusados por conocidos en aproximadamente un 80% de los casos.
☐ V ☐ F
7. Las niñas son abusadas en un porcentaje bastante mayor que los varones.
☐ V ☐ F
8. Las conductas hipersexualizadas, los conocimientos sexuales avanzados, las somatizaciones y los problemas de aprendizaje serios son algunas conductas que sugieren abuso en los niños preescolares.
☐ V ☐ F
9. Es muy importante realizar un cuidadoso examen físico incluyendo el de genitales en el momento en que se sospecha el abuso.
☐ V ☐ F
10. Cabe concebir el abuso en el caso de niños/as portadores de gonorrea o sífilis no adquiridas en el período prenatal.
☐ V ☐ F
11. Cabe considerar abuso en el caso de condilomas acuminados.
☐ V ☐ F

Ejercicio N° 5

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas:

12. Enumere los factores de riesgo presentes en el siguiente relato:

"H (9 meses de edad) se encuentra internado en una sala de clínica por un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores. Mientras se esperan los resultados de los exámenes complementarios se suman al diagnóstico una desnutrición de grado moderado y escabiosis.

Su madre tiene 18 años, es su primer hijo. El niño permanece solo en la sala la mayor parte del día. El padre tiene 18 años, visita al paciente todos los días, al terminar su jornada laboral como operario por contrato. Ambos son oriundos de una provincia del norte argentino, donde iniciaron su relación de pareja. Dejaron la casa familiar respectiva hace tres años, a raíz del más grave de los episodios de violencia física que la madre sufre por parte de su hermano mayor. Desde entonces se han desempeñado ambos en distintas tareas laborales y en diferentes provincias, hasta que la madre queda embarazada accidentalmente.

Viven en Buenos Aires desde el nacimiento del niño. Al interrogatorio refieren estar ambos prácticamente desvinculados de sus respectivas familias de origen, y viviendo en casa de una amiga de la madre, quien les ha prestado una habitación y una cama para ellos y el bebé por un plazo máximo de dos meses."

13. Siendo las 22,30 horas se presenta en la guardia del Hospital una niña de 11 años traída por el padre diciendo que la hija está sangrando por la boca, "se lastimó estando en la pileta, no se cómo fue, yo estaba pintando y escuché los gritos" mostrándose la paciente sumamente dolorida. Habiéndola invitado a abrir la boca se observó una lesión punzante en paladar duro y blando, con pérdida de sustancia a nivel de úvula. La niña sumamente asustada no dice palabra y sólo llora. El padre agrega al médico que justo al prepararla para acercarse a la consulta, su hija le manifestó que estaba manchando con sangre la bombacha. El señor agrega que la trae él ya que su mujer sufre de esquizofrenia y no está en condiciones de hacerse cargo de esta contingencia.

¿Qué actitud debería asumir el pediatra ante esta situación y cuáles serían sus presunciones diagnósticas a priori? ¿Qué conducta adoptará para ofrecer una respuesta integral al cuadro clínico presentado?

Ejercicio N° 5

14. Llega al consultorio del pediatra una niña de cuatro años acompañada por su mamá que dice le llama la atención que su hija desde hace un año no quiera visitar a su padre. Ellos están separados desde que la pequeña apenas tenía 6 meses de vida. Agrega que esta preocupación se la transfirió a su ex marido sugiriéndole la realización de un psicodiagnóstico que permitiera posteriormente arribar a la solución del problema, pero él no le dio trascendencia y dijo que ya se le pasaría. Se siguieron sucediendo las visitas con el padre y de las mismas la niña más allá de regresar contrariada, hace comentarios vagos y poco claros de lo que sucede en ellas. En la actualidad la nena tiene dificultades para conciliar el sueño y busca que su mamá permanezca con ella hasta que logre dormirse.

Además a la señora le preocupa que su hija ahora no controle esfínteres, (de noche enuresis y en el día encopresis) así como las conductas que a veces adopta en el jardín, masturbándose en el medio del aula. Solicita del profesional una profunda revisión ya que tiene miedo que su hija sea abusada por el padre.

El facultativo entonces le transmite a la paciente que la examinará como lo ha hecho en otras oportunidades, pero sólo consiguió aproximarse al tórax, auscultando el dorso y la cara anterior, no admitiendo que el médico bajara mínimamente la bombacha a los efectos de palpar el abdomen. Quedó tensa y emocionalmente muy comprometida negándose admitir completar el examen.

¿Qué opinión le merece la actitud asumida por el pediatra en esa eventualidad y cuál será el camino a seguir frente a la conducta adoptada por la niña?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Se presenta en los consultorios externos del Hospital a las 12 del mediodía una señora muy joven con un niño de 8 meses en sus brazos y acompañada por la abuela paterna. Dice que su hijo tiene un llanto pertinaz que se agudizó durante la noche pasada y que en la mañana observa a su hijo imposibilitado de mover el brazo derecho. Al realizar una Rx. del miembro superior se aprecia una fractura en espiral de húmero derecho. La madre dice tener 18 años y otra hija de 20 meses. El padre de la criatura 19 años, trabajando a destajo para poder solventar los gastos familiares. Los cuatro viven en una vivienda precaria y relativamente alejados de los familiares paternos o maternos. La mamá adolescente se manifiesta angustiada y diciendo que no sabe que ha sucedido, ya que luego de llorar desconsoladamente, amaneció sin poder mover el brazo.

Se recomendó la internación del niño luego de la colocación de un yeso, para evaluarlo en su totalidad y sostener el resguardo que merecía frente a la presunción de una situación abusiva desde el punto de vista físico.

Ejercicio N° 5

La madre con el apoyo de la abuela paterna se negó a la indicación médica de internación justificando la determinación, en el cuidado que necesitaba también la hija que había quedado con una vecina.

Mencione los factores de riesgo presentes, los indicadores físicos y la conducta a asumir por parte del médico interviniente.

Servicios Telefónicos Comunitarios Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Violencia Familiar

Tel.: 4393-6446/6447

Funciona las 24 hs. Todos los días

Coordinadora: *Sra. Ana María Bisione*

Dirección General de la Mujer

Te Ayudo (Violencia Menores y Adolescentes)

Tel.: 4393-6464

Funciona las 24 hs. Todos los días

Coordinadora: *Isabel Tasane*

Dirección General de la Mujer

La Línea del Niño

Tel.: 102

Atiende todos los días las 24 hs.

Coordinadora general: *Prof. Mónica de Falco*

Consejo Nacional del Menor y la Familia

Línea Mujer

Tel.: 0800-6668537

Atiende de L a V de 8 a 19 hs.

Coordinadora: *Marita Alvarez*

Dirección General de la Mujer

Servicio de Asistencia Telefónica del Consejo Nacional del Menor y la Familia

Tel.: 4322-4444

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DIRECCION DE SALUD MENTAL RED DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Unidad de Violencia y Maltrato Infantil

Tel.: 4307-5269

Jefe: *Dr. Norberto Garrote*

Hospital "Pedro de Elizalde"

Asistencia Integral del Maltrato Infantil

Diagnóstico y Tratamiento

Admisión: L a J de 8 a 9.30 hs.

Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear"

Coordinadora: *Lic. Silvia Gross*

Equipo de Violencia Familiar

Asistencia de mujer golpeada y violencia conyugal

Hospital "Dr. Carlos Durand"

Coordinadora: *Lic. Elvira Ferradás*

Equipo de Violencia Familiar

Asistencia de mujer golpeada y violencia conyugal

Hospital "Cosme Argerich"

Coordinadora: *Lic. Estela Reyes*

Equipo de violencia familiar

Asistencia de mujer golpeada y violencia conyugal

Hospital "Dr. Braulio Moyano"

Coordinadora: *Dra. María Rivero*

Equipo de violencia familiar

Asistencia de mujer golpeada y violencia conyugal

DIRECCIONES UTILES

Hospital "Dr. José Penna"

Coordinadora: *Lic. Nora Cappelletti*

Área programática Asistencia de mujer golpeada,
violencia conyugal y maltrato infantil

Hospital "Dr. Teodoro Alvarez"

Coordinadora: *Lic. Susana Levi*

(Servicio/Promoción y Protección de la Salud)

Asistencia de mujer golpeada, violencia conyugal
y maltrato infantil

Hospital "Dr. Ignacio Pirovano"

Coordinadora: *Lic. Estela Lizzo*

Asistencia de mujer golpeada, violencia conyugal

Hospital "Francisco Santojanni"

Coordinadora: *Dra. Raquel Pezzolano*

Orientación y prevención de la violencia familiar

Hospital "Dr. Ramón Sardá"

Coordinadora: *Lic. Gabriela Tortosa*

Orientación y prevención de la violencia familiar

Hospital "Dra. C. Tobar García"

Coordinadora: *Dra. Griselda Moya*

Asistencia, orientación y prevención de la violencia familiar

Hospital "Dr. Enrique Tornú"

Coordinadora: *Lic. Olga Suárez*

Orientación y derivación de la violencia familiar

PROVINCIA DE BUENOS AIRES:

Teléfono Cuidaniños: 0800-32432

PROVINCIA DE SANTA FE:

Ciudad de Rosario. Teléfono Amarillo: 041-497777

PROVINCIA DE MENDOZA

Línea de los Chicos 102

Bibliografía recomendada

- 1 Arruabarrena M, de Paul J. Maltrato a los niños en la familia. Ed. Pirámide. Madrid, 1994.
- 2 Barrera L. La agresividad encubierta en la educación del hijo. Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde 1993; 1: 26-28.
- 3 Bringiotti, María Inés. Maltrato Infantil, Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil. Niño y Dávila Editores, Buenos Aires, 1999.
- 4 de Paul Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI. Explicaciones etiológicas de las diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil. Manual de protección infantil. Ed. Masson, Barcelona, 1996.
- 5 Dubowitz H. Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil. Clínicas pediátricas de Norteamérica 1990; 4 :1043-1056.
- 6 Garbarino J. Maltrato psicológico infantil. Punto de vista evolutivo. Clínicas de atención Primaria 1993; 2 : 365-374.
- 7 Garrote N. ¿Accidente o maltrato? Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde 1993; 1: 20-22.
- 8 Garrote N. Una modalidad de abordaje y diagnóstico del maltrato infantil. Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde 1994; 1: 22-25.
- 9 Garrote N, Smith M., Irungaray E. Una modalidad terapéutica institucional en el maltrato infantil. Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde 1994; 3: 44-45.
- 10 Halverson K., Elliot B., Rappley M. y Etta L. Tratamiento del abuso infantil. Clínicas de atención primaria 1993; 2: 419-422.
- 11 Kempe R., Kempe C.H. Niños Maltratados. Ed. Morata, Madrid 1985.
- 12 Levitt C. Evaluación médica del niño sometido a abuso sexual. Clínicas de atención primaria 1993; 2: 405-418.
- 13 Mc Cann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. Pediatrics 1992; 89: 307-317.
- 14 Newberger E. Abuso físico de niños. Clínicas de atención primaria 1993; 2: 375-386.
- 15 Querol X. El niño maltratado. Ed. Pediátrica Barcelona, 1990.
- 16 Rappley M. y Speare K. Evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños. Clínicas de atención primaria 1993; 2: 387-404.

Anexo 1

Claves de Corrección



Clave del Ejercicio N° 1

1. Defina crecimiento:

Crecimiento ha sido definido "como el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células".

2. Defina desarrollo:

Desarrollo "es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones".

3. Analice y resuelva la siguiente situación clínica:

Matías concurre al consultorio para su control de salud. Ha asistido desde el mes de edad en forma regular a cada citación. En la actualidad tiene 18 meses. Su peso actual es de 11.450 g, su talla es de 84 cm y su perímetro cefálico de 47 cm. Controles antropométricos efectuados a los 12 meses mostraban un peso de 10.200 g y a los 15 meses de 10.800 g.

Teniendo en cuenta la situación anterior responda:

1) Evalúe el crecimiento de Matías:

¿En qué percentilo de peso para la edad se encuentra?

Percentilo 50.

¿Es adecuada la tendencia de la curva?

Sí, es adecuada.

¿Por qué?

Porque el aumento de peso es constante y gradual a través de los meses.

¿En qué percentilo de longitud corporal se encuentra Matías?

Percentilo 75.

¿Cuándo lo cita para su próximo control ? ¿Por qué?

A los 24 meses, porque tiene un crecimiento normal para su edad y sexo.

2) Al revisar la cavidad bucal de Matías: ¿Cuántos dientes espera encontrar?, ¿cuáles? Nómbralos.

16 dientes: incisivos centrales y laterales, inferiores y superiores, molares anteriores y caninos.

3) Mencione cinco habilidades motoras que esperaría encontrar en su desarrollo neuromotriz:

Corre con rigidez, sube escaleras asido de la mano, pateo la pelota, hace torres con 4 cubos, imita el trazo vertical.

Clave del Ejercicio N° 1

4) ¿Cuántas palabras promedio puede estar diciendo?

10 palabras.

5) ¿Es capaz de señalar partes de su cuerpo cuando se le pregunta; por ejemplo: dónde está la nariz, o la boca?

Sí.

6) De acuerdo a la edad del niño, ¿es aconsejable indicar a la madre comenzar con el control de esfínteres?

Sí.

7) ¿Qué alimentos debe recibir?

Todos los alimentos de la dieta familiar, sobre todo aquéllos que le proporcionen proteínas, Ca, Fe y vitaminas.

8) ¿Cuántas calorías y proteínas necesita para su edad?

100 cal/kg/día – 1,2 gr/Kg/día.

9) ¿Qué indicaciones le daría a la madre para desarrollar un buen hábito alimenticio? Mencione cuatro de ellas.

Se debe incorporar al niño a la comida familiar y que éste sea un momento tranquilo, de calidez y sin interferencias externas (TV), que coma con cuchara, que lo haga solo, vigilándolo para cuando requiera ayuda, respetar sus preferencias y rechazos, respetar los horarios.

10) Al examinar el carné de vacunación, ¿qué vacunas debe tener el niño? Enumérelas.

BCG (1ª dosis); Cuádruple (4ª dosis); Sabin (4ª dosis) y Triple viral (1ª dosis).

11) ¿Qué pautas le indicaría a la madre para estimular el desarrollo de Matías? Mencione siete.

1) Ayudar al niño a subir las escaleras alternando los pies.

2) Que coma solo aunque derrame un poco.

3) Dejarlo jugar con agua con supervisión adecuada.

4) Que ayude en las tareas simples de la casa.

5) Permitirle que ayude a desvestirse.

6) Que señale partes de su cuerpo.

7) Contarle cuentos o leerle libros con imágenes.

Clave del Ejercicio N° 1

12) Indique a qué accidentes esta expuesto con mayor frecuencia a esta edad y qué recomendaciones daría a la familia para su prevención:

Quemaduras: Cocinar en las hornallas posteriores de la cocina; No dejar recipientes con líquidos calientes a su alcance; Proteger las estufas.

Caídas: No dejarlo solo en un sitio alto; Evitar "camas cuchetas" superpuestas; Protectores en escaleras, ventanas, balcones y terrazas; Controlar constantemente al niño.

Intoxicaciones: Mantener fuera del alcance de los niños medicamentos y sustancias tóxicas; No usar envases de gaseosa o de alimentos para guardar estos productos; Guardarlos en lugares seguros.

Ahogamientos: Evitar el uso de juguetes con piezas pequeñas o que puede aun desprenderse, así como darles bolitas, perlas, o botones; Picar cuidadosamente los alimentos; Evitar que corran o jueguen mientras se alimenten; No dejar a su alcance bolsas de nylon.

Ahogamientos por inmersión: Evitar que se bañe solo en la bañera; Colocar protección en el contorno de la pileta.

Heridas: No dejar al alcance de los niños objetos punzantes o cortantes.

Viaje en automóvil: Viajar en el asiento trasero y en la silla adecuada para su edad; Trabar las puertas.

Electrocución: Colocar disyuntores; Colocar protectores de enchufes.

4. Esteban tiene 3 años de edad y en los controles efectuados ha presentado un crecimiento y desarrollo normal. Señale cuatro características físicas y cuatro habilidades motoras para esta edad.

Características físicas para esta edad:

- 1) Aumento de peso promedio 2-3 kg/año.
- 2) Aumento de talla: 5-7 cm/año.
- 3) Aumento perímetro cefálico: 2 cm entre el primer y segundo año, y 1 cm desde el segundo al tercero.
- 4) Dentición primaria completa.

Habilidades motoras:

- 1) Corre bien.
- 2) Anda en triciclo.
- 3) Hace torres de ocho cubos.
- 4) Copia círculos.

5. Para la distribución diaria de los diferentes grupos de alimentos es útil y didáctico el uso de la "pirámide alimentaria". Descríbala.

Se debe recomendar que los niños a esta edad tengan escaso uso de azúcar, grasas y aceite, reciban una porción diaria de carne o un equivalente (1 huevo o 1/2 taza de legumbres), dos porciones de frutas y tres de vegetales, tres o cuatro porciones diarias de lácteos. Por último deben recibir seis porciones de pan y cereales.

Clave del Ejercicio N° 1

6. Relacione los datos enumerados en la columna de la derecha con las edades que figuran en la columna de la izquierda.

12 meses	e	a) Sube las escaleras reptando.
15 meses	a	b) Frase de dos palabras.
18 meses	g	c) Juega juegos sencillos (en paralelo con otros niños).
2 años	b	d) Va solo al baño.
3 años	c	e) Entrega un objeto ante una orden verbal.
4 años	d	f) Dibuja una persona completa (seis partes).
5 años	f	g) Se agacha y se levanta sin sostén.

Complete las siguientes frases:

7. El niño debe entender lo que se le pide sin hacerle señas a la edad de **dos años**.
8. El niño debe localizar el origen del sonido a la edad de **tres años**.
9. Las causas de oportunidades perdidas en vacunación generalmente están relacionadas a conceptos erróneos vinculados a sus contraindicaciones. Señale siete errores.
Enfermedad aguda leve con fiebre moderada. Enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Terapia antimicrobiana actual. Período de convalecencia de enfermedad reciente. Exposición reciente a una enfermedad infecciosa. Reacción a una vacunación anterior que incluyó dolor leve o moderado. Historia personal de convulsiones febriles o de alergias inespecíficas.
10. A partir de los 15 meses generalmente el niño recibe **tres** comidas principales y **dos** colaciones nutritivas.
11. Ante la interrupción en el cronograma de vacunación debemos **continuar como si hubiera transcurrido un intervalo normal**.



Clave del Ejercicio N° 2

Marque con una cruz la respuesta que elija como correcta.

1- ¿Cuál de las siguientes patologías NO se relaciona con el compromiso articular en el LES?

- a) Artritis simétrica.
- b) Artritis de grandes y pequeñas articulaciones.
- c) Artralgias de grandes y pequeñas articulaciones.
- d) Artritis erosivas.**
- e) artropatía de Jaccoud.

2- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones neurológicas del LES son consideradas CRITERIOS de la enfermedad?

- | | |
|-------------------|------------------------------|
| - Cefalea | - Convulsiones |
| - Visión borrosa | - Neuropatías |
| - Psicosis | - Accidente cerebro vascular |
| - Corea | - Mielitis transversa |

3- ¿Cuáles de las siguientes son las CUATRO principales causas de muerte en LES?

- a) Enfermedad hepática.
- b) Infecciones.**
- c) Anemia hemolítica autoinmune.
- d) Nefritis lúpica.**
- e) Enfermedad pulmonar.**
- f) Lupus del SNC.**

4- El hematocrito de una adolescente de 13 años con diagnóstico de LES de 6 años de evolución ha descendido durante varios meses hasta un nivel de 31%; el resto del hemograma es normal. El tratamiento de los últimos meses consistió en prednisona oral (8 mg/día) y naproxeno (15mg/kg/día). ¿Cuál es la causa más probable de su anemia?

- a) Hemorragia intestinal.
- b) Hiponutrición.
- c) Anemia por enfermedad crónica.**
- d) Malabsorción.

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados:

5- La presencia de anticuerpos antinucleares es característico de LES, no hallándose en otras ETC.

Falso.



Clave del Ejercicio N° 2

- 6- El rash en "alas de mariposa" es altamente sugestivo de LES pero no es patognomónico.

Verdadero.

- 7- Los criterios de LES son criterios de clasificación utilizados para identificar pacientes que ingresarán a estudios clínicos.

Verdadero.

- 8- El fenómeno de Raynaud se presenta durante el curso evolutivo de un paciente con LES y es confirmatorio del diagnóstico.

Falso.

- 9- En una niña con rash en "alas de mariposa", úlceras bucales y pleuritis, entre los datos de laboratorio se observa ausencia de AAN. Este hallazgo descarta el diagnóstico de LES.

Falso.

- 10- Los anticuerpos anti DNA nativo y anti Sm son específicos de LES.

Verdadero.

- 11- Las lesiones cutáneas de livedo reticularis se asocian con anticuerpos antifosfolipídicos.

Verdadero.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

- 12- ¿Cuál es el tratamiento de elección en un niño con LES que presenta manifestaciones cutáneas leves y artritis de grandes y pequeñas articulaciones?

El tratamiento de elección es con DAINEs. En estos pacientes también es beneficioso el uso de hidroxicloroquina.

- 13- Una niña con LES presenta severa trombocitopenia (40.000/mm). En la biopsia de médula ósea se demostró aumento de megacariocitos y ninguna otra anormalidad. Se indicaron altas dosis de esteroides mejorando el recuento de plaquetas, pero al reducir la dosis a 20 mg/día se produjo una disminución progresiva hasta 5.000/mm. La niña estaba estable y su examen físico era normal. ¿Qué alternativas terapéuticas sugeriría para esta paciente?

La indicación recomendada es la administración intravenosa de altas dosis de gammaglobulina y de altas dosis de esteroides (pulsos). En algunos casos refractarios se indica la esplenectomía, pero sus resultados son controvertidos. Otra opción es la indicación de azatioprina, que es un inmunosupresor que disminuye la destrucción plaquetaria y es ahorrador de esteroides.

Clave del Ejercicio N° 3

Marque con una cruz la respuesta que elija como CORRECTA.

- 1- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones vasculíticas son características de DM juvenil?
- a) Livedo reticularis.
 - b) Necrosis digitales.
 - c) **Úlceras cutáneas.**
 - d) Vasculitis leucocitoclástica.
- 2- ¿Cuál de los siguientes enunciados relacionados con compromiso muscular en la DMJ es INCORRECTO?
- a) Debilidad de los músculos flexores del cuello.
 - b) Mialgias.
 - c) Debilidad muscular de cintura escapular y pelviana.
 - d) **Compromiso asimétrico.**
 - e) Contracturas musculares.
- 3- Los siguientes excepto uno, son pasos que siempre deben seguirse en el diagnóstico diferencial de la DMJ. Señale la EXCEPCION.
- a) Examen articular.
 - b) Examen muscular.
 - c) Dosaje de enzimas musculares.
 - d) Biopsia de músculo.
 - e) **Biopsia de fascia muscular.**
- 4- Las siguientes manifestaciones de compromiso pulmonar, excepto una, son hallazgos en la DMJ/PMJ. Señale la INCORRECTA.
- a) Hipertensión pulmonar.
 - b) **Hemorragia pulmonar.**
 - c) Debilidad de los músculos respiratorios.
 - d) Neumonía por broncoaspiración.
 - e) Neumonitis restrictiva.

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados:

- 5- La DMJ se diferencia de la PMJ por tener un pronóstico más severo.

Falso.

- 6- La miocarditis es una de las causas de muerte en la DMJ.

Verdadero.

Clave del Ejercicio N° 3

- 7- Los anticuerpos antisintetasa (anti Jo-1) se relacionan con mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial. **Verdadero.**
- 8- La atrofia y contracturas musculares se instalan en etapas tardías de la DMJ o PMJ. **Falso.**

Analice y resuelva la siguiente situación clínica:

9. Esteban es un niño de 8 años de edad que es derivado por presentar un cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por rash en heliotropo y lesiones eritematoescamosas en codos y sobre las articulaciones de las manos. Presenta además signos de atrofia y debilidad muscular pero que le permiten deambular con moderada dificultad. Del interrogatorio se obtiene que el niño se niega a ingerir sólidos. Al examen físico presenta disminución moderada de la fuerza muscular y limitación del rango de movimiento de ambas rodillas.

¿Cuál sería el diagnóstico más probable; qué plan de estudios realizaría y a que atribuiría la negativa a comer sólidos y la limitación de las articulaciones?

El diagnóstico más probable es el DMJ.

El plan de estudios a realizar sería:

- 1) Examen clínico y particularmente un examen muscular con el fin de evaluar el grado de compromiso muscular y de otros órganos o sistemas.
- 2) Laboratorio: rutina, dosaje de enzimas musculares.
- 3) Electromiograma; y 4) Biopsia muscular.

Se deberá también evaluar compromiso cardiopulmonar (Rx de tórax, TAC de pulmón de alta resolución, pruebas de función pulmonar, ECG, ecocardiograma), estudios de la deglución y del tracto gastrointestinal, ecografía abdominal si presentara dolor o deposiciones con sangre.

La negación a ingerir sólidos podría deberse a la presencia de disfagia, debiendo solicitarse estudios que evalúen su función.

Se solicitarán Rx de miembros inferiores para visualizar calcinosis que podrían ser la causa de la limitación articular. Otra causa podría atribuirse a contracturas musculares no tratadas adecuadamente con un plan de terapia física.

Describa su opinión.

¿Qué valor le daría al EMG y a la RNM en un paciente con miopatía inflamatoria de reciente comienzo?

El EMG es de utilidad para confirmar el diagnóstico y para seleccionar el sitio de la biopsia; debe realizarse de un solo lado del cuerpo para poder efectuar la biopsia en el músculo contralateral al hallado anormal. La RNM señala en T2 las áreas musculares con mayor inflamación y también ayuda a dirigir la toma de la biopsia.



Clave del Ejercicio N° 4

Identifique verdadero (V) o falso (F) en los siguientes enunciados:

- 1- El anticuerpo anticentrómero se encuentra en pacientes con esclerodermia sistémica progresiva. **Falso.**
- 2- La esclerodermia localizada "en banda" puede confluir y convertirse en una forma panesclerosante. **Falso.**
- 3- La EMTC es un síndrome de superposición que se asocia a altos títulos de anticuerpos anti U1RNP. **Verdadero.**
- 4- Para realizar el diagnóstico del fenómeno de Raynaud es necesario que se presenten los tres cambios típicos de coloración. **Falso.**

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

- 5- Silvina tiene 9 años y consulta por presentar cambios en la coloración de las manos, de 3 meses de evolución, siendo estos episodios más intensos con el frío. El examen físico es normal. ¿Qué pasos seguiría para determinar el diagnóstico inicial y qué estudios plantería para evaluar a esta paciente y realizar el diagnóstico definitivo?

Puede ser que en la consulta se observen los trastornos de coloración de las manos o sólo de algunos de los dedos, pero si estos cambios no se observan, lo primero será determinar si se trata de una acrocianosis o si es un síndrome de Raynaud; para ello se le pedirá a la niña o a los padres que relaten la secuencia de los síntomas. Si pensamos que estamos frente a un fenómeno de Raynaud, se deberá realizar un cuidadoso interrogatorio en búsqueda de manifestaciones de ETC para definir si es de naturaleza idiopática o secundaria. Se solicitará una evaluación cardiológica, pulmonar y renal, además de análisis de laboratorio de rutina y detección de anticuerpos séricos: AAN, anti DNA, anti Scl-70, Sm, U1 RNP, Jo-1, SSA, SSB, anticentrómero y AAF, con el fin de relacionarlo con LES, DM, ES, síndrome de superposición o EMTC. Finalmente, se realizará el seguimiento de la paciente, aún cuando los resultados fueran negativos.

- 6- Octavio es un adolescente de 15 años de edad, deportista, derivado por presentar engrosamiento cutáneo y adherencia de la piel a planos profundos. Trae estudios que avalan la no participación de órganos internos y un hemograma con eosinofilia. Del interrogatorio se rescata ausencia de fenómeno de Raynaud y el examen físico restante es normal.

¿Cuál sería su diagnóstico, qué estudio complementario solicitaría para su confirmación y cuál sería su indicación terapéutica?

Es diagnóstico probable es fasciitis eosinofílica y se debe solicitar la biopsia muscular con inclusión de la fascia aponeurótica que demostrará el infiltrado de eosinófilos. El tratamiento es con esteroides a altas dosis.

Clave del Ejercicio N° 5

1. Complete el siguiente cuadro escribiendo los indicadores correspondientes a cada tipo de abuso.

Tipo de Abuso

Indicadores

Maltrato físico: Golpes y moretones. Quemaduras. Fracturas. Torceduras o dislocaciones. Heridas o raspaduras. Señales de mordeduras humanas. Cortes o pinchazos. Lesiones internas. Fractura de cráneo. Daño cerebral. Asfixia o ahogamiento.

Abandono físico: Déficit en la atención de las siguientes situaciones: Alimentación, Vestimenta, Higiene, Cuidados médicos, Supervisión en situaciones potencialmente peligrosas, Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar, Área educativa: ausencias e incompetencia en el rendimiento.

Maltrato emocional: Rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños. Exclusión de las actividades familiares. Transmisión casi habitual de una valoración negativa del niño. Negación de autonomía en los más grandes. Conductas de amenaza e intimidación. Conductas ambivalentes e impredecibles. Situaciones ambiguas en la comunicación - doble mensaje. Aislamiento, evitar los contactos sociales. Prohibición de participar en actividades con sus pares.

Abandono emocional: Ignorar al niño de diferentes maneras según su estadio evolutivo. Falta de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño. Falta de participación en las actividades diarias del niño. Falta de apoyo o defensa frente a los problemas escolares o sociales del niño. Renuncia por parte de los padres a asumir las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.

Abuso sexual: Incesto, en el caso que se trate de parientes con consanguineidad lineal o adultos que estén desempeñando el rol de figura parental como nuevas parejas del padre óo madre o padres adoptivos. Violación, realizada por personas adultas no incluidas en el ítem anterior. Vejación sexual, manoseo, toqueteos al niño o provocarlos del niño hacia el adulto. Abuso sexual sin contacto físico, exhibicionismo, mostrar la realización del acto sexual, exponer a revistas o videos.

Explotación laboral o mendicidad: Realización de actividades domésticas excesivas para la edad del menor. Las mismas tienen un carácter habitual en la relación familiar y no responden a una circunstancia específica y justificable. Actividades en el ámbito extradoméstico, en la calle, estaciones, trenes, que colocan al niño en situaciones de riesgo de ser abusados o tener accidentes. Exigir "remuneraciones", so pena de recibir castigos.



Clave del Ejercicio N° 5

Corrupción: Fomento del desarrollo de hábitos adictivos—droga y/o alcohol. Alentar contactos sexuales de diverso tipo. Estímulo de la agresividad y/o de la respuesta violenta ante situaciones conflictivas de la vida diaria, sobre todo entre pares. Iniciación e incitación a la prostitución. Alentar el tráfico o comercio de drogas.

Síndrome de Münchaussen: Visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias. Cambio constante de lugares de atención. Ausencia de un médico estable que controle al niño. Consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos. Aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que agreden al niño. Conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas, manifestaciones, clínicas y abordajes terapéuticos. Nivel educativo medio del adulto.

Complete las siguientes frases:

2. La explicación de los fenómenos de abuso desde un modelo estrictamente sociológico no logró instalarse como definitiva ya que **el fenómeno de abuso se extendía en todas las clases sociales y no está estrictamente relacionado con carencias económicas, valores, contexto o cultura.**
3. La explicación del abuso desde el modelo médico que asociaba la ocurrencia del hecho con la patología psiquiátrica del victimario no logró constituirse en un modelo explicativo abarcador ya que **no es alta la frecuencia (15%) de individuos con patologías mentales que asumen conductas abusivas.**
4. En la actualidad, el modelo ecosistémico, es el que mejor está respondiendo a la explicación de estos fenómenos ya que integra variables relacionadas con **desarrollo ontogénico, exosistema, macro y microsistema.**

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados:

5. La mayoría de los niños que comentan un episodio relacionado con el abuso, dicen la verdad. **Verdadero.**
6. Los niños son abusados por conocidos en aproximadamente un 80% de los casos. **Verdadero.**
7. Las niñas son abusadas en un porcentaje bastante mayor que los varones. **Verdadero.**

Clave del Ejercicio N° 5

8. Las conductas hipersexualizadas, los conocimientos sexuales avanzados, las somatizaciones y los problemas de aprendizaje serios son algunas conductas que sugieren abuso en los niños preescolares.

Falso: estas conductas aparecen con mayor frecuencia en escolares.

9. Es muy importante realizar un cuidadoso examen físico incluyendo el de genitales en el momento en que se sospecha el abuso.

Falso: Si bien el examen físico es muy importante, es necesario realizarlo en tiempo y forma, por profesionales entrenados de modo que no se constituya en otra instancia de sometimiento para el menor.

10. Cabe concebir el abuso en el caso de niños/as portadores de gonorrea o sífilis no adquiridas en el periodo prenatal.

Verdadero.

11. Cabe considerar abuso en el caso de condilomas acuminados.

Falso: Los mismos deben ser cuidadosamente evaluados ya que se pueden adquirir en el canal de parto y manifestarse clínicamente en forma tardía.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas:

12. Enumere los factores de riesgo presentes en el siguiente relato:

" H (9 meses de edad) se encuentra internado en una sala de clínica por un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores. Mientras se esperan los resultados de los exámenes complementarios se suman al diagnóstico una desnutrición de grado moderado y escabiosis.

Su madre tiene 18 años, es su primer hijo. El niño permanece solo en la sala la mayor parte del día. El padre tiene 18 años, visita al paciente todos los días al terminar su jornada laboral como operario por contrato. Ambos son oriundos de una provincia del norte argentino, donde iniciaron su relación de pareja. Dejaron la casa familiar respectiva hace tres años, a raíz del más grave de los episodios de violencia física que la madre sufre por parte de su hermano mayor. Desde entonces se han desempeñado ambos en distintas tareas laborales y en diferentes provincias, hasta que la madre queda embarazada accidentalmente.

Viven en Buenos Aires desde el nacimiento del niño. Al interrogatorio refieren estar ambos prácticamente desvinculados de sus respectivas familias de origen, y viviendo en casa de una amiga de la madre, quien les ha prestado una habitación y una cama para ellos y el bebé por un plazo máximo de dos meses."

Los factores de riesgo son los siguientes:

-embarazo no deseado; -edad del niño; -descuido en la higiene y atención; -madre y padre adolescentes; -antecedentes de violencia familiar; -migraciones; -aislados de la familia; -carencias económicas y de vivienda.

Clave del Ejercicio N° 5

13. Siendo las 22,30 hs se presenta en la guardia del Hospital una niña de 11 años traída por el padre diciendo que la hija está sangrando por la boca, "se lastimó estando en la pileta, no se cómo fue, yo estaba pintando y escuché los gritos" mostrándose la paciente sumamente dolorida. Habiéndola invitado a abrir la boca se observó una lesión punzante en paladar duro y blando, con pérdida de sustancia a nivel de úvula. La niña sumamente asustada no dice palabra y sólo llora. El padre agrega al médico que justo al prepararla para acercarse a la consulta, su hija le manifestó que estaba manchando con sangre la bombacha. El señor agrega que la trae él ya que su mujer sufre de esquizofrenia y no está en condiciones de hacerse cargo de esta contingencia.

¿Qué actitud debería asumir el pediatra ante esta situación y cuáles serían sus presunciones diagnósticas a priori? ¿Qué conducta adoptará para ofrecer una respuesta integral al cuadro clínico presentado?

Frente a una niña de 11 años con lesiones importantes en la cavidad bucal y con un discurso de su padre poco claro respecto del mecanismo de producción de las mismas, al que se le agrega el sangrado vaginal concomitante no habiendo presentado aún su menarca, se aconseja la internación. En este momento no será posible obtener demasiados datos que nos ayuden a esclarecer el cuadro frente a las condiciones en las que se encuentra la paciente. De tal forma a priori la presunción diagnóstica será: traumatismo bucal de origen desconocido debiendo descartar abuso físico y sexual.

Se procederá a realizar la asistencia integral convocando al otorrinolaringólogo, psicólogo, ginecólogo infantil y asistente social que junto al pediatra diagramarán la estrategia de trabajo que permita el acercamiento al diagnóstico definitivo.

Aceptando el padre la indicación médica, cabe obtener más elementos que nos permitan valorar el riesgo en el que se encuentra la niña, a los efectos de proceder al resguardo legal pertinente, de ser necesario.

14. Llega al consultorio del pediatra una niña de cuatro años acompañada por su mamá que dice le llama la atención que su hija desde hace un año no quiera visitar a su padre. Ellos están separados desde que la pequeña apenas tenía 6 meses de vida. Agrega que esta preocupación se la transfirió a su ex marido sugiriéndole la realización de un psicodiagnóstico que permitiera posteriormente arribar a la solución del problema, pero él no le dio trascendencia y dijo que ya se le pasaría. Se siguieron sucediendo las visitas con el padre y de las mismas la niña más allá de regresar contrariada, hace comentarios vagos y poco claros de lo que sucede en ellas. En la actualidad la nena tiene dificultades para conciliar el sueño y busca que su mamá permanezca con ella hasta que logre dormirse.

Además a la señora le preocupa que su hija ahora no controle esfínteres, (de noche enuresis y en el día encopresis) así como las conductas que a veces adopta en el jardín, masturbándose en el medio del aula.

Clave del Ejercicio N° 5

Solicita del profesional una profunda revisión ya que tiene miedo que su hija sea abusada por el padre.

El facultativo entonces le transmite a la paciente que la examinará como lo ha hecho en otras oportunidades, pero sólo consiguió aproximarse al tórax, auscultando el dorso y la cara anterior, no admitiendo que el médico bajara mínimamente la bombacha a los efectos de palpar el abdomen. Quedó tensa y emocionalmente muy comprometida negándose a admitir completar el examen.

¿Qué opinión le merece la actitud asumida por el pediatra en esa eventualidad y cuál será el camino a seguir frente a la conducta adoptada por la niña?

De acuerdo a las manifestaciones de la mamá, al facultativo no le cabía más que dar los pasos que permitieran validar o en su defecto descartar la sospecha de abuso sexual. La señora reclamaba por una revisión que pudiera confirmar su sospecha. Esta ¿podía ser despejada por el profesional en esa intervención? Seguramente no. Lo correcto hubiera sido que explicara a la madre que un diagnóstico de abuso sexual requiere de un conjunto de evaluaciones, que entre otras se encuentra la pediátrica y que ésta por sí sola no podrá confirmarlo. Luego, si el médico hubiera pensado factible comenzar por ese procedimiento, en la ocasión no la examinaría como de costumbre, ya que suponía su intervención la visualización de los genitales y el esfínter anal. Por lo tanto era imprescindible establecer un diálogo previo que permitiera un correcto rapport y explicitara los pasos a seguir. Atiéndase que las manifestaciones sintomáticas han sido referidas por la madre y ésta en ningún momento hizo mención a dichos verbalizados por la paciente respecto de tocamientos u otros detalles que hubieran dado lugar a un interrogatorio más específico.

Por lo tanto, es perfectamente atendible que la niña haya adoptado esa actitud frente al acercamiento a una situación que pudiera evocar otras percibidas como traumáticas.

Si bien es cierto que el establecimiento de una relación confiable para la niña era un punto a jerarquizar, también hay que tener presente que esa condición no hubiera garantizado el éxito en el logro del objetivo previsto. En muchas ocasiones los tiempos de los niños no son semejantes a los del adulto y debemos respetarlos.

Luego de esta experiencia el pediatra buscará concretar la evaluación diagnóstica en un ámbito institucional con la participación del psicólogo frente al fracaso habido en el examen médico. Tratará de validar supuestas situaciones traumáticas, para luego, y con la preparación adecuada, realizar un examen pediátrico completo.

Es importante dejar en claro que estos procedimientos se pueden llevar adelante con la niña a resguardo de padecer cualquier presión que intente modificar la realidad vivida por ella. Por lo tanto es necesario que se suspendan las visitas en este caso con el padre, durante el proceso diagnóstico, para evitar toda posible revictimización. Esta recomendación se le debe transmitir al proge-

Clave del Ejercicio N° 5

nitor para evitar que sea interpretada como un deliberado acto asumido por la madre. Al mismo tiempo al ser convocado por una institución asistencial le brinda a la decisión e intervención un marco de equidad y respeto por los derechos del niño que se estima puedan ser contemplados por el padre.

Si admite la indicación sustentada por los profesionales, se continuará con el proceso diagnóstico hasta su finalización, para luego en el caso de validar la sospecha de abuso sexual proceder a la comunicación judicial al Juzgado de Familia de Turno, por la vía de la Ley de Protección contra la Violencia Familiar en el ámbito de la Capital Federal, o a través de la solicitud de Protección de Persona al Defensor de Menores de Turno también en el ejido de la Capital Federal.

De producirse la situación en territorio de la Provincia de Buenos Aires, puede apelarse también a la figura de la Protección de Persona ante el Tribunal de Menores de Turno del Departamento Judicial correspondiente al domicilio de residencia del paciente.

Esta modalidad es común a todo el territorio de la República, habida cuenta de apelar a la Ley de Protección contra la Violencia Familiar, en los territorios que la posean o bien adherir a la solicitud de Protección de Persona en las Defensorías o Tribunales de Menores de cualquier provincia argentina.

De todas maneras como la constitución de un equipo que se permita abordar estas contingencias abusivas contempla la participación de un abogado, éste, conocedor de la legislación vigente en cada Provincia, sugerirá el mecanismo legal más apropiado.

En el caso de tratarse de un padre que no acata la indicación de los profesionales respecto de la suspensión momentánea del régimen de visitas, se solicitará la Protección de Persona al Defensor de Menores de Turno. La misma solicitará el resguardo de la menor a los fines de completar la batería diagnóstica ante la fundada sospecha de abuso sexual.

15. Se presenta en los consultorios externos del Hospital a las 12 del mediodía, una señora muy joven con un niño de 8 meses en sus brazos y acompañada por la abuela paterna. Dice que su hijo tiene un llanto pertinaz que se agudizó durante la noche pasada y que en la mañana observa a su hijo imposibilitado de mover el brazo derecho. Al realizar una Rx. del miembro superior se aprecia una fractura en espiral de húmero derecho. La madre dice tener 18 años y otra hija de 20 meses. El padre de la criatura 19 años, trabajando a destajo para poder solventar los gastos familiares. Los cuatro viven en una vivienda precaria y relativamente alejados de los familiares paternos o maternos. La mamá adolescente se manifiesta angustiada y diciendo que no sabe que ha sucedido ya que luego de llorar desconsoladamente, amaneció sin poder mover el brazo.

Se recomendó la internación del niño luego de la colocación de un yeso, para evaluarlo en su totalidad y sostener el resguardo que merecía



Clave del Ejercicio N° 5

frente a la presunción de una situación abusiva desde el punto de vista físico.

La madre con el apoyo de la abuela paterna se negó a la indicación médica de internación, justificando la determinación en el cuidado que necesitaba también la hija que había quedado con una vecina.

Mencione los factores de riesgo presentes, los indicadores físicos y la conducta a asumir por parte del médico interviniente.

Los factores de riesgo a consignar son los siguientes:

- corta edad del niño;
- llanto pertinaz y demandante;
- madre y padre adolescentes;
- insatisfacción laboral;
- falta de apoyo social;
- imposibilidad de atender a las indicaciones médicas.

Los indicadores físicos: fractura diafisaria de hueso largo en espiral.

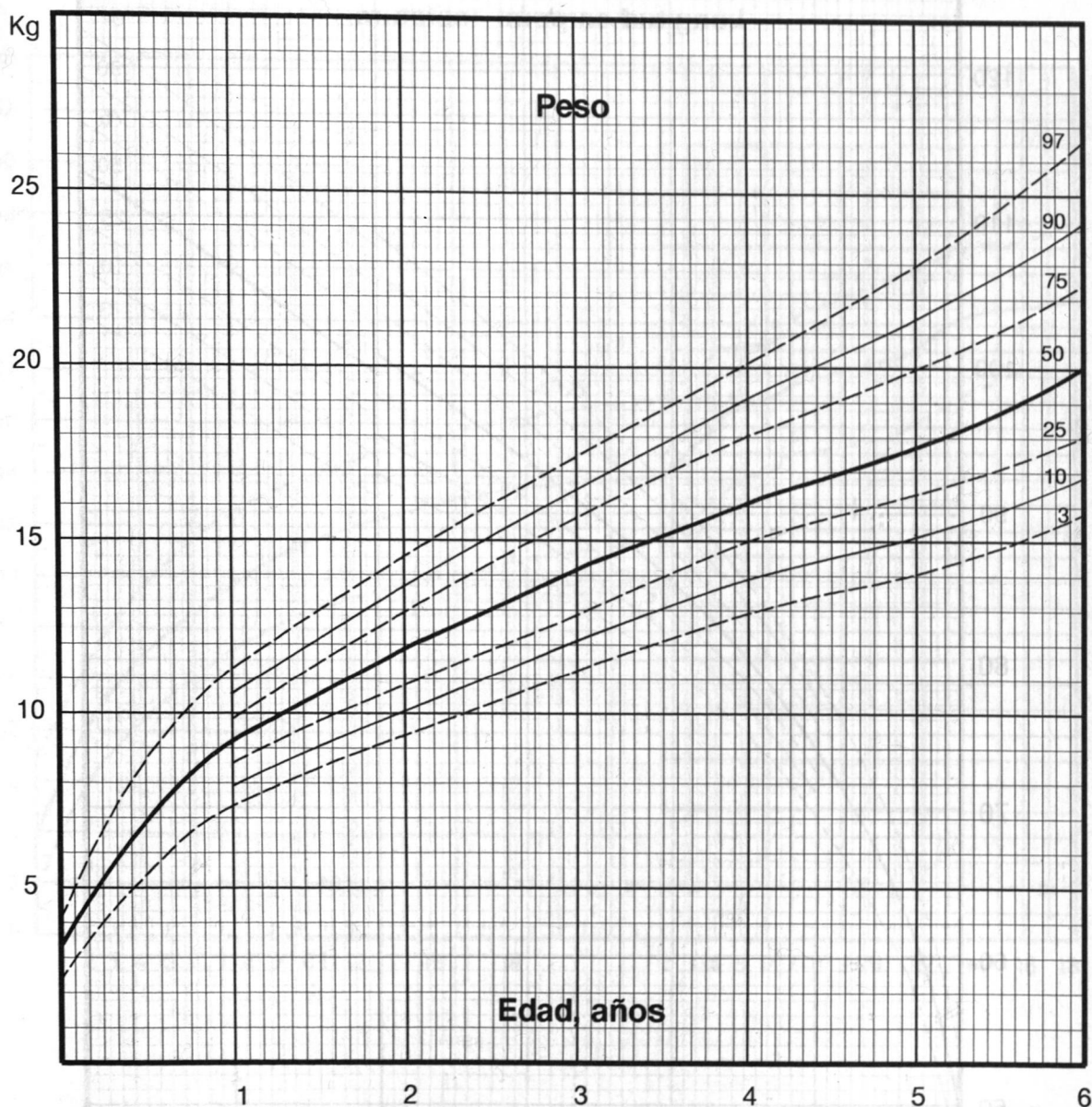
Frente a este panorama le cabe al médico tratante considerar la situación como de alto riesgo y fuertemente sospechosa de abuso físico.

En consecuencia, solicitar la Protección de Persona al Defensor de Menores de turno, a los efectos que conozca el cuadro clínico y la presunción diagnóstica más allá del riesgo en el que a priori se encuentra el paciente y arbitre los medios con los que cuente para resguardar al niño y completar la batería diagnóstica.

Anexo 2

**Gráficos de crecimiento
de ambos sexos 0-6 años**

Peso Niñas *Nacimiento - 6 años*

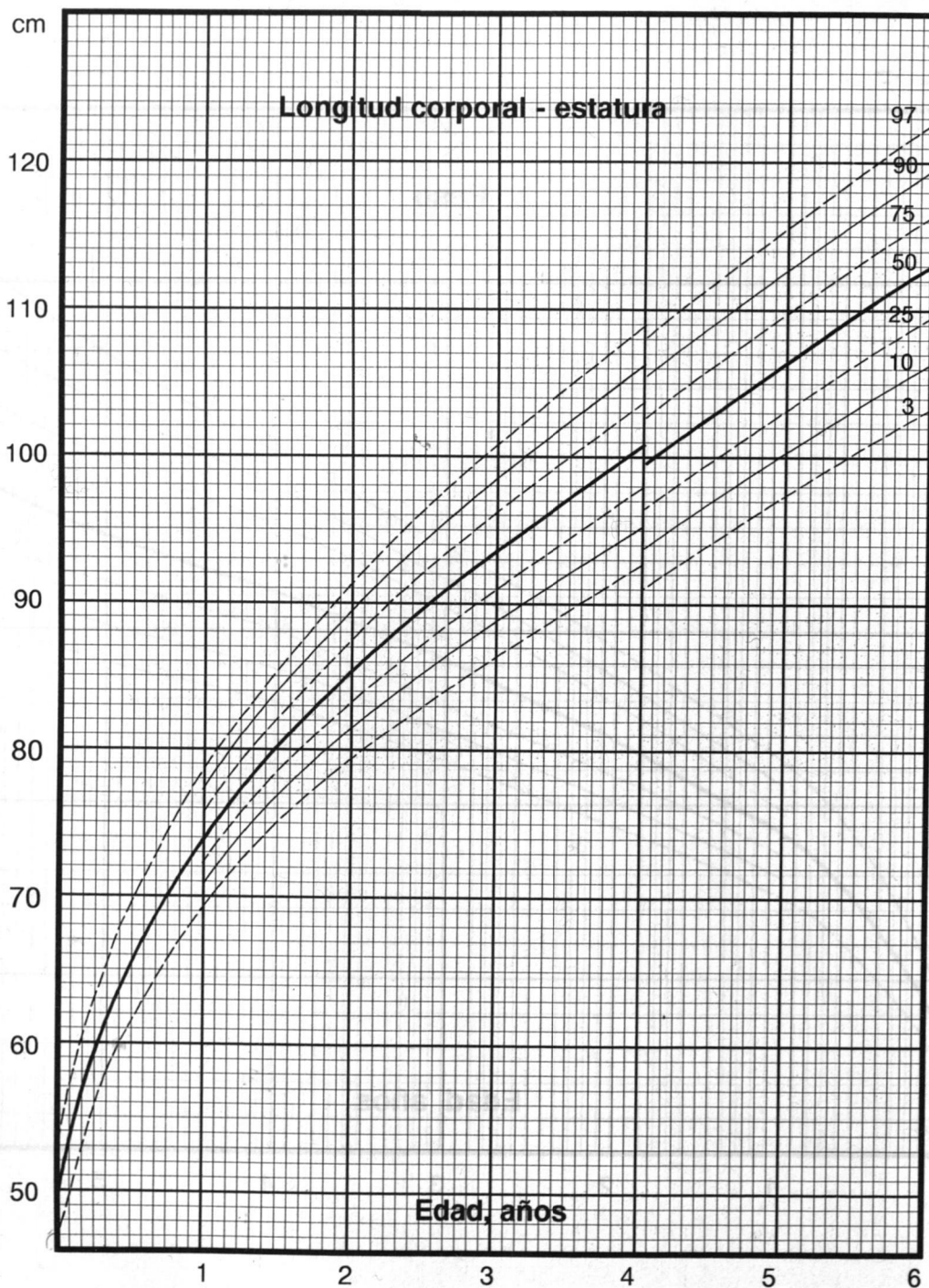


Gráficos preparados por H. Lejarraga y G. Orfila, Arch.argent.pediatr 1987: 85: 209-222.



Longitud corporal - Estatura Niñas

Nacimiento - 6 años

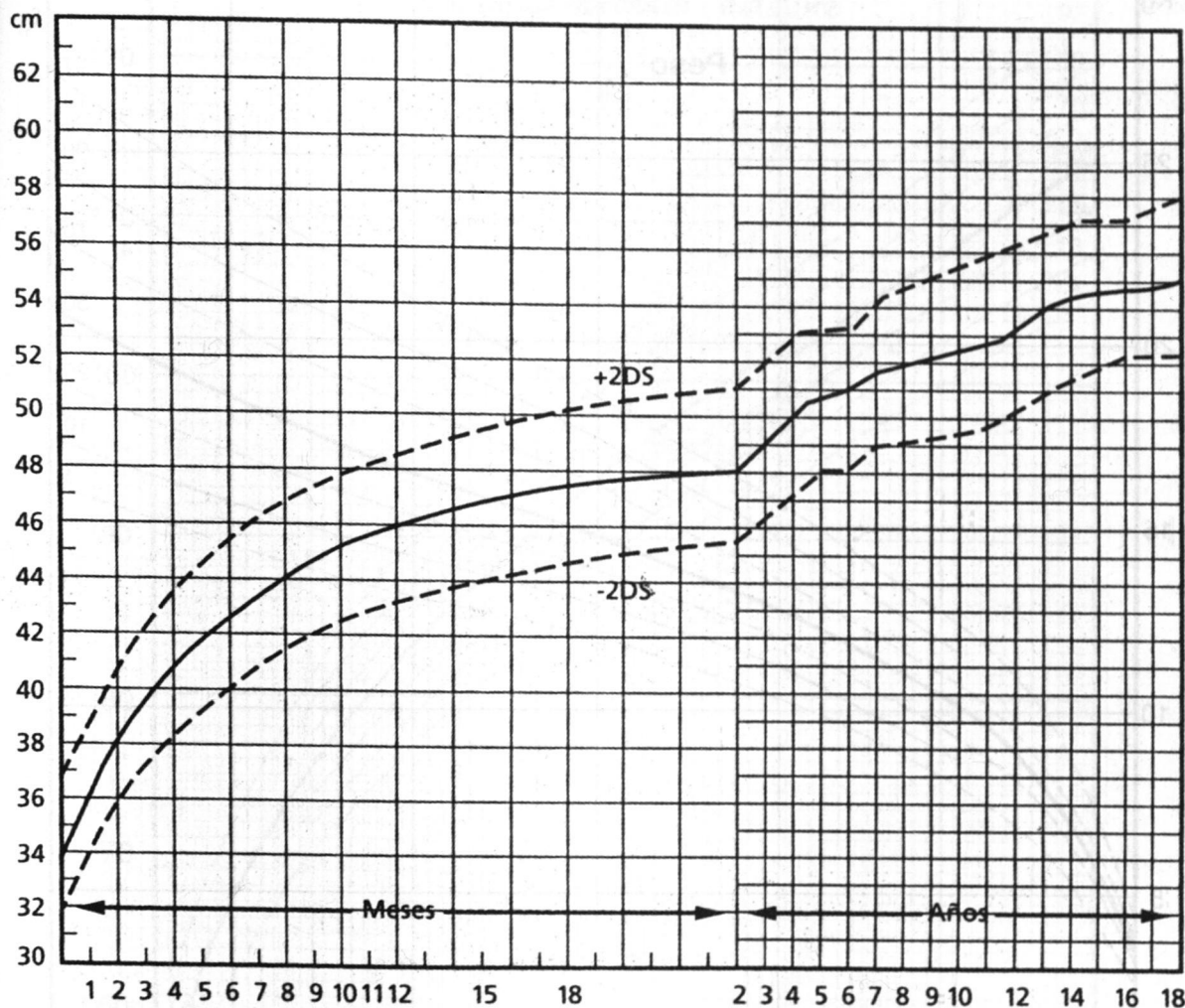


Gráficos preparados por H. Lejarraga y G. Orfila, Arch.argent.pediatr 1987: 85: 209-222.



Perímetro Cefálico Niñas

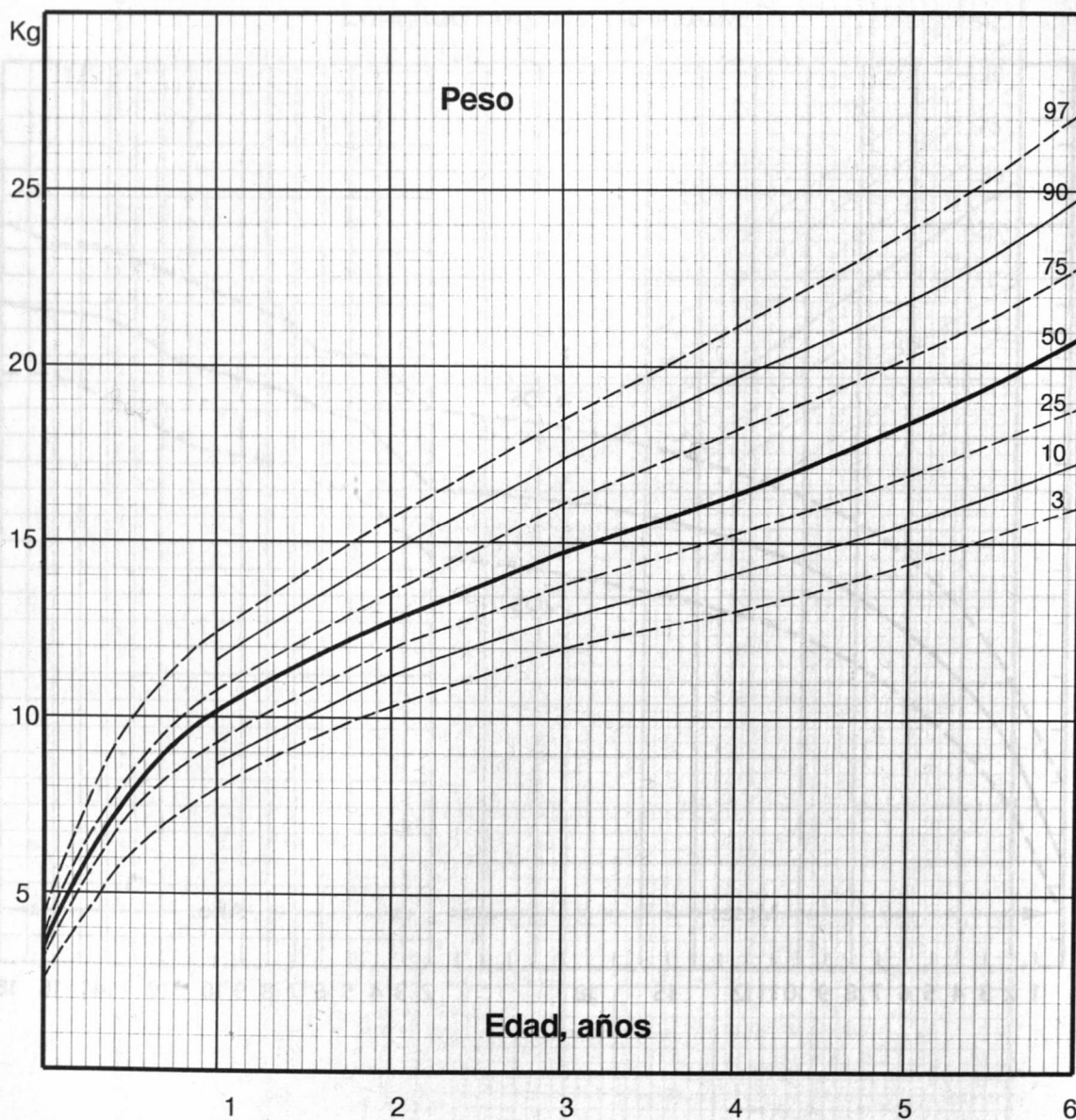
Nacimiento - 18 años





Peso Niños

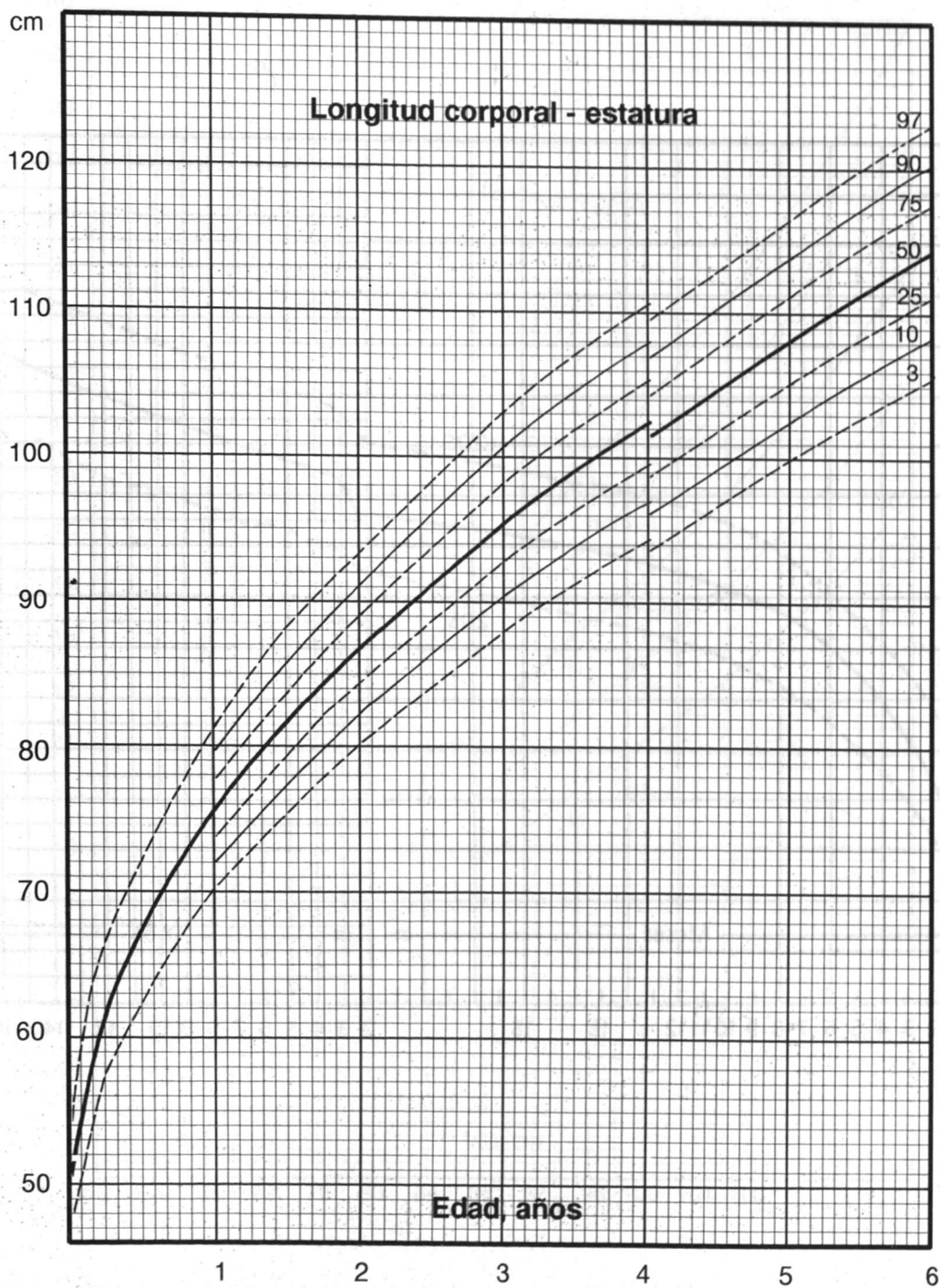
Nacimiento - 6 años



Gráficos preparados por H. Lejarraga y G. Orfila, Arch.argent.pediatr 1987: 85: 209-222.

Longitud Corporal - Estatura Niños

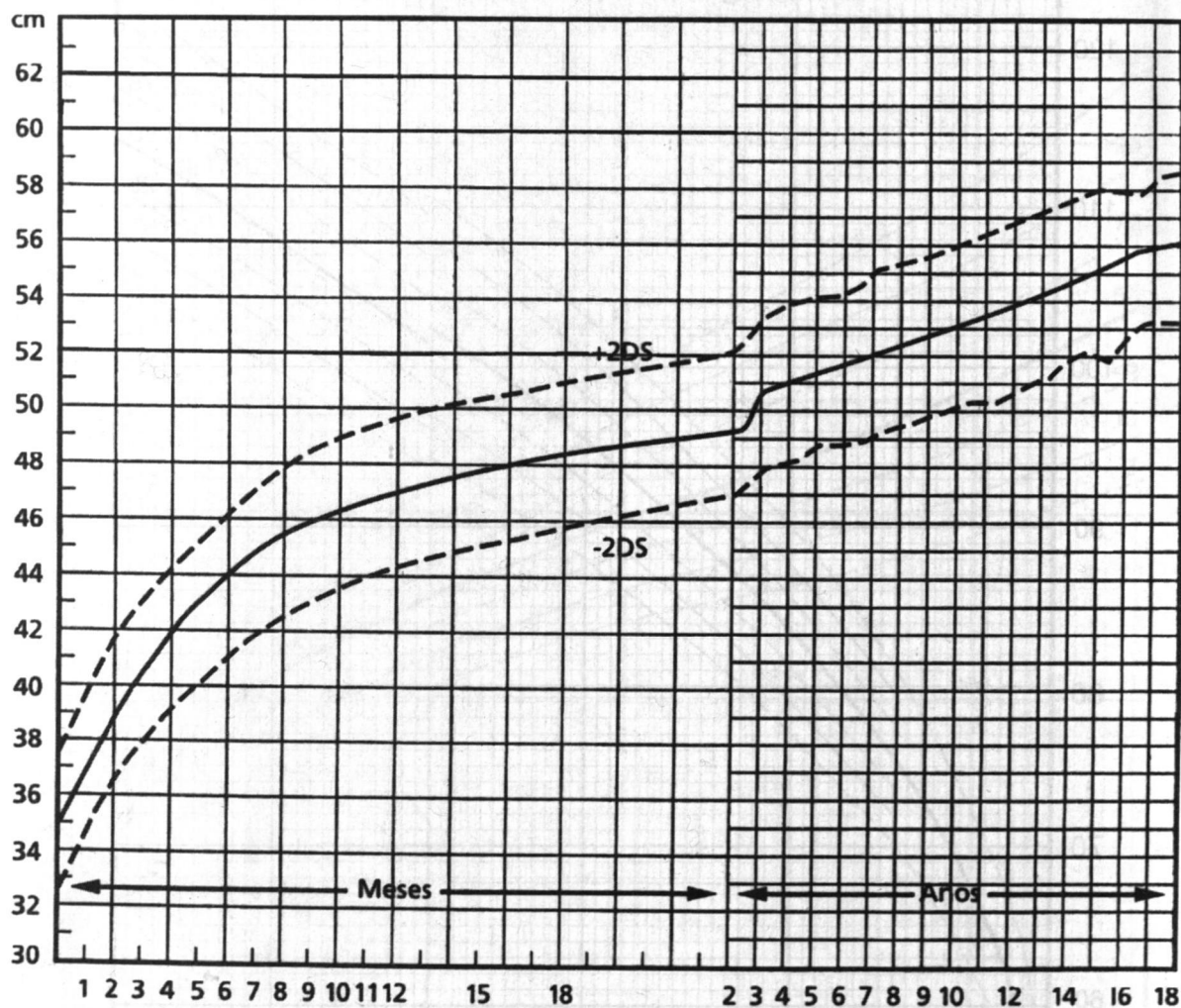
Nacimiento - 6 años



Gráficos preparados por H. Lejarraga y G. Orfila, Arch. argent. pediatr 1987; 85: 209-222.

Perímetro Cefálico Niños

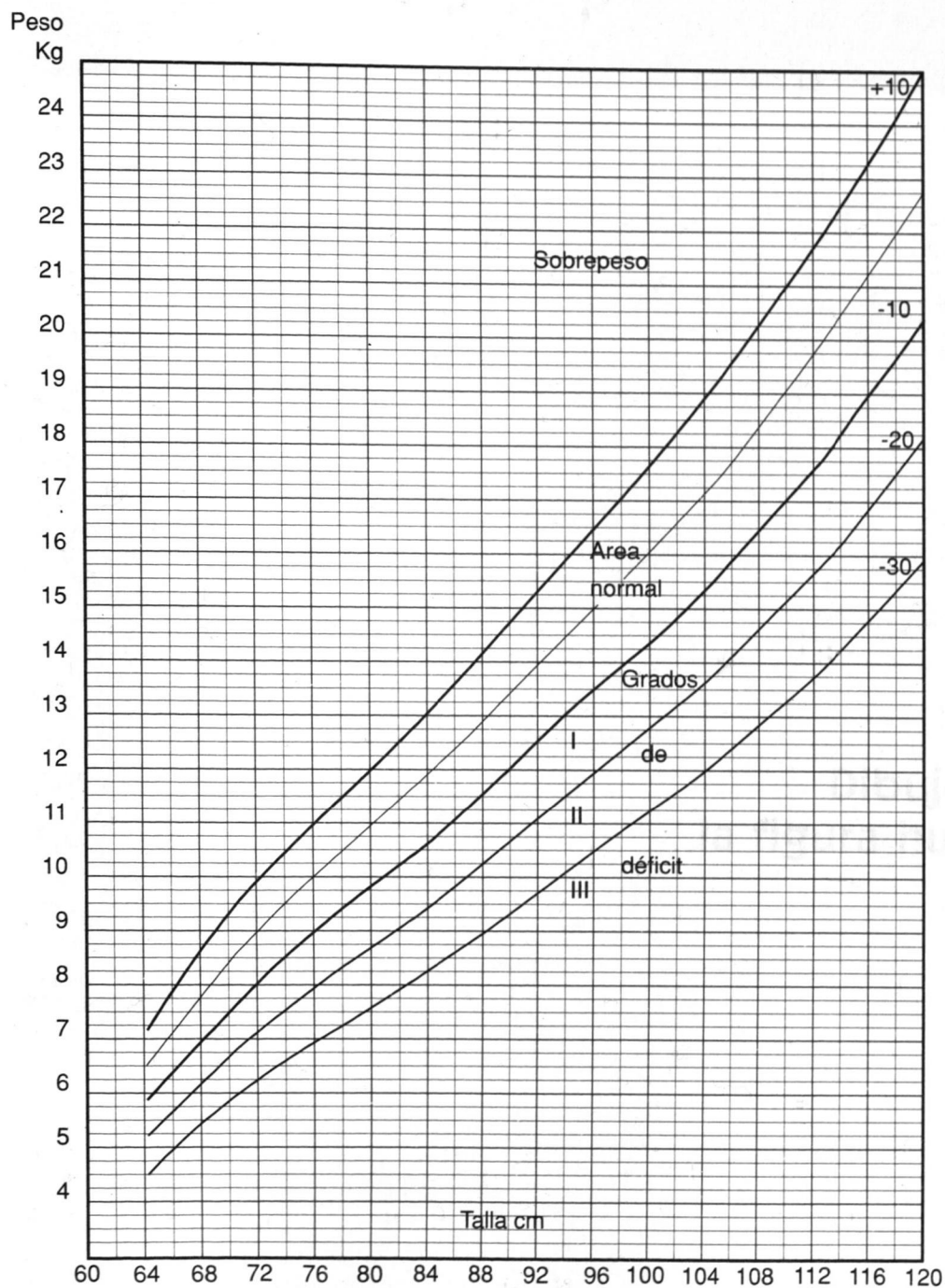
Nacimiento - 18 años



G. Nelhaus, Pediatrics 1968; 41: 106.

Relación peso/talla Niños Niñas

1 a 6 años

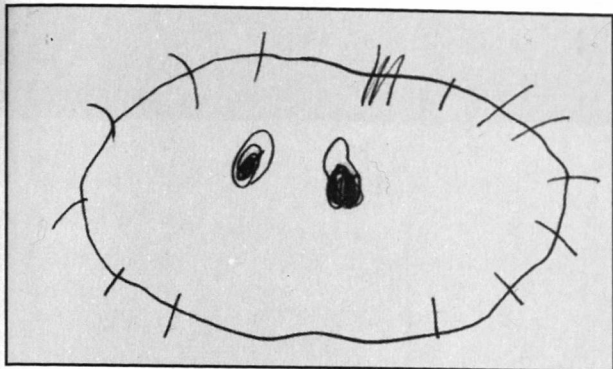


Gráficos preparados por H. Lejarraga y M.C. Morasso, Arch.argent.pediatr 1987: 85: 69-76.

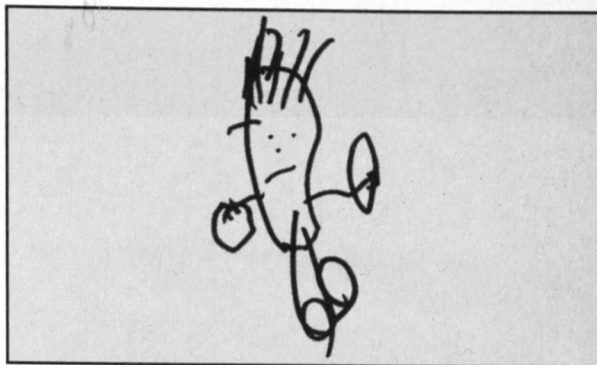
Anexo 3

Dibujos de la figura humana

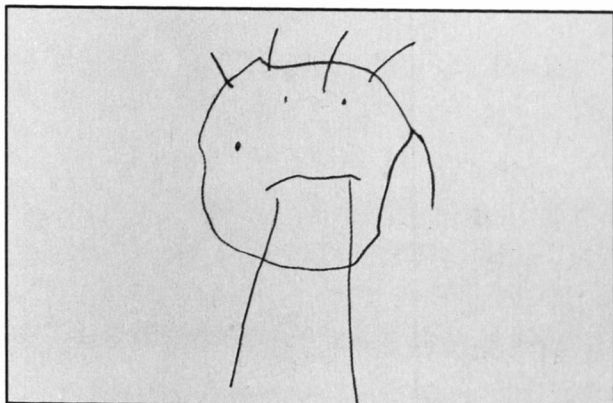
El renacuajo o cabezón es la producción típica a los 3 años de edad. Consiste en una figura redonda cerrada en la cual se observan rudimentos de la cara (ojos).



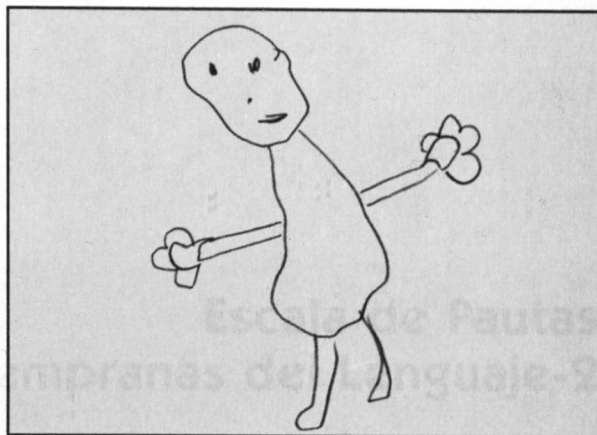
Poco a poco la figura humana se delinea en dos núcleos indivisibles: la cabeza y el tronco. También comenzará a achicarse no ocupando toda la hoja.



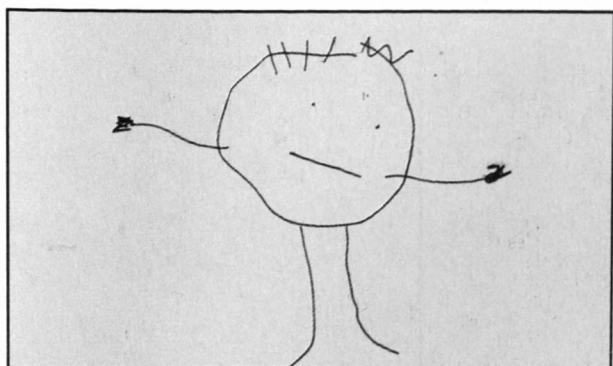
Más adelante, el niño agrega líneas verticales que representan el futuro tronco. Se puede observar la presencia de los ojos en un plano superior y la boca en uno inferior. A esta producción se la denomina monigote.



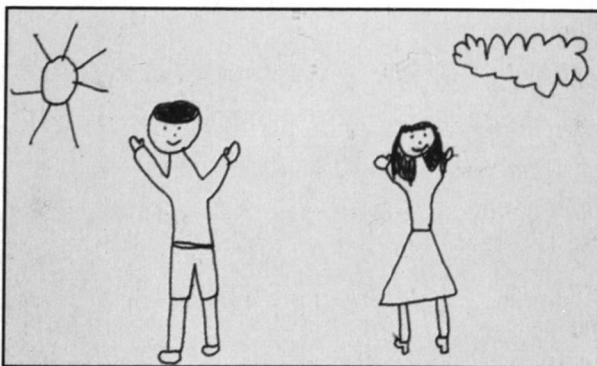
La figura humana sigue evolucionando y aparecen nuevos elementos, por ejemplo manos con pocos dedos grandes.



El niño va perfeccionando el monigote, al cual le alarga brazos y piernas que salen de la cabeza. También aparecen manos y pies.



Entre los 5 y 6 años se perfecciona la distribución de los elementos del cuerpo y de la cara, el tronco se divide en tórax y abdomen. Se vislumbra una referencia de las diferencias sexuales a través de la vestimenta.

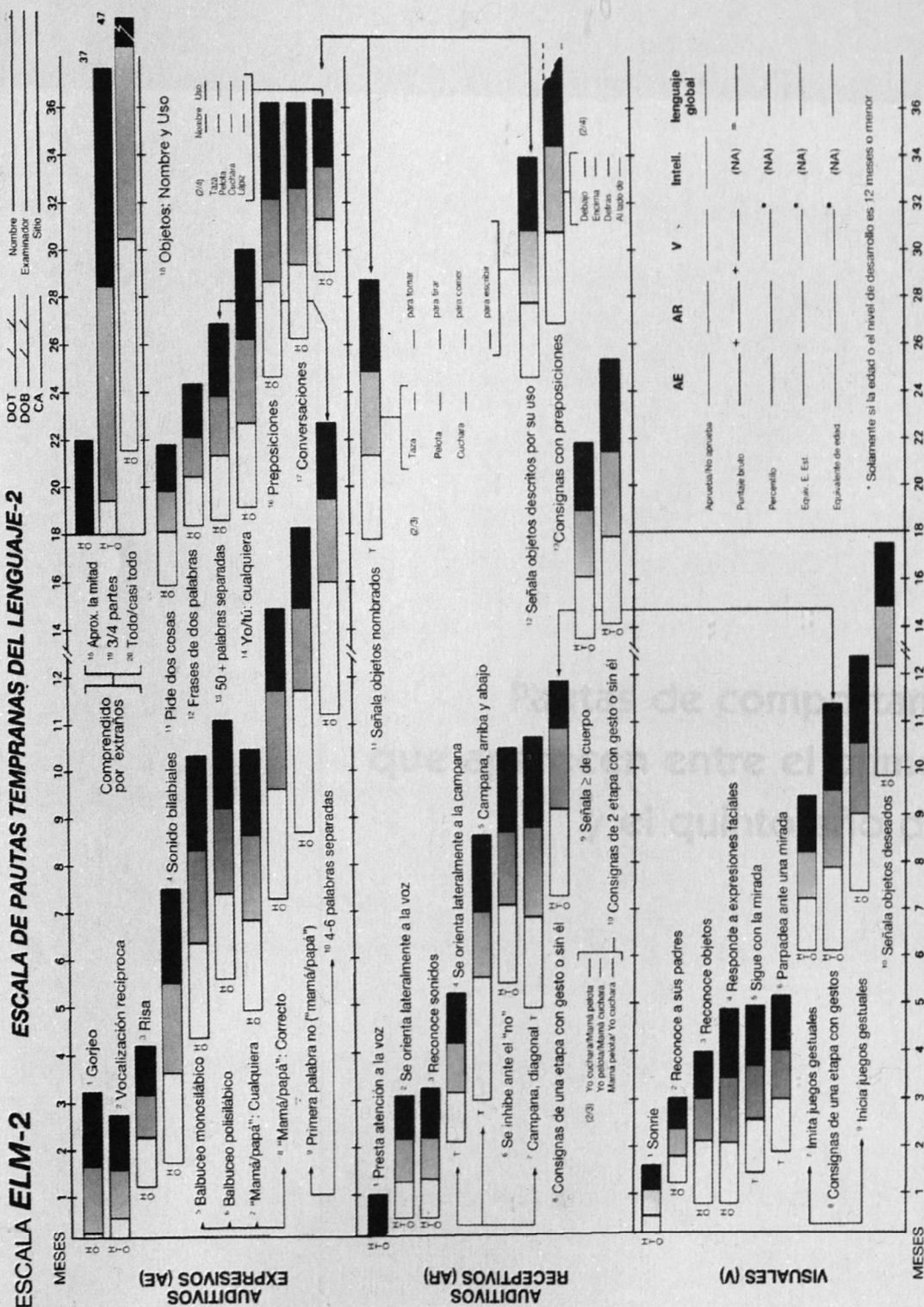


Anexo 4

Escala de Pautas Tempranas del Lenguaje-2

Escala de pautas tempranas del lenguaje-2

ESCALA ELM-2



La Escala de Pautas Tempranas del Lenguaje [Early Language Milestone Scale (ELM Scale 2)] 2ª edición, funciona como una historia estructurada del lenguaje auditivo expresivo, auditivo receptor y visual, desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad y de la inteligibilidad del habla desde los 18 hasta los 48 meses de edad. La escala ELM-2 se puede utilizar como herramienta de rastreo o como medida semicuantitativa del desarrollo del lenguaje. La hoja de puntaje de la Escala ELM-2 se ha reproducido con autorización de Coplan J. The Early Language Milestone Scale 2ª ed (ELM Scale) PRO-ED 8700 Shoel Creek Blvd Austin T © 1983-1993.

Anexo 5

**Pautas de comportamiento
que aparecen entre el primer año
y el quinto año de vida**



12 meses

<i>Motor</i>	Camina tomado de una mano
<i>Coordinación</i>	Usa el índice y pulgar como pinza
<i>Lenguaje</i>	Primeras palabras; enunciados de una palabra con sentido: mamá, upa
<i>Social</i>	Reconoce objetos cotidianos; entrega un objeto ante orden verbal

15 meses

<i>Motor</i>	Camina solo, sube las escaleras reptando
<i>Coordinación</i>	Hace torres de 2 cubos, dibuja líneas con el lápiz, introduce una pelotita en el frasco
<i>Lenguaje</i>	"Jerga". Comprende órdenes sencillas, puede nombrar objetos familiares: ba-bau, mema, pipi, dame
<i>Social</i>	Indica algunos deseos o necesidades señalando; abraza a los padres

18 meses

<i>Motor</i>	Corre con rigidez; sube escaleras asido de una mano; explora cajones, patear la pelota. Se agacha y se levanta sin sostén.
<i>Coordinación</i>	Hace torres de 4 cubos; imita la escritura; imita el trazo vertical; saca una pelotita del frasco
<i>Lenguaje</i>	10 palabras (promedio); nombra imágenes; identifica una o más partes del cuerpo
<i>Social</i>	Prefiere comer solo; puede quejarse del pañal sucio; besa a los padres con ruido; juego simbólico: "peina a la muñeca"; "habla por teléfono".

24 meses

<i>Motor</i>	Corre; abre las puertas; se sube a los muebles
<i>Coordinación</i>	Torres de 7 cubos; garabatos circulares; imita el trazo horizontal; patear la pelota
<i>Lenguaje</i>	Frases de 2 palabras
<i>Social</i>	Maneja bien la cuchara; refiere a menudo las experiencias inmediatas; ayuda cuando se le desnuda; escucha relatos con imágenes

2 1/2 años

Motor	Sube las escaleras alternando los pies; salta
Coordinación	Traza líneas horizontales y verticales, pero en general no las une en forma de cruz; imita el trazo circular, formando una figura cerrada
Lenguaje	Se refiere a sí mismo con el pronombre YO, utiliza MIO y TUYO; hace garabatos con intención
Social	Ayuda a recoger objetos; juegos de fingimiento; controla esfínteres de día

3 años

Motor	Corre bien; monta en triciclo
Coordinación	Hace torres de 8 cubos; copia círculos; imita cruces; arma rompecabezas simples
Lenguaje	Cuenta correctamente hasta 3 objetos, repite 3 números; frases de 6 palabras. Conoce su sexo. Pregunta ¿por qué?
Social	Juega a juegos sencillos (en paralelo con otros niños), ayuda a vestirse; se lava las manos

4 años

Motor	Salta en largo; arroja el balón sobre su cabeza; usa tijeras para recortar imágenes; trepa bien
Coordinación	Copia la cruz; dibuja la figura de hombre con 2 a 4 partes, además de la cabeza; indica la mayor de dos líneas
Lenguaje	Domina oraciones simples; cuenta historias; recita versos; canta
Social	Juega con varios niños iniciando la interacción social y del desempeño de papeles; va solo al baño

5 años

Motor	Evade
Coordinación	Indica el más pesado de dos objetos; dibuja persona completa (6 partes); junta dibujos semejantes (aparea figuras)
Lenguaje	Aumenta el vocabulario; inicio de la sintaxis compleja; escribe su nombre; acceso al lenguaje escrito
Social	Se viste y desnuda solo; pregunta el significado de las palabras; juega con consigna.

Modificado de: Nelson W (ed.). 3ª ed. McGraw-Hill, Interamericana, 1997; sobre datos de Gessell, Knobloch, Bayley, Shirley y otros.

Anexo 6

Necesidades diarias de alimentos según edad



En el siguiente cuadro se resumen las necesidades diarias de alimentos según edad

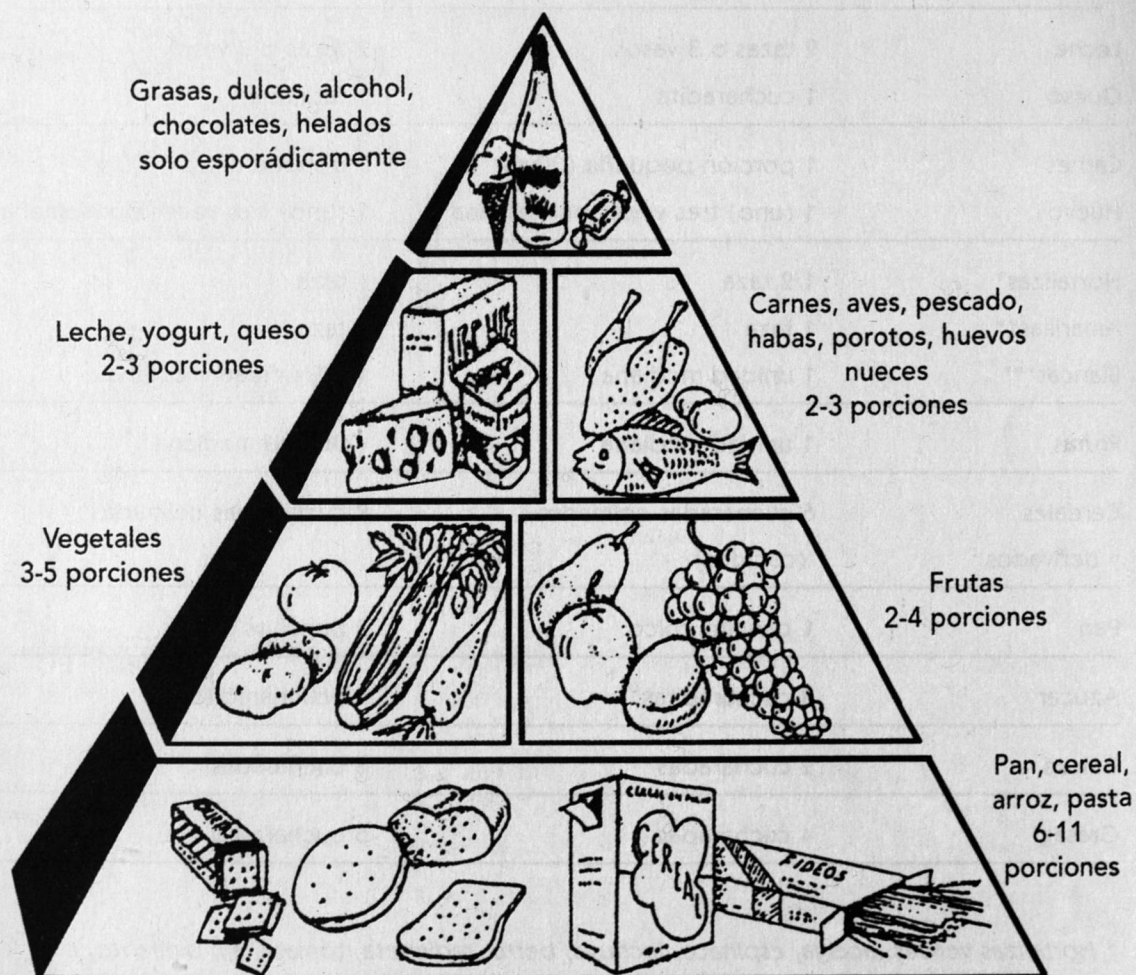
Alimento	Niño preescolar	Niño escolar
Leche	2 tazas o 3 vasos	2 tazas o 3 vasos
Queso	1 cucharadita	1 feta fina
Carnes	1 porción pequeña (30 g)	1 porción chica (100 g)
Huevo	1 (uno) tres veces por semana	1 (uno) tres veces por semana
Hortalizas*	1/2 taza	1 taza
Amarillas**	1 taza	1 taza
Blancas***	1 unidad mediana	1 1/2 unidad mediana
Frutas	1 unidad mediana	1 unidad mediana
Cereales y derivados	6 cucharadas colmadas (cocidos)	8 cucharadas colmadas
Pan	1 pancito chico	3 pancitos chicos
Azúcar	8 cucharaditas	10 cucharaditas
Dulces	2 cucharadas	3 cucharadas
Grasas	4 cucharadas	5 cucharadas

* Hortalizas verdes: acelga, espinaca, lechuga, berro, radicheta, tomate, ají, pimiento, etc.

** Hortalizas amarillas: zapallo, zanahoria, calabaza, arvejas, chauchas, cebolla, remolacha.

*** Hortalizas blancas: papa, batata, mandioca y choclo.

Pirámide nutricional



Anexo 7

CALENDARIO DE VACUNACIÓN

Calendario de vacunación



CALENDARIO DE VACUNACIÓN

EDAD	BCG 1	CUADRUPLE (DPT + Hib) 2	TRIPLE BACTERIANA (DPT) 3	SABIN 4	TRIPLE VIRAL (SRP) 5	DOBLE ADULTOS (dT _a) 6
RECÉN NACIDO	1ª DOSIS (*)					
2 MESES		1ª DOSIS		1ª DOSIS		
4 MESES		2ª DOSIS		2ª DOSIS		
6 MESES		3ª DOSIS		3ª DOSIS		
12 MESES					1ª DOSIS	
18 MESES		4ª DOSIS		4ª DOSIS		
6 AÑOS	REFUERZO		REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	
16 AÑOS						REFUERZO
CADA 10 AÑOS						REFUERZO

(*) Antes del egreso de la Maternidad

1 BCG: Tuberculosis

2 DPT: Difteria - Pertussis - Tétanos
Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b

3 DPT: Difteria - Pertussis (Tos convulsa) -
Tétanos

4 SABIN: Poliomielitis

5 SRP: Sarampión - Rubéola - Parotiditis

6 dT_a: Difteria - Tétanos

PARA RECORDAR:

Las mamás embarazadas tienen que aplicarse la antitetánica o dT_a.



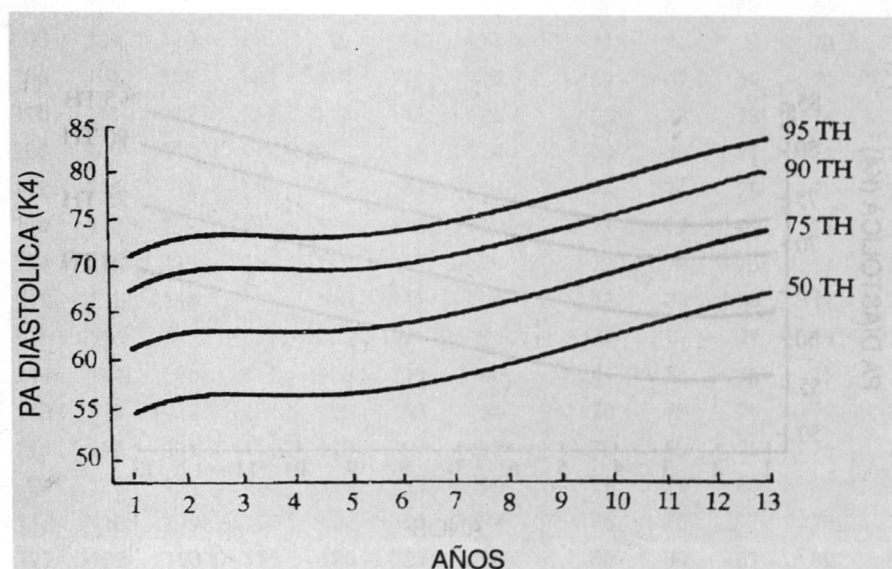
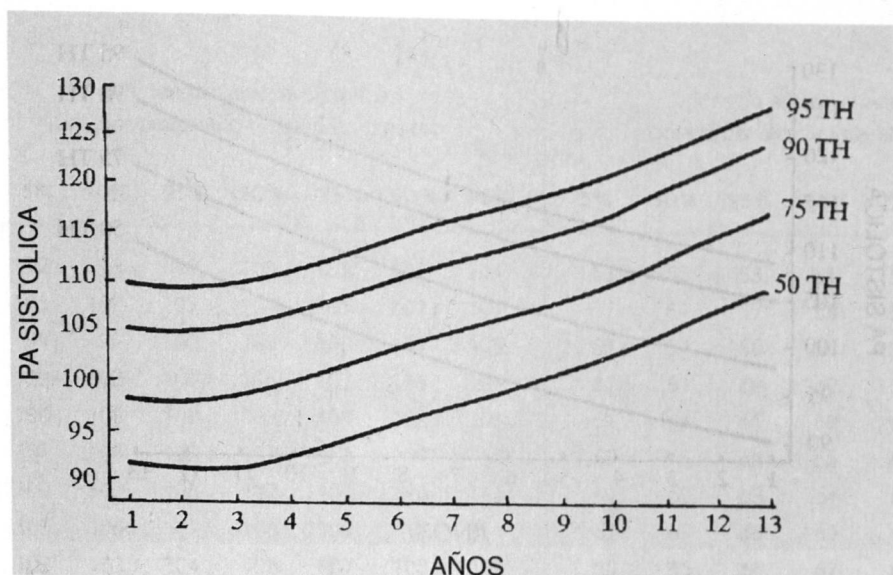
MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA

Anexo 8

Tensión Arterial



Niñas



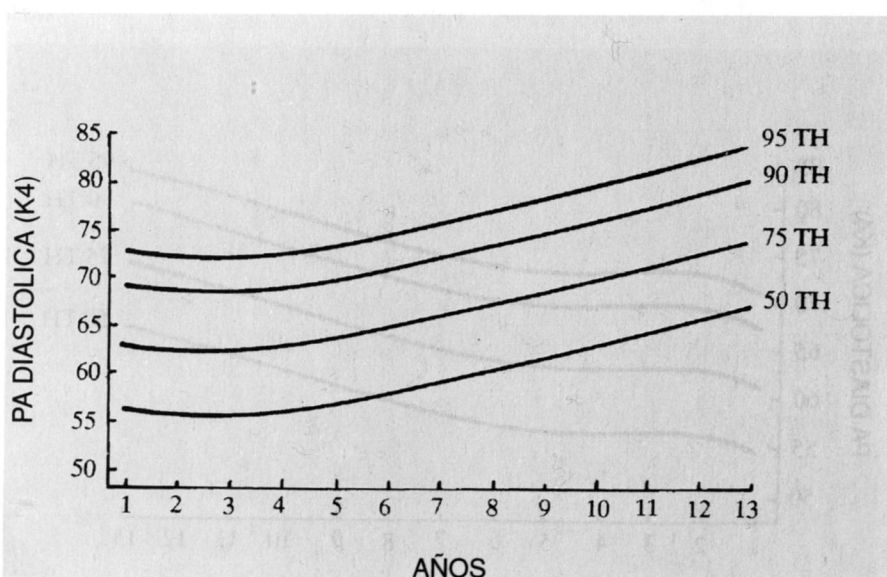
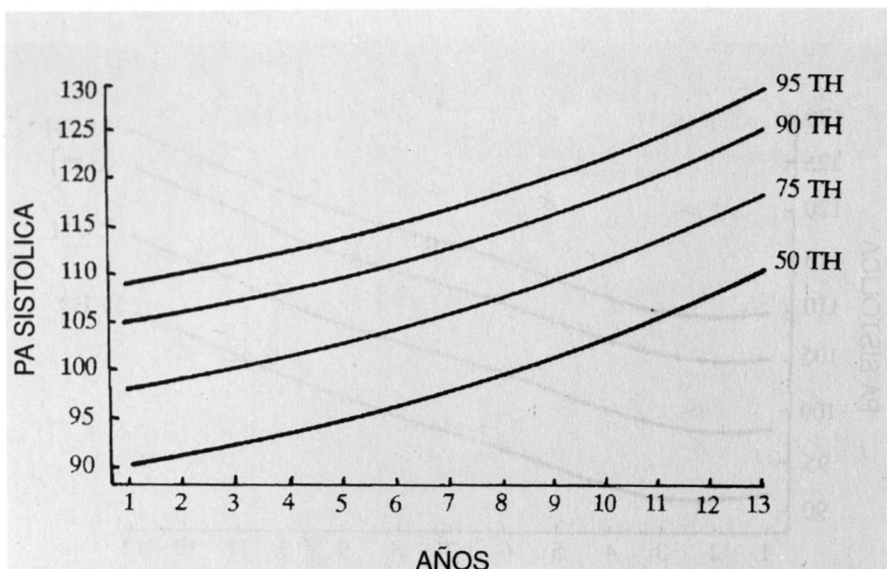
90 Percentilo

PA sistólica	105	105	106	107	109	111	112	114	115	117	119	122	124
PA diastólica	67	69	69	69	69	70	71	72	74	75	77	78	80
Talla cm	77	89	98	107	115	122	129	135	142	148	154	160	165
Peso Kg	11	13	15	18	22	25	30	35	40	45	51	58	63

Percentilos de presión arterial sistólica y diastólica (K4) en niñas de 1 a 13 años de edad.

Report the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children, 1987
Pediatrics 1987; 79: 1-25

Niños



90 Percentilo

PA sistólica	105	106	107	108	109	111	112	114	115	117	119	121	124
PA diastólica	69	68	68	69	69	70	71	73	74	75	76	77	79
Talla cm	80	91	100	108	115	122	129	135	141	147	153	159	165
Peso Kg	11	14	16	18	22	25	29	34	39	44	50	55	62

Percentilos de presión arterial sistólica y diastólica (K4) en niños de 1 a 13 años de edad.

Report the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children, 1987
Pediatrics 1987; 79: 1-25

Niveles de tensión arterial en mujeres

Percentilos 90 y 95 según edad y percentilo de talla

Edad años	Percentilo T.A.	Tensión arterial sistólica por percentilo de talla en mm Hg							Tensión arterial diastólica por percentilo de talla en mm Hg						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	98	99	100	102	103	104	53	53	53	54	55	56	56
	95	101	102	103	104	105	107	107	57	57	57	58	59	60	60
2	90	99	99	100	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	61	62	62	63	64	65
3	90	100	100	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	63	64
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	65	65	66	67	67	68
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	62	63	64	65	66	66
	95	105	106	107	108	109	111	111	67	67	68	69	69	70	71
5	90	103	103	104	106	107	108	109	65	66	66	67	68	68	69
	95	107	107	108	110	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
6	90	104	105	106	107	109	110	111	67	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	110	111	112	114	114	71	71	72	73	73	74	75
7	90	106	107	108	109	110	112	112	69	69	69	70	71	72	72
	95	110	111	112	113	114	115	116	73	73	73	74	75	76	76
8	90	108	109	110	111	112	113	114	70	70	71	71	72	73	74
	95	112	112	113	115	116	117	118	74	74	75	75	76	77	78
9	90	110	110	112	113	114	115	116	71	72	72	73	74	74	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	75	76	76	77	78	78	79
10	90	112	112	114	115	116	117	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81	81
12	90	116	116	118	119	120	121	122	75	75	76	76	77	78	78
	95	120	120	121	123	124	125	126	79	79	80	80	81	82	82
13	90	118	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	78	79	80
	95	121	122	123	125	126	127	128	80	80	81	82	82	83	84
14	90	119	120	121	122	124	125	126	77	77	78	79	79	80	81
	95	123	124	125	126	128	129	130	81	81	82	83	83	84	85
15	90	121	121	122	124	125	126	127	78	78	79	79	80	81	82
	95	124	125	126	128	129	130	131	82	82	83	83	84	85	86
16	90	122	122	123	125	126	127	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86
17	90	122	123	124	125	126	128	128	79	79	79	80	81	82	82

Fuente: Update on the 1987 Task Force report on high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics 1996; 98: 649.

Niveles de tensión arterial en varones

Percentilos 90 y 95 según edad y percentilo de talla

Edad años	Percentilo T.A.	Tensión arterial sistólica por percentilo de talla en mm Hg							Tensión arterial diastólica por percentilo de talla en mm Hg						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	62	63	64	65	66	66
	95	106	107	109	111	113	114	115	66	67	67	68	69	70	71
5	90	104	105	106	108	110	112	112	65	65	66	67	68	69	69
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	70	71	72	73	74
6	90	105	106	108	110	111	113	114	67	68	69	70	70	71	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
7	90	106	107	109	111	113	114	115	69	70	71	72	72	73	74
	95	110	111	113	115	116	118	119	74	74	75	76	77	78	78
8	90	107	108	110	112	114	115	116	71	71	72	73	74	75	75
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	76	77	78	79	80
9	90	109	110	112	113	115	117	117	72	73	73	74	75	76	77
	95	113	114	116	117	119	121	121	76	77	78	79	80	80	81
10	90	110	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78
	95	114	115	117	119	121	122	123	77	78	79	80	80	81	82
11	90	112	113	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	116	117	119	121	123	124	125	78	79	79	80	81	82	83
12	90	115	116	117	119	121	123	123	75	75	76	77	78	78	79
	95	119	120	121	123	125	126	127	79	79	80	81	82	83	83
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	76	76	77	78	79	80
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	80	81	82	83	83	84
14	90	120	121	123	125	126	128	128	76	76	77	78	79	80	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	81	81	82	83	84	85
15	90	123	124	125	127	129	131	131	77	77	78	79	80	81	81
	95	127	128	129	131	133	134	135	81	82	83	83	84	85	86
16	90	125	126	128	130	132	133	134	79	79	80	81	82	82	83
	95	129	130	132	134	136	137	138	83	83	84	85	86	87	87
17	90	128	129	131	133	134	136	136	81	81	82	83	84	85	85
	95	132	133	135	136	138	140	140	85	85	86	87	88	89	89

Fuente: Update on the 1987 Task Force report on high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics 1996; 98:649.

Índice

PRONAP Informa Pág. 5

Capítulo 1:

Pautas de control del niño de 1 a 5 años

Dra. Elena Cisaruk de Lanzotti y Dra. Marcela C. Gorosito.. Pág. 13

Capítulo 2:

Colagenopatías

Dra. Stella M. Garay Pág. 39

Capítulo 3:

Abuso infantil

Dr. Norberto R. Garrote Pág. 61

Anexo 1:

Claves de Corrección Pág. 89

Anexo 2:

Gráficos de crecimiento de ambos sexos 0-6 años Pág. 107

Anexo 3:

Dibujos de la figura humana Pág. 117

Anexo 4:

Escala de Pautas Tempranas del Lenguaje-2 Pág. 121

Anexo 5:

Pautas de comportamiento que aparecen

entre el primer año y el quinto año de vida Pág. 125

Anexo 6:

Necesidades diarias de alimentos según edad Pág. 129

Anexo 7:

Calendario de vacunación Pág. 133

Anexo 8:

Tensión Arterial..... Pág. 137

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de julio de 2000 en



Tte. Gral. Perón 935
1038 Ciudad de Buenos Aires