



2014

Módulo 1

Acoso entre pares

Detección temprana del cáncer pediátrico

Impacto alejado de la lactancia materna

Otitis media



PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica



2014

Módulo 1

Acoso entre pares

Detección temprana del cáncer pediátrico

Impacto alejado de la lactancia materna

Otitis media



Dirección:

Dra. María Luisa Ageitos

Edición:

Dra. Virginia Orazi

Dra. Lucrecia Arpí

Dra. Claudia Ferrario

Procesamiento didáctico:

Lic. Claudia Castro. Lic. Amanda Galli

Apoyo administrativo:

Fabiana Cahaud

María Laura Boria

Jazmín Kancepolski

Bárbara Rubino

PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Comisión Directiva SAP

Presidente

Dra. Angela Spagnuolo de Gentile

Vicepresidente 1°

Dr. Jorge L. Cabana

Vicepresidente 2°

Dra. Nélica C. Valdata

Secretaria General

Dra. Stella Maris Gil

Tesorero

Dr. Omar L. Tabacco

Pro-Tesorero

Dr. Walter O. Joaquin

Secretaria de Educación Continua

Dr. Carlos G. Wahren

Secretario de Actas y Reglamentos

Dr. Mario H. Elmo

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. Verónica S. Giubergia

Secretario de Relaciones

Dra. Mariana Rodríguez Ponte

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Carlota J. Russ

Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. María Eugenia Cobas

Vocal 1°

Dr. Daniel E. Stechina

Vocal 2°

Dra. Sandra I. Bufarini

Vocal 3°

Dra. Silvia Marchisone

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

Secretaria de Educación Continua Período 2013-2015

Secretario:

Dr. Carlos G. Wahren

Vocales:

Dra. María Luisa Ageitos

Dr. Lucrecia Arpi

Dr. Julio Busaniche

Dra. Silvia Castrillón

Dr. Guillermo Chantada

Dr. Juan Bautista

Dartiguelongue

Dra. Silvia Marchisone

Dra. Isabel Maza

Dr. Fernando Torres

Dr. Luis Urrutia

Dra. Nélica Valdata

Dr. Juan Carlos Vassallo

Asesoras Pedagógicas:

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

Consejo Asesor del PRONAP

Directores de Región Región Metropolitana

Dr. Leonardo Vazquez

Región Litoral

Dra. Judit Kupervaser

Región Pampeana Norte

Dra. Stella Maris Torchia

Región Pampeana Sur

Dra. Mariana González

Región Centro Cuyo

Dra. Cristina Gatica

Región Noreste Argentino (NEA)

Dra. Mónica Sprang

Región Noroeste Argentino (NOA)

Dr. Humberto Guerrero

Región Patagónica Atlántica

Dr. Héctor Tejada

Región Patagónica Andina

Dr. Luis Díaz Dellacasa

Equipo de apoyo profesional

Lucrecia Arpi, Silvia Castrillón, Cristina Ciriaci, Salomón Danon, Claudia Ferrario, Gabriela Giannini, Roxana Martinitto, Isabel Maza, Angela Nakab, Mónica Ohse, María Ernestina Reig, Luis Urrutia, Ricardo Vicentino, Adriana Peralta, Liliana Villafañe.

PRONAP. Programa Nacional de Actualización Pediátrica: Módulo 1 - 2014 / Ana Campelo ... [et al].
1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2014. 144 p.; 28x20 cm.

ISBN 978-987-3715-01-3

1. Pediatría. I. Campelo, Ana. CDD 618.92

Fecha de catalogación: 04/07/2014

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).

Av. Coronel Díaz 1971 C1425DQF. Buenos Aires.

Teléfonos: (011) 4821-2318/2319/5033/8612,
internos: 130/131/132/145.

Fax directo: interno 132.

Correo electrónico: pronap@sap.org.ar

Internet: <http://www.sap.org.ar>.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 10 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2014.

I.S.B.N.: 978-987-3715-01-3

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.

Diseño Editorial: **AMI GALLI** • amigalli@gmail.com

Esta tirada de 5.900 ejemplares fue impresa en junio de 2014 en **IDEOGRÁFICA**, Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires • Telefax: 4327-1172 • ideografica@netizen.com.ar

PRONAP Informa

4

Acoso entre pares
Lic. Ana Campelo

13

Detección temprana del cáncer pediátrico
Dr. Marcelo Scopinaro
Dr. Walter Cacciavillano

47

Impacto alejado de la lactancia materna
Dr. Horacio Federico González

93

Otitis media
Dr. Andrés D. Sibbald

115

BIENVENIDOS AL PRONAP 2014

El 8° ciclo de 3 años comienza con este módulo. Le damos la bienvenida a los antiguos seguidores del curso y a los nuevos que se incorporan este año.

Después de 21 años continuados, hemos cambiado de 4 módulos anuales a 3, ya que el 92% de los pediatras que respondieron la encuesta de octubre 2013 aprobaron esta idea. Seguimos teniendo 12 temas.

Intentamos disminuir las oportunidades de extravíos o demoras en los envíos; espero lo consigamos.

En el año 2013 por primera vez implementamos el examen, la encuesta de opinión y el trabajo en terreno por vía electrónica y, con orgullo, vimos que un 85% de los alumnos lo completó sin problemas, al otro 15% le ofrecimos nuestra ayuda y también pudieron hacerlo. La tecnología está llegando y nos está ayudando.

En este ciclo de 3 años, al que seguro llamarán "el violeta", queremos que los pediatras de todas las edades recuerden a un maestro, o lo conozcan, si no tuvieron la oportunidad y el privilegio de conocerlo en su trayectoria.

HOMENAJE A UN MAESTRO DE LA PEDIATRÍA

El próximo año se cumplen 20 años de la desaparición física del Dr. Carlos Gianantonio (1926-1995).

Podrá conocerlo un poco más en: Ciclo de Conferencias con el Dr. Carlos A. Gianantonio publicado por la SAP en su página web: <http://www.sap.org.ar/prof-comunicaciones11-gianant.php>

Solo destacaremos dos aspectos: fue el pionero indiscutible en la descripción del Síndrome Urémico Hemolítico, y fue el creador de las residencias pediátricas.

Fue médico del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y creador del Servicio de Pediatría del Hospital Italiano, ambos de Buenos Aires.

Sabio, inteligente, con sentido del humor, investigador, creador, docente de alma, aunque no de las cátedras, fue Presidente de la SAP (1984-87).

Tuve el honor de ser, en su comisión, Secretaria General. Aprendí mucho y lo disfruté en sus recomendaciones científicas, pero también en las literarias, y en sus chistes de final de reunión...

Desde el PRONAP, y al dar comienzo al 8° ciclo de 3 años, pensamos en rendirle un homenaje sencillo, como seguro le hubiera gustado que lo recordáramos. En simples anécdotas del quehacer diario que tomamos del libro "El mejor de los nuestros", escrito por el Dr. Daniel Gril, uno de sus devotos residentes y publicado por Fundasap; recordaremos su excelencia como pediatra.

En cada Módulo del ciclo 2014-2016 publicaremos una de esas anécdotas clínicas que lo van mostrando en una de sus múltiples facetas de pediatra, ese pediatra que querríamos ser, y querríamos tener para que atienda a nuestros hijos o a nuestros nietos, el más sabio pero también el más humano.

Encontrará el texto al final del PRONAP Informa. Nos gustaría tener noticias de las reacciones de ustedes al leer estas anécdotas, sus opiniones nos interesan, y mucho. Esperamos sus comentarios.

Cordialmente,
Dra. María Luisa Ageitos
Directora PRONAP

* Gril D. El mejor de los nuestros. Recordando a Carlos A. Gianantonio. FUNDASAP, 1997.

PRONAP INFORMA

¿QUÉ ES EL PRONAP?

El PROGRAMA NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN PEDIÁTRICA es un curso a distancia, pionero en América Latina, realizado ininterrumpidamente desde 1993 y año a año va manteniendo el número de inscriptos. Ya contamos para este año con aproximadamente 7.100 inscriptos.

Está dirigido a todos los pediatras interesados en actualizar sus conocimientos y en mejorar su práctica profesional a favor de la salud infantil.

El PRONAP 2014 inaugura el 8º ciclo de tres años: 2014-2015-2016.

- ❖ **MÓDULOS IMPRESOS:** usted recibe en su domicilio 3 módulos impresos con 4 temas cada uno. En cada módulo se incluyen capítulos de actualizaciones especialmente escritos para el programa.

En cada uno de los capítulos se proponen ejercicios que pueden ser realizados en forma individual y/o en grupo con otros colegas. Los ejercicios son para afianzar su aprendizaje. No debe enviarlos al PRONAP.

En 2014 se escribirán los siguientes **temas:** Acoso • Burn out • Detección temprana del cáncer • Impacto alejado de la LM • Mitos en alimentación infantil • Otitis media aguda • Errores en infectología • Indicación racional de estudios por imágenes • Orientación sexual • Preguntas frecuentes en dermatología • Células madres • Mielomeningocele.

- ❖ **TRABAJO EN TERRENO:** Se trata de un trabajo “práctico” y tiene como propósito la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos. Un “trabajo en terreno” suele ser una oportunidad para reflexionar sobre la práctica profesional: sobre las condiciones en las que se trabaja, los resultados de la atención brindada, la relación con los pacientes y sus familias, etc.

Es una tarea obligatoria y su cumplimiento es requisito para obtener el Certificado Final.

- ❖ **EXAMEN FINAL:** Examen, cuadernillo con 100 preguntas de selección múltiple que recibe en su domicilio, junto con el último módulo del año. El examen es un estímulo para revisar los textos y para consultar con colegas. Cuanto más estudie, mejor será su aprovechamiento del curso.

El nivel de exigencia establecido para su aprobación es el 60% de respuestas correctas.

- ◆ **ENCUESTA DE OPINIÓN:** Explora el grado de satisfacción de los inscriptos y aporta sugerencias para el mejoramiento del programa.

La Encuesta de Opinión debe ser respondida obligatoriamente, su envío es requisito para obtener el Certificado final.

- ◆ **LISTA DE INTERÉS:** El curso cuenta con una lista de discusión e información por correo electrónico en la que pueden participar los profesionales que desean interactuar con sus colegas utilizando este recurso informático. Está coordinada por el Dr. Salomón Danon de La Rioja. Si tiene interés en participar en este foro, envíenos un mail a:

pronap@sap.org.ar

Asunto: subscribe lista pronap

Nombre y apellido:

DNI:

Dirección e-mail:

Una vez confirmada su inscripción al PRONAP, comenzará a formar parte de la nueva lista y podrá comunicarse con sus compañeros del curso.

VOCES DE LA LISTA

"He entregado el examen, encuesta y trabajo en terreno.

Muchas gracias al Dr. Salomón y a todos los pronaperos y será hasta otro encuentro. Es muy enriquecedor compartir y disenter!!!! Buen año para todos". Mónica.

"Excelente todo lo relacionado a PRONAP: contenidos, presentación y sobre todo, a todos ustedes: EL EQUIPO HUMANO". Gracias". Ernesto.

- ◆ **ENCUENTROS VIRTUALES:** En el Encuentro Virtual (EV) se analizan situaciones clínicas, se comparten experiencias y se amplían algunos temas según el interés de los profesionales participantes.

Participar en el EV insume aproximadamente unas 2 ó 3 horas semanales, en el momento en que a usted le quede cómodo. Además de leer y escribir en la PC, necesitará algo más de tiempo para lectura complementaria. Se desarrollará en aproximadamente 5 semanas. Es una actividad opcional; la participación en los Encuentros Virtuales acredita 50 horas que se suman al Certificado Final.

Los inscriptos son distribuidos en “aulas” (grupos) que son coordinadas por un tutor. Los tutores son pediatras clínicos con experiencia docente.

Para poder participar es requisito indispensable tener acceso a una PC con banda ancha.

Los requerimientos para realizar un EV son: GANAS!! Las experiencias de nuestros alumnos han calificado la actividad como altamente recomendable.

La fecha de inscripción a los EV la confirmaremos en el módulo 2.

ENCUESTA DE OPINIÓN

Lo que más le gustó del EV (en pocas palabras):

- *La interacción entre colegas de diferentes lugares del país, de diferentes edades, con experiencias de formación y atención diversas.*
- *La metodología, accesible para todos, práctica, dinámica, el alto nivel de debate logrado en los foros, la interacción del grupo, la comodidad de los horarios.*
- *Los casos clínicos propuestos para trabajar: prácticos, de la consulta frecuente, interesantes, claros, didácticos, la forma de llegar al diagnóstico de certeza a través del desarrollo de diagnósticos presuntivos.*
- *La coordinación del encuentro fue uno de los aspectos más valorados por los inscriptos: excelente, de alto nivel, la predisposición, el compromiso. El estímulo brindado a la participación.*
- *La bibliografía, de alto nivel académico, excelente, de diferentes fuentes.*
- *Tengo 73 años e hice residencia en pediatría en un hospital general del conurbano con grandes dificultades para obtener bibliografía y poder formarse. Por ese motivo me parece una maravilla el Encuentro y todo el Pronap.*

Lo que menos le gustó:

- *Los tiempos para responder fueron cortos, además la época del año complicada.*
- *No llegamos a leer toda la bibliografía que circuló en las aulas.*
- *La coincidencia de realizar el curso con la fecha de presentación del examen de Pronap.*
- *Muchos alumnos por aula, muchos mails para leer todos los días.*
- *Que sea virtual, aunque es más cómodo por los tiempos del que disponemos para participar.*

- ❖ **MATERIALES DEL PRONAP EN LA WEB. REPOSITORIO PRONAP:** videos, entrevistas grabadas, bibliografía ampliatoria, bibliografía complementaria de los encuentros virtuales y materiales de educación para la salud estarán disponibles en www.pronap.org.ar o accediendo en el campus virtual de la página web de la SAP.

Para ingresar, debe tener un usuario creado en el campus virtual; en caso de no tenerlo, usted puede generar su propia clave cliqueando en el banner “Registrarse al campus” y siguiendo los pasos indicados.

Una vez creada esta clave e ingresado al campus, debe dirigirse, en el centro de la pantalla, al banner “PRONAP” y después al de “Repositorio PRONAP”.

La primera vez que ingrese a este sitio con su usuario, el sistema le pedirá una contraseña de acceso.

Contraseña de acceso: repositoriopronap1112

Una vez que haya ingresado la clave del curso y accedido satisfactoriamente al área, no se le volverá a pedir dicha contraseña.

- ❖ **FECHAS PARA HACER LOS RECLAMOS POR MÓDULOS EXTRAVIADOS. RE-ENVÍOS:** En función de los numerosos problemas registrados con la distribución de los módulos por correo postal durante los últimos años, y para no aumentar el costo del PRONAP para la totalidad de los inscriptos, se ha decidido que ante un reclamo de material no recibido se reenviará el módulo, en papel y por correo postal, una sola vez.

Se anunciará en las diferentes listas y en la página web de la SAP la salida de cada uno de los módulos. Para este fin es necesario tener actualizado su correo electrónico y que nos notifique alguna modificación para optimizar esta vía de comunicación. La fecha de salida de cada módulo es importante para hacer el reclamo correspondiente en caso de no recibir alguno de los módulos.

Cada alumno es responsable de controlar la recepción del módulo en su domicilio.

Los reclamos serán aceptados dentro de un límite de tiempo. A tener en cuenta:

Reclamos del módulo 1 hasta la fecha de salida del módulo 2.

Reclamos del módulo 2 hasta la fecha de salida del módulo 3.

Reclamos del módulo 3 hasta 30 días antes de la fecha límite de entrega del examen final.

No se aceptarán reclamos fuera de estas fechas.

Importante: tenga en cuenta que para recibir el material en los envíos planificados debe tener pago el total del curso. Caso contrario, no recibirá el material correspondiente y generará una deuda con tesorería.

Guarde los módulos en lugar seguro, evite extravíos. Luchamos con un correo lento e ineficiente, no podemos mejorarlo, trate de controlar la llegada del material a su domicilio. Actualice el mismo si se muda; si en su casa no hay nadie que lo reciba, busque una dirección alternativa.

- ❖ **CERTIFICACIÓN:** Para obtener la condición de alumno regular y recibir la certificación correspondiente a 250 horas usted debe cumplir en tiempo y forma con:
 - Trabajo en Terreno.
 - Encuesta de Opinión.
 - Examen Final.
 - Haber completado el pago de aranceles.
- ❖ **CERTIFICACIÓN ACUMULADA:** correspondiente al Octavo Ciclo (2014, 2015 y 2016). Los alumnos pueden obtener una certificación acumulada reuniendo sus acreditaciones anuales.

Diploma por	Requisitos
900 hs	Exámenes aprobados: 2014, 2015 y 2016 Participación en 3 (tres) Encuentros Virtuales (en tres años diferentes)
850 hs	Exámenes aprobados: 14, 15 y 16 Participación en 2 (dos) Encuentros Virtuales (en dos años diferentes)
800 hs	Exámenes aprobados: 14, 15 y 16 Participación en 1 (un) Encuentro Virtual por lo menos
600 hs	Dos exámenes aprobados: 14 y 15, ó 14 y 16, ó 15 y 16 Participación en 2 (dos) Encuentros Virtuales (en dos años diferentes)
550 hs	Dos exámenes aprobados: 14 y 15, ó 14 y 16, ó 15 y 16 Participación en 1 (un) Encuentro Virtual por lo menos

❖ **INFORMACIÓN PARA ALUMNOS 2013:**

Los Certificados correspondientes al curso 2013 se comenzarán a enviar en agosto/setiembre.

Hasta el 30 de diciembre del 2014 se recibirán los reclamos.

❖ **INFORMACIÓN PARA ALUMNOS 2014:**

Con el Módulo N° 1 Ud. está recibiendo:

- Suelos de Detección temprana del cáncer pediátrico,
- Póster de Acoso escolar.

❖ **CONSULTAS, RECLAMOS Y OTRAS COMUNICACIONES**

CORREO ELECTRÓNICO: pronap@sap.org.ar

TELÉFONOS: De 10 a 20 horas: 011-4821-8612/2318/2319, internos 130/131/132

Fax directo: 011-4821-2319 interno 132

CORREO POSTAL:

PRONAP 2014

Coronel Díaz 1971

(1425) Ciudad de Buenos Aires

Al equipo PRONAP

"... la atención de la gente de PRONAP para los reclamos es para destacar". Edit.

"Mil gracias por su respuesta positiva. Y a través suyo, saludo a todo el equipo que tanto y tan silenciosamente trabaja para la pediatría argentina". Elvio.

HOMENAJE A UN MAESTRO DE LA PEDIATRÍA: CARLOS GIANANTONIO

EL VESTIDITO

Hubo una época de la Pediatría en la que, sin temor a exagerar, podíamos decir que era más la gente que investigaba y disertaba sobre la desnutrición, que la que sufría por ella.

Los residentes estudiábamos sesudamente las alteraciones de las faneras de los desnutridos, pero no poníamos el mismo énfasis para hacer educación alimentaria, porque tal vez nos parecía que no era tan científico. No voy a abundar en esto porque lo conversamos muchas veces y no era el punto que quería recordar.

Pero este era el tema que aquel miércoles queríamos repasar con Usted. Por eso elegimos esa chiquita que ya tenía varias internaciones por su desnutrición.

La pobrecita se internaba por alguna intercurrentia, mejoraba un tanto y al poco tiempo volvía a reinternarse.

Tenía tres años y ya era familiar para muchos de nosotros, así que decidimos presentarla en el pase de la tarde. Además, queríamos comentarle nuestra opinión con respecto a la madre, con la que resultaba difícil comunicarse. Llevamos a la chiquita con su mamá hasta el aula de la Sala 15 por si Usted quería verla y comenzamos la presentación.

Describimos minuciosamente los antecedentes de la paciente y luego hicimos una referencia detallada de todos los hallazgos del examen físico referidos a su desnutrición de tercer grado.

Por último, comentamos la impresión que teníamos acerca de la madre, porque a nuestro entender, no se ocupaba suficientemente de su hija y esto podía influir en la serie de reinternaciones de la chiquita.

Usted asentía y cuando terminamos nos preguntó sencillamente porque teníamos esa idea de la madre. Las opiniones de los que la conocíamos iban desde que se trataba de una mujer apática, poco comunicativa, que preguntaba poco sobre las enfermedades de su hija, que se conectaba poco con los médicos y cosas por el estilo, hasta lo que la consideraban un caso social irreparable, típico de la situación de miseria en que vivía la familia. Usted pidió entonces ver a la chiquita, a la que habíamos dejado esperando en la antesala del aula. Hicimos pasar a la señora con su hijita en brazos.

Usted la saludó y recuerdo que le dio las gracias por permitir que examináramos a la nena. La mujer apenas sonrió, porque tenía la cara habitada por el sufrimiento.

De a poquito y como jugando, Usted fue mirando a la chiquita, hasta que le pidió permiso a la madre para sacarle la ropa. Dobló el vestido sobre la camilla y constató los hallazgos del examen físico que tan detalladamente había escuchado en nuestra presentación.

Me parece verlo como si la acariciara, venciendo despacio el miedo de esa criatura tan mortificada. Después, sin prisa, le dio nuevamente gracias a la madre, esperó a que la vistiera y la despidió. Cuando la mujer se fue, recorrió nuestras caras expectantes y dijo:

—Creo que han hecho una descripción inmejorable del examen físico de esta chiquita. No me atrevería a agregar nada en ese sentido —miró hacia la ventana y prosiguió.

—Pero tal vez valga la pena repensar nuestra opinión de la madre.

Nos miramos sin comprender demasiado. Usted no había cruzado con la mujer más que el apretón de manos y el muchas gracias.

—No tengo muchos elementos para desmerecer la opinión de ustedes —dijo condescendiente— pero hay un par de detalles.

El residente a cargo se alarmó: —¿Algo que falte en la historia clínica, doctor?

Usted lo tranquilizó sonriendo: —No es eso. Sólo pensaba que esta chiquita está internada en la Sala 4, ¿no?

—Si —contestamos varios a coro.

—Justamente —dijo Usted— esa sala está sin agua desde antes que esta chiquita se internara y sin embargo, la madre la ha traído recién bañada, así que se ha tomado la molestia de buscar un sitio para lavarla, ya que la iban a revisar los doctores —prosiguió.



—Si hasta le puso un poquito de maizena... —continuó, pensativo. Y cerrando el comentario nos miró interrogante y dijo: —¿Se fijaron en el vestido?

Sentí que Usted estaba a punto de sacar la varita mágica.

—Porque tenía tres remiendos, pero puestos del lado de adentro y cosidos con hilo del mismo color para que no se le note —dijo—. Y una madre que no quiere a su hija, me parece que no se tomaría tanto trabajo, ¿no es cierto?

En estos años he leído muchos trabajos y libros donde se explora el vínculo madre-hijo, las características de su desarrollo en las distintas especies y las condiciones que pueden alterarlo. Pero pocas cosas me han abierto tanto los ojos como aquel viejo vestido remendado que Usted nos enseñó a mirar.

ACOSO ENTRE PARES ORIENTACIONES PARA EL PEDIATRA

Lic. Ana Campelo

Lic. en Ciencias de la Educación, UBA.

Coordinó el Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas del Ministerio de Educación de la Nación.

Capacitadora, asesora institucional y autora de diversos materiales de capacitación docente en relación con la temática.

Colaboradora

Lic. Marina Lerner

Profesora de Lengua y Literatura por el IES Moreau de Justo y Lic. en Psicología, UBA.

Coordinadora regional del Programa de Asistencia Socioeducativo del Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que asesora sobre convivencia escolar a las Escuelas Medias y Técnicas.

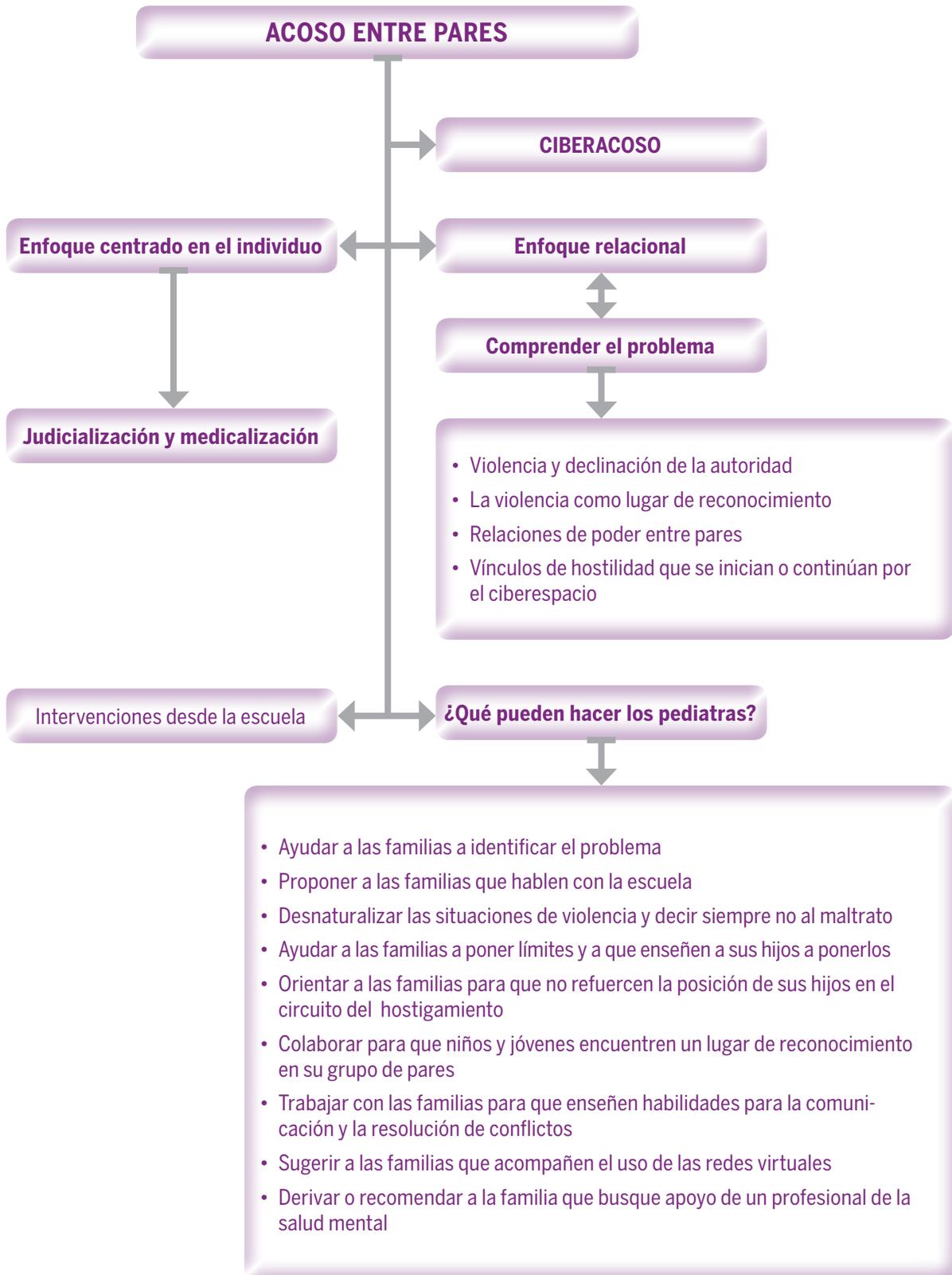
Miembro del Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas.

Autora de diversos materiales editados por el Observatorio de Violencia en las Escuelas.

OBJETIVOS

- ◆ Definir “acoso” y “ciberacoso”.
- ◆ Explicar sus principales características desde un enfoque relacional.
- ◆ Identificar algunos indicadores de acoso que pueden estar presentes.
- ◆ Conocer las acciones que se pueden realizar desde la escuela para disminuir el impacto de este fenómeno.
- ◆ Reflexionar acerca del rol del pediatra en relación con el crecimiento de un niño desde una perspectiva integral.
- ◆ Brindar elementos que posibiliten orientar a las familias cuando un niño puede estar siendo acosado o puede estar acosando a otros.
- ◆ Aconsejar a las familias que busquen apoyo de un profesional de salud mental en aquellos casos que considere necesario.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1958). Desde este enfoque salud es un concepto integral y dinámico, que refiere a las condiciones de vida y de desarrollo de los sujetos, tanto a nivel individual como social.

La salud es un derecho social y un bien público. Ha sido consagrado como tal por la Convención de los Derechos del Niño, aprobada en 1989, a la cual han adherido la mayoría de los países del mundo y que en la Argentina entró en vigencia a partir de 1990, y adquirió rango constitucional a partir de la Reforma de 1994.

Ahora bien, para hacer efectivo el acceso al derecho a la salud a los niños, es necesaria la participación de la comunidad adulta. Un niño recién nacido necesita de los cuidados de los otros para poder sobrevivir; a diferencia de las otras especies, el cachorro humano requiere de la atención de sus mayores; sin ella su crecimiento y desarrollo como individuo y como sujeto social no serían posibles.

No son solamente el padre o la madre, son quienes están involucrados en la salud de los niños, desde sus primeros días de vida; hay otros adultos que también lo están. El pediatra, en tanto profesional de la salud, está ubicado en un lugar privilegiado para acompañar a las familias en la crianza de sus hijos. Es por esto que se piensa al pediatra como médico del niño y de su familia.

Acompañar a las familias en la crianza significa orientarlas, desde el rol profesional, en la generación de las condiciones necesarias para el desarrollo integral de la salud de sus hijos. Nos hacemos eco de las palabras de María Luisa Ageitos, Pediatra y Licenciada en Salud pública, cuando afirma que: "En nuestro carácter de pediatras, somos médicos de cabecera de un periodo de la vida humana caracterizado por el cambio, el crecimiento y el desarrollo, cambios constantes que desafían nuestra observación, modelan nuestra flexibilidad y nos permiten disfrutar del maravilloso mundo de la infancia. "... "Nuestro modesto rol adquiere significado porque somos, quizás junto a los docentes, los abogados naturales de la causa de la infancia, y tanto en el acompañamiento y el apoyo como en la denuncia pública debemos considerar siempre, ante todo, el interés superior del niño."

El pediatra es entonces un actor social fundamental para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud para todos los niños, para que estos principios que los amparan sean traducidos a la realidad cotidiana de todos y cada uno de ellos.

Muchas veces los padres se acercan al médico pediatra de sus hijos y les formulan consultas, que no son médicas en un sentido restringido, pero que sí se relacionan con la salud desde una concepción integral. Este hecho da cuenta del valor que la palabra del pediatra tiene para esos padres.

Pero los pediatras no solamente atienden a familias que les consultan preocupadas por la salud de sus hijos; muchas veces se encuentran con adultos que no se sienten involucrados o se encuentran con serias dificultades para involucrarse en el desarrollo integral de sus hijos. Es en esos casos que adquiere mayor importancia la iniciativa del pediatra para ayudar a las familias a asumir la responsabilidad que les corresponde.

La vida escolar, los vínculos con los pares son de gran importancia para el crecimiento saludable de un niño. Por este motivo es necesario que los adultos, familias, pediatras y docentes, no estemos ajenos a ello.

El acoso es una modalidad que pueden asumir los vínculos entre pares que, al igual que cualquier otra forma de violencia, resulta perjudicial para el crecimiento saludable de los niños, adolescentes y jóvenes.

¿Cómo incluir en la anamnesis algunas preguntas que orienten a los pediatras y al equipo de salud sobre los vínculos que el niño, el adolescente o el joven establecen con sus pares?

¿Cómo acceder a información que posibilite entender si los lazos que fue desarrollando con sus pares en el barrio y en la escuela, favorecen su desarrollo integral o hay que ayudarlo a que esto sea de otra manera?

¿Cómo puede leer el profesional de la salud cierta información que brinda el niño, el adolescente o su familia que indique que puede estar involucrado en un circuito de acoso escolar?

¿Qué es posible hacer, desde el rol del pediatra, cuando una familia pregunta sobre el circuito de acoso en el que está involucrado su hijo?

Las planteadas son algunas de las preguntas que intentaremos responder para ayudar y orientar a los pediatras y a otros profesionales de la salud a abordar este tema desde la práctica médica. Esperamos que este material contribuya a reflexionar sobre una problemática que nos preocupa a todos.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ACOSO U HOSTIGAMIENTO ENTRE PARES?

El acoso entre pares es “la agresión hacia un individuo o grupo cometida por uno o más individuos –generalmente más– realizada en forma sistemática y repetida en el tiempo, y sobre la base de una relación asimétrica de poder”.

Otros términos que aluden al mismo fenómeno son *bullying*, que en su sentido literal significa “toreo”, intimidación u hostigamiento entre pares. En este material optamos por el uso de cualquiera de las versiones en nuestra lengua.

El acoso es una de las formas posible de violencia entre pares, pero no la única. Hay situaciones de violencia en las escuelas que no son casos de acoso y no por ello son menos graves.

¿Qué rasgos o características debe tener una situación para que estemos ante la presencia de acoso? Detengámonos en la definición:

- ◆ La violencia o agresión debe dirigirse en forma sistemática y perdurable en el tiempo al mismo niño, adolescente o grupo.
- ◆ Debe existir una relación asimétrica de poder entre quienes acosan y quien o quienes son acosados. Cabe aclarar que no es que existan chicos débiles o fuertes en esencia, sino que la diferencia de poder se produce en la escena del acoso o como resultado de la misma.

Ambos rasgos deben estar presentes para que se trate de un caso de acoso entre pares.

No son acoso las burlas, discriminaciones u otras agresiones ocasionales cuando tienen por objeto en forma rotativa a distintos miembros del grupo, es decir, son dirigidas a un alumno en un momento y a otro en otra ocasión. Tampoco es acoso, por ejemplo, las peleas a repetición entre dos jóvenes o entre bandas de jóvenes que se la “tienen jurada”. En el primer caso porque la agresión no recae en el mismo sujeto, en el segundo, porque si bien la agresión puede ser reiterada, perdurable en el tiempo, no se identificaría al menos en principio una clara asimetría de poder entre los involucrados.

Hacer esta diferencia es importante, porque en el sentido común se ha asumido el término acoso como sinónimo de violencia. Me “buleó” dicen los chicos en las escuelas ante cualquier forma de maltrato que reciban de parte de sus pares. Sin embargo es preciso reconocer las diferencias para tratar la problemática con la especificidad que requiere. Esto no quiere decir que otras situaciones como los ejemplos mencionados no sean formas de violencia, ni que sean menos graves, ni tampoco que no requieran la intervención de los docentes, de las familias y de los adultos para revertirlas.

El acoso es un **fenómeno grupal**, en el que participan generalmente, además de quienes acosan y quienes son acosados, otros sujetos en calidad de testigos o espectadores. Estos pueden comportarse de un modo más o menos activo, puede ser que no agredan en forma directa como puede ser que se sumen a las humillaciones, las burlas u otra forma de violencia. En uno u otro caso su sola presencia convalida las agresiones. Sin la presencia de “espectadores” no habría escena de acoso posible.

Las agresiones pueden ser físicas y/o psíquicas: golpes, amenazas, humillaciones, aislamientos o exclusiones, burlas, o formas más sutiles, como gestos, “robar las mejores amigas”, entre otras.

El acoso entre pares es una de las formas de violencia que ha adquirido mayor visibilidad en estos últimos años, a partir de la cobertura mediática de algunos casos que resonaron en la opinión pública. Sin embargo, ya en 1970, Dan Olweus, pionero en la investigación sobre el tema, decía que el fenómeno no era nuevo pero que había crecido su ocurrencia. Haciendo un poco de memoria, podemos recordarlo de nuestra propia experiencia como estudiantes en lo que en jerga escolar denominábamos “tomar de punto” a un compañero.

Analicemos entonces los resultados de algunas investigaciones que nos posibiliten un primer acercamiento a la descripción acerca de cómo son los vínculos en la escuela, y en particular la violencia entre pares, en la actualidad.

En primer lugar podemos mencionar el estudio realizado por el Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas del Ministerio de Educación de la Nación, “La violencia en las escuelas. Un relevamiento desde la mirada de los alumnos”. (2010).

Dicho relevamiento arroja entre otros los siguientes resultados: más de seis alumnos, de cada diez en segundo año del ciclo básico (que corresponde a la edad teórica de 14 años) y más de siete en el quinto año que corresponde al ciclo superior (edad teórica de 17), señalan que sus compañeros los tratan bien. En otros términos, entre los alumnos del ciclo superior, más del 70% del total de los alumnos dicen recibir buen trato por parte de sus compañeros, mientras que en el ciclo básico el porcentaje se ubica por encima del 60%.

El estudio diferencia lo que considera malos tratos (gritos, burlas, insultos y exclusiones) de los episodios de violencia propiamente dicha (golpes o lastimaduras, amenazas de daño, amenazas o lesiones de patotas y robo por la fuerza o con amenaza).

La forma de **malos tratos** más habitual mencionada por los estudiantes fue:

Formas de malos tratos	Ciclo básico	Ciclo superior
Gritos	16,7%	11,3%
Burlas	14,2%	9,5%
Insultos	11,9%	6,1%
Exclusiones	10,8%	7,8%

Valga la aclaración que las frecuencias en las respuestas no se suman, ya que en la encuesta un mismo alumno podía responder varias opciones para una misma pregunta.

Como se desprende de los resultados, los malos tratos disminuyen a medida que aumenta el ciclo de escolaridad. Para todas las variables analizadas, los reportes en el ciclo superior se reducen aproximadamente un tercio, con excepción de los insultos que descienden a casi la mitad.

La forma más habitual de **violencia propiamente dicha** que viven los alumnos de las escuelas por parte de sus compañeros son las amenazas de daño. Aproximadamente uno de cada diez alumnos del ciclo básico dice haber vivido esta situación en el último año y en el ciclo superior el porcentaje no supera el 5,9%.

En ambos ciclos los golpes o lastimaduras son menos frecuentes que las amenazas, mientras que el robo con uso de la fuerza es la menos frecuente de todas estas formas de violencia.

Al igual que los malos tratos, la violencia propiamente dicha disminuye en el ciclo superior, manteniéndose en ambos ciclos la proporción de reporte de los distintos tipos de hechos.

El estudio reveló que los encuestados sufrieron:

Formas de violencia	Ciclo básico	Ciclo superior
Amenazas de daños de un compañero	11%	5,9%
Golpes, lastimaduras de un compañero	9,9%	5,3%
Amenazas o lesiones de patotas	7,5%	4,4%
Robo por la fuerza o con amenaza	5,2%	3,5%

Este relevamiento no da cuenta de la ocurrencia de hechos de violencia sino de la percepción y el reporte que de los mismos realizan los estudiantes. Percepción no es sinónimo de ocurrencia. Por ejemplo es de esperar que en sociedades y/o en culturas escolares en las que haya mayor desnaturalización de la violencia se registre mayor frecuencia de reporte, lo que no significa que haya efectivamente mayor ocurrencia de hechos.

Como puede verse, el relevamiento no indaga específicamente por situaciones de acoso entre pares, tal vez la categoría que podamos considerar más cercana es la de exclusiones, pero aun así “acoso” y “exclusiones” son fenómenos diferentes. De todos modos, el estudio resulta de gran valor para hacernos un cuadro de situación de los vínculos entre pares en las escuelas.

Otra investigación relevante es la realizada por UNICEF – FLACSO, en el 2011. “Clima, situaciones conflictivas y de violencia en escuelas secundarias de gestión pública y privada del área metropolitana de Buenos Aires”. A diferencia del anterior, este estudio sí alude en forma específica a la problemática del acoso y es de carácter cuali y cuantitativo. Abarcó la totalidad de los establecimientos educativos públicos y privados, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires y revela que: aproximadamente dos tercios de los alumnos tienen conocimiento de situaciones constantes o frecuentes de humillación, hostigamiento o ridiculización de alumnos en clase (65,2% en escuelas de gestión pública y 67,9% en escuelas de gestión privada). Sin embargo, menos de un cuarto de los estudiantes manifiestan haber estado preocupados por ser ellos mismos humillados o ridiculizados por sus compañeros (22,9% en escuelas de gestión pública y 22,3% en escuelas de gestión privada).

Los alumnos que se han sentido víctimas frecuentemente de situaciones de maltrato, acoso y hostigamiento por parte de sus pares dicen que:

- ◆ Sufrieron burla por alguna característica física, el 18,1%.
- ◆ Sufrieron comentarios desagradables en público, el 16,4%.
- ◆ Fueron evitados o no quisieron compartir alguna actividad con él, 10,2%.
- ◆ Fueron tratados de manera cruel, 9,5%.
- ◆ Sufrieron robo de bienes o dinero por la fuerza o con amenaza de uso de fuerza, el 8,7%.

Otros datos obtenidos revelan que el 15,3% de los alumnos estuvo involucrado en peleas con intercambio de golpes, en más de la mitad de los casos, entre una y dos veces.

En las conclusiones de la investigación, se destaca que tanto los alumnos como los directores coincidieron en señalar que el problema de la violencia es mayor en las escuelas de la zona que en la propia; y que al reiterar la pregunta sobre el nivel de gravedad del problema de la violencia en la escuela propia unos y otros lo calificaron mayoritariamente como “poco” o “nada” grave (alumnos: “Poco grave”: 52,7%; “Nada grave”: 26%. Directores: “Poco grave”: 63,1%; “Nada grave”: 26,1%).

En función de estos resultados, sus autores concluyen que “se muestra la problemática del conflicto y la violencia en las escuelas como algo muy preocupante, pero a nivel general, abstracto. En cuanto se comienza a hablar de la propia escuela el discurso cambia radicalmente, tornándose menos grave e incluso no problemático”.

La escuela sigue siendo un lugar seguro, así lo considera un amplio porcentaje de estudiantes que menciona que recibe buen trato por parte de los estudiantes. Esta afirmación desde ya no debe llevarnos a negar la existencia de situaciones de violencia, ni a desestimar su importancia ni la necesidad de actuar frente a ellas poniéndoles fin. Este estudio está disponible en:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/clima_conflicto_violencia_escuelas.pdf

CIBERACOSO

Como un rasgo propio de nuestra época, el acoso escolar al igual que otras formas de violencia recibe el impacto que tienen las redes sociales y las tecnologías de la información y las comunicaciones en los vínculos entre pares.

El acoso, como así también otras formas de violencia, también puede tener sus manifestaciones a través del espacio virtual. Cuando esto sucede estamos ante la presencia de ciberacoso (o *cyberbullying*, en su versión en lengua inglesa).

Ciberacoso es aquel que se lleva a cabo a través de las redes sociales, teléfonos celulares u otras tecnologías de la información y comunicación. Son ejemplos de acoso en el espacio virtual: difundir fotos o filmaciones que comprometen la privacidad de los sujetos, subir a Internet filmaciones o fotos de situaciones de golpes o humillación, enviar mensajes ofensivos o amenazantes, abrir un falso perfil en Facebook usurpando la identidad de otro; promover la exclusión de un miembro del curso como por ejemplo alentar a no concurrir a su cumpleaños o la no participación en juegos deportivos, entre otros.

Muchos de los conflictos que se inician en la escuela se prolongan en el espacio virtual, también muchos conflictos que tienen lugar en la escuela tienen su inicio en las redes virtuales. Así es habitual que los chicos filmen las escenas de violencia y las pongan en circulación a través de las redes virtuales, con la altísima capacidad de repercusión que éstas posibilitan y la perduración en el tiempo de los hechos vividos. A la inversa, en muchas ocasiones peleas que se inician en las redes virtuales tienen

su desenlace en las relaciones presenciales. En ambos casos se produce una escalada de violencia en la resolución de los conflictos y se aleja la posibilidad de abordarlos en forma pacífica, a través de la palabra y el diálogo. Sergio Balardini, psicólogo argentino contemporáneo, se refiere a las redes sociales como las “esquinas virtuales” de la escuela, justamente haciendo alusión a la continuidad de los vínculos en uno y en otro espacio.

El tema es de gran relevancia y plantea alta complejidad para los adultos (docentes, familias, pediatras u otros involucrados con la formación de niños y jóvenes). Por un lado, se trata de una problemática inédita para quienes no somos nativos digitalizados, es decir, no nacimos en una sociedad en la que ya existieran estas nuevas tecnologías. Por otro, los vínculos entre pares en el espacio virtual se encuentran mucho más lejos aún de la posibilidad de intermediación por parte de los adultos que aquellos que se producen en el espacio presencial. Y finalmente, lo que es más complejo, la no presencia del otro que pueda poner un límite a las acciones, la falta de registro de lo que le sucede como consecuencia de las interacciones, hace más difícil que se acoten los comportamientos.

Un estudio comparativo entre estudiantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela, realizado por la Universidad de Navarra entre los años 2007 y 2008, da cuenta de la expansión del acoso digital a través de internet y teléfonos móviles entre los adolescentes y preadolescentes escolarizados de esos países.

Según concluye este estudio, 2.542 escolares de los siete países encuestados han reconocido haber sido perjudicados a través del celular y Messenger. En total, el 12,1% ha experimentado una forma de ciberacoso. El teléfono celular resulta la herramienta más utilizada para acosar: el 13,3% reconoce haber perjudicado a un compañero a través de su celular.

Al comparar los resultados de los estudiantes de la muestra, según género, resulta que:

- ◆ De los 9.433 varones, el 22,4% han usado el celular o Messenger para perjudicar.
- ◆ De las 11.508 chicas, el 13,4% ha reconocido haber acosado a otros.

Por otra parte, el 19,25% de los chicos encuestados declara haber sido víctima de ciberacoso, mientras que este porcentaje desciende a 13,8% en las mujeres.

DESDE UN ENFOQUE CENTRADO EN EL INDIVIDUO A UN ENFOQUE RELACIONAL

El acoso entre pares no es la única forma de violencia en el ámbito escolar ni se trata de un fenómeno nuevo, pero existe y es importante tomar consciencia de ello para poder abordarlo.

De esto no hay duda. Lo que cuestionamos es el modo en que tradicional y hegemónicamente se abordó la problemática. En este material adoptamos una postura crítica a estos enfoques, y bregamos por la construcción de un enfoque alternativo.

¿Cuáles son esos cuestionamientos?

Fundamentalmente, Olweus y otros autores que han investigado el *bullying* adoptan una explicación del fenómeno centrada en atributos o características propias de los sujetos. Según estos enfoques existirían sujetos que por sus rasgos subjetivos o por sus situaciones de vida son propicios a ser violentos y otros que son pasibles de ser victimizados. Desde esta creencia estos autores definen “perfiles”. No solo de los victimarios, sino también perfiles de las víctimas, llegando incluso a distinguir entre la “víctima pasiva o sumisa” y la “víctima provocadora”.

Si bien sus aportes fueron de gran valor en la conceptualización inicial de la problemática, nos apartamos de **enfoques centrados en el individuo patológico**, ya que sostenemos la importancia de explicar el acoso escolar como así también cualquier otra forma de violencia, desde un **enfoque relacional**.

Un enfoque es relacional cuando asume que una manifestación de violencia tiene lugar no solo por circunstancias individuales o por características subjetivas de las personas involucradas sino también debido a las interacciones entre los sujetos y al contexto en el que éstas se producen.

Esto desde ya no implica desconocer que existen características subjetivas que acercan a los chicos a una u otra posición pero amplía los márgenes de comprensión, ya que considera que los comportamientos son situacionales, es decir, responden a una situación determinada y solo pueden explicarse teniendo ésta en cuenta.

Por este motivo, preferimos hablar de roles y no de perfiles. Mientras los perfiles aluden a una identidad o a una esencia del sujeto, los roles aluden al comportamiento situacional del sujeto.

En tanto remiten a la identidad de un sujeto, los perfiles constituyen la base para etiquetamientos o estigmas: “víctima”, “victimario”, “acosador” “acosado”, “débil” y “fuerte”, “violento” entre tantos otros posibles. Incluso algunos autores se han referido a los niños o jóvenes que acosan a sus compañeros como los “*bulls*”, en su traducción literal, los toros. Sabemos que el lenguaje, el modo de nombrar las cosas, no es inocuo. Todos estos términos califican al sujeto, refieren a su identidad y al hacerlo la fijan, la cristalizan. Si en cambio nos referimos a chicos que acosan o que están acosando a otros, o chicos que están siendo acosados, no nos referimos a una identidad sino a un comportamiento en una situación o momento y que, como tal, puede modificarse.

Perfiles y etiquetamientos se traducen en “destinos inexorables”. Olweus aventura hipótesis a futuro para unos y otros. Según este autor, los “victimarios” con frecuencia incurrir en delitos en su vida adulta mientras que las “víctimas” pueden llegar a episodios de suicidio (idea que se encuentra claramente cuestionada por aquellos que se especializan en el tema, ya que nunca es posible atribuir un suicidio a un único factor, aun habiendo sido el supuesto factor “desencadenante”).

Desde un enfoque relacional, no hay niños o jóvenes acosadores o propicios de ser acosados, sino que actúan ese rol en ciertas circunstancias. Esta diferencia es fundamental, sobre todo tratándose de niños o adolescentes, es decir sujetos que se encuentran en pleno proceso de formación y que en ese mismo proceso ensayan diferentes roles. Tampoco es posible, ni mucho menos deseable, augurar un futuro inevitable. La escuela y la familia, como así también cualquier otra institución comprometida con la formación y el crecimiento de los chicos, debe necesariamente ampliar las posibilidades de todos y cada uno de ellos, apostar siempre a la posibilidad de cambio de los sujetos, de modificación de sus comportamientos.

La pregunta que es necesario hacer para la comprensión de un episodio de violencia es qué de la trama de relaciones, qué del contexto en el que éstas se producen, contribuye a que un sujeto, con determinados rasgos subjetivos, actúe de un modo y no de otro.

Esto incluye una mirada a los demás actores, a las relaciones entre ellos, y también a las prácticas y dispositivos institucionales.

¿Cuál es la actitud de los docentes frente a los vínculos entre los niños o jóvenes?, ¿qué espacios de participación existen en la escuela?, ¿existen normas o acuerdos elaborados colectivamente?, ¿cuál es la reacción habitual de los adultos ante otros episodios de violencia?, ¿cómo es la relación de la escuela con las familias?, son algunas entre otras muchas preguntas que ayudan a comprender un hecho de violencia. Y siempre es necesario comprenderlo si queremos intervenir adecuadamente.

No hay víctimas y victimarios. Las conductas violentas perjudican a todos los que participen, sean quienes agreden o quienes son agredidos o simplemente testigos. Más aún tratándose de niños y jóvenes creemos que, aunque de diferentes maneras, ambos (quienes acosan y quienes son acosados) padecen la situación, ambos se encuentran en situación de vulnerabilidad y como adultos somos responsables de su cuidado y protección.

Así lo sostiene Juana María Ariza Crespín cuando afirma que “Para el niño que acosa, la violencia es apenas un instrumento de intimidación. Para él, su actuación es correcta y por lo tanto, no se autocondena, lo que no quiere decir que no sufra por ello”.

JUDICIALIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CASOS DE ACOSO ENTRE PARES

El debate sobre los enfoques no es solo una cuestión teórica conceptual. El punto de vista que adoptemos para la comprensión de un fenómeno incide en el modo en que intentamos abordarlo y, por lo tanto, tiene claramente consecuencias en la realidad que pretendemos modificar. Nos interesa mencionar en este material dos consecuencias de los enfoques tradicionales en relación con el acoso: judicialización y medicalización.

Por un lado, la explicación centrada en el individuo, la creencia de que existen sujetos violentos y por lo tanto peligrosos, en el futuro posibles delincuentes, ha dado lugar a prácticas de judicialización de los casos de acoso entre pares.

Así, algunos países han avanzado en la regulación normativa, en muchos casos promoviendo la denuncia y judicialización de la infancia y de las relaciones escolares. Son ejemplos la Ley promulgada en Massachusetts (2010), que exige denunciar a las autoridades los casos extremos de *bullying*, y las leyes promulgadas en Chile y en Colombia, en las cuales son las autoridades de la escuela quienes pueden ser sancionadas “si no adoptaran las medidas correctivas, pedagógicas o disciplinarias”.

Ya en el plano de la experiencia escolar cotidiana, aunque cueste creerlo, existen situaciones de conflicto en los primeros años de la escuela primaria, propias de todo grupo de pares, que han terminado con la presencia de un abogado en la escuela, con la escalada del conflicto que esto desde ya supone.

Por otro, las explicaciones centradas en la existencia de individuos patológicos, han tenido su correlato en la cada vez mayor medicalización de la infancia. Aquí nos interesa detenernos en este aspecto.

Algunos autores relacionan el acoso como patología mental asociada al “trastorno disocial”, una de las categorías que figuran en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este manual contiene una exhaustiva clasificación de los trastornos mentales a partir de las cuales describe categorías diagnósticas.

Según este manual, trastorno disocial consiste en “presentar un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de al menos tres criterios (...) en un período de 12 meses, o un solo criterio en los últimos seis meses. Uno de los criterios que se enuncian es si “fanfarronea, amenaza o intimida a otros”. La transcripción es textual.

La clasificación del DSM ha generado una fuerte polémica con profesionales del campo de la salud y de la educación, preocupados por el desarrollo y crecimiento de niños y jóvenes. Estos actores han alzado sus voces para cuestionar la alianza entre la industria farmacéutica y el cientificismo positivista para la comprensión de los trastornos mentales, que ha derivado en el abuso de diagnósticos y de administración de psicofármacos. Patologización, medicalización y estigmatización de la infancia han sido consecuencias de estos sistemas de clasificación.

Tanto la judicialización como la medicalización de los casos de acoso, lejos de solucionar el problema, lo agravan. Cuando un juez confirma que la hipótesis de “niño violento” es cierta, a través de su fallo o el médico a través del acto de medicar, se refuerza el sentido de que el problema es el chico; velando las condiciones que podrían ofrecer la familia y/o la escuela para el desarrollo de una conducta diferente de los niños, adolescentes o jóvenes.

COMPRENDER EL PROBLEMA PARA PODER INTERVENIR

¿Cómo intervenir desde un enfoque alternativo? Para dar respuesta a este interrogante, es necesario que comprendamos con mayor profundidad algunos fenómenos subjetivos y grupales que tienen lugar en las situaciones de acoso entre pares.

VIOLENCIA Y DECLINACIÓN DE LA AUTORIDAD

La retirada del Estado de Bienestar, aquel que a través de sus políticas de regulación del mercado garantizaba la inclusión social de los sectores más vulnerables, tuvo entre sus consecuencias el surgimiento de una sociedad fuertemente polarizada y en la que altos porcentajes de la población se encontraron excluidos del acceso a todo derecho.

La desigualdad económica y social se tradujo en la ruptura de los lazos sociales, que son aquello que nos une como sociedad y la base de relaciones solidarias. Rotos los lazos sociales prima la violencia, la desconfianza y el temor. Se diluye la noción del otro como semejante, diferente a uno mismo pero con idénticos derechos, y el otro entonces se constituye en potencial enemigo. Es el paradigma de “todos contra todos” o “el hombre lobo del hombre”.

Por otra parte, la retirada del Estado en su rol de protección de derechos y disminución de desigualdades provocó la pérdida de su legitimidad y, en consecuencia, el cuestionamiento de las instituciones propias de la modernidad. Escuela y familia fueron puestas bajo sospecha. El cuestionamiento a estas instituciones tuvo su correlato en la declinación de los roles a los que tradicionalmente conferían autoridad.

Así, docentes y padres ya no detentan la autoridad por el solo hecho de serlo, ya no reciben en transferencia la autoridad por parte de una institución que los sostiene, sino que se ven obligados a construirla día a día. Esto en principio representa un desafío y, como todo desafío, una oportunidad pero también muchas veces nos deja en la perplejidad.

LA VIOLENCIA COMO LUGAR DE RECONOCIMIENTO

Es una necesidad de todo niño o joven ser reconocido por sus compañeros. El hecho de ser o no reconocido por parte de sus pares tiene fuerte incidencia en la manera en que establecen sus vínculos dentro de la escuela. La mirada del otro, su reconocimiento, nombra a la persona y le da un lugar que resulta condición sine qua non para su inclusión en la sociedad.

Niños y jóvenes despliegan estrategias para ser reconocidos o aceptados por su grupo. Ahora bien, no siempre encuentran buenas resoluciones en la búsqueda de ese reconocimiento. Algunos se comportan de modo violento ante otros compañeros como modo de ser reconocidos, otros para evitar ser ellos mismos cuestionados u hostigados. En otras ocasiones, quienes han sido hostigados terminan hostigando, de ese modo descargan el dolor de haber sido el centro de las agresiones e intentan dejar de serlo. En todos estos casos queda en evidencia que la hostilidad puede resultar una forma fallida que encuentran algunos chicos o chicas en su búsqueda de reconocimiento.

Cuando esto es así, la violencia nombra a un niño o joven y le da un lugar destacado en lo social, tal vez no el mejor pero un lugar al fin. Desde el punto de vista de la constitución subjetiva, muchas veces “ser violento” puede volverse un ideal para un niño o joven o un grupo de pares. Habría una identificación a ese “ser violento” por el lugar que ocupa entre los compañeros. Es un ser a alcanzar, a llegar, a construir.

Por otra parte, quienes participan como espectadores festejando o sumándose a las agresiones evitan de ese modo ser hostigados o excluidos del grupo. Puede ocurrir que actúen maneras violentas de resolver los problemas como modo de ser aceptados por el grupo pero sin estar muy convencidos de ello. Con frecuencia los chicos se pelean incentivados por el estímulo de otros, respondiendo a lo que suponen que el grupo espera de ellos. Se trata de formas fallidas de buscar la aceptación del grupo, de pertenecer y evitar ser rechazados.

RELACIONES DE PODER ENTRE PARES

El acoso escolar involucra la trama de relaciones de poder dentro del propio grupo de pares. Algunos chicos muestran su supuesto poder ante otros miembros del grupo. Justamente por eso nos referimos a “escena del acoso”, porque se trata de una demostración ante otros, sin esos otros la escena de acoso no tendría sentido ni razón de ser.

Pero no hay niños o jóvenes con más poder que otros, en una situación de acoso todos los involucrados se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Las relaciones de poder que se establecen dentro del mismo grupo pueden resultar “alternativas” o “complementarias” de las relaciones de poder que establece la escuela y el docente en la tarea cotidiana a través de sistemas de clasificaciones, etiquetas y jerarquías: “buenos” y “malos alumnos”, “inteligentes” o “lentos”, entre otras.

Muchas veces los chicos esconden detrás de la figura del “provocador” la vergüenza que sienten que sus compañeros se den cuenta que a ellos no les es sencillo seguir la explicación de un docente. Eligen ser vistos como “los malos” de la escena escolar y no como los “lentos”, “los malos alumnos”, “los que no les da la cabeza” u otras etiquetas de sentido negativo.

Por eso es importante que los adultos comprendamos que no hay “buenos” y “malos” alumnos, sino diferentes modos de relacionarse con la escuela y con el aprendizaje, y si bien es de esperar que en algunos casos la escuela valore más a unos que a otros, es su función prever condiciones para que aprendan todos y cada uno de los niños o jóvenes. Aunque la mayoría de las veces no lo expresen, ellos padecen estas etiquetas y es parte del cuidado que les debemos como adultos ponerlas en cuestión. Ningún chico puede pensar de sí mismo que es tonto, o que es lento o que no sirve para la escuela o para el aprendizaje de determinados saberes como, por ejemplo, la matemática.

La existencia de situaciones de acoso entre pares debe necesariamente llevar a preguntarnos qué sucede día a día en el devenir escolar. ¿Qué clasificaciones, qué jerarquías se establecen en la escuela?, ¿son todos y cada uno de los niños valorados en su singularidad? Son algunas de las preguntas que podemos hacernos si deseamos estar atentos a la escolaridad de niños y jóvenes desde una perspectiva integral. En tanto involucran al grupo, estos modos de comportarse deben ser abordados no solo ocupándose de las personas, sino de la relación que éstas desarrollan entre sí, en el contexto en el que ésta tiene lugar.

VÍNCULOS DE HOSTILIDAD QUE SE INICIAN O CONTINÚAN POR EL CIBERESPACIO

Como ya se expresó, una lectura que tenga en cuenta las coordenadas de nuestra época no puede desconocer el impacto de las redes sociales y las tecnologías de la información y las comunicaciones para pensar los vínculos entre niños y jóvenes.

Podemos preguntarnos ¿qué rasgos específicos asumen las interacciones a través del espacio virtual? La no presencia del otro (lo que no significa ausencia) no permite registrar en el momento lo que le sucede como consecuencia de nuestras acciones. Si tenemos en cuenta que el otro actúa como límite ético, que nos ayuda a acotar nuestros impulsos, entonces su no presencia diluye este límite. Otra consecuencia de la no presencia del otro es la dilución de la responsabilidad sobre nuestras propias acciones, responsabilidad entendida no como culpa sino como capacidad de dar respuesta por los propios actos y por lo que éstos provocan.

Desde nuestro rol como adultos, debemos entonces hacer que los chicos comprendan que pueden lastimar o pueden ser lastimados a través de las interacciones virtuales tanto o más que a través de los vínculos cara a cara. Se trata fundamentalmente de ayudarlos a que tengan presente a ese otro aunque no esté en presencia en el momento de la interacción.

Es fundamental para el crecimiento y la salud de un chico que encuentre un lugar en la escuela y en el grupo de pares desde el reconocimiento de su propia singularidad.

¿QUÉ PUEDE HACER LA ESCUELA?

La escuela apuesta a abordar la violencia desde una perspectiva de la promoción de vínculos solidarios, pluralistas, basados en el respeto mutuo. Al respecto cabe mencionar la Ley 26.892, Promoción de la convivencia y el abordaje de la conflictividad social en las instituciones educativas, sancionada en el pasado mes de septiembre por el Congreso de la Nación que plantea que la escuela debe llevar adelante experiencias que potencien el aprendizaje de los vínculos. A partir de su sanción, las escuelas de todos los niveles y modalidades de nuestro país deberán contar con órganos u otras instancias de participación de docentes, estudiantes y sus familias en la vida escolar.

Ahora bien, una vez que la violencia se hace presente, como por ejemplo las situaciones de acoso entre pares, es importante que no exista silencio sobre el tema, que los docentes no hagan “la vista gorda”, le quiten importancia bajo el pretexto de que “son cosas de chicos”. O lo que es más grave aún, se sumen a la agresión, a través de risas u otros comentarios.

“Todos los chicos tienen derecho a estar y sentirse seguros en su escuela” establece la Ley de Educación Nacional, N° 26.206, que en su artículo 126, inciso d, expresa que: “los/as alumnos/as tienen derecho a ser protegidos/as contra toda agresión física, psicológica o moral”.

Para salvaguardar este derecho, es importante que todos los adultos como responsables del cuidado y crecimiento de las nuevas generaciones, seamos conscientes de que el acoso o cualquier otra forma de violencia no debe tener lugar en la escuela.

Difícilmente los chicos puedan encontrar solos nuevos modos de vincularse entre ellos. Así la intervención de los adultos –docentes, familias, pediatras u otros– resulta fundamental para la interrupción del circuito de hostigamiento.

Excede el propósito de este material desarrollar con profundidad cómo debe actuar la escuela y los docentes ante situaciones de acoso entre pares. Sin embargo, es importante que el pediatra conozca sobre este tema, para así poder orientar adecuadamente a las familias.

La Ley de Convivencia (N° 26.892, septiembre de 2013), establece: crear una línea telefónica nacional y gratuita para la atención de situaciones de violencia en las escuelas.

ALGUNAS CUESTIONES QUE LA ESCUELA DEBE TENER EN CUENTA ANTE UN CASO DE ACOSO

La resolución de la situación de acoso es responsabilidad de la escuela en su conjunto. Cada caso es singular y por lo tanto no hay un único modo de abordarlo, por lo que es importante que el equipo docente tenga un tiempo y un espacio para pensar el problema. Si bien los casos son singulares, es importante que existan en la escuela criterios compartidos, ya que se traducen en la transmisión de un mensaje coherente a la comunidad educativa en su conjunto.

Evitar intervenciones que refuercen el círculo de hostigamiento. Algunas formas de intervenir de los adultos hacen de manera involuntaria que las situaciones de hostigamiento se incrementen. Si se tiene en cuenta que el acoso se sostiene sobre la fijación de roles: “acosador-acosado”, las intervenciones de los docentes tienen que proponer y estimular la separación entre la persona y la representación que sobre ella se ha construido.

Dar la palabra a los chicos, escucharlos. Todos los chicos tienen derecho a hablar acerca de lo que les sucede en la escuela. Y ante un caso de acoso es fundamental que quienes participan, sea cual sea el rol que asuman, puedan expresar lo que sienten, que se sientan escuchados, alojados, contenidos, cuidados.

Involucrar al grupo de pares. El acoso es un fenómeno grupal, por eso es importante involucrar a todos los miembros de un grado o división en su resolución. Esto no significa culpabilizar al grupo ni desconocer su responsabilidad sino que se trata de promover que el grupo colabore para que no haya malos tratos.

Intervenir poniendo límites. Ante una situación de maltrato es responsabilidad del docente interrumpirla, es decir, poner un límite. Para que un límite funcione como tal, nunca debe ser puesto de un modo violento o que genere humillación ya que esto produce más violencia. Si el límite se aplica con buen trato y explicando sus razones, los chicos comprenderán por qué es necesario y no creerán que se trata de un capricho o exceso del adulto.

El valor pedagógico de las sanciones. Ante una trasgresión a las normas los docentes deben intervenir, porque de no hacerlo se genera un clima de impunidad que es siempre perjudicial para los vínculos. Por este motivo, son importantes las sanciones. Pero es fundamental que éstas tengan un sentido y valor pedagógico. Son pedagógicas todas aquellas sanciones que posibilitan a nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes hacerse responsables progresivamente de sus actos. Por el contrario, aquellas que atentan contra sus derechos como, por ejemplo, privarlo de la escolaridad o humillarlo ante otros alimentan la violencia, además de que están prohibidas expresamente en numerosos instrumentos de derechos humanos, como así también en la legislación nacional.



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PEDIATRAS?

AYUDAR A LAS FAMILIAS A IDENTIFICAR EL PROBLEMA

¿Cómo pueden advertir, desde el consultorio, si un chico sufre una situación de acoso?

La escuela es fundamental en la vida de un chico, y es importante que como responsable de la salud integral el médico se preocupe por cómo se desarrolla la escolaridad:

- ◆ ¿Le gusta ir a la escuela o la padece?
- ◆ ¿Qué imagen tiene sobre sí mismo como alumno?
- ◆ ¿Cómo son las relaciones con sus pares?, ¿tiene amigos?
- ◆ ¿Es reconocido o valorado por el grupo de pares?

Son preguntas que dan cuenta del desarrollo y crecimiento de un niño.

El rol del pediatra no se restringe a identificar situaciones de acoso. Toda forma de padecimiento del niño, adolescente o joven afectará su subjetividad y por lo tanto es objeto de competencia del médico, y también de su familia.

Como adultos, cualquiera sea el rol que nos toque asumir, es importante que demos la palabra a niños, adolescentes y jóvenes, escucharlos. Preguntarles qué les pasa. No es una concesión que les hacemos como adultos sino un derecho que los ampara. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño proclama que éstos tienen el derecho a tomar la palabra y a ser escuchados. Y establece que es responsabilidad de los adultos construir espacios de comunicación y diálogo para que estos expresen sus ideas y sentimientos.

El modo en que nos dirigimos a los chicos tendrá mucho que ver con la posibilidad efectiva de dialogar con ellos, evitando que se transforme en un monólogo o un “sermón”.

Ya ante la existencia de una situación de acoso, es muy probable que ésta se agrave si los niños y jóvenes no tienen espacios donde expresar lo que les acontece ni adultos en los cuales confiar.

Por este motivo es importante que el pediatra advierta si un niño, adolescente o joven participa en una escena de acoso desde cualquiera de los roles posibles, no sólo cuando es acosado. No olvidemos que lejos de haber niños o jóvenes fuertes porque acosan a otros, la necesidad de ejercer o demostrar poder a través de la violencia a sus pares da cuenta de su vulnerabilidad. Unos y otros se encuentran inmersos dentro de un vínculo que resulta perjudicial para su formación. Aunque cabe aclarar que el hecho de que expresen su punto de vista no significa que se avale el maltrato, todos debemos comprender que tener distintas visiones no implica el poder dañar al otro.

ALGUNOS INDICADORES

Muchos trabajos sobre “*bullying*” señalan diferentes indicadores que pueden advertir al pediatra o al equipo de salud de que un chico está sufriendo una situación de acoso.

Son solo señales a tener en cuenta. No son indicadores unívocos, es decir, no necesariamente revelan la existencia de acoso, podrían dar cuenta de algún otro problema que afecta a los niños, adolescentes o jóvenes. Como también podría darse un caso de acoso sin que estén presentes estos signos. En todo caso sirven para estar alerta y para saber que es necesario indagar un poco más qué es lo que sucede, conversando con el chico y su familia.

Signos que podrían indicar que un chico

Está siendo acosado

- Cambios de carácter (está irritable, se aísla, se muestra introvertido, más arisco, angustiado o deprimido, empieza a tartamudear, pierde confianza en sí mismo, muestra sentimientos de indefensión, miedo).
- Somatizaciones (antes de ir a la escuela se encuentra mal, tiene dolor de cabeza u otros síntomas, en la escuela dice que no se siente bien y pide que lo vayan a buscar...).
- Cambios de hábitos (no quiere ir a la escuela, quiere que le acompañen o cambia la ruta habitual, no quiere ir en el transporte escolar, no quiere salir con los amigos...).
- Pérdida o rotura de útiles, ropa, libros, productos electrónicos personales (Mp3, celular, etc.) o accesorios (anteojos, cadenas, aros, etc.).
- Lastimaduras en el cuerpo.
- Dificultades para dormir, pesadillas durante el sueño, le cuesta dormirse o se despierta muy pronto.
- Cambio en los hábitos de alimentación, como por ejemplo de pronto saltar las comidas, no tener apetito.
- Pérdida de interés en el estudio, no hacer la tarea, bajas calificaciones, inasistencias repetidas a la escuela o deseo de no ir.
- Repentino alejamiento de antiguos amigos, pérdida de pertenencia a un grupo, evitamiento de situaciones grupales. Falta de amigos con quienes compartir el tiempo escolar y otras actividades.
- Rehúsa decir por qué se siente mal e insiste en que no le pasa nada. Da excusas extrañas para justificar todo lo anterior, con frecuencia atribuye las lastimaduras a “juegos” o peleas ocasionales.

Está acosando a otros

- Tiene amigo/as o frecuenta chico/as que acosan a otros.
- Se involucra seguido en peleas o discusiones.
- Muestra agresividad recurrente y creciente.
- Es extremadamente competitivo/a.
- Culpa a los demás por sus propios problemas, no reconoce responsabilidad propia en situaciones conflictivas.
- Tiene inexplicablemente dinero extra u objetos nuevos.
- Es enviado/a a la dirección con frecuencia.

Fuente: Modificado de Armero Pedreira y col.

Muchas veces los chicos no cuentan a los adultos sobre estos problemas por:

- ❖ Miedo a ser vistos como débiles o “buchones” por otros compañeros.
- ❖ Miedo a ser más agredidos, más rechazados por sus pares.
- ❖ Miedo a ser castigados o cuestionados por los adultos, a que los adultos piensen que son débiles.
- ❖ Vergüenza a que se sepa públicamente cómo son tratados, qué se dice de ellos, aunque sea falso, el acoso siempre resulta una experiencia muy humillante.
- ❖ Sentir que nadie se preocupa por ellos, o que nadie los va a comprender.
- ❖ Creer que tienen que resolver solos el problema.

PROPONER A LAS FAMILIAS QUE HABLEN CON LA ESCUELA

La relación entre un niño o adolescente y un adulto, cualquiera sea el rol que éste ocupe, es asimétrica. Ello implica que algunas funciones deben ser realizadas necesariamente por los adultos, son de su exclusiva competencia. Son ejemplos velar por el cumplimiento de la norma y reparar los derechos cuando han sido vulnerados. Cuando nos referimos al adulto estamos pensando en todos aquellos que resultan significativos en la vida de un niño o adolescente: los docentes de la escuela, los adultos de la familia, el pediatra, el entrenador en un deporte u otros.

Ante un caso de acoso entre pares, el pediatra puede ayudar a que la familia tome conciencia de la situación y hable con el docente y/o con las autoridades de la escuela. Al igual que en otras formas de violencia, la participación del docente resulta fundamental para poner fin al circuito de acoso, es muy difícil que el grupo de pares modifique su dinámica si éste no se involucra.

Los resultados obtenidos en diferentes investigaciones demuestran que la preocupación del docente ante los problemas de convivencia es una de las variables que más incide en la presencia de vínculos de respeto y solidaridad entre los niños.

Algunas veces los chicos no lo cuentan o los docentes no advierten la situación, otras, lo advierten pero piensan que son cosas de chicos, que se van a arreglar solos. Es importante entonces que las familias colaboren con la escuela dándoles a conocer el problema, comprometiéndose en conjunto para la resolución.

Si la respuesta brindada por el docente o la conducción de la escuela no resultara satisfactoria, entonces las familias podrán dirigirse a la supervisión o inspección correspondiente. Si ésta tampoco diera respuesta; la familia tiene el derecho y la responsabilidad de acercarse a los equipos técnicos que atienden casos de violencia en las escuelas (cada provincias tiene un equipo), y/o a alguna oficina que represente la defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Puede accederse a un listado de los equipos técnicos en las provincias a través de la siguiente publicación del Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas. http://www.me.gov.ar/construccion/pdf_observatorio/catedra2.pdf

En ocasiones, las familias pueden intentar resolver la situación poniéndose en contacto con los padres de los chicos o dirigirse en forma directa a los niños que agreden. Otras veces intervienen en los conflictos entre los chicos a través de las redes virtuales como, por ejemplo, el Facebook. Esto nunca es recomendable. Incluso con las mejores intenciones suele agravar el problema. Es la escuela la responsable de convocar a las familias de los niños y de comprometerlas en la resolución.

Ahora bien, no siempre la intervención de la escuela y del docente se va a corresponder con la respuesta que esperan los padres. La intervención de la escuela necesariamente deberá estar en la línea de garantizar los derechos de todos los chicos involucrados. El hecho de que un chico agrede a otros no justifica que la escuela tome

medidas que lo humillen o que resulten violatorias de sus derechos. Muchas veces los padres esperan la expulsión de la escuela de quienes cometen el acto de violencia, sin embargo, esta no es una medida que pueda ni deba tomar la escuela. Como pediatras es posible ayudar a que las familias comprendan esta perspectiva y adopten una actitud de colaboración y no de confrontación con la escuela.

También el pediatra puede ayudar a las familias a identificar si su hijo está acosando a otro niño. Cuando esto sucede, es muy difícil para los padres el reconocer algo negativo en la conducta de sus hijos por lo que es fundamental la palabra del pediatra, ayudando a responsabilizarse sin culpabilizarse, ayudando a separar los hechos de la persona, desalentando que utilicen la violencia para reparar el problema. También en estos casos es importante que las familias comuniquen a la escuela el problema y se comprometan activamente en su resolución.

DESNATURALIZAR LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA Y DECIR SIEMPRE NO AL MALTRATO

Muchos prejuicios o situaciones de violencia están “naturalizados” en nuestra cultura. Es importante trabajar sobre ellos y no “dejarlos pasar”.

Por pequeñas que parezcan, las situaciones de violencia tienden a agravarse cuando no se interviene.

Los pediatras podrán orientar a las familias a que actúen a tiempo, diciendo no al maltrato, a que no naturalicen burlas u otras agresiones como “juegos” o cosas de chicos. Desalentar a los adultos a que se sumen al maltrato, una burla que genera sufrimiento en el otro no es un chiste ni un juego, es una forma de agresión.

Y si son testigos en el consultorio de interacciones en las que se ejerce violencia, no deben minimizarlas ni dejarlas pasar, ni caer en relativismos culturales (justificar situaciones de violencia por características socio culturales de las familias).

AYUDAR A LAS FAMILIAS A PONER LÍMITES Y A QUE ENSEÑEN A SUS HIJOS A PONERLOS

Concebir al otro como semejante, es decir, diferente pero con idénticos derechos implica aceptar que todos formamos parte de un conjunto social, de una comunidad en la cual las normas son pactos sociales de convivencia que regulan las relaciones. Estos pactos delimitan lo que se puede hacer y lo que no, y al hacerlo sostienen la posibilidad del lazo social. Sin normas, convivir sería prácticamente imposible. En este sentido, el límite es una forma de cuidado y colabora con el crecimiento de un niño.

Ahora bien, para que la puesta de un límite sea formativa, es importante distinguir la del ejercicio arbitrario del poder. Todos estamos sujetos a las normas, niños y también adultos, y en ellas deben basarse los límites.

En el marco del cuidado de sí y de los otros, la existencia de normas posibilita el vínculo con otro, habilitan a que cada individuo pueda desarrollarse como sujeto social y encontrar un lugar en su comunidad. El carácter prohibitivo de las normas funda lo social y habilita un espacio a partir del cual las personas pueden discutir y plantear sus puntos de vista sin recurrir a la violencia. Por ejemplo, “no maltratar a un compañero” es la expresión de una norma que resguarda la integridad de una persona y, en tanto tal, no puede ser discutida sino que debe ser cumplida. Lo esencial es comprender que las normas prohíben, pero lo hacen para permitir algo superador.

Ante una situación de violencia, es importante que el adulto (docente, familia, pediatra) haga oír ante niños o jóvenes su posición frente a lo que está sucediendo; es el adulto con su acto quien va a marcar que las situaciones de acoso no pueden tener lugar.

Poder transmitirle a los jóvenes que hay un límite en su hacer, es una manera de que ellos vayan descubriendo que existe el otro como semejante y también la importancia de cuidarse a sí mismo.

Los límites, para ser efectivamente una forma de cuidado, nunca deben atentar contra la autoestima del niño o joven.

ORIENTAR A LAS FAMILIAS PARA QUE NO REFUERZEN LA POSICIÓN DE SUS HIJOS EN EL CIRCUITO DEL HOSTIGAMIENTO

Algunos modos de intervenir de los adultos pueden involuntariamente reforzar la situación de hostigamiento. No solo no favorecen que la situación cambie sino que incrementan el maltrato. Nos referimos a las intervenciones que parten de confirmar los roles como parte de la identidad de los sujetos en vez de ayudarlos a separarse de ellos. Puede ser por ejemplo, situaciones de sobreprotección que lejos de proteger refuerzan el rol del “débil”, o a situaciones de punición, que lejos de modificar comportamientos, refuerzan el rol del “malo”.

Es importante que los adultos propongan cierta separación entre el niño o joven y los hechos o la imagen que éstos construyen sobre sí mismos. Por eso sus palabras no deben nunca reforzar la representación del niño o joven como débil o como temido. No es lo mismo preguntarle ¿por qué sos malo? a ¿por qué elegís hacerte conocer ante tus compañeros como el que maltrata? En esta última pregunta no se fija una identidad entre “malo” y el niño o joven, ni se lo asocia a una fortaleza, sino por el contrario se lo invita a cuestionarse el rol que contingentemente ha asumido.

Sin embargo, el dolor ante el sufrimiento de un hijo, en un caso, el enojo en el otro, son sentimientos que suelen aparecer en las familias y llevarlas a actuar no siempre de la mejor manera posible. El pediatra es una figura clave para orientar a las familias a responder con serenidad ante la situación, controlando los sentimientos que la misma les provoca y ayudando siempre a los niños y jóvenes a no identificarse con los roles que ocasional y transitoriamente despliegan.

Supongamos que un padre dice a un chico “No te la agarres con él que es más débil que vos”. Con las mejores intenciones una intervención como la mencionada lejos de contribuir a interrumpir la violencia, refuerza la lógica que predomina en el acoso: la existencia de débiles y fuertes y la sumisión de unos a otros.

COLABORAR PARA QUE NIÑOS O JÓVENES ENCUENTREN UN LUGAR DE RECONOCIMIENTO EN SU GRUPO DE PARES

Todos necesitamos ser reconocidos y tener un lugar en el propio grupo de pares. Como adultos es importante que ofrezcamos a niños y jóvenes diferentes oportunidades de relacionarse con sus pares que les posibiliten desplegar, ensayar diferentes roles pudiendo encontrar representaciones positivas sobre sí mismos.

En el consultorio, es posible trabajar con las familias para que alienten a sus hijos a tener amigos en la escuela y en otros espacios de socialización, como por ejemplo, el barrio, los clubes, u otras actividades. Con este propósito es posible sugerir a los padres que fortalezcan las redes de amigos, que inviten chicos a la casa, que amplíen los grupos de pertenencia de sus hijos a través de actividades que sean de su interés y agrado.

Cuando se trata de chicos que acosan a otros, es importante orientar a las familias para que canalicen la conducta agresiva de su hijo por ejemplo hacia algún deporte.

La agresividad es propia de nuestra constitución como seres humanos, pero no necesariamente debe reflejarse en conductas violentas.

TRABAJAR CON LAS FAMILIAS A QUE ENSEÑEN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN Y LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los padres pueden ayudar a sus hijos a que establezcan relaciones solidarias, basadas en el respeto mutuo, a que manifiesten sus insatisfacciones y frustraciones sin agresión, a que resuelvan los conflictos con los demás de modo no violento.

La OMS denomina “habilidades para la vida” al conjunto de aptitudes que posibilitan abordar de una manera positiva y eficaz las situaciones de la vida cotidiana. Son algunas de estas habilidades: la comunicación eficaz, la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, el conocimiento de sí mismo, el manejo adecuado de las emociones y la tensión, la capacidad de empatía, la capacidad para la resolución de conflictos.

Las habilidades para la vida no son inherentes al sujeto sino que se aprenden. Y como todo aquello que se aprende, se enseñan.

La escuela y la familia son dos espacios privilegiados para que niños y jóvenes puedan desarrollarlas, acompañados por sus docentes y padres.

SUGERIR A LAS FAMILIAS QUE ACOMPAÑEN EL USO DE LAS REDES VIRTUALES

Las interacciones en el espacio virtual pueden generar los mismos efectos que las presenciales. Si algo duele, incomoda, ofende cara a cara, también lo hace a través del espacio virtual. El espacio es virtual pero no lo son las relaciones ni los sujetos que interactúan en él.

El pediatra puede orientar a las familias para que acompañe el uso de redes virtuales por parte de los niños. No se trata de prohibir su uso sino de enseñarles a que hagan un uso responsable, a que adopten prácticas de cuidado de sí mismos y de los otros. Existen diversos procedimientos para intervenir en las redes sociales a través de denuncias o bloqueos a grupos o personas. Por ejemplo en Facebook, es posible denunciar a un grupo y/o página, yendo a la página y, una vez allí, haciendo click en la opción “Denunciar página” o “Denunciar grupo”. O si la denuncia es para un usuario, “Denunciar/bloquear a esta persona”.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los videojuegos. Actualmente uno de ellos tiene gran circulación entre los adolescentes y niños: “*bully*”. Su personaje es un niño que es hostigado por sus pares en la escuela y ante el silencio de sus docentes debe defenderse por mano propia, a través de agresiones cada cual más aberrante. Si bien no hay estudios que indaguen las consecuencias de los videojuegos que convocan a la violencia como forma de diversión, es importante que como adultos reflexionemos con nuestros niños sobre estos temas.

DERIVAR O RECOMENDAR A LA FAMILIA QUE BUSQUE APOYO DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL

Es importante que el pediatra pueda evaluar si es necesario una derivación a un tratamiento psicológico para su paciente; también pensar si los padres necesitan ellos mismos algunas entrevistas con un psicólogo/a para poder orientarse sobre cómo acompañar y ayudar a su hijo a resolver la situación en la que se encuentra involucrado.

En este caso, es importante que el pediatra ponga el acento en el cuidado que necesitan los chicos para poder crecer y vincularse con sus pares, y no en una patología del niño o joven.

Cuando se deriva poniendo el acento en una patología, se termina reforzando lo que justamente es necesario conmovir: las identificaciones que los chicos puedan tener con las figuras del acosador o la del acosado.

AUTOEVALUACIÓN

1

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. El acoso, especialmente en la situación escolar, se produce en los chicos más débiles, la explicación puede encontrarse en el “perfil” del sujeto acosado.
V F
2. El acoso es la situación de violencia más grave que pueden sufrir los chicos en la escuela.
V F
3. El acoso es un fenómeno grupal, en el que participan generalmente, además de quienes acosan y quienes son acosados, otros sujetos en calidad de testigos o espectadores quienes convalidan las agresiones.
V F
4. Sin la presencia de “espectadores” no habría escena de acoso posible.
V F
5. Los resultados de diferentes estudios e investigaciones expresan que los malos tratos y/o la violencia disminuyen a medida que aumenta el ciclo de escolaridad y que son más frecuentes entre los varones que entre las mujeres.
V F
6. En una situación de acoso todos los involucrados se encuentran en situación de vulnerabilidad.
V F
7. Los resultados obtenidos en diferentes investigaciones demuestran que la preocupación del docente ante los problemas de convivencia es una de las variables que más incide en la presencia de vínculos de respeto y solidaridad entre los niños.
V F
8. Otra intervención que favorece la resolución del conflicto se produce cuando la familia se pone directamente en contacto con los padres del niño que agrede intentando hacerles comprender cuál es la situación.
V F
9. Muchas veces es conveniente adoptar una actitud expectante para ver el desarrollo que la situación tiene en el tiempo, en algunas oportunidades los conflictos son solo “cosas de chicos”.
V F
10. Ante la existencia de una situación de acoso, es importante brindar espacios donde expresar lo ocurrido frente a adultos confiables, de lo contrario la situación puede agravarse.
V F

AUTOEVALUACIÓN

1

Responda las siguientes consignas

1. Explique qué características debe tener una situación para ser considerada “acoso”:

.....

.....

2. Diferencie “acoso” de otras situaciones: burlas, agresiones

.....

.....

3. Defina *ciberacoso* y mencione ejemplos

.....

.....

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. Los padres de **Juan** (9 años) siempre llevaron a sus hijos a un mismo pediatra, el Dr. Di Marco. Juan es el más chico de la familia y en una consulta de rutina, el Dr. le pregunta cómo se siente y qué hace durante la semana. Juan responde que está bien y le cuenta lo que suele hacer.

El Dr. Di Marco observa que todas las actividades son en soledad, que Juan no tiene vínculos más allá de su familia. Le pregunta cómo es su maestra; Juan le dice que muy buena. El Dr. insiste, porque intuye a partir de las frases cortas de Juan que hay algo más y le pregunta: ¿Cuando los chicos del curso se pelean, la maestra interviene para resolver los conflicto? Juan casi no contesta.

En ese momento, la madre de Juan que estaba presente muy angustiada le cuenta que el otro día su hijo había llegado con todos los útiles rotos y que no quiere ir a la escuela; la madre dice que cree que él tiene miedo; ella quiso ir a hablar con la maestra pero Juan le rogó que no lo hiciera, y le juró que él iba a resolverlo porque que si ella iba el compañero que lo molesta se iba a poner peor e iba a ir con todos sus hermanos y lo iba a matar. La madre dice que no sabe qué hacer, que tampoco se lo quiere contar a su marido porque tiene miedo de que se enoje con Juan.

¿Qué conducta asumiría Usted en este caso? ¿Qué orientación daría a esta mamá?

.....

.....

AUTOEVALUACIÓN



2. Ezequiel tiene 12 años, está cursando su 6to grado y es derivado por la escuela a un centro de salud del barrio porque maltrata a un compañero llegando, incluso, a amenazarlo de muerte; esto hizo que la directora convocara a los padres del niño. La madre fue a la cita y dijo que ella tampoco puede con él y el padre no se ocupa de su hijo.

La madre y Ezequiel llegan al turno de admisión del Centro de salud y son atendidos por una pediatra, la Dra. Ramos. La mamá comienza a contarle por qué están ahí, Ezequiel se encuentra al lado sin mirar cuando le hablan y si lo hace, se pone en una actitud muy desafiante.

La médica le pregunta cómo se siente en la escuela, Ezequiel le dice que todos son unos "giles"; la médica le marca que es raro que todos sean "giles" y le pregunta sobre cómo se siente tratado por la maestra. Ezequiel responde que bien porque le tiene miedo a él.

La médica insiste y le pregunta que antes de que él lograra que la docente le tuviese miedo cómo se sentía él; dice que bien, pero que son todos muy "giles".

La Dra. le pregunta cómo le va con el estudio; Ezequiel dice rápido que bien; pero la madre dice que no es así, que la maestra le dijo que va a repetir de nuevo si sigue sin prestar atención. Ezequiel dice que él no estudia porque no le importa.

¿Cómo interpreta esta situación? ¿Qué conducta asumiría usted?

.....

.....

3. Lo consultan **Marianela** (de 11 años) y su mamá. En el control habitual usted constata importante sobrepeso por lo que decide poner el foco en las actividades que realiza la niña fuera de la escuela. La madre le dice que se pasa toda la tarde sentada con la compu, también se queda "chateando" hasta tarde, que le cuesta dormirse. La madre dice que ella no entiende nada de informática pero que cree que eso no le hace bien, que está siempre sola, que está nerviosa, ansiosa que está pendiente siempre de los mensajitos que le llegan.

Usted nota a la niña muy introvertida, tímida, no ha hablado en toda la entrevista. Cuando le pregunta cómo le va en la escuela, dice que bien "aunque este año mucho no le interesa estudiar".

Mencione qué indicadores podrían hacerlo pensar en que Marianela puede estar sufriendo una situación de acoso.

.....

.....

¿Qué conducta asumiría con Marianela y su mamá?

.....

.....

CONCLUSIONES

El hostigamiento o acoso entre pares, o “*bullying*” en lengua inglesa, ha adquirido amplia visibilidad en estos últimos tiempos como resultado de la cobertura mediática de casos recientes. No se trata de un fenómeno nuevo. Ya en 1970, Dan Olweus, autor de las primeras investigaciones sobre “intimidación sistemática”, decía que el fenómeno no era nuevo pero que había crecido. Es lo que denominábamos “tomar de punto”.

El acoso es una de las formas de violencia entre pares, no la única. También lo son las burlas, las discriminaciones, los golpes, las agresiones verbales, que cuando no recaen en forma sistemática sobre el mismo sujeto no constituyen acoso. Y no por ello son menos importantes

Aun así, el acoso existe y, al igual que con cualquier otra forma de violencia, es necesario que los adultos tomen conciencia de ello e intervengan para ponerle fin, ya que muy difícilmente los chicos puedan hacerlo sin su presencia. Los docentes en las escuelas pero también las familias y cualquier otro adulto comprometido con el crecimiento y desarrollo de niños y jóvenes.

Más aún en la actualidad, ya que el fenómeno recoge el impacto que tienen las redes sociales y las tecnologías de la información y las comunicaciones, en las relaciones sociales y en las modalidades que asumen el conflicto y la violencia en las escuelas (ciberacoso).

En este material proponemos para la comprensión del acoso un enfoque relacional y nos alejamos de un enfoque centrado en el individuo patológico. Este último es el que asumen los estudios sobre la temática, entre los cuales se destacan los realizados por Olweus. Este autor establece posiciones fijas en la escena del acoso: “victimarios o acosadores”, “víctimas o acosados”. Y explican el lugar que cada niño o joven ocupa en esta escena a través de ciertos atributos personales o “perfiles”, llegando incluso a referirse a una “víctima pasiva” y una “víctima provocadora”.

En las antípodas de estos planteos, el enfoque relacional reconoce que una manifestación de violencia tiene lugar no solamente por características de las personas involucradas o por sus circunstancias individuales (su contexto social, el familiar, etc.) sino fundamentalmente por las interacciones entre los sujetos y por el contexto en el que éstas se producen. Esta afirmación no implica desconocer que existen características subjetivas que acercan a los chicos a una u otra posición pero amplía los márgenes de comprensión, al ubicar que los comportamientos son situacionales.

La pregunta no es entonces qué características de un sujeto lo transforman en un ser “violento”, ni que lo hacen actuar de modo violento sino que debemos pensar en qué condiciones algunos chicos con determinados rasgos subjetivos pasan a ser agresores –u objeto de agresiones– de sus propios pares. ¿Qué clima de trabajo la escuela instala de modo que funcione –o no– como propiciadora de situaciones de violencia? ¿Qué condiciones la escuela genera para que los chicos puedan construir identificaciones que no lleven a manifestaciones de maltrato hacia sus compañeros? ¿Qué condiciones para que puedan ser reconocidos en su singularidad por los adultos de la escuela y, a la vez, por sus propios pares?

Estos y otros interrogantes nos posibilitarán comprender el problema en toda su complejidad, lo que a su vez constituye un requisito para poder intervenir adecuadamente, evitando medidas que lejos de solucionar el problema lo agravan aún más.

Desde una concepción de la salud en sentido amplio, el pediatra, como médico del niño y de su familia, está ubicado en un lugar privilegiado para acompañar a las familias en la crianza de sus hijos. Esto significa orientarlas, desde el rol profesional, en la generación de las condiciones necesarias para el desarrollo integral de la salud de sus hijos. No sólo en relación con el acoso entre pares, sino con todo aquello que afecte a la escolaridad de niños y jóvenes, y al modo en que se relacionan con los demás.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ◆ Armero Pedreira P, y cols. Acoso escolar. Revista Pediatría de atención primaria. Vol XIII, N 52. Diciembre 2011.
- ◆ Ley Nacional 26.892/13, Promoción de la convivencia y el abordaje de la conflictividad social en las instituciones educativas.
- ◆ Kaplan C. Una lectura sociopolítica y sociocultural de las violencias en la educación escolar. Videoconferencia realizada en el marco del ciclo de videoconferencias Cátedra Abierta del Observatorio Argentino de Violencia en las escuelas. Ministerio de Educación de la Nación. 2013. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=h6jHppqRQ01s&list=UUSGHOuLhCNtY3XDruwv20Xg>
- ◆ Observatorio Argentino de violencia en las escuelas. Cátedra abierta. Aportes para pensar la violencia en las escuelas. Ciclo de Videoconferencias. Violencia Escolar. I. Título, 2008. Disponible en: http://www.me.gov.ar/construccion/pdf_observatorio/catedra2.pdf /
- ◆ Zelmanovich P. Violencia y desamparo. Videoconferencia realizada en el marco del ciclo de videoconferencias Cátedra Abierta del Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas. Ministerio de Educación de la Nación. 2011. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=ziJ5IkH71lc>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ◆ Ariza Crespín JM. El maltrato infantil entre iguales, Temas para la Educación, Revista Digital para profesionales de la enseñanza, Andalucía, enero 2010.
- ◆ Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989.
- ◆ del Río Pérez J, Bringue Sala X, Sádaba Chalezquer C, González D. *Cyberbullying*: un análisis comparativo en estudiantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela, Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad y Literatura, Foro Generaciones Interactivos, Universidad de Navarra.
- ◆ Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas, Ministerio de Educación de la Nación y UNSAM. La violencia en las escuelas. Un relevamiento desde la mirada de los alumnos. Buenos Aires (2010).
- ◆ Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Ediciones Morata (1998).
- ◆ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948.
- ◆ UNICEF-FLACSO. Clima, situaciones conflictivas y de violencia en escuelas secundarias de gestión pública y privada del área metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011.

1 CLAVE DE RESPUESTAS

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Falso. No es que existan chicos débiles o fuertes en esencia, sino que la diferencia de poder se produce en la escena del acoso o como resultado de la misma. El análisis del fenómeno desde el punto de vista relacional debe incluir el tipo de interacciones y el contexto en el que se produce el acoso.
2. Falso. Las agresiones, la discriminación si formas de violencia, que pueden ser para el niño igual de graves o más graves que el acoso y que también requieren la intervención de los docentes y de las familias para revertirlas.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso. Esto nunca es recomendable. Incluso con las mejores intenciones, esta acción suele agravar el problema. Es la escuela la responsable de convocar a las familias de los niños y de comprometerlas en la resolución.
9. Falso. Muchos prejuicios o situaciones de violencia están “naturalizados” en nuestra cultura. Es importante trabajar sobre ellos y no “dejarlos pasar”. Por pequeñas que parezcan, las situaciones de violencia tienden a agravarse cuando no se interviene. La relación entre un niño o adolescente y un adulto, cualquiera sea el rol que éste ocupe, es asimétrica. Ello implica que algunas funciones deben ser realizadas necesariamente por los adultos, son de su exclusiva competencia. Son ejemplos velar por el cumplimiento de la norma y reparar los derechos cuando han sido vulnerados.
10. Verdadero.

Responda las siguientes consignas

1. Los dos rasgos que deben estar presentes para que se pueda denominar acoso son:
 - La violencia o agresión debe dirigirse en forma sistemática y perdurable en el tiempo al mismo niño, adolescente o grupo.
 - Debe existir una relación asimétrica de poder entre quienes acosan y quien o quienes son acosados.
2. No son acoso las burlas, discriminaciones u otras agresiones ocasionales cuando tienen por objeto en forma rotativa a distintos miembros del grupo, es decir, son dirigidas a un alumno en un momento y a otro en otra ocasión. Tampoco es acoso, por ejemplo, las peleas a repetición entre dos jóvenes o entre bandas de jóvenes que se la “tienen jurada”. En el primer caso porque la agresión no recae en el mismo sujeto, en el segundo, porque si bien la agresión puede ser reiterada, perdurable en el tiempo, no se observa, al menos en principio, una clara asimetría de poder entre los involucrados.

CLAVE DE RESPUESTAS

1

3. Ciberacoso es aquel que se lleva a cabo a través de las redes sociales, teléfonos celulares u otras tecnologías de la información y comunicación. Son ejemplos de acoso en el espacio virtual: difundir fotos o filmaciones que comprometen la privacidad de los sujetos, subir a Internet filmaciones o fotos de situaciones de golpes o humillación, enviar mensajes ofensivos o amenazantes, abrir un falso perfil en Facebook usurpando la identidad de otro; promover la exclusión de un miembro del curso como por ejemplo alentar a no concurrir a su cumpleaños o la no participación en juegos deportivos, entre otros.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. **Juan.** Intentar programar una entrevista con ambos padres para la semana siguiente.

En esa entrevista, hablar de la importancia de acompañar como adultos a los chicos en su crecimiento, en un mundo entre pares que a veces se les vuelve hostil; les refuerza la idea de que al ayudarlos a resolver estos conflictos, los ayudamos a que sean más fuertes; si los dejamos solos, les va a costar más que se fortalezcan para afrontar la vida una vez ya grandes. Remarcar que Juan parecía triste y que consideren hablar con la maestra y plantearle la situación; y si la maestra no da una respuesta que resuelva el conflicto entre los chicos, hablar con la Directora de la institución. Resolver esta situación es muy importante; porque el hacer vínculos solidarios entre pares es muy bueno; es un tema que involucra a la salud integral.

Citar a Juan y a sus papás para el próximo mes; y aclararles que le interesa mucho saber cómo sigue la situación escolar de Juan.

2. Tal vez **Ezequiel** esté ocultando cierta dificultad que le presenta el estudio, generando miedo a sus compañeros y creyéndose él mismo que no le interesa la escuela; esta es una manera en que muchos chicos velan para sí y para el resto, la dificultad en la comprensión de los contenidos; es una forma de evitar ser objeto de las burlas, o de estigmas como “burros”.

Se le puede pedir a la madre que venga la próxima semana con el padre de Ezequiel. En esa cita se debe plantear que esta situación de amenazas de Ezequiel a su compañero debe terminarse; y se debe hablar sobre la importancia de esto para la salud de su hijo.

Puede ser necesario derivar a Ezequiel a una psicopedagoga para evaluar su situación escolar y a una consulta con una psicóloga. Aclarar a los padres que todo esto debe ser acompañado por el hacer de la escuela; es decir, las maestras o la directora no pueden permitir que Ezequiel provoque a su compañero todo el tiempo.

De la acción que realicen los adultos, ya sea padres y maestros, va a depender que Ezequiel pueda ir haciéndose responsable de sus actos; por ahora siente que él les gana a los grandes y a los chicos, por el miedo que genera su actitud; esto si no se resuelve es un verdadero problema para su crecimiento y desarrollo, que como todo niño necesita de un adulto que pueda acompañarlo en ese proceso.

1 CLAVE DE RESPUESTAS

3. Marianela. Indicadores a tener en cuenta: cambio de carácter, ansiedad, cantidad de horas frente a la pantalla, aislamiento. Pérdida de interés en el estudio.

Preguntar a Marianela sobre qué tipo de actividades hace toda la tarde en la PC. Si es usuaria de facebook, cuántos amigos tiene, si son de la escuela, si siguen por face las peleas de la escuela. Indagar posibles malos tratos o burlas o acoso en ella o en algún otro compañero. Preguntar si hay algún compañero o compañera que la moleste, si esto ocurre preguntar si la maestra sabe o está al tanto de esta situación.

En esta entrevista o en una próxima preferiblemente con el padre también, comentar que usted sospecha que Marianela puede estar involucrada en una situación de acoso, proponer a la madre que hable con la maestra y le comente esta situación, que pregunten si en el aula los chicos se cargan o se agreden. Sugerir que realicen este contacto con la escuela lo antes posible, que no dejen pasar el tiempo.

También trabajar las actividades que puede hacer la niña en el horario extraescolar, poner límites a la cantidad de horas frente a pantallas y proponer otras actividades recreativas, artísticas o deportivas. Esto además de ayudar a disminuir el sedentarismo puede ofrecer la posibilidad de nuevos amigos y en escenarios en los que pueda ser reconocida.

Citar a esta familia en un mes para saber qué cosas han ocurrido y si han podido avanzar con la situación.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO

Dr. Marcelo Scopinaro

Director del Capítulo de Pediatría del Instituto Nacional del Cáncer.

Jefe del Servicio de Hemato-Oncología, Hospital Nacional de Pediatría J.P. Garrahan.

Presidente del Consejo de Administración, Hospital Nacional de Pediatría J.P. Garrahan.

Director del Curso de Certificación de especialistas en Hemato-Oncología Pediátrica (UBA).

Dr. Walter Cacciavillano

Médico Oncólogo Pediatra. Integrante de la Coordinación de Pediatría. Instituto Nacional del Cáncer.

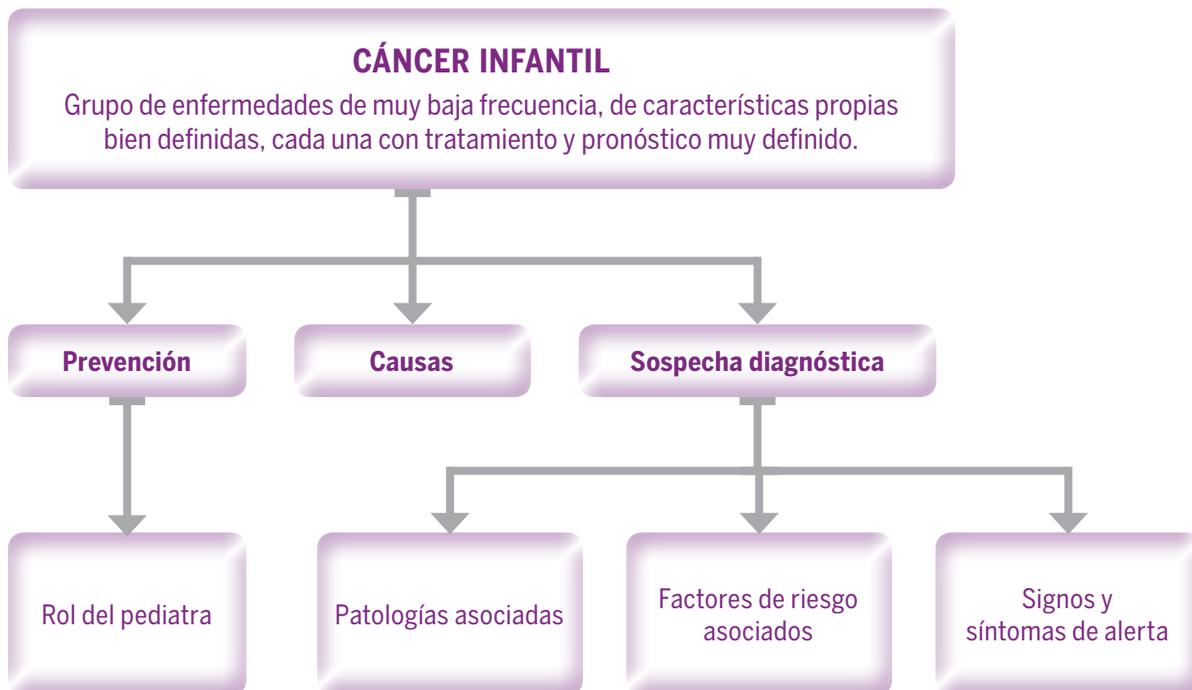
Médico Asistente Servicio Hematología y Oncología. Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan.

Agradecimiento a las Dras. Lidia Fraquelli y Beatriz Nicoli.

OBJETIVOS

- ❖ Reconocer los signos y síntomas de alerta para sospechar cáncer en pacientes pediátricos: fiebre, alteraciones hematológicas, adenomegalias, cefaleas, dolores óseos y masas abdominales, torácicas y en el SNC.
- ❖ Recordar los factores de riesgo asociados a cáncer: inmunodeficiencias, virus hepatitis B y C, virus papiloma humano, antecedentes familiares, sobreviviente de cáncer previo.
- ❖ Ante signos y síntomas inespecíficos pensar en enfermedad oncológica como diagnóstico presuntivo.
- ❖ Respetar los algoritmos recomendados en el estudio de un paciente en el que se sospecha enfermedad oncológica.
- ❖ Derivar al especialista en hemato-oncología en forma adecuada y sin demora.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

El cáncer en general, incluyendo todas las edades en niños y adultos es la segunda causa de muerte en Argentina y el mundo, precedida sólo por las enfermedades cardiovasculares. En este universo merece nuestra atención el cáncer en la niñez y la adolescencia, ya que si bien representan un porcentaje muy pequeño del total de los cánceres (2-3 %) constituyen la segunda causa de muerte en menores de 15 años.

Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud de la Nación, correspondientes al año 2010, el cáncer fue la primera causa de muerte por enfermedad en el grupo de 5 a 15 años, precedido sólo por accidentes. La tasa de mortalidad por cáncer fue de 44 por millón de niños menores de 15 años, lo que significa que entre 450 y 480 niños y adolescentes fallecieron de cáncer por año.

El cáncer infantil es en realidad un grupo de enfermedades de muy baja frecuencia y de características propias bien definidas, cada una con un nombre, un tratamiento y un pronóstico muy específico.

Según datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), en el período 2000-2009, la tasa cruda de incidencia para todo el país fue de 128 por millón de menores de 15 años. La enfermedad maligna más frecuente de la infancia, la leucemia aguda, tiene una tasa cruda de 46/millón, seguida por los tumores del sistema nervioso central con 23 y los linfomas con 16/millón de niños menores de 15 años.

El número total de nuevos casos en niños menores de 15 años en nuestro país oscila entre 1200 y 1300 por año. Conviene resaltar que ciertas formas de cáncer son específicas del niño (tumores embrionarios como retinoblastoma, nefroblastoma, neuroblastoma, hepatoblastoma, etc.) y, por el contrario, la mayoría de los cánceres del adulto no existen en pediatría. El ROHA ha registrado los tipos de cáncer en la infancia y su distribución por frecuencia de acuerdo a normas internacionales del International Agency for Research on Cancer, de la que forma parte (*ver Figuras 1 y 2*).

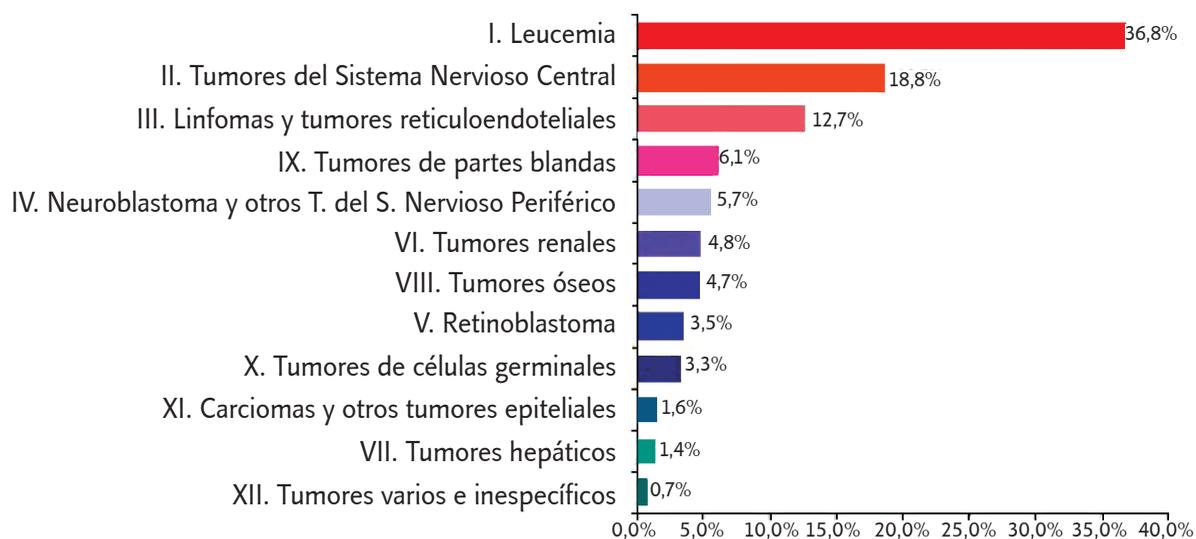
Los resultados de los tratamientos han mejorado significativamente en las últimas tres décadas y hoy es posible obtener la curación en cerca del 65% de los pacientes en nuestro país, con variaciones de acuerdo al tipo de cáncer y a la extensión inicial del mismo. Hay tres elementos esenciales que explican estos resultados:

- ◆ La eficacia de la quimioterapia.
- ◆ El enfoque multidisciplinario en el abordaje terapéutico.
- ◆ La participación mayoritaria dentro del marco terapéutico de protocolos nacionales o internacionales.

Persisten algunos escollos que impiden mejorar esos resultados:

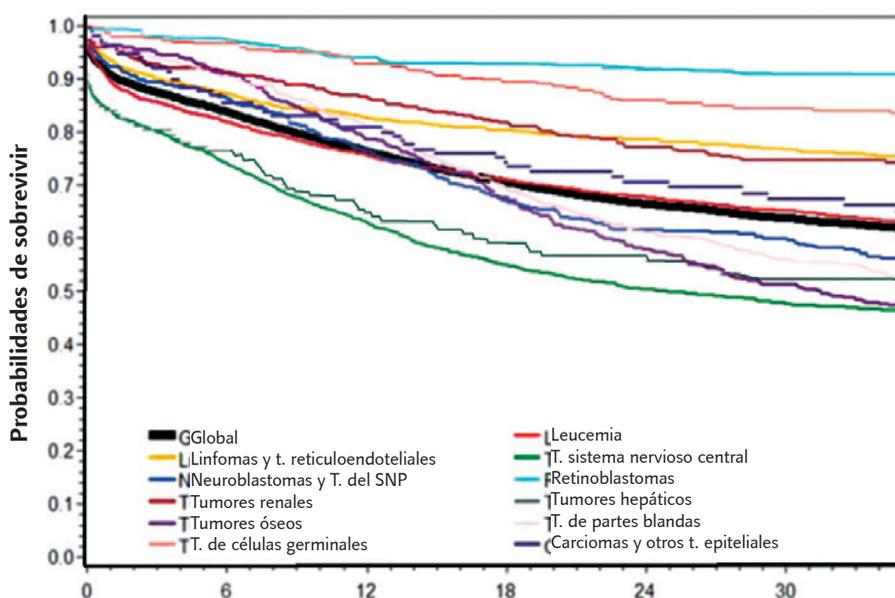
- ◆ Diagnósticos tardíos por falta de alerta en el equipo de salud.
- ◆ Insuficiente calidad en algunos servicios de atención.
- ◆ Derivaciones retrasadas.
- ◆ Problemas de accesibilidad a métodos diagnósticos y/o de tratamientos.

Figura 1. Distribución de casos según la clasificación internacional de cáncer pediátrico (ICCC-3) 2000-2009, n: 12.740



Fuente: Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino: incidencia 2000-2009 supervivencia 2000-2007 tendencia de mortalidad 1997-2010. Florencia Moreno et al. 1ª edición, Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2012.

Figura 2. Todos los tumores. Sobrevida de 36 meses (2000-2007)



Fuente: Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino: incidencia 2000-2009 supervivencia 2000-2007 tendencia de mortalidad 1997-2010 / Florencia Moreno et al. 1ª edición. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2012.

En relación a los **diagnósticos tardíos** por falta de alerta en el equipo de salud, numerosos trabajos demuestran que, en la gran mayoría de los casos, el periodo que corre entre la aparición del primer síntoma y la primera consulta médica es muy breve. Contados problemas de accesibilidad hacen que este tiempo se prolongue. En cambio el periodo entre la primera consulta médica y la llegada a un centro de referencia para la patología es siempre, y por mucho, el responsable de la demora diagnóstica.

El equipo de salud no reacciona con la debida urgencia.

Otro factor importante que impide mejorar los resultados en cáncer infantil es la insuficiente calidad en algunos servicios de atención. Un aporte esencial para la descripción de la realidad vigente lo constituye el trabajo de Maria Felice y col.¹ que se propuso:

- ◆ Analizar retrospectivamente las causas de mortalidad en niños con cáncer en 13 centros seleccionados en todo el país entre enero de 2000 y diciembre de 2010.
- ◆ Caracterizar los óbitos en función del momento en que se produjeron.
- ◆ Relacionar las causas de muerte con las complicaciones de la enfermedad, los efectos tóxicos del tratamiento, la progresión de la enfermedad o segundas neoplasias y otros factores (accidentes u otros hechos no predecibles).
- ◆ Identificar los factores relacionados con la ocurrencia de la muerte en cada uno de los centros participantes en el estudio (causas de co-morbilidad, síndromes asociados, demoras en el diagnóstico o tratamiento, cambios de diagnóstico).
- ◆ Analizar características particulares relacionadas con la tasa de letalidad de dichos centros.

El 36% de los decesos analizados se produjeron en etapas tempranas del tratamiento, previas al mismo o durante la remisión completa o parcial de la enfermedad maligna. En este grupo, la principal causa de muerte estuvo relacionada con infecciones (60%), seguida por episodios de sangrado y complicaciones secundarias al síndrome de lisis tumoral.

El trabajo concluye con que es indispensable desarrollar políticas de salud para revertir la elevada mortalidad en niños con cáncer en Argentina y que deben aplicarse programas que incluyan reformas estructurales, formación de recursos humanos y equipamiento, además de un trabajo colaborativo continuo.

Esta publicación es un ejemplo de acción necesaria e integrada; es una acción mancomunada del Instituto Nacional del Cáncer (INC), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y la Sociedad Argentina de Pediatría que tiene como propósito llevar información calificada a todos los pediatras del país.

El **rol del pediatra** es fundamental para prevenir, desde la niñez, el cáncer del adulto y esto tendría un impacto sanitario trascendente.

1. Felice M y col. Análisis de la mortalidad en enfermedades hemato-oncológicas malignas en pediatría en hospitales públicos de Argentina. Revista Argentina de Salud Pública 2013;4(14):23-31.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Los factores a tener en cuenta en cuanto a prevención de cáncer del adulto son también benéficos contra otras enfermedades frecuentes y graves de la vida adulta (afeciones cardiovasculares, diabetes, etc.) conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles, y atañen a nuestra calidad de vida cotidiana.

Acerca de los factores ligados con hábitos y comportamientos de vida, varios deben ser tenidos muy en cuenta desde la infancia y/o la adolescencia:

- ◆ Hábitos alimentarios (esencialmente en relación a frutas y legumbres).
- ◆ Sobrepeso y obesidad.
- ◆ Falta de actividad física, sedentarismo.
- ◆ Exposición solar sin adecuada protección.
- ◆ Consumo de tabaco y alcohol.

La imprecisión de los signos y síntomas del cáncer en la niñez y adolescencia, que se confunden con otras enfermedades muy comunes, explica en parte esa situación de demora en la atención que puede llegar a impactar en la sobrevida.

El cáncer en pediatría es una enfermedad potencialmente curable.

La **prevención primaria** es la que procura disminuir o eliminar la exposición de la población a factores de riesgo conocidos como tabaco o alcohol. Este tipo de factores ambientales no tienen trascendencia en el cáncer infantil, necesitan una exposición larga y poseen un intervalo prolongado de latencia entre exposición y enfermedad. Quizás un ejemplo clásico en edad pediátrica de prevención primaria sea la vacuna de hepatitis B eficaz en relación al hepatocarcinoma.

La **prevención secundaria** procura detectar cáncer en estadios iniciales. El clásico tamizaje (*screening*) en adultos respecto a cáncer de colon, útero o mama, no tiene correlato en pediatría y varios intentos realizados en las últimas décadas no fueron efectivos. Quedan restringidos a muy pequeños grupos de pacientes con determinadas malformaciones o síndromes genéticos, que conllevan un riesgo aumentado de cáncer, como el clásico ejemplo del síndrome de Beckwith que presenta incidencia aumentada de tumores renales o hepáticos. En estos pacientes la ecografía abdominal cada 3 meses hasta los 8 años y el dosaje de alfafetoproteína cada 3 meses hasta los 4 años permiten diagnóstico precoz de esas entidades.

El diagnóstico precoz es la gran estrategia de prevención secundaria, de decisiva importancia en pediatría.

Si bien hay factores relacionados con el paciente y con los padres (socio-culturales), en el diagnóstico temprano las mayores demoras se producen en el ámbito institucional, es decir a partir de que los padres realizan la primera consulta en el centro de atención hasta el diagnóstico oncológico. El trabajo organizado y coordinado ofrece resultados concretos en la vida de cada paciente aumentando la posibilidad de cura y mejorando a calidad de vida. Los casos avanzados requieren un tratamiento más condicionante de secuelas en general, constituyendo un precio poco conveniente para la curación.

CAUSAS DEL CÁNCER INFANTIL

En oncología la etiología exacta se desconoce; en su génesis existe una interrelación de factores ambientales, genéticos e individuales. El proceso de desarrollo de un tumor o carcinogénesis, en general, es multifactorial y sufre influencias de factores de riesgo ambiental, de características genéticas y de susceptibilidad de los pacientes.

Causas determinantes del cáncer del adulto han sido claramente demostradas (tabaco, alcohol, tóxicos, etc.). El rol, en cambio, de los factores predisponentes o determinantes del cáncer infantil es muy difícil de establecer. En lo referente a factores medioambientales los datos aun son de difícil o imposible interpretación. Hay esfuerzo permanente para esclarecer este punto en el que aun las evidencias son muy escasas en pediatría. El rol de los factores genéticos, transmitidos por los padres, es débil (menos del 10% de los casos) y los casos hereditarios son excepcionales, sin embargo el retinoblastoma puede serlo en un porcentaje apreciable de los casos. Anomalías constitucionales aumentan la frecuencia de cáncer, como por ejemplo la trisomía 21 y riesgo de leucemia aguda. También se puede afirmar que el riesgo de cáncer no aumenta en los hermanos del paciente pediátrico, así como tampoco en la descendencia de los pacientes curados de un cáncer infantil respecto del resto de la población.

En los últimos años, el mejor conocimiento del intrincado mecanismo del ciclo celular ha permitido identificar proteínas que intervienen en forma antagónica, las que favorecen la mitosis (oncogenes) y aquellas que interrumpen el proceso (genes supresores de tumores), lo que ha permitido definir al cáncer como una enfermedad genética provocada por estimulación de los oncogenes, por inhibición de los genes supresores de tumores o por una falla de los genes responsables de la reparación del ADN. Además, las proteínas protagonistas de la muerte celular programada (apoptosis) pueden ser eludidas por las células neoplásicas en su intención de eternizarse.

Ahora sabemos que la célula neoplásica acumula mutaciones en su genoma, activa oncogenes, inactiva genes supresores, modifica el ciclo celular, altera su fenotipo, crece y prolifera sin control, inhibe los mecanismos de la apoptosis y elude al sistema inmune.

SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Existe un bajo índice de sospecha diagnóstica, dada su baja frecuencia y porque en la mayoría de los casos esta enfermedad se manifiesta con signos y síntomas inespecíficos que pueden simular patologías banales o benignas frecuentes.

El profesional del equipo de salud que tenga el primer contacto con el paciente, debe tener conocimiento sobre el tema, debe estar capacitado para pensar en esta enfermedad con el objetivo de realizar un diagnóstico de sospecha oportuno y una derivación adecuada y temprana al especialista o a un centro de referencia.

El pediatra cumple un rol fundamental en la etapa diagnóstica, debe efectuar una correcta historia clínica (anamnesis, duración de los síntomas y su localización, gravedad, causas precipitantes y momento de comienzo), un adecuado examen físico y un seguimiento de los síntomas.

Ante la sospecha de cáncer en un niño, se aconseja:

- ❖ No demorar la referencia a un especialista en hemato-oncología pediátrica.
- ❖ No realizar estudios complementarios y/o exhaustivos que podrían retrasar la derivación al especialista.

En el Anexo 1 se presentan una serie de recomendaciones en relación a como actuar ante la sospecha de enfermedad oncológica.

El tipo de cáncer y la localización del mismo influyen en el tiempo de su diagnóstico. Por ejemplo, en el caso del Tumor de Wilms que usualmente se presenta como una masa abdominal asintomática, son los padres los que frecuentemente palpan el tumor y se logra un rápido diagnóstico. Aquellos tumores con un curso biológico más agresivo producen manifestaciones clínicas más tempranas que ayudan al diagnóstico precoz, como las leucemias y/o linfomas. En el otro extremo encontramos, por ejemplo, los tumores de Sistema Nervioso Central, en los que existe una demora de diagnóstico promedio de 142 días (5-535 días), entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico radiológico.

La edad es otro factor importante, los niños mayores y adolescentes, pueden llegar a ocultar los síntomas a sus padres, por pudor, como por ejemplo en el caso de los tumores testiculares en los que también se observa una importante demora diagnóstica.

SÍNDROMES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CÁNCER INFANTIL

Se reconocen síndromes en los cuales hay un riesgo aumentado de padecer una enfermedad oncológica. A continuación se enumeran algunos de ellos, los 4 primeros son los más frecuentes.

Tabla 1. Síndromes y patologías asociadas al cáncer infantil

Síndromes y patologías	Tipos de cáncer asociados
Neurofibromatosis tipo I	Gliomas SNC, ganglioneuromas, meningiomas, feocromocitomas, leucemias mieloides agudas y sarcomas de partes blandas
Beckwith-Wiedeman (hemi hipertrofia)	Tumor de Wilms, hepatoblastomas, rabdomiosarcomas
Síndrome de Down	Leucemias
Ataxia telangectasia	Linfomas
Anemia de Fanconi	Leucemias
Síndrome de Bloom	Leucemias, linfomas
Síndrome de Li Fraumeni	Tumores del SNC, leucemia, sarcomas y carcinomas adrenocorticales
Neurofibromatosis tipo II	Meningioma, glioma, schwannoma y neurofibroma
WAGR (Wilms tumor, Aniridia, Genitourinary abnormalities and mental Retardation)	Tumor de Wilms
Denys-Drash	Tumor de Wilms
Síndrome de von Hippel-Lindau	Hemangioblastomas cerebelosos, angiomas retinianos, carcinoma renal de células claras y feocromocitoma
Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner, Disgenesia gonadal XX ó XY, criptorquidia, hipoplasia-agenesia de órganos sexuales externos e internos	Tumores benignos y malignos de las células germinales principalmente seminomas y disgerminomas de localización gonadal
Wiskott-Aldrich Inmunodeficiencia común	Linfomas
Esclerosis tuberosa	Tumores SNC (astrocitoma), rabdomiosarcomas

La presencia de alguno de los síndromes congénitos asociados al cáncer pediátrico debe alertar al médico sobre esta predisposición. Debe realizar un seguimiento adecuado e informar a los padres.

Recordar lo ya expresado en la introducción: los pacientes con Síndrome Beckwith-Wiedmann deben contar en su seguimiento con una ecografía abdominal cada tres meses hasta los 8 años de edad y con un dosaje de alfafetoproteína sérica cada tres meses hasta los 4 años para poder identificar tumores en estadios iniciales (Wilms, hepatoblastoma).

Los pacientes con Síndrome de Down tienen una incidencia de leucemia aguda entre 10 y 20 veces superior a la de la población general.

OTROS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER

- ◆ Cáncer previo: los sobrevivientes de un cáncer tienen un elevado riesgo de padecer una segunda enfermedad oncológica que puede producirse hasta 10 años después de finalizado el tratamiento.
- ◆ Transplantes: pacientes sometidos a transplante de órganos sólidos, relacionados específicamente a los tratamientos inmunosupresores prolongados.
- ◆ Inmunodeficiencias: congénitas y adquiridas.
- ◆ Infecciones: tales como el virus de Epstein Barr en el desarrollo de ciertos linfomas, virus de hepatitis B y C implicados en el desarrollo de hepatocarcinomas y virus de papiloma humano (VPH) en el desarrollo de cáncer de cuello de útero.
- ◆ Causas hereditarias: si bien en menos del 10 % de todos los cánceres en pediatría se reconoce esta causa, debe sospecharse que un cáncer es hereditario cuando:
 - Hay parientes de primero o segundo grado con cáncer de presentación frecuente.
 - Dos miembros de una familia con el mismo cáncer raro.
 - Edad de aparición temprana, inusual para el tipo de tumor.
 - Tumores bilaterales.
 - Tumores multifocales.
 - Tumores sucesivos.
 - Tumores en dos sistemas de órganos distintos en el mismo paciente.

El ejemplo más clásico de causa “familiar o hereditaria” es el retinoblastoma (tumor ocular más frecuente), en el 40% de los casos y debido a una doble mutación germinal en el gen del retinoblastoma RB1, localizado en el cromosoma 13, habitualmente bilateral, en el que se reconoce herencia autosómica dominante con alta penetrancia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA PARA SOSPECHAR CÁNCER EN LA INFANCIA

Los siguientes son signos y síntomas que deben poner en alerta ante la posibilidad de cáncer y que requieren estudios y/o seguimiento estrecho:

- ◆ Fiebre (prolongada).
- ◆ Alteraciones hematológicas (bicitopenia o pancitopenia, leucocitosis, sangrados).
- ◆ Linfadenopatías.
- ◆ Masas (sistema nervioso central, mediastinales, abdominales, de partes blandas y cutáneas).
- ◆ Sintomatología musculoesquelética (dolor y tumoración).
- ◆ Cefaleas.
- ◆ Alteraciones oculares.

Fiebre. La fiebre es un motivo frecuente de consulta en pediatría y, en la gran mayoría de las veces, su etiología corresponde a procesos infecciosos autolimitados. Está establecido que un 10% de las causas de fiebre de origen desconocido, son atribuidas a procesos neoplásicos. Es necesario valorar la fiebre en el contexto del paciente y en su asociación con otros síntomas, tales como: dolores óseos, presencia de masas, pérdida de peso, alteraciones hematológicas (citopenias), signos de sangrado, palidez cutáneo-mucosa.

La fiebre puede ser manifestación, por sí misma de una enfermedad oncológica en sus comienzos (linfoma de Hodgkin, leucemias, neuroblastomas, sarcomas de Ewing) o ser una manifestación de un proceso infeccioso subyacente, relacionado con el estado de inmunosupresión provocado por las neoplasias.

Como exámenes complementarios iniciales se recomienda realizar un hemograma con recuento de plaquetas y recuento diferencial de leucocitos, velocidad de eritrosedimentación, LDH, ácido úrico, y estudios adicionales como radiografías de tórax, ecografía abdominal y eventual punción aspiración de médula ósea.

Niña de 7 años** que consulta por dolores óseos generalizados y fiebre sobre todo por la tarde, sin un foco clínico evidente. El hemograma revela una ligera anemia. Es estudiada por su pediatra, pensando en causas infecciosas y reumatológicas. Al cuadro se le agrega decaimiento y palidez cutáneo mucosa, se repite hemograma y se constata leucocitosis, anemia. Es derivada a hematólogo quien realiza punción aspiración de médula ósea, que confirma **diagnóstico, de Leucemia Linfoblástica Aguda.

Alteraciones hematológicas. Una de las formas de presentación de las enfermedades neoplásicas son las alteraciones hematológicas, manifestadas por leucopenias/linfocitosis, anemias, trombocitopenia, palidez y sangrados (petequias, hematomas, sangrados activos no relacionados a traumatismos), debidas a fallo por compromiso medular, como la observada en leucemias/linfomas o en metástasis de tumores sólidos (neuroblastoma, sarcoma de Ewing).

Las leucemias se pueden presentar con hemogramas normales, en caso de signos y síntomas sugestivos derivar a hemato-oncólogo pediatra.

Las equimosis o hematomas peri-orbitarios, que se presentan en forma bilateral, denominados ojos en mapache, deben alertar y descartar que forme parte de los signos de presentación de un neuroblastoma.

Se pueden asociar además a masas torácicas, hepato-esplenomegalia y adenomegalias.

Pequeños hematomas son habitualmente encontrados en los niños relacionados con sus actividades. La anemia, trombocitopenia o leucopenia aisladas pueden deberse a procesos benignos (leucopenia en la infección viral o púrpura trombocitopénica idiopática).

Ante el hallazgo de bicitopenia (ejemplo: anemia + trombocitopenia, anemia + leucopenia o la otra posibilidad es trombocitopenia + leucopenia), pancitopenia, hay que derivar al paciente a un centro especializado para realizar consulta con hemato-oncólogo pediatra (*ver algoritmo 1*).

Adenomegalias. En los niños, las adenopatías aumentadas de tamaño son frecuentemente palpadas como parte de un proceso infeccioso, benigno y autolimitado, generalmente vinculado a cuadros clínicos provocados por infecciones virales y bacterianas. Entre las causas y los diagnósticos diferenciales, el pediatra debe pensar en etiología oncológica cuando:

- ◆ Los ganglios miden más de 3 cm.
- ◆ Se palpen conglomerados adenomegálicos.
- ◆ Se detecten adenopatías supraclaviculares, siempre patológicas y asociadas a enfermedad oncológica.
- ◆ Cuando no exista proceso infeccioso que lo justifique.
- ◆ Si no existen signos de enrojecimiento.
- ◆ Si son unilaterales.
- ◆ Si son indoloras, adheridas a planos profundos.
- ◆ Cuando están asociadas a otras manifestaciones clínicas, como hepato-esplenomegalia, palidez, masas torácicas o abdominales.

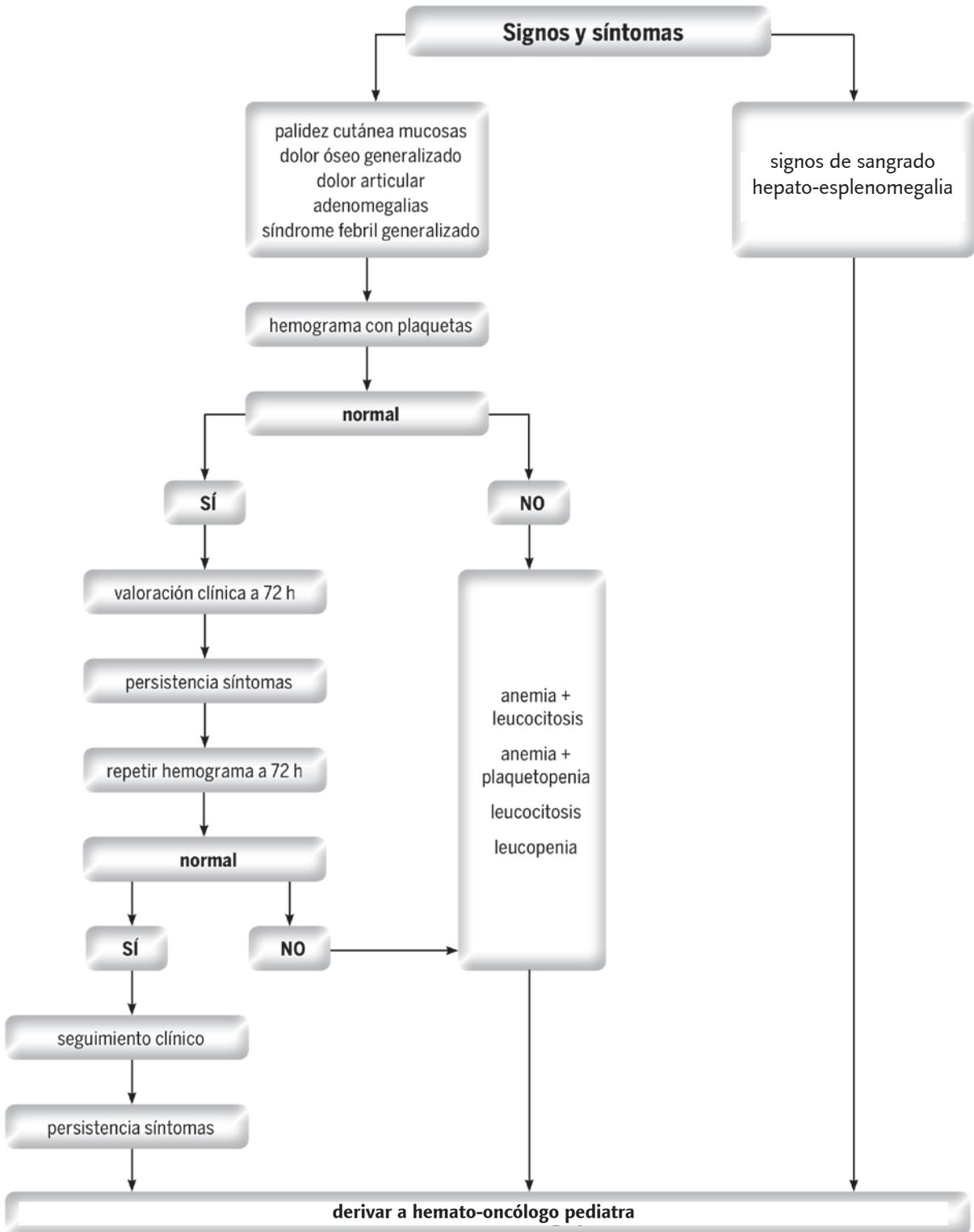
Si el examen clínico no clarifica la etiología, se debería solicitar un hemograma con plaquetas, ERS, serologías virales y bacterianas y radiografía de tórax. Si los tests son negativos (que descarten un proceso infeccioso), o el paciente no responde a

una terapia con antibióticos en el término de 2 a 3 semanas, se constata un aumento progresivo de las adenopatías o persisten más allá de las 6 semanas, o aparecen nuevos signos y síntomas sistémicos anteriormente nombrados, se debe considerar la **biopsia de la adenopatía, en forma completa con excisión del ganglio**, no realizar punciones biopsias, ya que estas últimas resultan insuficientes para un correcto diagnóstico oncológico (*ver algoritmo 2*).

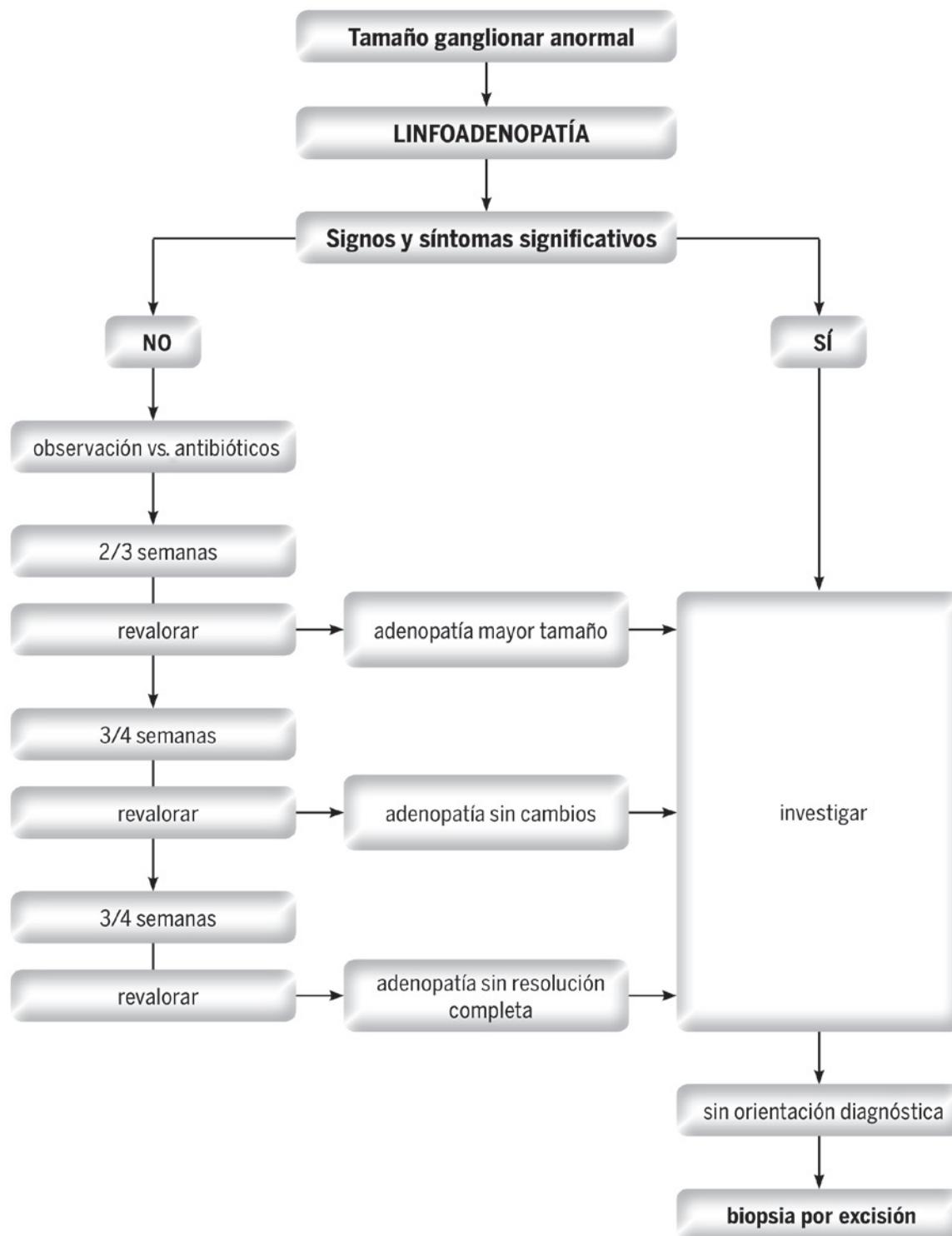
Las leucemias/linfomas, neuroblastomas, sarcomas se pueden presentar inicialmente con adenomegalias, que en general son múltiples.

Paciente de 8 años que consulta por adenopatías cervicales no dolorosas, duro-elásticas, de 3 cm de diámetro las mayores, si bien no se reconoce una causa infecciosa local, se indica antibióticos por 15 días. Se solicita previamente serologías virales CMV, Epstein Barr, HIV, se descartó mononucleosis infecciosa y otras causas infecciosas producidas por gérmenes atípicos, como TBC. Una vez finalizado el esquema antibiótico no se observa respuesta, las serologías son negativas. Al examen físico, se constata leve esplenomegalia y por interrogatorio se detecta sudoración nocturna. Se decide biopsia quirúrgica de la adenopatía de mayor tamaño. **Diagnóstico: Linfoma.**

Algoritmo 1. Síntomas y signos sugestivos de leucemias / linfomas



Algoritmo 2. Enfoque del paciente con linfadenopatías



Fuente: Modificado de Morland B. Lymphadenopathy. Arch Dis Child 1995;73:476-9.

Masas torácicas. La cavidad torácica, en especial el mediastino, es una localización frecuente de aparición de tumores tanto benignos como malignos; estos últimos son causa del 55 al 70% de todas las patologías. El mediastino puede ser dividido en compartimiento anterior, medio y posterior, la localización de la masa ayuda a orientar el diagnóstico.

Tabla 2. Tumores torácicos. Distribución por edad

0-3 años	3-11 años	12 años o más
Neuroblastoma Teratoma	Linfoma Neuroblastoma Rabdomiosarcoma	Linfoma Sarcoma de Ewing Rabdomiosarcoma Tumores germinales

Tabla 3. Tumores de mediastino

	Anterior	Medio	Posterior
Benignos	Hiperplasia tímica	Quistes broncogénicos	Neurofibroma
Malignos	Tumor germinal Linfomas	Leucemias Linfomas	Neuroblastoma Sarcoma de Ewing Tumor neuroectodérmico

Las masas mediastinales son habitualmente de origen neoplásico.

La sospecha de cáncer implica revisar el diagnóstico en pacientes con clínica respiratoria que no respondan al tratamiento instituido, o como medicamento se espera, tener en cuenta la evolución propia de la enfermedad.

Los pacientes pueden presentar síntomas de compresión de la vía respiratoria, vascular o de otras estructuras, o ser asintomáticos con hallazgos accidentales observados en la radiografía de tórax. La disnea es un síntoma frecuente, la tos o el estridor puede también observarse como consecuencia de la compresión de la vía aérea. Se puede presentar síndrome de vena cava superior, con edema y plétora de la cabeza y cuello, por oclusión venosa. La disfagia, el derrame pleural y pericárdico son otras manifestaciones.

Paciente de 12 años de edad que consulta por cuadro de dificultad respiratoria aguda, a la auscultación se constata obstrucción leve y se indica tratamiento sintomático.

El paciente no mejora y continúa con dificultad para respirar sobre todo con los ejercicios. Ante la persistencia de los síntomas la madre consulta a la guardia de un hospital, al examen físico se constata hepatomegalia y adenopatías de más de 2 cm cervicales y axilares. Se realiza una RX de tórax donde se observa ensanchamiento mediastinal. **Diagnóstico presuntivo: Linfoma.**

Figura 1. Radiografía de tórax. Ensanchamiento de mediastino

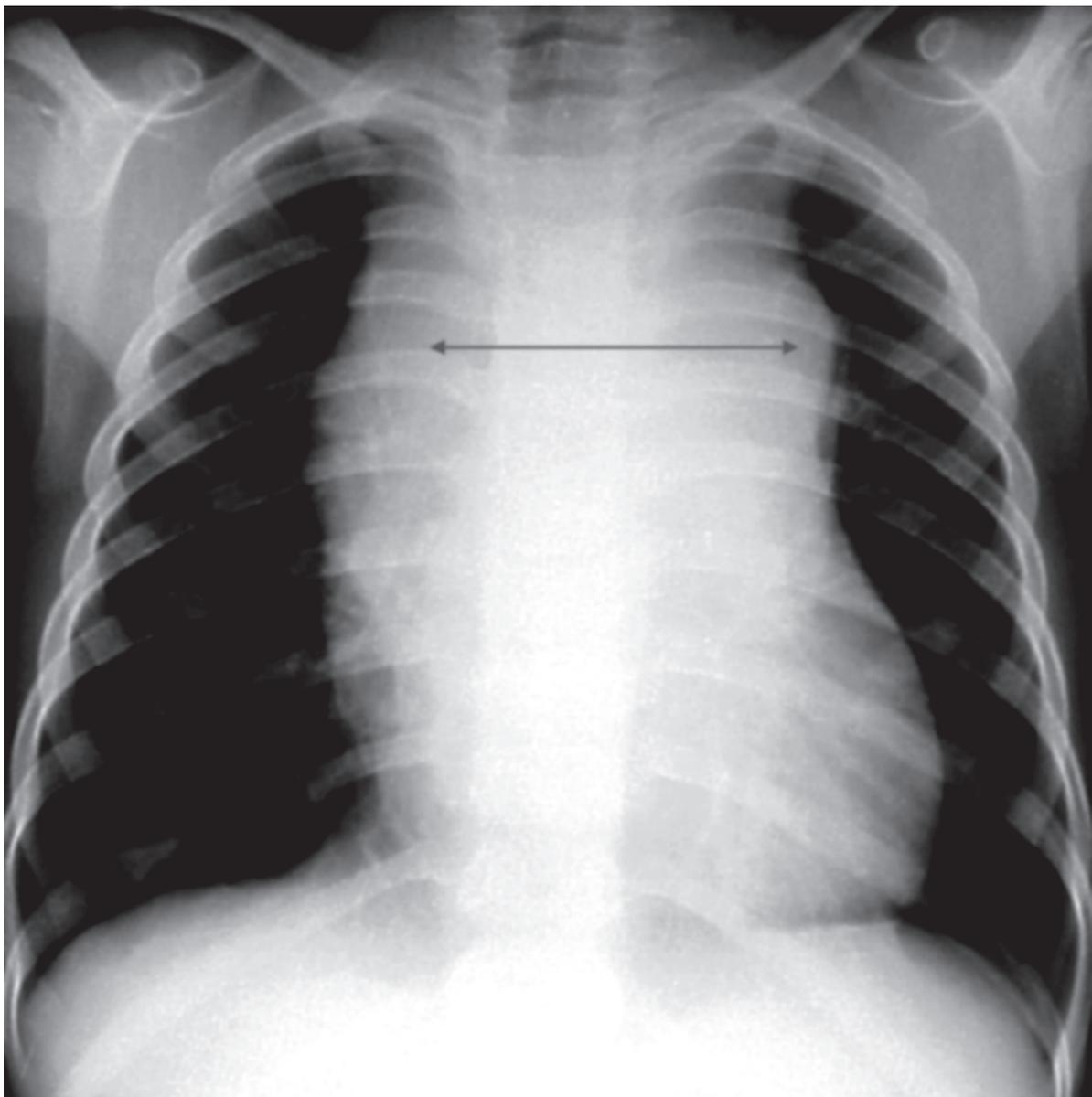
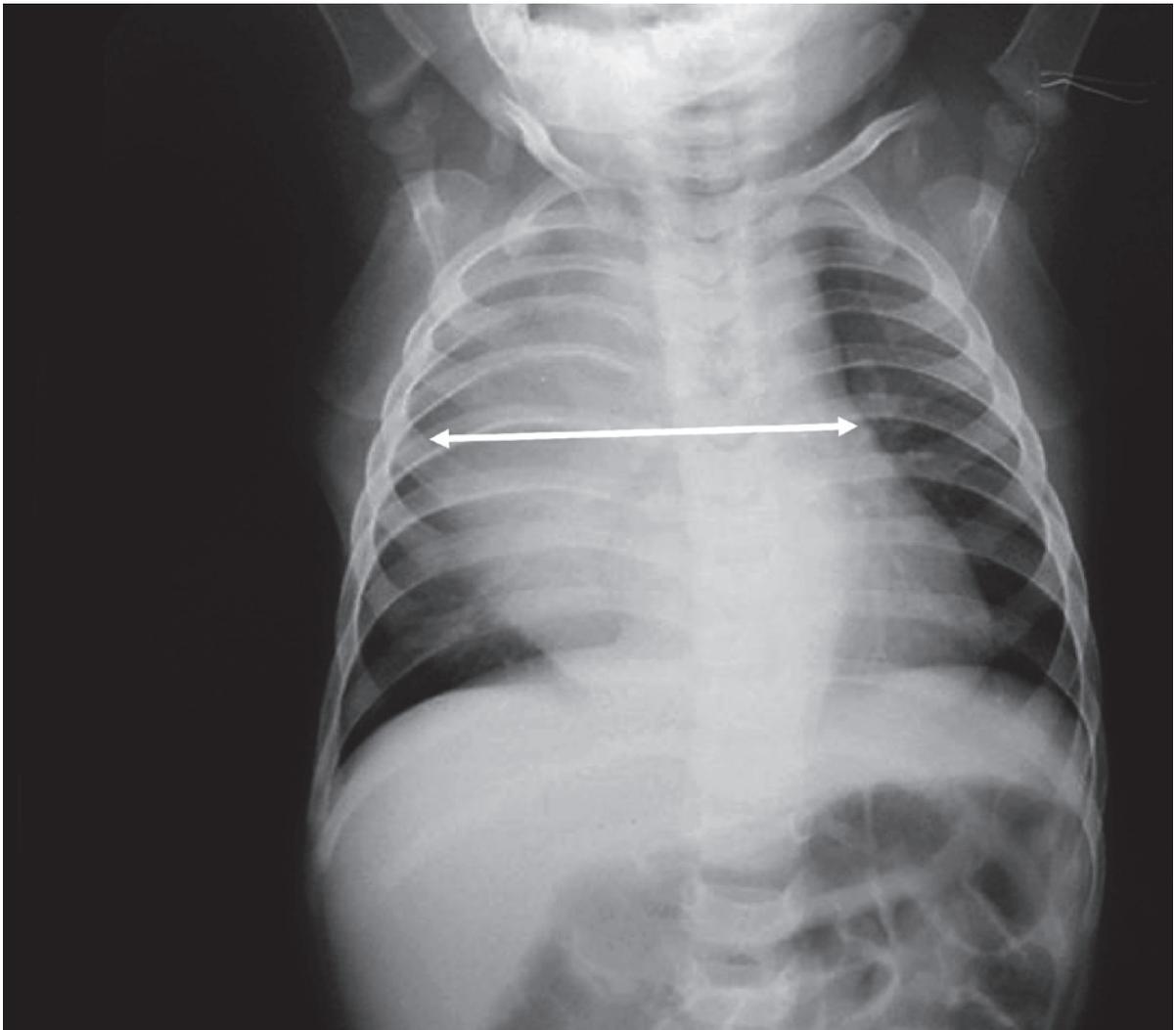
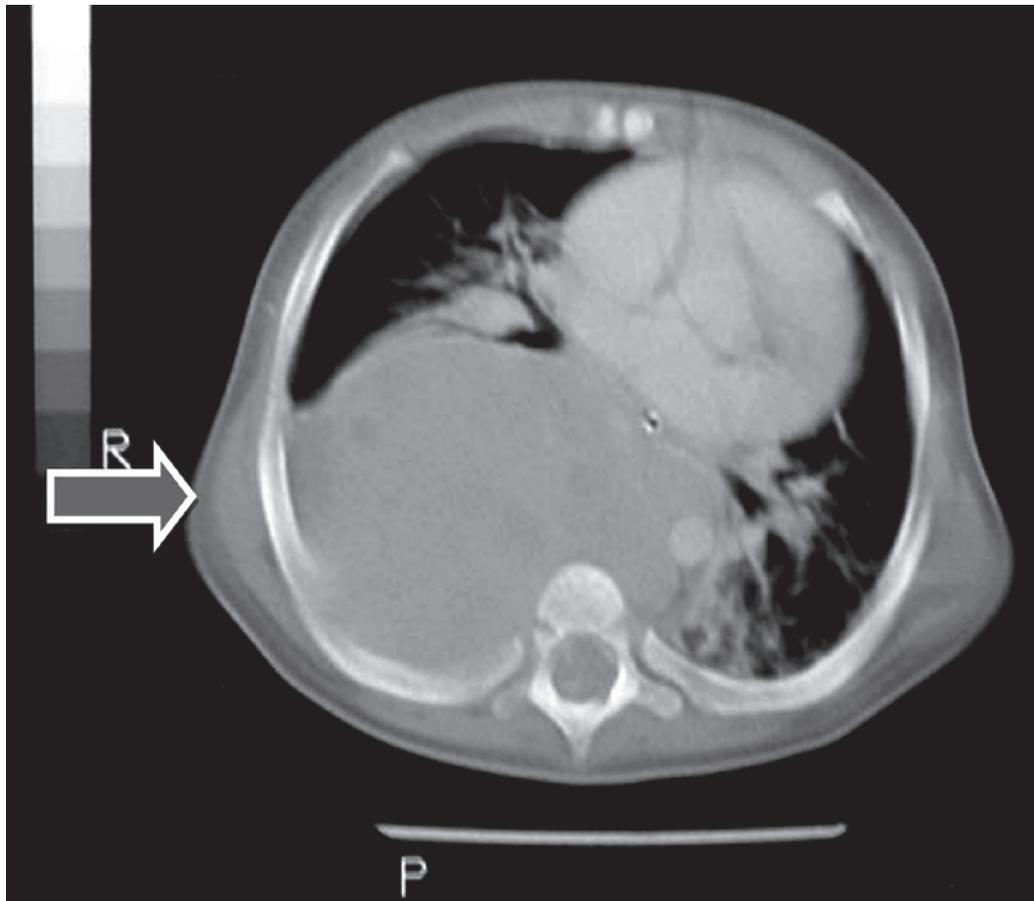


Figura 2. Radiografía toraco-abdominal con ensanchamiento de mediastino



El ensanchamiento del mediastino observado en la radiografía toraco-abdominal se correlaciona con la masa en mediastino posterior evidenciado en la TAC.

Figura 3. TAC de tórax: que evidencia masa para-vertebral derecha, posterior, compatible con masa de origen tumoral



Los tumores localizados en el mediastino posterior pueden desencadenar un síndrome de compresión medular cuya manifestación inicial es el dolor y posteriormente las manifestaciones neurológicas.

La afectación del ganglio estrellado, puede provocar un síndrome de Claude-Bernad-Horner (miosis, ptosis palpebral y disminución de la fuerza muscular de miembros superiores).

Los neuroblastomas, en especial los localizados en el tórax, se relacionan con opsoclonus-mioclonus (movimientos incoordinados, erráticos, incontrolables, movimientos oculares y pérdidas de pautas madurativas), como manifestación paraneoplásica.

Los tumores óseos y los que se originan en la pared torácica se presentan como masas propiamente dichas, destrucciones óseas, o aplastamientos vertebrales.

Figura 4. RMN que muestra masa paravertebral torácica

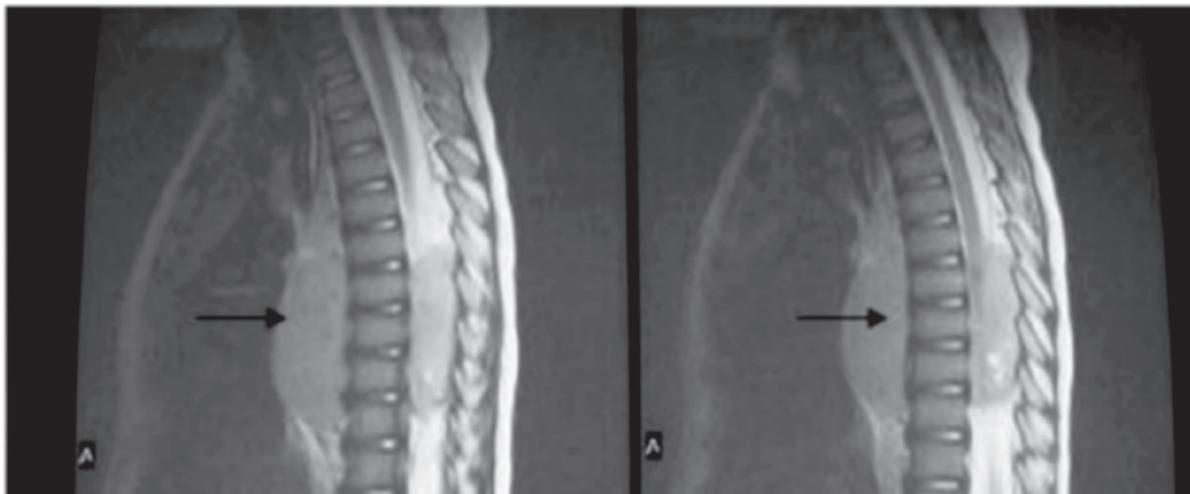


Figura 5. RMN con contraste que muestra: compresión medular secundaria a masa paravertebral



Toda masa mediastinal constituye una urgencia médica.
Se aconseja no realizar exámenes complementarios exhaustivos, que demoren el traslado, ni indicar corticoides, ya que pueden interferir en el diagnóstico etiológico.

El paciente deber ser derivado a un centro de alta complejidad que cuente con terapia intensiva, con un médico hemato-oncólogo, y un equipo médico entrenado en el manejo de estas situaciones.

Masas abdominales. El hallazgo de una masa abdominal es una de las formas de presentación más frecuente en oncología; algunas son de etiología benigna pero todas deben ser estudiadas para descartar malignidad.

Ante la presencia de una masa abdominal el pediatra debe tener en cuenta la edad de presentación, los síntomas asociados y los sitios abdominales de localización.

Tabla 4. Tumores abdominales según localización

Localización	Tumor maligno	Tumor benigno
Hígado	Hepatoblastoma Hepatocarcinoma Lesiones metastásicas	Tumores vasculares Hiperplasia nodular focal Adenoma
Bazo (nódulos)	Leucemias/Linfomas	Mononucleosis Otras causas infecciosas
Riñon	Tumor de Wilms Otros tumores renales (sarcomas, carcinomas)	Hidronefrosis Riñon poliquístico
Suprarenal	Neuroblastoma Feocromocitoma	Hematoma Hiperplasia
Tubo digestivo, mesenterio	Linfoma Sarcomas	Duplicación intestinal Quiste mesentérico
Abdomen inferior	Sarcomas Tumores de ovario	Quiste ováricos Teratomas maduros
Retroperitoneo	Neuroblastoma Tumores germinales malignos Sarcomas	Ganglioneuroma Teratomas maduros Linfangiomas

En los lactantes menores de 6 meses, si bien existe patología de origen tumoral maligna, la gran mayoría de las masas son benignas, debidas a malformaciones congénitas. En este grupo etario es importante destacar la presencia de nódulos subcutáneos rojo-violáceos, acompañados o no de hepatomegalia, siendo los diagnósticos diferenciales una forma especial de neuroblastoma o las leucemias.

Los tumores malignos se encuentran más frecuentemente en niños entre 1 y 6 años, tal es el caso del tumor de Wilms que suele presentarse como masa asintomática, descubierta generalmente por los padres, asociada a hematuria e hipertensión arterial. Otra causa pueden ser el neuroblastoma, con una amplia variedad de presentaciones desde masas asintomáticas, en la glándula suprarrenal, (cuyo diagnóstico diferencial son los hematomas, consecuencia de partos distócicos), a masas asociadas a compromiso del estado general, dolores óseos, hematomas cutáneos y adenopatías.

Las masas centro abdominales de rápido crecimiento orientan a linfomas como diagnóstico presuntivo. Otra forma de presentación abdominal de los linfomas es la invaginación intestinal.

En las adolescentes, se pueden presentar tumores de origen ovárico (teratomas maduros o inmaduros, estos últimos con elevación sérica de alfafetoproteínas y subunidad beta) pero es necesario considerar los procesos inflamatorios y el embarazo entre los diagnósticos diferenciales.

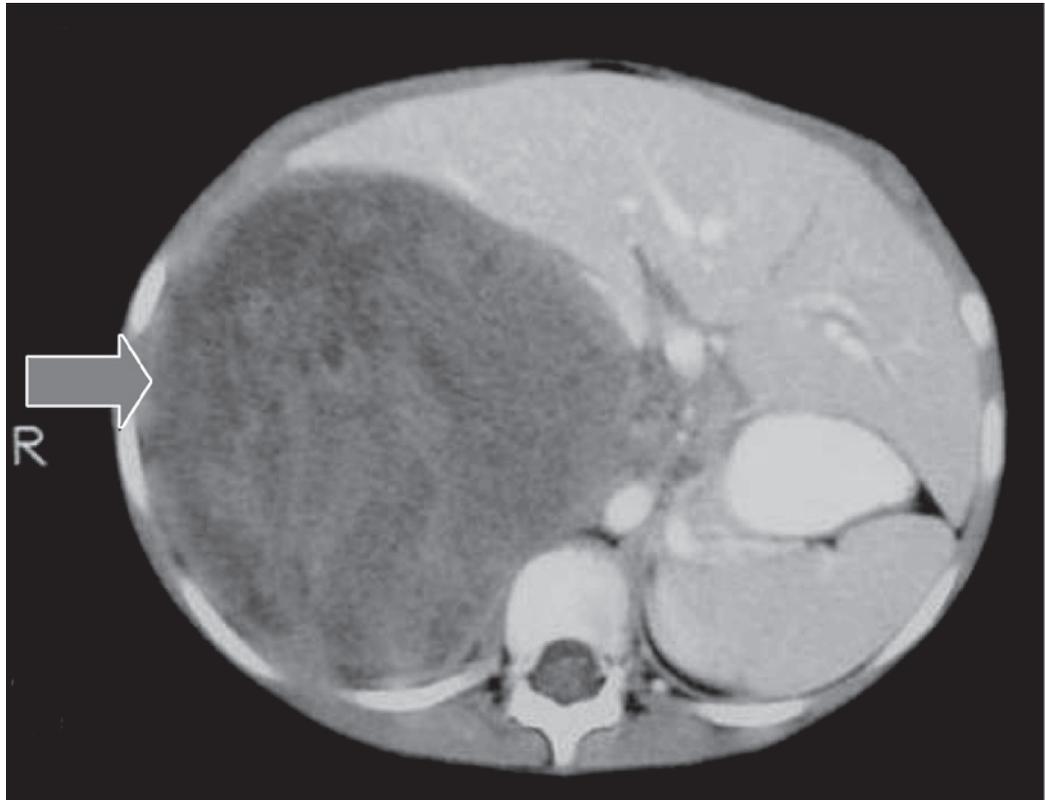
Entre los signos y síntomas asociados se deben considerar, la fiebre, la pérdida de peso, alteraciones del ritmo evacuatorio (constipación-diarrea), o manifestaciones urinarias: disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, hematuria. Signos de precocidad sexual, como el vello pubiano, están presentes en los tumores carcinomas suprarrenales (*ver algoritmo 3*)

El tamaño, la movilidad y la consistencia de la masa no son datos importantes para determinar el origen. Es necesario establecer la localización abdominal de la masa, para comprender qué estructura anatómica es el sitio de origen:

- ◆ Hipocondrio derecho: tumores hepáticos.
- ◆ Centro abdominales: linfomas, neuroblastomas.
- ◆ Flancos: tumores renales.
- ◆ Hipogastrio: tumores de vejiga y próstata.
- ◆ Abdomen inferior: tumores ginecológicos, neuroblastoma.

Niña de 3 años de edad, cuya madre nota durante el baño una tumoración en el abdomen. Consulta a su pediatra: el examen clínico de la niña es muy dificultoso, por ofrecer resistencia a la palpación. Por encontrarla el pediatra en muy buen estado general y asintomática, no da importancia al dato de la madre. A los pocos días la madre nota orinas más oscuras, que al realizar una nueva consulta se constata que se trata de hematuria, se realiza una ecografía abdominal, que evidencia masa de origen renal. Diagnóstico presuntivo: Tumor de Wilms.

Figura 6. TAC de abdomen con contraste que muestra masa heterogénea que corresponde a tumor del riñón derecho

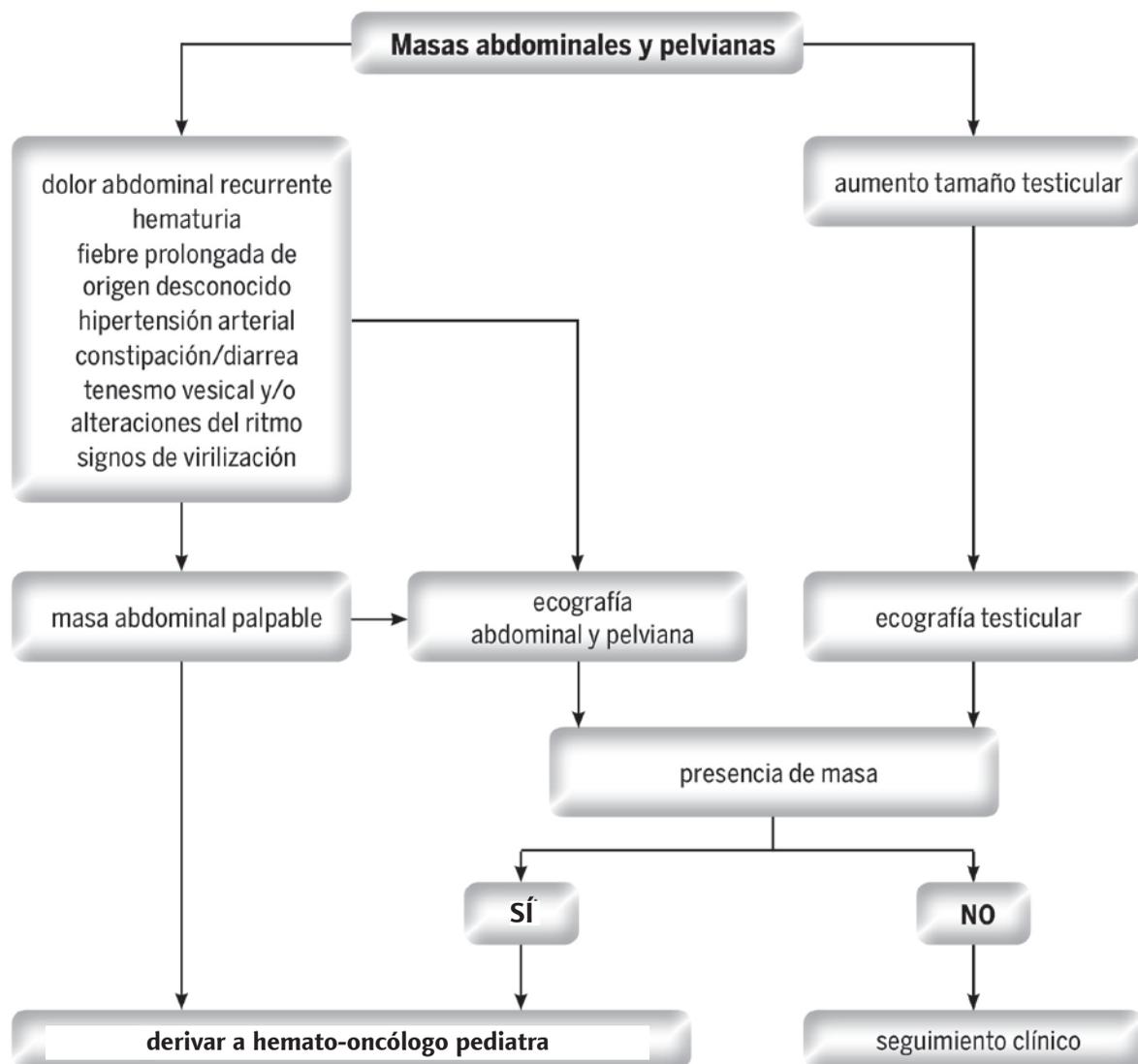


Niño de 5 años de edad, que es llevado a la consulta por guardia, por presentar “renguera” y dolor en cadera. Es evaluado por ortopedista, quien solicita RX de ambas caderas y fémures no constando patología ósea. Al persistir lo síntomas realiza consulta con su pediatra, quien indica analgésicos. Luego de 72 horas la madre consulta a un Servicio de Emergencias pediátrico, donde se solicita una ecografía abdomino-pelviana, por diagnóstico presuntivo de absceso del psoas, y se constata la masa pelviana. Por intermedio de una biopsia quirúrgica **se diagnostica: rhabdomyosarcoma.**

Tumores de retroperitoneo. Los tumores que se localizan en el retroperitoneo pueden producir una compresión medular, al invadir los agujeros de conjunción, la presentación clínica inicial es el dolor dorso-lumbar, las manifestaciones neurológicas tales como paresias, pérdida de control de esfínteres o de su tonicidad, son síntomas tardíos.

La compresión medular es una urgencia oncológica. Requiere para su diagnóstico un alto índice de sospecha, el dolor dorso-lumbar en pediatría debe ser siempre estudiado, ya que es patológico en la mayoría de las veces.

Algoritmo 3. Masas abdominales y pelvianas



Niño de 5 años de edad, que comienza con dolor en la “cintura”, que no lo deja dormir, ni jugar. Es evaluado por pediatra, quien indica analgésicos comunes, no cede el dolor, diagnóstico presuntivo inicial infección urinaria. Continúa con dolor, y los padres notan que mueve menos las piernas. RMN constata masa paravertebral con compresión medular, **Diagnóstico probable: Sarcoma de Ewing.**

La radiografía simple de abdomen y las ecografías son los métodos complementarios iniciales a solicitar. Una vez sospechada la presencia de una masa es necesario derivar al paciente un centro de referencia sin efectuar otras prácticas que puedan demostrar el diagnóstico.

Masa abdominal de rápido crecimiento es considerada una urgencia médica que debe ser derivada al hemato-oncólogo.

Dolores óseos. El dolor es un síntoma común en el cáncer pediátrico. Los dolores óseos localizados que despiertan al paciente de noche, interfieren en sus actividades, son progresivos, y no calman totalmente con los analgésicos, deben hacer pensar al pediatra en un dolor de probable etiología tumoral. Los dolores óseos son atribuidos habitualmente a “dolores de crecimiento” o a traumatismos.

En la evolución natural de la enfermedad se puede agregar la presencia de masas.

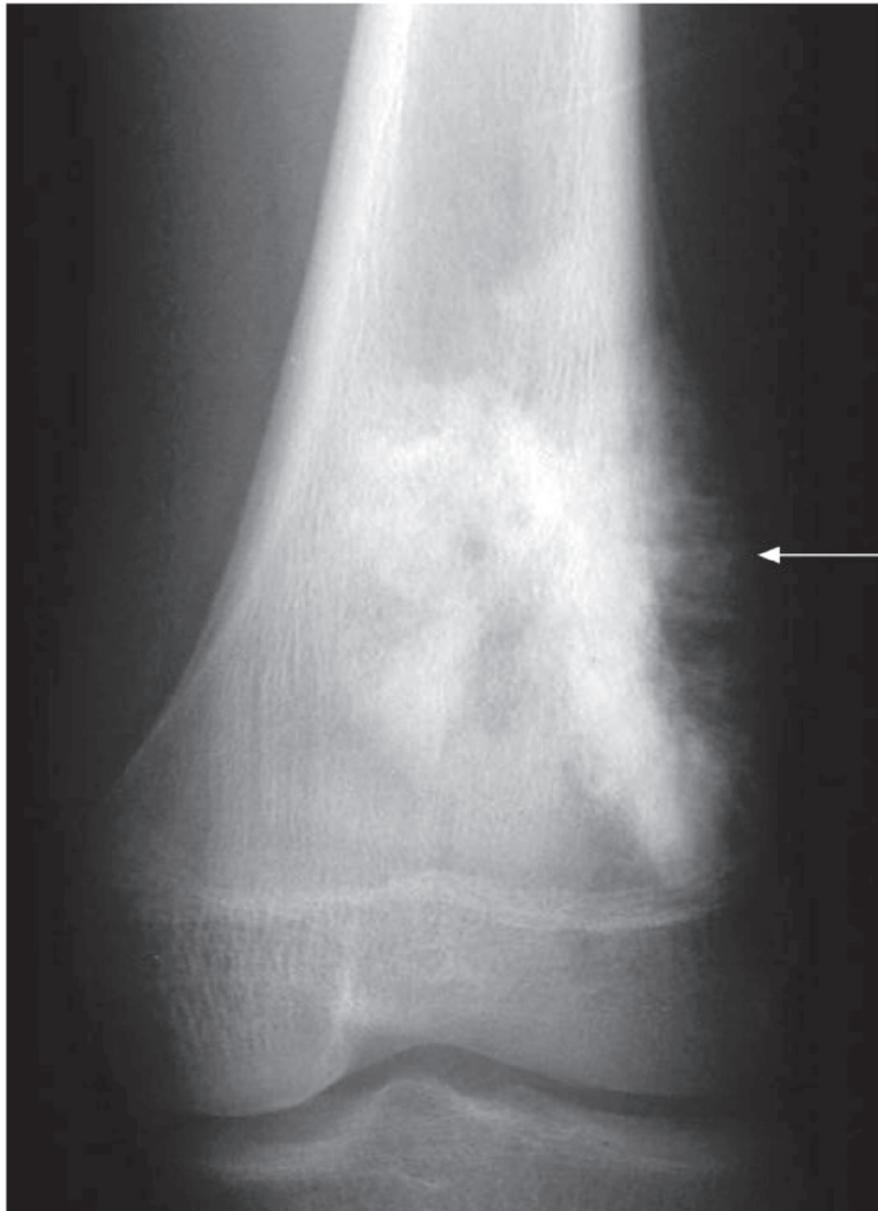
La localización más frecuente de los tumores óseos son las extremidades, si bien se pueden presentar en cualquier localización (columna, pelvis), afectan principalmente a adolescentes.

El dolor óseo generalizado o multifocal, originado por la infiltración de la médula ósea, ya sea por leucemias o metástasis de tumores sólidos (neuroblastoma, sarcoma de Ewing), es en general severo y constante.

Paciente de 14 años de edad que consulta por dolor en rodilla derecha, refiere antecedente de traumatismo, la madre le indica analgésicos, pero el dolor persiste y se hace mas intenso, consulta a su médico, que considera que se puede deber a dolores de crecimiento, al mes aparece la rodilla con mayor volumen, sin signos de flogosis. Consulta nuevamente se realiza RX donde observa reacción con disrupción del periostio, con lesión osteolítica concomitante.

Diagnóstico presuntivo: Osteosarcoma.

Figura 7. Radiografía lesión ósea con afectación de periostio



Cefaleas. La cefalea es uno de los síntomas más comunes en pediatría, muy infrecuentemente es causada por un tumor. A pesar de esto siempre es importante descartar una causa tumoral. La cefalea es producida por obstrucción de drenaje del líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia) y la presencia de masa en el SNC. ¿Cuándo sospechar que la cefalea puede deberse a un origen tumoral?

- Si despierta al paciente de noche.
- Si son matinales.
- Si es frecuente y severa.

Si se asocia a manifestaciones neurológicas (afectación de pares craneales, somnolencia, alteraciones visuales, convulsiones, ataxia).

Si se asocian a vómitos matinales, o “en chorro”, alteraciones del crecimiento, o diabetes insípida.

Aumento del perímetro cefálico.

Cambios del comportamiento y/o de la conducta.

Ante la presencia de una o más de las situaciones anteriormente nombradas, es necesario realizar un minucioso examen neurológico, fondo de ojo (en la búsqueda de edema de papila) y solicitar una TAC o RMN con contraste, ya que los tumores del SNC son el principal diagnóstico diferencial. Estos tumores son los más frecuentes tumores sólidos en pediatría (*ver algoritmo 4*).

Paciente de 10 años, que consulta por cefaleas constantes, el pediatra lo deriva al oftalmólogo, quien le indica lentes. La cefalea no cede, se hace progresiva, llegando a despertar al niño de noche. Al no constatarse otra manifestación clínica, se indican analgésicos, con el transcurso del tiempo se agregan al cuadro clínico vómitos matinales. Se le realiza una TAC de cerebro con contraste donde se evidencia masa ocupante en fosa posterior. **Diagnóstico presuntivo: meduloblastoma.**

Figura 8. TAC que evidencia tumor localizado en fosa posterior

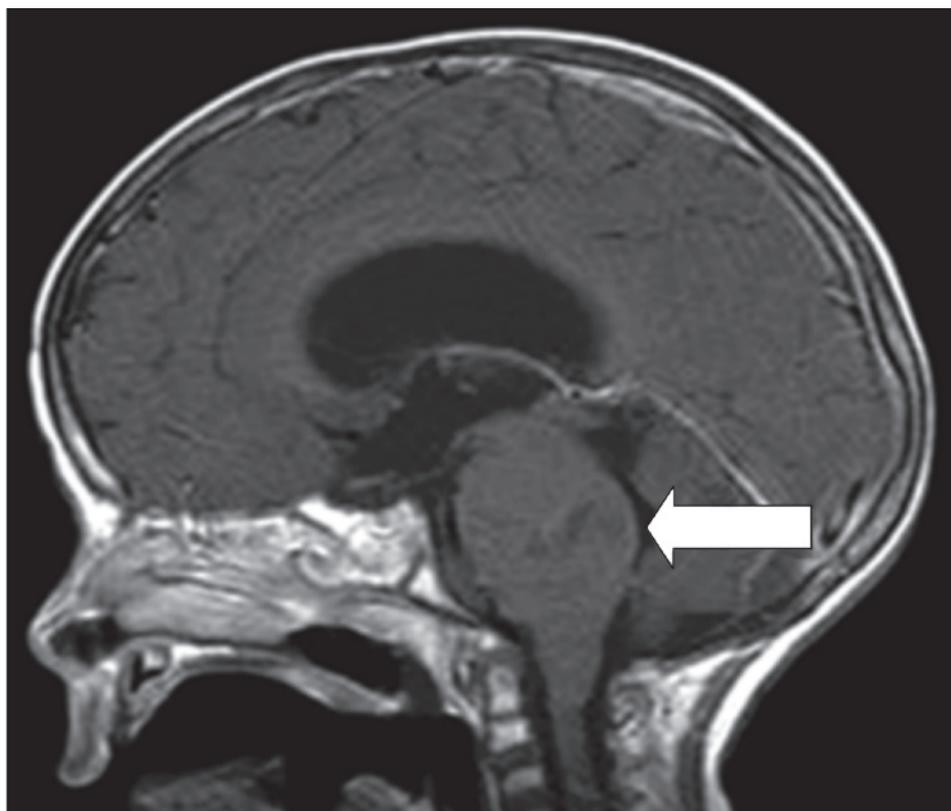


Fuente: ROHA publicación “Cuando sospechar cáncer en el niño”.

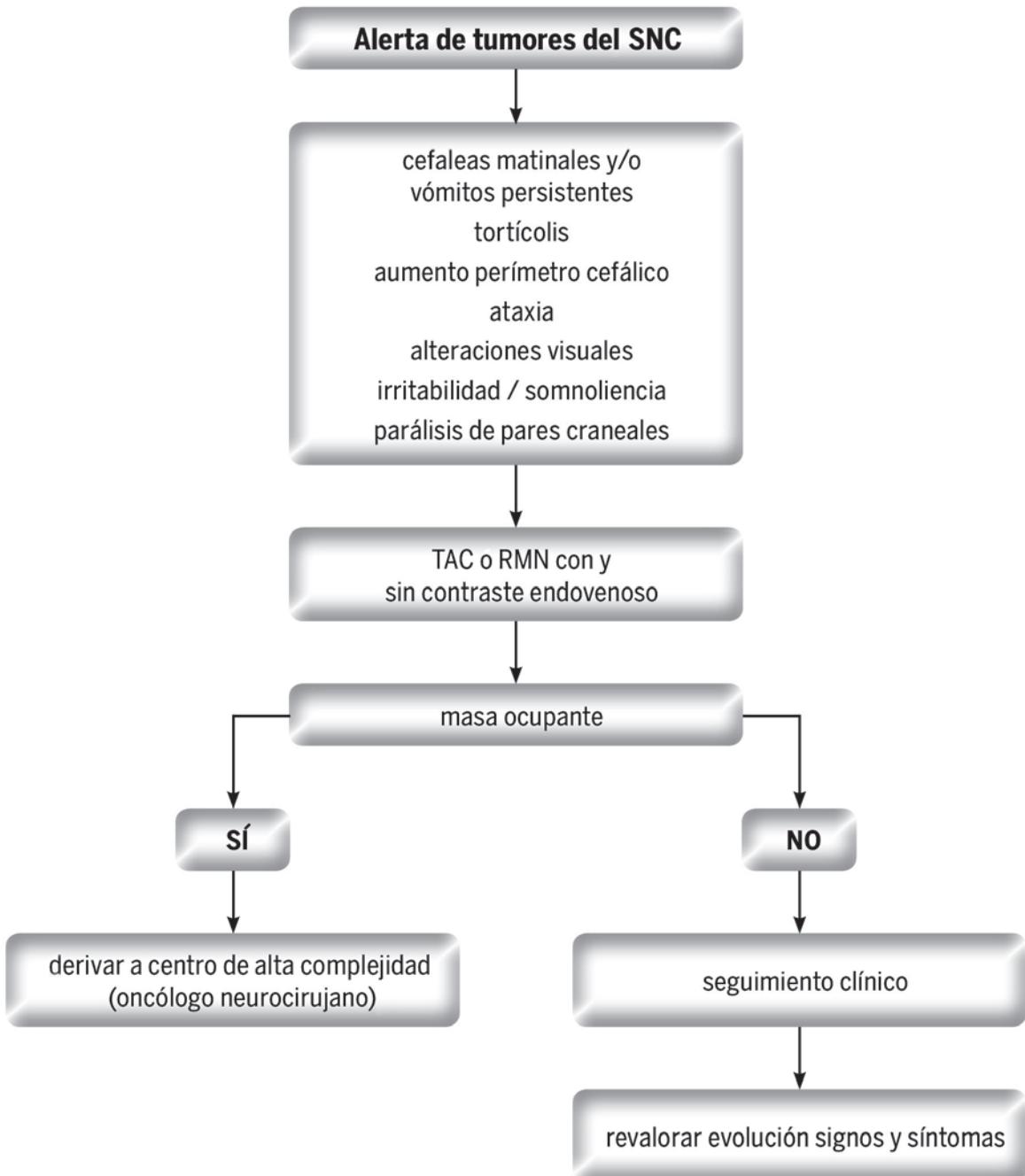
Masas en el Sistema Nervioso Central. El examen neurológico se ve alterado en un 90% de los casos, al momento del diagnóstico. Pueden presentar:

- ◆ Estrabismo.
- ◆ Pérdidas de fuerza muscular (paresias/plejías).
- ◆ Pérdidas de pautas madurativas.
- ◆ Alteraciones de la marcha y equilibrio.
- ◆ Trastornos deglutorios, parálisis facial, déficit motores focales.
- ◆ Tortícolis (como tentativa de acomodación por alteraciones visuales).
- ◆ Abombamiento de fontanela, aumento del perímetro cefálico, en lactantes.
- ◆ Alteraciones hormonales, pubertad precoz, y diabetes insípida en tumores localizados en hipotálamo.

Figura 9. TAC que evidencia tumor de tronco cerebral.



Fuente: St Jude Children's Research Hospital.

Algoritmo 4. Signos y síntomas de alerta de tumores del SNC

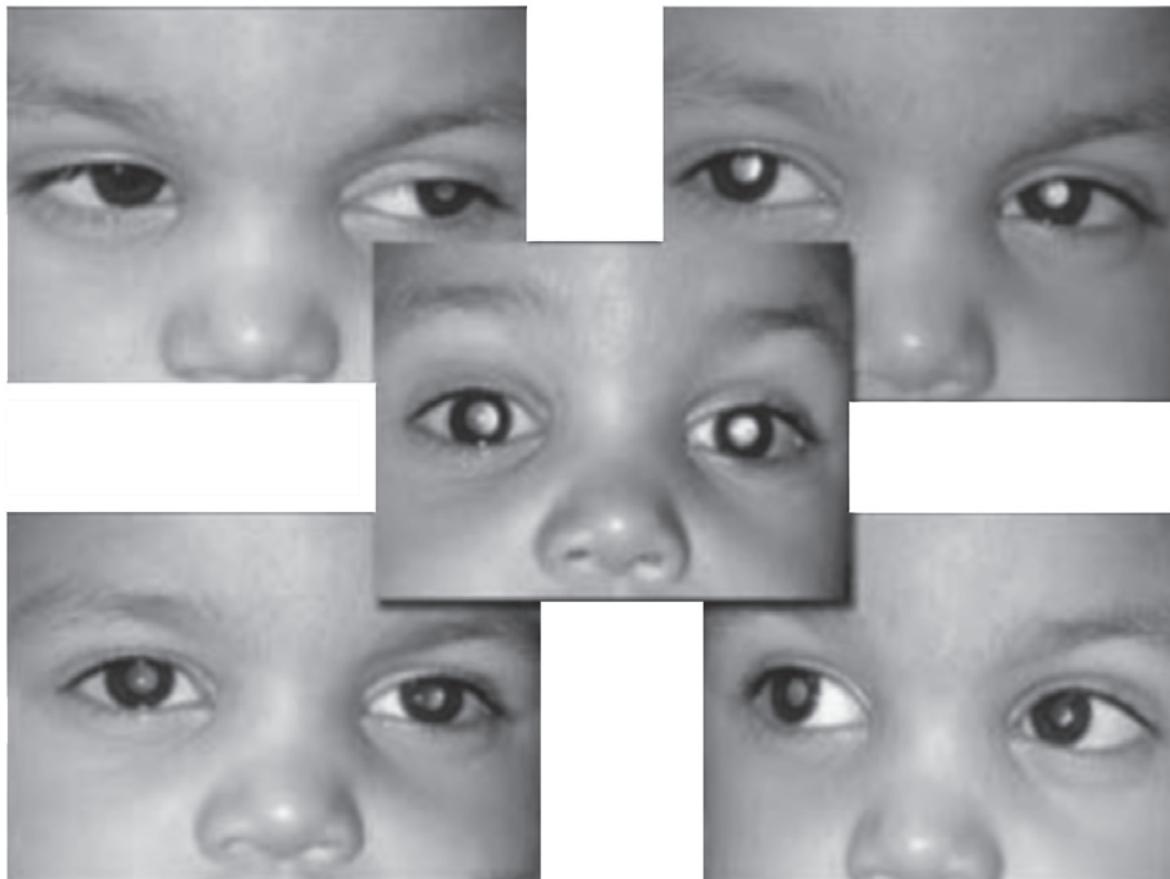
OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE TUMORES

Leucocoria (reflejo blanco de la pupila), frecuentemente descubierta por los padres al tomar una foto de su hijo, es la forma más frecuente presentación de los retinoblastomas (tumores oculares). Requiere una pronta derivación a un oftalmólogo para realizar un fondo de ojo bajo anestesia.

Otra forma de presentación es el estrabismo, y en los casos más avanzados la proptosis uni o bilateral.

Niña de 6 meses de edad, cuya madre nota un reflejo blanquecino en el ojo derecho al tomarle las fotos; si bien la madre se encuentra preocupada, el pediatra tiende a calmarla, con el tiempo aparece estrabismo del mismo ojo, interpretado como fisiológico. Los padres consultan a un oftalmólogo quien realiza fondo de ojo con anestesia y se diagnostica un tumor en la retina. **Diagnóstico presuntivo: Retinoblastoma.**

Figura 10. Presencia de leucoria



Fuente: Dr. Rodríguez Galindo. WWW.Cure4kids.

Tumoraciones de partes blandas: toda masa que se adhiera a planos profundos, sea indolora, tenga crecimiento progresivo, se localice una adenomegalia regional, o tenga un diámetro mayor de 2 cm, requiere de una consulta oncológica.

Otorrea persistente, o secreción sanguinolenta localizada en el conducto auditivo externo, puede ser una forma de presentación de sarcomas, como así también la presencia de obstrucciones nasales, naso y/o rinofaringe.

Lesiones líticas óseas, despegamiento de periostio, fracturas patológicas, rarefacción ósea, aplastamientos vertebrales, como formas de presentación de los tumores óseos e histiocitosis. Esta última no es considerada una verdadera enfermedad oncológica maligna, es tratada por los oncólogos.

Lesiones cutáneas: efélides, de crecimiento rápido, bordes irregulares y cambios de color, deben alertar sobre la presencia de melanomas, cada día más frecuentes en la edad pediátrica.

CASOS CLÍNICOS

Los siguientes casos clínicos se presentan con la intención de ejemplificar el proceso de atención de pacientes con enfermedad oncológica.

ANDREA, 10 AÑOS

Paciente previamente sana, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Consulta al Hospital por presentar tres meses de evolución de vómitos matinales asociado a cefaleas de moderada intensidad. Consultó en varias oportunidades con pediatra y oftalmólogo. Le indicaron lentes, pero al no notar los padres mejoría de los síntomas y agregarse desviación de la comisura labial y somnolencia, consulta a un neurólogo que le realiza un fondo de ojos, donde se constata edema de papila bilateral.

Examen físico: eutrófica, lúcida, ubicada en tiempo y espacio, ataxia, parálisis facial. Se solicita TAC de cerebro con contraste que evidencia lesión en fosa posterior con refuerzo con contraste.

Se realiza resección quirúrgica de masa en forma completa.

Diagnóstico: Meduloblastoma.

EZEQUIEL, 12 AÑOS

Ingresa derivado de consultorio privado por dolor abdominal, con el antecedente de haber presentado 15 días antes un traumatismo abdominal. Se queja de dolor lumbar izquierdo desde hace una semana, astenia y anorexia. No refiere hematuria y presenta varicocele de 2 años de evolución.

Examen físico: Palidez de piel y mucosas, adelgazado. Adenopatía submaxilar móvil no dolorosa de 1 cm x 0,5 cm. Se palpa gran masa tumoral en hemiabdomen izquierdo que llega hasta zona pélvica y pasa la línea media, 20 x 15 cm, de superficie irregular. Varicocele izquierdo.

Exámenes complementarios:

- ◆ LDH 1370 UI/L.
- ◆ Uremia 0,35 g/l.
- ◆ Creatininemia 1,09 mg/dl.
- ◆ GB 5.510/mm³ Hto 38% gr/dl Plaquetas 239.000/mm³.
- ◆ Eritrosedimentación 18 mm/hora.
- ◆ Orina: sin hematuria.
- ◆ TAC : - Cráneo: sin alteraciones.
 - Tórax: imagen nodulillares a nivel pulmonar. Ensanchamiento de mediastino (conglomerado ganglionar).
 - Abdomen y pelvis: masa tumoral abdominal retroperitoneal izquierda.
 - Adenomegalias retroperitoneales rodeando los grandes vasos. Imagen nodular hepática.
- ◆ Se realiza biopsia por punción. Informe de patología: tumor de células redondas pequeñas y azules.

Diagnóstico: Rbdomiosarcoma.**LUIS ANTONIO, 2 AÑOS Y 4 MESES DE EDAD**

Antecedente de cuadros de síndrome bronquio-obstructivo a repetición.

Antecedentes de la enfermedad actual: Rinorrea serosa, tos seca, hipertermia no cuantificada, decaimiento, regular actitud alimentaria, dificultad respiratoria.

Consulta en el centro de salud, se le indica salbutamol inhalatorio y corticoides. Epidemiología viral positiva. Se constató descenso de peso, sudoración nocturna de una semana de evolución. Por persistencia del cuadro, con dificultad respiratoria progresiva, consulta en Emergencias.

Examen físico: Adelgazado, T° 37,1 °C, microadenopatías occipitales, entrada de aire abolida en hemitorax derecho, se palpa hígado: 2 cm del reborde costal, No se palpa esplenomegalia.

Exámenes complementarios: HMG: GB 15.830/mm³, NS 90%/ L 9%/ M 1%.
HTO: 42%, Plaqa 371.000/mm³. ESD 5 mm/hora.

Imágenes: Rx de tórax: Hemitórax derecho opaco.

Ecografía pleural: Colección líquida hasta línea supraescapular.

- ◆ Diagnóstico de ingreso: Neumonía con derrame pleural derecho.

Tratamiento: Colocación de tubo de drenaje pleural, se drenan 500 ml de liquido citrino turbio. Se indica Ceftriaxone, como tratamiento antibiótico.

17/01/11: Rx de tórax: mejorada, se observa parénquima pulmonar con opacidad, derrame pleural leve ensanchamiento mediastinal.

25/01/2011: Cumple 10 días de tratamiento ATB.

Al finalizar el tratamiento antibiótico se solicita Rx de tórax de control: con persisten-

cia de alteraciones observadas en el Rx anterior, por interpretarse como evolución atípica de una neumonía se solicita TAC.

25/01/2011: TAC de tórax: Consolidación del espacio aéreo con presencia de broncograma aéreo que compromete el lóbulo pulmonar inferior derecho, atelectasia masiva del pulmón derecho. Colecciones pleurales derechas tabicadas, engrosamiento pleural. Timo aumentado de tamaño. Adenomegalias mediastinales y axilares.

27/01/2011: Biopsia ganglio supraclavicular derecho, tumoración mediastinal y PAMO.

28/01/2011: Desmejora clínica, distrés respiratorio moderado-grave, taquicardia persistente, requerimiento de alto flujo de oxígeno.

29/01/2011: Pasa a UCIM, Síndrome VCS, derrame pleural derecho y pericárdico (colapso de AI, SIV disquinético). Se inicia tratamiento con corticoides y medidas de lisis tumoral con diagnóstico presuntivo de LINFOMA.

31/01/2011: Se recibe informe de Anatomía patológica, se confirma el diagnóstico de linfoma no Hodgkin, linfoma linfoblástico " t".

PEDRO, 3 AÑOS

Etnia Toba, derivado de puesto sanitario por constipación crónica y desnutrición para interconsulta con Gastroenterología y Nutrición.

Paciente sin antecedentes patológicos previos, según refiere el padre: comienza 15 días previos a la primera consulta, con distensión abdominal, decaimiento y constipación. Asiste al puesto sanitario en reiteradas oportunidades donde lo medican con antiparasitarios, y por continuar con igual sintomatología le indican que consulte en el hospital regional para continuar estudios. Se lo cita en 3 semanas y cuando regresa queda internado por infección del tracto urinario y medicado con cefazolina y enemas evacuantes. Por regular evolución lo derivan a hospital de mayor complejidad

Paciente que ingresa grave, en mal estado general, desnutrido marasmático grave, y con marcada palidez cutáneo mucosa, piel seca opaca, cabellos finos, secos, descoloridos. Resaltos óseos visibles, rosario costal, glúteos en bolsa de tabaco. En cuello se observan y palpan adenomegalias, una supraclavicular izquierda de 2 x 2 cm de diámetro. Abdomen globuloso, tenso, doloroso, hígado a 7 cm del reborde costal, se palpa masa que ocupa todo hemiabdomen izquierdo que pasa la línea media extendiéndose a flanco derecho, con edema escrotal izquierdo.

Laboratorio de ingreso:

Función hepática y renal normal.

Albúmina 2,9 gr/dl.

Coagulograma alterado.

Hemograma: GB 11.970/mm³, 70/1/27/2 , Hto 26% gr/dl, Hb 7,1 gr/l, plaquetas 486.000/mm³.

LDH 6.220 UI/L.

Serologías negativas.

Lavados gástricos negativo.

Radiografía de tórax: Imagen densa no homogénea en campo superior y medio derechos y otra imagen densa en campo inferior izquierdo.

Motivos por el cual se solicita TAC:

Tórax: Conglomerado de adenomegalias en hueco supraclavicular izquierda, de 3,5 cm, desplaza la tráquea y estructuras vasculares. Formación de aspecto tumoral de 3 x 2,5 cm, en mediastino posterior, a nivel paraespinal izquierda, que toma amplio contacto con la columna vertebral, aorta torácica descendente y esófago. Extensión hacia abdomen.

Abdomen: Formaciones heterogéneas (sólidas y quísticas) que ocupan toda la cavidad abdominal, predominantemente, retroperitoneo engloba la aorta abdominal, infiltran hilio hepático y esplénico, polo superior del riñón izquierdo, desplazan asas intestinales y colónicas.

Se realiza biopsia de adenopatía cervical, con resultado anatómo patológico de **Neuroblastoma indiferenciado.**

2

AUTOEVALUACIÓN

Resuelva el Crucigrama N° 1. Cáncer Infantil

Las palabras se leen sólo en sentido horizontal.

1									C											
2									A											
3									N											
4									C											
5									E											
6									R											
7									I											
8									N											
9									F											
10									A											
11									N											
12									T											
13									I											
14									L											

Referencias

1. Recuperación completa que se logra en el 65% del total de los niños con cáncer.
2. Tipo de tumores frecuente en los niños, que incluye retinoblastoma, neuroblastoma y otros.
3. Forma de cáncer específico de los niños, uno de los tumores embrionarios.
4. Primera causa de muerte en niños de 5-15 años.
5. Tasa de muertes a causa de una enfermedad determinada, se dice de la enfermedad.
6. Forma de cáncer específico de los niños, otro de los tumores embrionarios.
7. Tratamiento farmacológico del cáncer que ha demostrado su eficacia.
8. Tipo de prevención que procura detectar la enfermedad la enfermedad en sus estadios iniciales.
9. Nivel de calidad de los servicios para atender este tipo de pacientes.
10. Característica de los servicios de salud, posibilidad de la población para acceder al diagnóstico y tratamiento que necesita.
11. Genes responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollará un determinado tipo de cáncer.
12. Muerte celular programada.
13. Proceso de desarrollo de un tumor, depende de múltiples factores.
14. Enfermedad maligna más frecuente en la infancia.

AUTOEVALUACIÓN

2

Resuelva el Crucigrama N° 2. Prevención

Las palabras se leen sólo en sentido horizontal.

1									P											
2									R											
3									E											
4									V											
5									E											
6									N											
7									C											
8									I											
9									O											
10									N											

Referencias

1. Índice de masa corporal entre los percentiles 85 y 97.
2. Falta de actividad física.
3. Identificación temprana de la enfermedad, reconocimiento de signos y síntomas de alarma y de factores de riesgo.
4. Forma de combatir el sedentarismo.
5. Es recomendable su incorporación en la dieta de los niños.
6. Enfermedades que son factores de riesgo para padecer cáncer, pueden ser congénitas o adquiridas.
7. Modificación, variación hematológica.
8. Estilos de vida, forma de actuar repetida, usos y costumbres en materia de alimentación, actividad física, consumo, etc.
9. Está demostrado que es un factor de riesgo para enfermedad oncológica, su consumo está prohibido en espacios públicos.
10. Característica de los signos y síntomas del cáncer infantil, pueden confundirse con patologías benignas frecuentes.

2

AUTOEVALUACIÓN

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. El cáncer infantil es un grupo de enfermedades de baja frecuencia.
V F
2. El cáncer es la primera causa de muerte en los menores de 15 años.
V F
3. En Argentina, en 2010, alrededor de 450-500 niños y adolescentes fallecieron por cáncer.
V F
4. En Argentina se producen, por año, unos 1.200 nuevos casos de cáncer entre los menores de 15 años.
V F
5. Las mayores demoras diagnósticas se producen en el ámbito institucional, a partir de la primera consulta realizada por los padres en un centro asistencial.
V F
6. Los hermanos de un paciente oncológico pediátrico tienen más riesgo de padecer la enfermedad.
V F
7. Los factores genéticos transmitidos por los padres son determinantes en todos los tipos de cáncer infantil.
V F
8. La prevención secundaria se focaliza en la detección del cáncer en sus estadios iniciales.
V F
9. Los hijos de pacientes curados de cáncer infantil tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad que el resto de la población.
V F
10. Los tumores del SNC son la enfermedad maligna más frecuente entre los menores de 15 años.
V F
11. Un 10% de las causas de fiebre de origen desconocido son atribuidas a procesos neoplásicos.
V F
12. Ante cefaleas asociadas a vómitos matinales, o a alteraciones del crecimiento o a diabetes insípida se debe sospechar origen tumoral.

AUTOEVALUACIÓN

2

V F

13. Los tumores hepáticos son más frecuentes que los tumores de partes blandas.

V F

14. Si un paciente con clínica respiratoria no responde al tratamiento instituido se debe revisar el diagnóstico y considerar sospecha de cáncer.

V F

15. La demora en el diagnóstico del cáncer en los niños se debe, en gran medida, a un bajo índice de sospecha por parte del pediatra.

V F

Escribir en los espacios en blanco las palabras que correspondan para formar un texto correcto

1. Se ha definido el cáncer como una enfermedad genética provocada por la de los oncogenes, por la de los genes supresores de tumores o por una falla de los genes responsables de la del ADN.

2. La célula neoplásica acumula mutaciones en su genoma, activa oncogenes, inactiva genes, modifica el ciclo celular, altera su fenotipo, crece y prolifera sin control, los mecanismos de la apoptosis y elude el sistema inmune.

3. Los signos y síntomas más frecuentes que deben alertar ante la posibilidad de cáncer y que requieren estudios son:

-
- alteraciones hematológicas
-
-
- sintomatología musculoesquelética
-

CONCLUSIONES

Los tumores en pediatría son potencialmente curables, un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado mejoran las posibilidades. Es fundamental un elevado índice de sospecha inicial, por parte de los pediatras, basado en los signos y síntomas de presentación más frecuentes.

Para su tratamiento se requiere un equipo interdisciplinario, conformado por médicos clínicos pediatras, oncólogos, radioterapeutas, cirujanos, kinesiólogos, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales.

Se han logrado grandes avances en los últimos años, con mejores tasas de curación, pero esto implica muchas veces secuelas físicas, psicológicas y sociales, que requieren un tratamiento y seguimiento a largo plazo. Acortar el tiempo entre la primera consulta y la derivación oportuna al especialista o institución para el diagnóstico, ayudará también a disminuir las secuelas.

Tabla 5. Motivo de consulta y diagnóstico probable

Motivo de consulta	Diagnóstico probable
Cefalea y vómitos	Tumor de Sistema Nervioso Central
Sangrados, hematomas	Leucemia
Fiebre prolongada, dolores óseos generalizados	Leucemia, neuroblastoma, sarcoma de Ewing
Dolor óseo localizado	Osteosarcoma, sarcoma de Ewing
Adenopatías sin mejora con tratamiento antibiótico	Linfomas de Hodgkin o no Hodgkin
Proptosis	Leucemia mieloblástica, neuroblastoma, rabdomiosarcoma, histiocitosis
Leucocoria, estrabismo	Retinoblastoma

LECTURAS RECOMENDADAS

- ◆ ¿Cuándo sospechar cáncer en el niño? ROHA. Instituto Nacional del Cáncer Argentina. http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/ROHA/Cuando_Sospechar_Cncer_en_los_ninios.pdf
Página web Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de Norteamérica. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil>
- ◆ Rocco Roberto. PRONAP Módulo 1, Capítulo 3. Año 2002. Adenomegalias. Páginas 58-83.
- ◆ Soporte Clínico Oncológico y Cuidados Paliativos en el paciente pediátrico. Instituto Nacional del Cáncer Argentina. Febrero 2013.
- ◆ http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Pediatria/Soporte_Pediatrico_para_el_paciente_Oncologico_Febrero_2013.pdf

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ◆ García Hernández B. Sospecha de cáncer en Pediatría. *Pediatr Integral* 2008; XII (6):537-544.
- ◆ López Almaraz R. Detección y derivación precoz de niños con sospecha de cáncer. *BSCP Can Ped* 2007; 31(1):7-21.
- ◆ Losa Frias V, Garcia Sánchez A.M, Navas A PI, Zamora Gómez M. Detección precoz de cáncer en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2012; XVI(6):441-452.
- ◆ Pizzo P, Poplack D. Principles and Practice of Pediatric Oncology. Sixth Edition. 2011. Chapter 6 Clinical Assessment and Differential Diagnosis of the Child with Suspected Cancer. Pages 123-137.
- ◆ Villaroel M. Diagnóstico precoz en el cáncer infantil. *Rev Med Clin Condes* 2006;17(2): 60-5.

2

CLAVE DE RESPUESTAS

Resuelva el Crucigrama N° 1. Cáncer Infantil

1								C	U	R	A	C	I	O	N						
2	E	M	B	R	I	O	N	A	R	I	O	S									
3								N	E	F	R	O	B	L	A	S	T	O	M	A	
4						A	C	C	I	D	E	N	T	E	S						
5							L	E	T	A	L	I	D	A	D						
6								R	E	T	I	N	O	B	L	A	S	T	O	M	A
7				Q	U	I	M	I	O	T	E	R	A	P	I	A					
8				S	E	C	U	N	D	A	R	I	A								
9				I	N	S	U	F	I	C	I	E	N	T	E						
10								A	C	C	E	S	I	B	I	L	I	D	A	D	
11								O	N	C	O	G	E	N	E	S					
12				A	P	O	P	T	O	S	I	S									
13				C	A	R	C	I	N	O	G	E	N	E	S	I	S				
14								L	E	U	C	E	M	I	A						

Resuelva el Crucigrama N° 2. Prevención

1			S	O	B	R	E	P	E	S	O										
2	S	E	D	E	N	T	A	R	I	S	M	O									
3							D	E	T	E	C	C	I	O	N						
4				A	C	T	I	V	I	D	A	D									
5							L	E	G	U	M	B	R	E	S						
6				I	N	M	U	N	O	D	E	F	I	C	I	E	N	C	I	A	S
7		A	L	T	E	R	A	C	I	O	N										
8					H	A	B	I	T	O	S										
9			T	A	B	A	C	O													
10							I	N	E	S	P	E	C	I	F	I	C	O	S		

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Falso. Es la segunda causa, la primera son los accidentes.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Falso. No existe evidencia al respecto.
7. Falso. Se ha identificado sólo en el 10% de los casos.

CLAVE DE RESPUESTAS

2

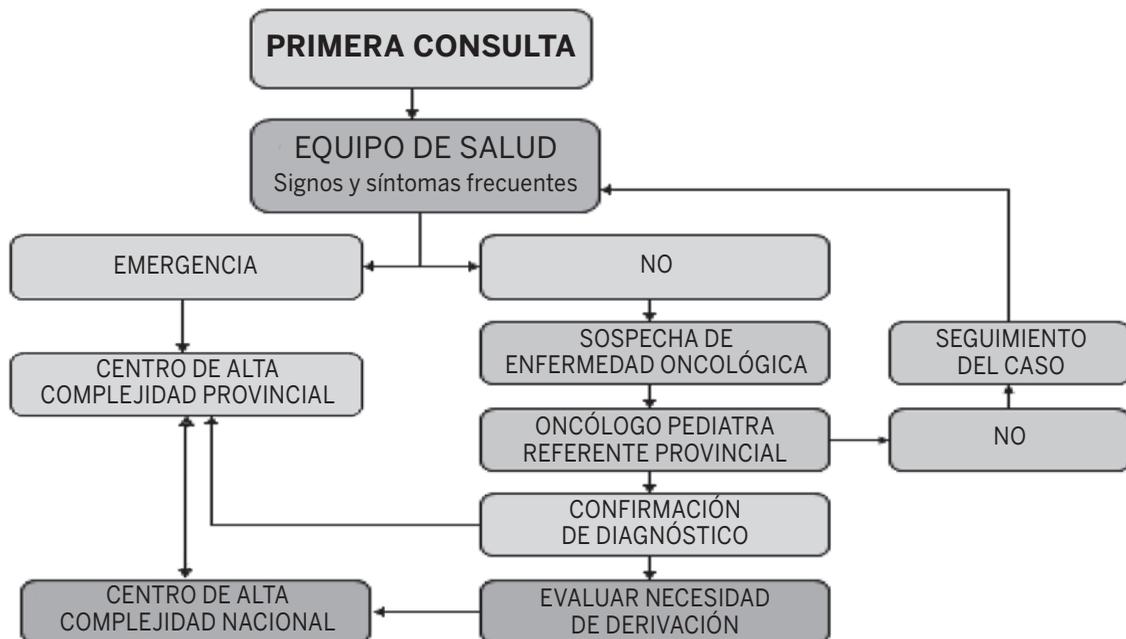
8. Verdadero.
9. Falso. No existe evidencia al respecto.
10. Falso. La más frecuente es la leucemia aguda. Estos tumores ocupan el segundo lugar con el 18% de los casos.
11. Verdadero.
12. Verdadero.
13. Falso. Los tumores de partes blandas representan el 6% de los casos mientras que sólo el 1,4% de los casos corresponde a tumores hepáticos.
14. Verdadero.
15. Verdadero.

Escribir en los espacios en blanco las palabras que correspondan para formar un texto correcto

1. Se ha definido el cáncer como una enfermedad genética provocada por la **estimulación** de los oncogenes, por la **inhibición** de los genes supresores de tumores o por una falla de los genes responsables de la **reparación** del ADN.
2. La célula neoplásica acumula mutaciones en su genoma, activa oncogenes, inactiva genes **supresores** modifica el ciclo celular, altera su fenotipo, crece y prolifera sin control, **inhibe** los mecanismos de la apoptosis y elude el sistema inmune.
3. Los signos y síntomas más frecuentes que deben alertar ante la posibilidad de cáncer y que requieren estudios son:
 - **fiebre prolongada**
 - alteraciones hematológicas
 - **linfadenopatías**
 - **mediastinales, abdominales, de partes blandas**
 - sintomatología musculoesquelética
 - **cefaleas y alteraciones oculares**

ANEXO 1

¿CÓMO ACTUAR ANTE LA SOSPECHA DE UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA?



En la primera consulta, establecer si existen signos o síntomas de presentación frecuente que orienten a un diagnóstico presuntivo de cáncer infantil.

Determinar si se trata de una urgencia oncológica: compresión medular, masa en mediastino, síndrome de lisis tumoral, tumor de rápido crecimiento, en ese caso derivar en forma urgente a un centro de alta complejidad, que cuente con un hemato-oncólogo pediatra.

La sola sospecha de enfermedad oncológica es suficiente para realizar la consulta con un hemato-oncólogo pediatra, quien confirmará o descartará dichas sospechas.

No realice estudios complementarios que puedan demorar la consulta, la pronta derivación es la mejor estrategia.

Si el paciente debe ser derivado, informar a la familia sobre cual es el motivo o sospecha médica.

Si el caso no es confirmado, se deberá realizar un correcto seguimiento clínico, a cargo del equipo de salud de cabecera del paciente (pediatra, médico de familia), con nuevas eventuales consultas al especialista ante cambios o persistencia de la signo-sintomatología.

En caso de confirmar la patología oncológica, el hemato-oncólogo determinará si es necesario un centro de mayor complejidad para su diagnóstico y/o tratamiento.

ANEXO 2

CENTROS A NIVEL NACIONAL, QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Sub-sector Público

Hospital de Pediatría SAMIC
 Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan
 Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
 Hospital Gral de Niños Pedro de Elizalde
 Hospital de Clínicas José de San Martín

Sub-sector Privado

Hospital Italiano de Buenos Aires
 FLENI, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia
 Policlínico Bancario
 Sanatorio Franchin
 Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, C.E.M.I.C
 Hospital Alemán
 Hospital Privado de Niños Fundación Hospitalaria
 Sanatorio de la Trinidad

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Sub-sector Público

Hospital Nacional Prof. A. Posadas
 Hospital Materno Infantil, San Isidro
 Hospital Materno Infantil Mar del Plata
 Hospital Interzonal Dr. J. Penna Bahía Blanca
 Hospital Niños “Beata M. Ludovica” La Plata

Sub-sector Privado

Hospital Universitario Austral
 Clínica del Niño, La Plata
 Hospital Italiano, La Plata
 Sanatorio de la Trinidad Quilmes
 Hospital Privado de la Comunidad Mar del Plata

CATAMARCA

Hospital Interzonal de Niños “Eva Perón”

CHACO

Hospital Pediátrico “Dr. A. L. Castelán”

CORDOBA

Sub-sector Público

Hospital de Niños de la S. Trinidad
 Hospital Infantil Municipal

Sub-sector Privado

Hospital Privado de la Comunidad
 Sanatorio Allende
 Clínica del Sol

CORRIENTES

Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”

ENTRE RIOS

Hospital de Niños San Roque, Paraná

FORMOSA

Hospital de la Madre y el Niño
Hospital de Alta Complejidad
"Juan D. Perón"

JUJUY

Hospital de Niños "Dr. H. Quintana"

MENDOZA**Sub-sector Público**

Hospital Materno Inf. "Humberto Notti"

Sub-sector Privado

Hospital Español

MISIONES

Hospital Público Provincial de Pediatría
de Autogestión "Dr. Fernando Barreyro"

NEUQUEN**Sub-sector Público**

Hospital Provincial "Dr. Castro Rendón"

Sub-sector Privado

Clínica Pediátrica San Lucas

SALTA

Hospital Público Materno Infantil

SAN JUAN

Hospital de Niños "Dr. J. C. Navarro"

SANTA FE**Sub-sector Público**

Hospital de Niños "Dr. Orlando Alassia"
Hospital de Niños "Víctor J. Vilela"
Hospital "J. B. Iturraspe"
Hospital Provincial del Centenario, Rosario
Hospital Provincial, Rosario

Sub-sector Privado

Sanatorio de Niños de Rosario
Instituto de Hematología y Oncología del
Rosario

SANTIAGO DEL ESTERO

Hospital de Niños "Eva Perón"

TUCUMAN

Hospital del Niño Jesús

TIERRA DEL FUEGO

Clínica de Especialidades Médicas Privada,
CEMEP (Río Grande)

IMPACTO ALEJADO DE LA LACTANCIA MATERNA

Dr. Horacio Federico González

Médico Pediatra; especializado en Nutrición.

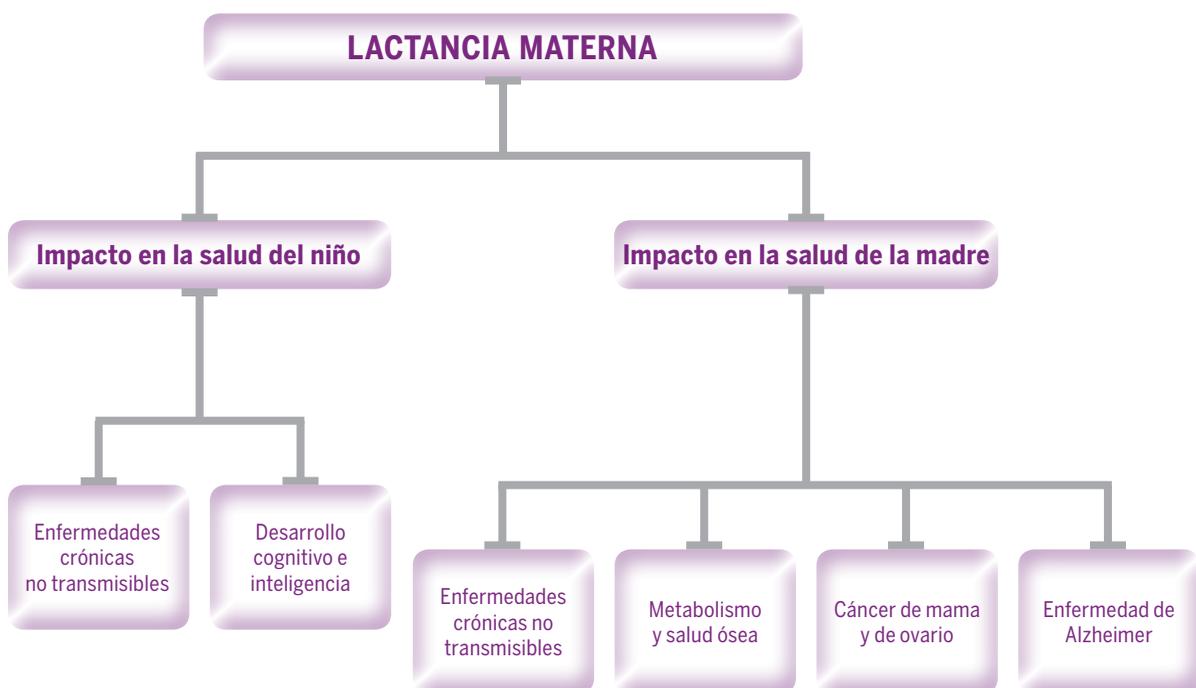
Responsable de Planificación y Desarrollo del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) del Hospital de Niños de La Plata (Ministerio Salud/CIC-PBA).

Director de la Maestría en Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de La Plata.

OBJETIVOS

- ◆ Reconocer el impacto de la lactancia materna en la salud de los niños.
- ◆ Reconocer el impacto del amamantamiento en la salud de las madres.
- ◆ Valorar la importancia de promover la lactancia materna como una actividad de prevención primaria.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

El amamantamiento es la forma óptima y natural de alimentar al lactante. Además de macro y micronutrientes en su justa medida, brinda hormonas, factores de crecimiento, citoquinas, células, anticuerpos, y otros compuestos bioactivos que van cambiando y adecuándose en el tiempo a medida que el niño crece. La composición de la leche materna esta influenciada por la edad gestacional y la edad posnatal del bebé y por el estado de salud y nutricional de la madre.

Los niños amamantados son más saludables que aquellos que reciben otras formas de alimentación y la información disponible indica que los beneficios sobre la salud presentan un impacto tanto inmediato, como a mediano y largo plazo en la vida adulta.

El impacto del amamantamiento no es sólo para el niño, sino también a largo plazo para la salud de la madre. El bien común de la madre y el niño quizás pueda sintetizarse en el vínculo entre ambos.

La lactancia materna se reconoce como la forma de accesibilidad nutricional más equitativa. El círculo virtuoso se completa al afirmar que la lactancia no produce daño ambiental.

El amamantamiento se asocia con menor mortalidad infantil, menor prevalencia de síndrome de muerte súbita y mejor desempeño en las pruebas de desarrollo cognitivo en el corto y mediano plazo. También se observó que el amamantamiento por tres meses al menos se asocia con menor incidencia y severidad en casos de diarrea, otitis media e infección respiratoria.

Más complejo es poner en evidencia el impacto de la lactancia a largo plazo sobre la madre y el niño por los múltiples factores confusores.

La revisión de la bibliografía permite identificar los siguientes temas sobre la salud del niño:

- ◆ Enfermedades crónicas no transmisibles: respuesta inmune y desarrollo de enfermedades de origen inmunológico: dermatitis atópica, asma, diabetes tipo 1, leucemia.
- ◆ Crecimiento, metabolismo y enfermedades cardiovasculares: obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2, crecimiento y talla baja.
- ◆ Desarrollo cognitivo e inteligencia.

Numerosos autores estudiaron los beneficios y posibles daños del amamantamiento sobre la salud materna. Se estudió la influencia de la duración la lactancia específica, y se han hecho esfuerzos para responder si las observaciones responden a factores socio demográficos, estado nutricional materno, o a subpoblaciones con características particulares. La revisión de la bibliografía permite identificar los siguientes temas sobre la salud de la madre:

- ◆ Enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes materna tipo 2, obesidad.
- ◆ Metabolismo y salud ósea.
- ◆ Cáncer de mama. Cáncer de ovario.
- ◆ Enfermedad de Alzheimer.

En el caso del impacto de la lactancia sobre la salud materna también la información se basa sobre estudios observacionales y meta-análisis de los mismos, pero en los casos de descripciones de resultados que no fueron descritos previamente, se recurre a los estudios primarios para analizar la evidencia. La mayoría de los estudios publicados son observacionales. Es válido el meta-análisis de los estudios observacionales en ausencia de estudios de intervención o aleatorizados, con los cuidados y limitaciones que los mismos tienen por la heterogeneidad entre los resultados de los diferentes estudios y la presencia de múltiples factores confusores. Un punto a destacar es que en los estudios de revisión no hay uniformidad en las definiciones de la variable lactancia materna (exclusiva, parcial), siendo esto una debilidad de dichos estudios.

En el caso de los beneficios sobre los lactantes, la razón de la ausencia de estudios controlados o aleatorizados es ética. No sería ético asignar al azar grupos de lactantes que reciban alimentación materna y grupos con sustitutos de la leche materna.

El propósito de este capítulo es difundir la información disponible del impacto de la lactancia sobre la salud infantil y materna a largo plazo.

IMPACTO A LARGO PLAZO EN LA SALUD DEL NIÑO

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Respuesta inmune y desarrollo de enfermedades de origen inmunológico: numerosas publicaciones estudiaron el impacto de la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros meses de vida, sobre la severidad de las enfermedades atópicas o mediadas por mecanismos inmunes en el adulto. El beneficio más importante a corto plazo de la alimentación materna, es la protección contra infecciones (gastrointestinales, respiratorias, u otitis media aguda) que pueden ser explicadas por los factores inmunológicos de la leche humana, de los cuales los más importantes son la presencia de IgA secretoria, oligosacáridos y lactoferrina. Hay evidencia que la alimentación materna influye en el desarrollo del sistema inmune del niño, que podría ser la razón por la que algunas enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico, como las enfermedades inflamatorias intestinales, asma o diabetes tipo I, parecen ser menos prevalentes en niños amamantados.

Siempre se tendrá en cuenta en los estudios que están en juego los estímulos del sistema inmunológico y los factores socio ambientales, así como la situación socioeconómica, el número de convivientes, la higiene, o el acceso al agua potable y cloacas, los que pueden ser importantes factores confusores tratándose de estudios observacionales. Si bien la hipótesis de la higiene es motivo de debate, pareciera que la falta de exposición a agentes infecciosos incrementa la susceptibilidad al desarrollo de enfermedades alérgicas.

Los más de 100 oligosacáridos presentes en la leche materna, muchos de ellos con conocido efecto prebiótico, constituyen un estímulo importante para el sistema inmunológico.

La lactancia materna por tres meses al menos tiene un efecto protector sobre la **dermatitis atópica**. Ha sido probada una disminución del riesgo en niños con historia familiar de enfermedades atópicas, nacidos de término en países desarrollados.

Del mismo modo el amamantamiento por un periodo igual o mayor a tres meses está asociado a la disminución del riesgo de desarrollar **asma** en niños con una historia familiar positiva. Pero también la disminución del riesgo se halló en niños sin historia familiar de asma.

La **diabetes tipo 1** resulta de la pérdida de producción de insulina desde las células β de los islotes pancreáticos o la destrucción de las mismas. Ciertos factores dietéticos, infecciones virales, parecen inducir procesos inmunológicos que atacan las células β . Los mecanismos de protección sobre la diabetes tipo 1 atribuidos a la leche materna incluyen inmunidad pasiva provista por anticuerpos de la Ig A secretoria, incremento de la proliferación de células β respecto de niños alimentados con fórmulas, o retardo en la exposición a antígenos alimentarios, en particular la β lactoglobulina (proteína de leche de vaca), en niños amamantados.

Según diversos autores el riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 disminuye significativamente en quienes fueron amamantados más de tres meses que en los amamantados menos de tres meses. A pesar que diversos autores sugieren que la diabetes tipo 1 es más probable cuanto menor es la duración del amamantamiento, los resultados deben todavía interpretarse con cuidado hasta descartarse todos los factores potencialmente confusores.

Otra de las enfermedades relacionadas al sistema inmunológico es la **leucemia**. Investigaciones de distintos autores (Kwan ML, 2005; Martin RM, 2005) obtuvieron resultados que muestran una disminución del riesgo de desarrollar leucemia en niños que estuvieron expuestos a factores predictivos que afectarían el funcionamiento temprano del sistema inmune, que incluyó vacunas, enfermedades, medicaciones y patrón de alimentación al seno materno.

Los resultados de algunas investigaciones mostraron que el amamantamiento por un periodo superior a seis meses tuvo un rol protector en el desarrollo de leucemias.

Sin embargo la Leucemia linfoblástica aguda no parece ser alcanzada por la protección del amamantamiento, y algunos autores hacen referencia a una débil, o insuficiente evidencia para afirmar que el amamantamiento tiene un efecto protector en enfermedades malignas como la leucemia.

Crecimiento, metabolismo y enfermedades cardiovasculares. En los últimos años varias revisiones sistemáticas y meta-análisis se ocuparon de alimentación materna

y enfermedades no transmisibles. En un meta-análisis examinaron la relación entre lactancia materna y **obesidad en la niñez** y adolescencia (1 a 18 años) ajustados por al menos 3 confusores importantes: peso materno, ganancia de peso en embarazo y tabaquismo. Nueve estudios con más de 69.000 participantes que completaban criterios de inclusión mostraron que el OR fue 0,78 (IC 95%: 0,71- 0,85), demostrando un efecto significativo de la lactancia materna en la reducción del riesgo de obesidad en la niñez y adolescencia. En otros estudios también la lactancia materna se asoció inversamente con el índice de masa corporal (IMC), discretamente más bajo que con alimentación con fórmula. Sin embargo, las evidencias son más débiles cuando se ajusta por situación socioeconómica, antecedentes de tabaquismo durante el embarazo e IMC materno, aunque las conclusiones de los autores afirmaron que la media del IMC es más bajo en sujetos amamantados.

En un meta-análisis muy relevante publicado por T. Harder y cols. en el año 2005, se describe una asociación dosis dependiente de la lactancia materna sobre el riesgo de sobrepeso en la vida adulta; la duración de la lactancia materna se asoció inversamente con el riesgo de sobrepeso: coeficiente de regresión 0,94 (IC 95% 0,89-0,98). Menos de 1 mes lactancia: OR 1,0 (IC 95% 0,65-1,55); de 1 a 3 meses de lactancia OR 0,81 (IC 95% 0,74-0,88); de 4 a 6 meses OR 0,76 (IC 95% 0,67- 0,86); de 7 a 9 meses OR 0,67 (IC 95% 0,55- 0,82); más de 9 meses OR 0,68 (IC 95% 0,50-0,91). Cada mes de lactancia materna se asoció con 4% de disminución del riesgo OR 0,9 (IC 95% 0,94-0,98).

La lactancia también fue asociada a una reducción del riesgo de desarrollar **diabetes tipo 2** del 39%, cuando se compara en la vida adulta con quienes no recibieron alimentación materna. Algunos de estos estudios fueron ajustados para importantes factores confusores como peso de nacimiento, antecedentes de diabetes, factores socioeconómicos, peso materno, que reducen discretamente el efecto protector.

También **la presión arterial** fue motivo de múltiples estudios al evaluar el impacto del amamantamiento sobre el riesgo cardiovascular. El aumento de 20 mm de Hg en la presión sistólica y 10 mm de Hg en la presión diastólica del adulto duplica el riesgo. Los resultados de estudios de cohorte muestran que hay una reducción discreta de la presión arterial sistólica, entre 1 y 1,5 mm de Hg, y una aun menor reducción de la presión diastólica, hasta 0,5 mm de Hg, en adultos que habían sido amamantados comparados con los que habían recibido sustitutos de leche materna. Los autores destacan que si bien esa disminución es significativa no tendría una traducción clínica.

Sin embargo estos resultados de estudios poblacionales se deberían contextualizar y entender la contribución de la lactancia materna en un tema tan sensible, ya que la mera reducción en la media de la población de 2 mm de Hg tendría el siguiente impacto en la población: se reduciría la prevalencia de hipertensión un 17%, el riesgo de cardiopatía coronaria un 6%, el riesgo de accidente cerebro vascular o accidentes isquémicos transitorios un 15%, y se podrían prevenir 100.000 eventos vasculares cada año entre las personas de 35-64 años en los EE.UU.

De todos modos son necesarios más estudios para descartar los posibles sesgos en el análisis de la disminución del riesgo de hipertensión asociado al amamantamiento.

Respecto de la evaluación del impacto sobre la **hipercolesterolemia**, algunos estudios reportan una reducción del colesterol total y el LDL colesterol en adultos que habían sido amamantados en la infancia respecto de los que no lo habían sido.

En general, los estudios que examinan la morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiovasculares no encuentran un efecto protector o las evidencias son débiles.

La lactancia materna contribuye a la **prevención de la talla baja** en primera instancia como fuente absoluta de macro y micronutrientes en el primer semestre de vida y posteriormente aportando por lo menos un tercio de la mayoría de los requerimientos nutricionales hasta los dos años. Respecto del **crecimiento lineal**, si bien algunos estudios son contradictorios mostrando que los niños amantados podrían tener una talla más baja, otros estudios demuestran que los adultos que recibieron leche materna presentaron una talla superior. En la cohorte del estudio Boyd-Orr, que incluyó 2.995 adultos nacidos en el Reino Unido entre 1920 y 1930, se halló que los hombres presentaron una talla superior (+ 2,5 cm, $p = 0,002$), mientras las mujeres mostraron una diferencia de + 1,0 (esta última estadísticamente no significativa).

Resultados similares fueron observados más recientemente por Victora y cols. en una población brasilera, mostrando un aumento significativo del crecimiento en relación a la duración de la lactancia hasta los 11 meses.

Información reciente hace referencia a los componentes bio activos (hormonas y factores de crecimiento) presentes en la leche materna, como grelina, leptina e insuline like growth factor-1 (IGF-1) que están comprometidos en la regulación del apetito, la ingesta, el metabolismo y la composición corporal. Estos componentes, que no están presentes en la fórmulas que sustituyen la leche materna, podrían explicar los hallazgos de estudios epidemiológicos que muestran que los niños que son amamantados presentan una mayor talla en la vida adulta.

DESARROLLO COGNITIVO E INTELIGENCIA

Muchas publicaciones presentan resultados en las que los niños que fueron amantados mostraron mayor puntuación en las pruebas de desarrollo cognitivo que los niños alimentados por fórmulas. A pesar que muchos investigadores refieren que las diferencias en desarrollo cognitivo persisten luego del ajuste de covariables importantes, otros investigadores sugieren que estas diferencias pierden fuerza después de realizar un adecuado ajuste de las mismas.

Un meta-análisis de 11 estudios realizado por Anderson y cols., describe los hallazgos, luego de los correspondientes ajustes por covariables, comparando el desarrollo cognitivo de sujetos alimentados con leche materna y alimentados con fórmula. Los resultados de los estudios apareados, para maximizar el control estadístico y la interpretación de los hallazgos ajustados a las covariables, mostraron que la alimentación materna confiere un beneficio de 5,3 puntos (IC 95% 4,5- 6,1) en la función cognitiva, comparados con la alimentación por fórmula. Luego de ajustar por covariables relevantes, como la inteligencia materna, se observó un beneficio de 3,2 puntos (IC 95% 2,4- 4). El beneficio atribuido a la alimentación materna fue mas pronunciado en niños con bajo peso de nacimiento (5,2 puntos comparados con 2,7 puntos para aquellos con peso de nacimiento normal). En el mismo análisis, se muestra un efecto dosis respuesta de alimentación materna sobre la función cognitiva. A mayor tiempo de amamantamiento, se observaron mejores resultados de puntuación en las pruebas de función cognitiva.

En un estudio longitudinal prospectivo realizado por E. Mortensen y cols. de una cohorte de 9125 individuos nacidos en Dinamarca entre 1951 y 1961 (*Copenhagen Perinatal Cohort*), se tomó una muestra de 973 individuos de ambos sexos con un promedio de edad de 27,2 años y fueron evaluados con una prueba de inteligencia clínica WAIS (*Weschler Adult Intelligence Scale*), la que consta de 3 subcomponentes: global, de desempeño y verbal. En otra muestra de la misma cohorte fueron evaluados 2280 hombres con una prueba de inteligencia militar (BPP: *Borge Priens Prove*), a una edad promedio de 18,7 años. Según la duración del amamantamiento, las muestras se dividieron en 5 categorías: \leq de 1 mes, de 2 a 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses, o $>$ de 9 meses. Fueron estudiados 13 potenciales variables confusoras: estado social y educación de los padres, estado marital de la madre, talla y edad de la madre, peso ganado durante la gestación, consumo de cigarrillos durante el primer trimestre, número de gestaciones, edad gestacional estimada, peso de nacimiento e índice de embarazos y complicaciones en el parto. La duración del amamantamiento estuvo asociada con puntuaciones significativamente mayores en áreas de desempeño y verbal con la prueba de inteligencia clínica (WAIS). Del mismo modo se observó una mayor puntuación en la prueba de inteligencia militar (BPP) en función del tiempo de amamantamiento de los sujetos.

Los nutrientes de la leche materna pueden tener efectos positivos a largo plazo sobre el desarrollo intelectual y cognitivo.

Richards y cols. investigaron el efecto de la alimentación materna sobre los logros de objetivos educacionales y una serie de capacidades cognitivas en la adultez. Fueron evaluados 1.739 hombres y mujeres nacidos en 1946, distribuidos en Escocia, Gales e Inglaterra. A la edad de 53 años se realizaron tres pruebas: capacidad de lectura, tiempo de búsqueda visual y memoria verbal. Estas asociaciones fueron ajustadas por variables confusoras sociales y por capacidad cognitiva a los 15 años. Los resultados muestran que la alimentación materna se asoció positiva y significativamente con logros educativos, que fueron independientes de los antecedentes sociales, y se correspondió con la capacidad cognitiva a los 15 años. También la alimentación materna se asoció positiva y significativamente con la capacidad de lectura a los 53 años, igualmente independiente de la clase social.

Otros estudios realizados sobre cohortes obtienen resultados similares, fortaleciendo los resultados obtenidos en el desarrollo cognitivo de quienes fueron amamantados.

Existen factores no controlados en muchos de los estudios correlacionan con la duración de la alimentación materna y el desarrollo intelectual de los niños: la inteligencia materna y el cuidado y atención materna seguramente contribuyen en los efectos observados. Otros estudios hicieron esfuerzos en resolver y controlar variables socioeconómicas y el estado nutricional de la madre y el niño.

También las madres que eligen amamantar generan un círculo virtuoso en el que el vínculo que se genera tiene como consecuencia la estimulación del desarrollo cognitivo.

Figura 1. Lactancia materna: vínculo y desarrollo cognitivo



El amamantamiento aumenta la producción de hormonas que crea un patrón de comportamiento con mayor afecto y menos depresión. El amamantamiento favorece el contacto físico y psicológico entre la madre y el niño. Algunas investigaciones sostienen que las hormonas maternas tendrían efectos sobre la atención, por ejemplo la ocitocina y la prolactina. O bien, a través del vínculo que influencia el patrón de comportamiento de las madres que exhiben mayor atención sobre sus hijos, más caricias y menos depresión, podría alentarse el desarrollo cognitivo.

Los primeros sustratos sobre los que se basó la hipótesis de las ventajas del amamantamiento fueron los ácidos grasos de cadena larga hallados en la leche materna, específicamente ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido araquidónico (AA). Juntos DHA y AA representan aproximadamente 20% del contenido de los ácidos grasos del cerebro y están comprometidos en el neurodesarrollo temprano, promoviendo el desarrollo neuronal, reparación y mielinización.

Numerosas publicaciones recomiendan la incorporación de ácidos grasos poliinsaturados ácido docosahexaenoico (ADH, C22:6n-3), y ácido araquidónico (AA, 20:4n-6) en la nutrición de las embarazadas y los lactantes, y enfatizan la importancia para su desarrollo.

El feto, el neonato y el lactante deben recibir ácidos grasos poliinsaturados para lograr el óptimo desarrollo visual, auditivo y cognitivo.

El primer paso en la biosíntesis de ácidos grasos es la síntesis de ácido palmítico, ácido graso saturado de 16 carbonos; los demás ácidos grasos se obtienen por modificaciones del ácido palmítico. El cuerpo humano puede sintetizar casi todos los ácidos grasos que requiere a partir del ácido palmítico, mediante la combinación de varios mecanismos de oxidación, elongación (por acción de las elongasas) y desaturación

(por acción de las desaturasas). Los ácidos grasos esenciales (AGE) son aquellos que el organismo no puede sintetizar, por lo que deben obtenerse por medio de la dieta. Se trata de ácidos grasos poliinsaturados. No pueden sintetizarse por inmadurez del sistema enzimático en etapas tempranas de la vida (cuando es fundamental la síntesis de AGE, e incorporación al sistema nervioso central).

Numerosas publicaciones comunicaron experiencias en aumentar el contenido de DHA en la leche y de esa forma mejorar el desarrollo de los niños amamantados. Se recomendó suplementación con 100 a 200 mg de DHA durante más de 3 meses posparto, y se demostró que el DHA en la leche materna y en plasma del lactante fue significativamente superior que los que no recibieron suplementación con DHA. Los resultados sugieren que la mayor ingesta de ácidos grasos esenciales tendría efectos benéficos.

El ácido palmítico (ácido hexadecanoico) es un componente importante de la leche materna; representa alrededor del 25% de los lípidos en su composición, de los cuales 60-85% se encuentra en la posición 2 del triacilglicerol (sn-2). Los sustitutos de la leche materna utilizan aceites vegetales: el agregado de aceite de palma (alto contenido de ácido palmítico) permite lograr una formulación más cercana a la composición de los lípidos de la leche materna. Llegan entonces a tener más de 20% de ácido palmítico pero presentan sólo alrededor de 15% en la posición Sn-2. Sólo logran tener alrededor de 40% del ácido palmítico en la posición sn-2 las fórmulas que contienen grasa láctea, o las que presentan lípidos estructurados artificialmente.

La importancia de esta posición es que al llegar a la luz intestinal los triglicéridos son atacados por las lipasas que actúan en la posición 1 y 3, dejando 2 moléculas de ácido palmítico libre y un mono glicérido. Este último es bien absorbido y ese ácido palmítico posteriormente se incorpora a la membrana del glóbulo rojo, reflejo de la incorporación de lípidos al SNC. Los ácidos palmíticos libres se unen al calcio, en un proceso conocido como saponificación, y se eliminan en materia fecal.

El ácido palmítico además de ser uno de los lípidos más abundantes en el SNC, y participar del proceso de mielinización, tiene la capacidad de desencadenar el proceso de palmitoilación. Este proceso es el que permite el movimiento de algunas proteínas dentro del importante componente lipídico del SNC.

La colina es participante necesario de la síntesis del neurotransmisor acetilcolina.

El hierro ha sido fuertemente involucrado en los procesos de neurodesarrollo. Se demostró que su deficiencia provoca una permanente deficiencia en el número de receptores de dopamina y empeoramiento de la neurotransmisión. Estos cambios están relacionados con el comportamiento y el patrón de sueño-vigilia, y los animales de experimentación, con sus depósitos de hierro deplecionados, también presentan una respuesta anormal al estrés.

En niños con anemia por deficiencia de hierro se halló una transmisión más lenta a través de la vía auditiva del tronco cerebral (potenciales evocados), y se lo relacionó con hipomielinización.

Tanto el ácido docosahexaenoico, el ácido araquidónico, la colina, el ácido palmítico y el hierro participan desde la gestación en los procesos de neurogénesis, glicogénesis, sinaptogénesis y mielinización.

Otros autores hacen referencia a otros componentes de la leche materna como la taurina, *Insulin like Growth Factor* (IGF) y sus proteínas transportadoras (IGFBP).

También los ácidos grasos oleico y esteárico, el colesterol, el yodo, el cobre, el zinc y algunas vitaminas son posibles factores beneficiosos en la leche materna.

Es oportuno mencionar que los resultados sobre los beneficios del amamantamiento en recién nacidos pretérmino a mediano y largo plazo fueron también probados con mayor evidencia.

IMPACTO A LARGO PLAZO EN LA SALUD DE LA MADRE

METABOLISMO Y SALUD ÓSEA

La **diabetes** es un síndrome con influencias genéticas y medioambientales que resultan en resistencia a la insulina y disminución de la producción de la insulina. Las publicaciones actuales aumentan las evidencias que sugieren que la lactancia materna exclusiva debería tener un impacto significativo sobre la prevención de la diabetes tipo 2 en la vida adulta de mujeres que amamantan.

Recientes estudios demuestran que durante la lactancia prolongada, aunque no exclusiva, por más de 10 meses, mejora la respuesta a la glucosa y la insulina en mujeres con diagnóstico previo de diabetes gestacional. Pero otros estudios muestran que no se reduce el riesgo de desarrollo futuro de diabetes en mujeres con diagnóstico previo de diabetes gestacional. (*Chouinard-Castonguay S, 2013*).

Amamantar tendría un impacto positivo en detener la tendencia creciente de la diabetes. Además de los beneficios fisiológicos de la lactancia materna, las mujeres diabéticas que amamantan manifiestan que la lactancia es una gran contribución a sentirse “normales”.

Las publicaciones muestran que en mujeres que han tenido hijos sin una historia previa de diabetes gestacional la lactancia materna produciría una reducción del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más tardíamente del 4 a 12%.

Por otro lado, las madres que no amamantaron por al menos un mes fueron más propensas a desarrollar diabetes tipo 2 que las que presentaron lactancia materna exclusiva entre 1 y 3 meses OR 1,52 (IC 95% 1,11- 2,10).

Un reciente meta-análisis sugiere que hay una relación inversa estadísticamente significativa de la duración de la lactancia materna y el riesgo de diabetes tipo 2. (Aune D, 2014).

Durante el embarazo las mujeres ganan grasa visceral. Los estudios que analizan el impacto de la lactancia materna sobre la composición corporal materna no son concluyentes; las investigaciones han estado dirigidas a examinar si la lactancia materna se asocia con la adiposidad visceral varios años después del embarazo. Se incluyeron mujeres de 45 a 58 años, que estaban libres de enfermedad cardiovascular y no habían usado anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal en los 3 meses

anteriores a la inscripción en un estudio realizado en los Estados Unidos. Se estudió la adiposidad visceral por tomografía computada. Las mujeres que nunca amamantaron tuvieron 28% mayor adiposidad visceral (IC 95% 11-49, $p=0,001$), el 4,7% mayor relación cintura-cadera (IC 95% 1,09-7,04, $p<0,001$), y 6,49 cm mayor circunferencia de la cintura (IC del 95% 3,71-9,26, $p<0,001$) que las madres que amamantaron a sus hijos durante un periodo de tiempo ≥ 3 meses, luego de ajustar el estudio por las variables confusoras más frecuentes, como edad, paridad, estilo de vida, historia familiar y situación socioeconómica. En comparación con las mujeres que eran nulíparas, las madres que amamantaron a sus hijos durante un periodo de tiempo ≥ 3 meses tenían un porcentaje similar de grasa visceral ($p>0,05$). Por el contrario, las madres que nunca habían amamantado tenían una mayor adiposidad visceral estadísticamente significativa (42% IC 95% 17-70, $p<0,001$), circunferencia de la cintura (6,15 cm (IC 95% 2,75 - 9,56, $p<0,001$), y la relación cintura - cadera (3,7% IC 95%: 0,69-6,8, $p=0,02$) que las mujeres nulíparas. No se observaron relaciones significativas entre las mujeres peri-menopáusicas y posmenopáusicas.

Los estudios sobre el impacto de la lactancia sobre la salud ósea surgen por la transferencia de calcio de la madre al feto y el lactante que se produce durante el embarazo y la lactancia, situación que abre la posibilidad de aumentar el riesgo de **osteoporosis** de la madre más tardíamente, en periodos alejados. Durante el embarazo, aumenta la absorción intestinal de calcio para satisfacer gran parte de las necesidades de calcio del feto. El calcio es necesario para la producción de leche materna. Las demandas de calcio se satisfacen a través de la conservación de calcio renal y, en mayor medida, por la movilización del calcio óseo materno. Las mujeres experimentan una pérdida transitoria de aproximadamente 3-7% de su densidad mineral ósea durante la lactancia, que se recupera luego del destete. La velocidad y el grado de recuperación se ven influidos por la duración de la lactancia y amenorrea posparto y se diferencian por el sitio del esqueleto desde donde se moviliza el calcio. La ingesta adicional de calcio no previene la pérdida ósea durante la lactancia. La recuperación ósea es completa para la mayoría de las mujeres y se produce incluso con espacios intergenésicos de corta duración. Los estudios epidemiológicos han encontrado que el embarazo y la lactancia no se asocian con un mayor riesgo de fracturas osteoporóticas. Es importante destacar que también las madres adolescentes tienen capacidad de amamantar y recuperar la densidad mineral ósea que disminuye durante el periodo de lactancia.

CÁNCER DE MAMA. CÁNCER DE OVARIO

Aparte de la edad, el sexo y los antecedentes familiares, el riesgo de desarrollar cáncer de mama está vinculado en gran medida a factores reproductivos, que se caracterizan por la exposición a las hormonas sexuales. En la actualidad, las pruebas moleculares se realizan para la caracterización de los subtipos de tumores de manera rutinaria para guiar las decisiones de tratamiento. Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de datos publicados de estudios observacionales sobre las asociaciones de factores reproductivos y el riesgo de cáncer de mama, solo se han publicado algunos estudios sobre las asociaciones específicas para los subtipos de tumores de mama. Una revisión de la literatura muestra las asociaciones entre los factores reproductivos y el riesgo o probabilidad de desarrollar tres subtipos de tumores diferentes:

- ◆ Receptores hormonales positivos (receptor de estrógeno / progesterona positivo) HR + tumores,
- ◆ Tumores que sobre expresan el receptor epidérmico humano (HER2 +).
- ◆ El triple negativo de cáncer de mama (forma de cáncer), que carece de los tres marcadores +.

Los resultados muestran que existe evidencia consistente para las asociaciones con factores de riesgo para receptores hormonales positivos (HR+) para cáncer de mama, con la nuliparidad, el uso actual de la terapia hormonal en la menopausia, el intervalo prolongado entre la menarquia y la edad al primer parto, la disminución de la edad de la menarquia, y la mayor edad al iniciar la menopausia. Mientras que la lactancia se asoció inversamente con HR + tumores. El factor de protección individual más consistentemente asociada con esta forma de cáncer fue la mayor duración de la lactancia materna. (Anderson KN, 2014).

Hay una reducción del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que amamantaron.

En un estudio se estimó que la disminución del riesgo de cáncer de mama era de 4,3% por cada año que amamantaron a sus hijos. En otro esta reducción del riesgo fue de 28% por 12 meses o más de amamantamiento. Otros autores enfatizan que el efecto protector de la lactancia es más claro en mujeres no fumadoras.

Otros investigadores estudiaron la relación entre alimentación materna y el riesgo de cáncer de ovario. El resultado de un meta-análisis mostró una asociación entre amamantamiento y reducción del riesgo de cáncer de ovario del 21%, al realizar la comparación con mujeres que nunca amamantaron. También la duración acumulativa del tiempo de amamantamiento, de uno o más hijos, por más de 12 meses fue asociado con una disminución del riesgo de cáncer de ovario.

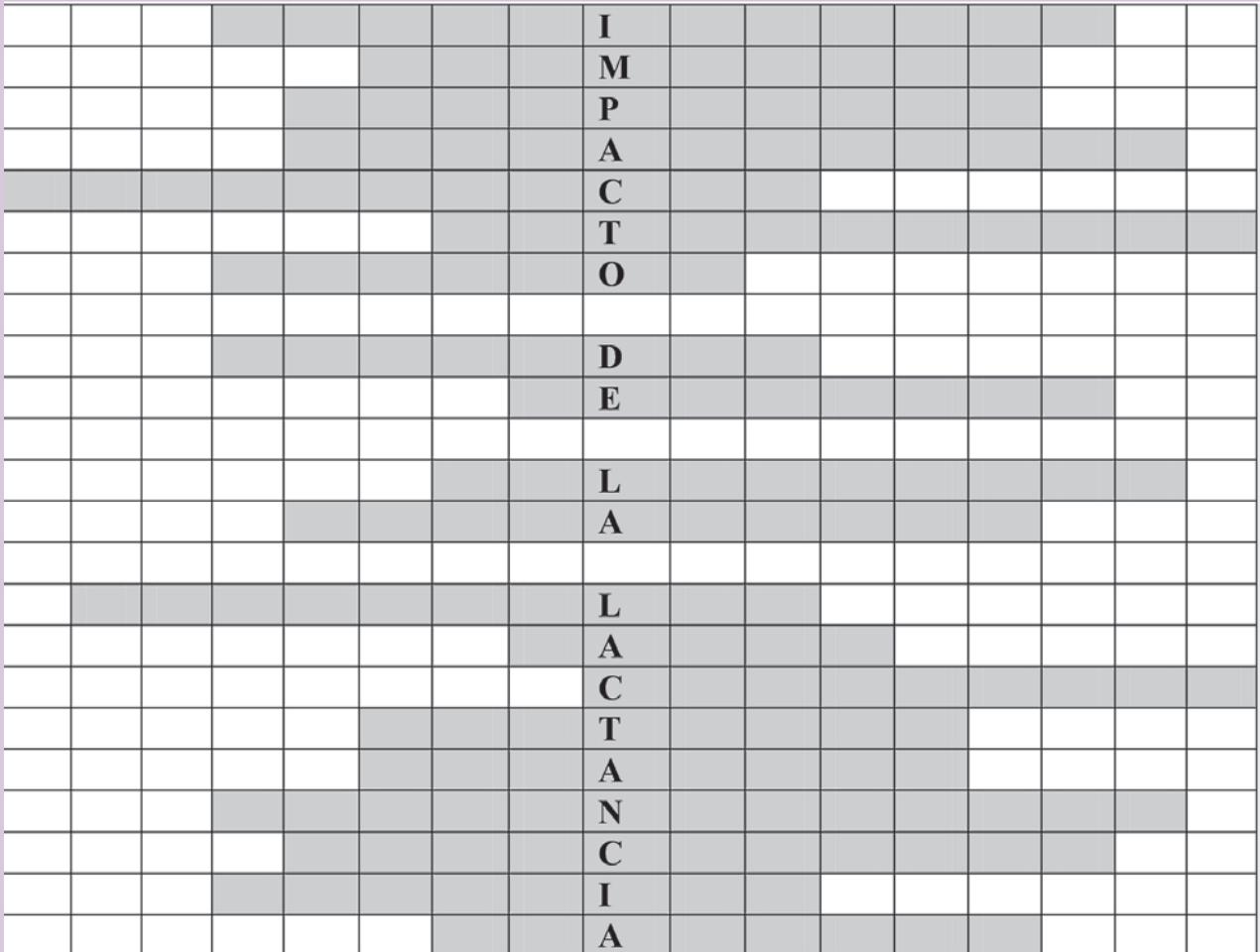
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Otras asociaciones fueron descritas entre amamantamiento y el desarrollo de enfermedades en la vida adulta. Recientemente se han desarrollado muchas investigaciones respecto al riesgo de demencia y su vinculación con las hormonas. Resultan interesantes los resultados de un estudio realizado por Fox M y publicado en 2013, en una cohorte de Inglaterra que muestra como la historia reproductiva puede incluirse entre los factores etiológicos de la Enfermedad de Alzheimer. Las mujeres que amamantaban tuvieron una reducción significativa del riesgo, respecto de las que no lo hacían. La lactancia materna es un importante modificador de la exposición hormonal endógena para las madres.

AUTOEVALUACIÓN

3

Resuelva el crucigrama. Las palabras se leen sólo en sentido horizontal.



Referencias

1. Pesquisa, indagación.
2. Dar el pecho.
3. Proteínas especiales que se encuentran en el interior y sobre la superficie de ciertas células del cuerpo, incluidas las células mamarias ... actúan como un interruptor que activa o desactiva una función particular en la célula.
4. Conjunto de herramientas estadísticas que son útiles para sintetizar los datos de una colección de estudios.
5. Proporción de individuos de un grupo o de una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o período determinado.
6. Inmunoglobulinas, abreviado Ig.
7. Conjunto de moléculas orgánicas, grasas.

3

AUTOEVALUACIÓN

8. Enfermedad definida por la OMS como índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m².
9. Enfermedad maligna que provoca un aumento incontrolado de leucocitos.
10. Lípido que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro.
11. Hormona que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias.
12. Sucesión de etapas o fases en las que se van produciendo cambios físicos y psicológicos según el potencial genético del niño y la estimulación del medio social.
13. Estatura, longitud para la edad.
14. Tipo de desarrollo que se caracteriza por la reorganización progresiva de los procesos mentales (memoria, atención, lenguaje, inteligencia, planificación para alcanzar una meta); resultado del crecimiento, de la maduración biológica y de la experiencia ambiental. El niño percibe los estímulos, los selecciona, organiza y asimila.
15. Niño que mama o que está en edad de mamar o alimentarse con leche.
16. Cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central; es también una neurohormona liberada por el hipotálamo y su función principal en éste, es inhibir la liberación de prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis.
17. Miogénesis. Proceso de formación de una vaina alrededor del axón cilindro-eje de la neurona o célula nerviosa.
18. Enfermedades provocadas por microorganismo (bacterias, hongos, virus) o por priones.
19. Hormona que interviene en el aprovechamiento metabólico de los nutrientes.
20. Conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en sangre.

AUTOEVALUACIÓN

3

Indique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. El Impacto del amamantamiento no es solo para el niño, sino también a largo plazo para la salud de la madre.
V F
2. La lactancia materna se reconoce como la forma de accesibilidad nutricional más equitativa.
V F
3. El beneficio a largo plazo más importante de la lactancia materna es la protección contra infecciones.
V F
4. La lactancia materna por al menos tres meses tiene un efecto protector sobre la dermatitis atópica.
V F
5. El riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 disminuye en quienes fueron amamantados más de tres meses.
V F
6. La duración de la lactancia materna se asoció inversamente con el riesgo de sobrepeso.
V F
7. La lactancia materna contribuye a la prevención de la talla baja.
V F
8. Existe una asociación positiva entre lactancia materna y mejor desempeño en las pruebas de inteligencia.
V F
9. La ingesta adicional de calcio no previene la pérdida ósea durante la lactancia.
V F
10. El factor de protección individual más consistentemente asociado con cáncer de mama, es la mayor duración de la lactancia materna.
V F

3

AUTOEVALUACIÓN

Escriba su respuesta

1. Explique porqué el amamantamiento crea un patrón de comportamiento de mayor afecto y menor depresión.

.....

.....

2. Mencione la importancia de los ácidos grasos poliinsaturados en el neurodesarrollo de los lactantes.

.....

.....

3. **Mariela** está embarazada de 37 semanas de su primer hijo y tiene dudas sobre si la lactancia beneficiará a su hijo, ya que en su familia ella y sus dos hermanos no fueron amamantados. ¿Qué información le brindaría respecto a la lactancia?

.....

.....

CONCLUSIONES

- ❖ El riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 disminuye significativamente en quienes fueron amamantados más de tres meses. A pesar que diversos autores sugieren que la diabetes tipo 1 es más probable cuanto menor es la duración del amamantamiento, los resultados deben todavía interpretarse con cuidado hasta descartarse todos los factores potencialmente confusores.
- ❖ El amamantamiento por un periodo igual o mayor a tres meses está asociado a la disminución del riesgo de desarrollar asma en niños con una historia familiar positiva.
- ❖ Los resultados de algunas investigaciones mostraron que el amamantamiento por un periodo superior a seis meses tuvo un rol protector en el desarrollo de leucemias.

Es importante fundamentar por qué amamantar para motivar a las madres a hacerlo. La Sociedad Argentina de Pediatría, en Información a la Comunidad ofrece una página de información sobre los beneficios de la lactancia materna. (http://www.sap.org.ar/comu-temas-50-la_lactancia.php).

Unicef presenta en su página oficial, en su capítulo Para la Vida, información general muy interesante sobre lactancia materna, escrita de manera muy accesible para quien esté interesado en informarse. (<http://www.unicef.org/spanish/ffl/04/1.htm>).

Por otro lado la Sociedad Internacional de Investigación en Leche Humana y Lactancia (The International Society of Research in Human Milk and Lactation) realiza una compilación de los títulos relevantes de la bibliografía cada dos meses que se encuentran disponibles en su pagina web: (www.ISRHML.org).

Hay un gran interés en los efectos de la alimentación materna en la salud de los niños y adultos, y en lograr comprender los mecanismos que explican estos efectos. Más de 50 artículos mensuales se publican sobre el tema.

Sería de gran utilidad que los profesionales conozcan estos mensajes, y recomienden su acceso.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ❖ Harder T, Bergmann R, Kallischnigg, Plagemann A. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology* 2005;162(5):397-403.
- ❖ Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007 Apr;(153):1-186.
- ❖ Martin RM, Gunnell D, Owen CG, Smith GD Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *Int J Cancer* 2005;117(6):1020-31.

- ◆ Mortensen E, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. *JAMA* 2002;287:2365-2371.
- ◆ Owen R, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *American Journal of Clinical Nutrition* 2005;82(6):1298-1307.
- ◆ Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Supplement: Advances in Meeting the Nutritional Needs of Infants Worldwide Advances in Our Understanding of the Biology of Human Milk and Its Effects on the Offspring. *J Nutr* 2007, 137:503S-510S.
- ◆ Victora CG, Barros F, Lima RC, Horta BL, Wells J. Anthropometry and body composition of 18 year old men according.

CLAVE DE RESPUESTAS

3

Resuelva el crucigrama. Las palabras se leen sólo en sentido horizontal

			I	V	E	S	T	I	G	A	C	I	O	N		
					A	M	A	M	A	N	T	A	R			
				R	E	C	E	P	T	O	R	E	S			
				M	E	T	A	A	N	A	L	I	S	I	S	
P	R	E	V	A	L	E	N	C	I	A						
						A	N	T	I	C	U	E	R	P	O	S
			L	I	P	I	D	O	S							
			O	B	E	S	I	D	A	D						
							L	E	U	C	E	M	I	A		
						C	O	L	E	S	T	E	R	O	L	
				P	R	O	L	A	C	T	I	N	A			
	D	E	S	A	R	R	O	L	L	O						
							T	A	L	L	A					
								C	O	G	N	I	T	I	V	O
					L	A	C	T	A	N	T	E				
					D	O	P	A	M	I	N	A				
			M	I	E	L	I	N	I	Z	A	C	I	O	N	
				I	N	F	E	C	C	I	O	N	E	S		
			I	N	S	U	L	I	N	A						
						D	I	A	B	E	T	E	S			

Indique verdadero o falso en los siguientes enunciados

Todos los enunciados son verdaderos excepto el N° 3 que es falso porque no se trata de un resultado alejado, a largo plazo.

3

CLAVE DE RESPUESTAS

Escriba su respuesta

1. El amamantamiento aumenta la producción de hormonas que crea un patrón de comportamiento con mayor afecto y menos depresión. El amamantamiento favorece el contacto físico y psicológico entre la madre y el niño. Algunas investigaciones sostienen que las hormonas maternas tendrían efectos sobre la atención, por ejemplo ocitocina y la prolactina. O bien, a través del vínculo que influencia el patrón de comportamiento de las madres que exhiben mayor atención sobre sus hijos, más caricias y menos depresión, podría alentarse el desarrollo cognitivo.
2. El feto, el neonato y el lactante deben recibir ácidos grasos poliinsaturados para lograr el óptimo desarrollo visual, auditivo y cognitivo.
3. El amamantamiento es la forma óptima y natural de alimentar al lactante y se asocia con menor incidencia y severidad en casos de diarrea, otitis media e infección respiratoria.
A largo plazo, tiene beneficios sobre el crecimiento y desarrollo del niño y sobre su propia salud. La ayudará a recuperar su peso y reducirá la probabilidad de padecer diabetes tipo 2 y cáncer de mama.

OTITIS MEDIA

Dr. Andrés D. Sibbald

Médico Pediatra.

Hospital Británico de Buenos Aires.

Sociedad Argentina de Pediatría.

Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología
Pediátrica.

Interamerican Association of Pediatric Otolaryngology.

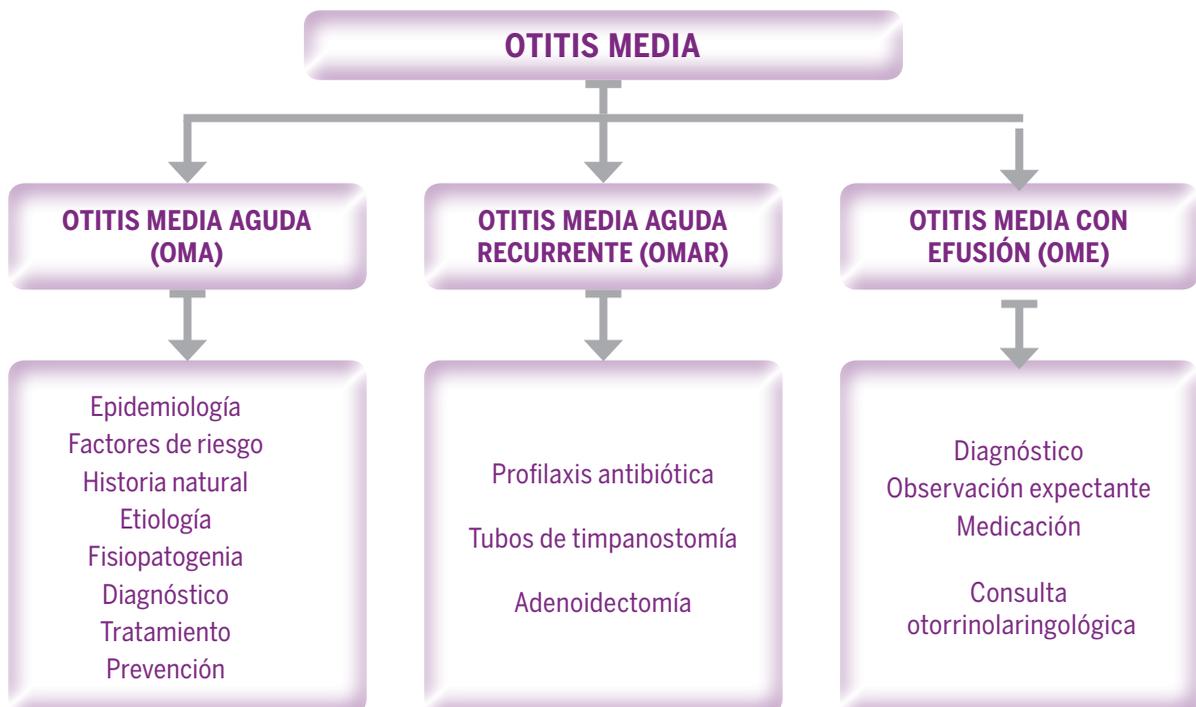
International Society for Otitis Media.

Society for Middle Ear Disease.

OBJETIVOS

- ❖ Identificar a la otitis media aguda (OMA) como la enfermedad por la que más frecuentemente se indican antibióticos en la infancia.
- ❖ Recordar la etiología y la historia natural de la OMA.
- ❖ Definir OMA, otitis media aguda recurrente (OMAR) y otitis media con efusión (OME).
- ❖ Realizar el diagnóstico utilizando la otoscopía neumática para diferenciar un oído con aire de un oído con líquido.
- ❖ Evaluar en cada caso el tratamiento a indicar.
- ❖ Orientar a los padres para que realicen la consulta oportuna con otorrinolaringología.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO:

OMA	otitis media aguda
OME	otitis media con efusión
OMC	otitis media crónica
OMAR	otitis media aguda recurrente
MT	membrana timpánica
ON	otoscopio neumático
NNT	número necesario a tratar
RA	reflectometría acústica
TM	timpanometría
CAE	conducto auditivo externo

INTRODUCCIÓN

Las otitis medias son enfermedades del oído medio que incluyen la otitis media aguda (OMA), la otitis media con efusión (OME) y la otitis media crónica (OMC).

En este capítulo actualizaremos avances científicos, conceptuales e instrumentales de la OMA y la OME para que el pediatra pueda mejorar su capacidad de diagnóstico y de manejo en estas enfermedades tan frecuentes en los primeros años de vida.

La OMA es una enfermedad infecciosa y es el diagnóstico más frecuente por el cual se indican antibióticos en la infancia.

La OME persistente es una condición que puede provocar hipoacusia, trastornos del habla, del lenguaje y del aprendizaje, afectando el desarrollo y la calidad de vida del niño. Su prevalencia es alta y en los países desarrollados es el diagnóstico más frecuente por el cual se realiza una cirugía durante la infancia.

Es frecuente la confusión en la identificación y clasificación de las otitis medias, tanto por el subregistro de la OME como por el sobre diagnóstico de la OMA.

DEFINICIONES

- ❖ Otitis media (OM): es un término general para describir la inflamación del oído medio sin referencia a la etiología o a la patogenia.
- ❖ Otitis media aguda (OMA): se refiere a la infección microbiana de la efusión del oído medio y se debe diagnosticar cuando se observa un abombamiento franco (moderado o severo) de la membrana timpánica (MT) o ante la aparición repentina de otorrea no debida a una otitis externa. Puede diagnosticarse también si el abombamiento es leve pero el niño además manifiesta otalgia (frotamiento o tironeo de la oreja en niños que aún no hablan) y hay eritema intenso de la MT. No debe hacerse el diagnóstico de OMA en niños que no tienen efusión en el oído medio (reconocida por otoscopia común o idealmente neumática, timpanometría o reflectometría acústica).
- ❖ OMA severa: es aquella que muestra abombamiento acentuado de la MT y fiebre de 39° C o más.
- ❖ OMA no severa: es aquella que muestra abombamiento leve y temperatura menor a 39° C.
- ❖ OMA recurrente (OMAR): 3 ó más episodios bien documentados de OMA en 6 meses o 4 o más en un año.
- ❖ OME: es una efusión del oído medio sin signos ni síntomas de infección.
- ❖ Miringitis: es una inflamación de la MT, generalmente con vesículas o bullas, que puede ocurrir con o sin efusión del oído medio.
- ❖ Otorrea: se refiere a la descarga de secreción desde el oído, originado en uno o más de los siguientes sitios: conducto auditivo externo, oído medio, mastoides, oído interno o cavidad intracraneana.

OTITIS MEDIA AGUDA

La OMA es una enfermedad infecciosa muy común en la infancia. Hay evidencia reciente que sugiere que se trata de una infección polimicrobiana en la cual bacterias y virus respiratorios generan conjuntamente la acción patógena. La OMA es el motivo más frecuente por el cual se indican antibióticos en los primeros años de vida, pero es común el sobre diagnóstico de esta enfermedad por confundirla con la efusión aséptica de la OME. Esta confusión contribuye al incremento alarmante de la resistencia a los antimicrobianos que se observa en muchos países. Es importante reducir este exceso logrando una mayor exactitud diagnóstica y prudencia en la conducta terapéutica.

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se estima que a los 3 años de edad la mayoría de los niños (50-85%) han sufrido al menos un episodio de OMA. En el primer semestre es infrecuente porque los niños están protegidos por el amamantamiento y por anticuerpos transferidos por vía transplacentaria.

La mayoría de las OMA ocurren entre los 6 meses y los 3 años de vida; luego su incidencia disminuye progresivamente aunque puede ocurrir ocasionalmente en adolescentes y adultos.

Hay grupos étnicos más propensos a padecer OMA. Han sido bien estudiados ciertos grupos aborígenes australianos, esquimales y algunos nativos de Norte América. También hay factores climáticos (en verano disminuyen las OM mientras que las virosis respiratorias invernales aumentan su incidencia); socioeconómicos (la incidencia se incrementa por hacinamiento familiar y en jardines maternas) y de acceso a la atención médica (falta de diagnóstico y tratamiento oportuno).

Tabla 1. Otitis media aguda. Factores de riesgo y de protección en la infancia

Otitis media aguda	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> Menor de 2 años Concurrencia a jardín maternal Primer episodio antes de los 6 meses Compromiso inmunológico (incluye desnutrición) Toma de biberón en posición acostado Síndrome de Down y otras alteraciones genéticas Fisura palatina y otras anomalías cráneo faciales 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor de 3 años Sin episodios previos Inmunizaciones específicas Lactancia materna

HISTORIA NATURAL

La historia natural de la OMA revela que habitualmente los síntomas de infección se resuelven rápidamente, aunque luego la OME persista por un tiempo variable. A diferencia de lo que se enseñaba antes, la OME suele preceder y proseguir a la OMA. Es mucho más frecuente el exudado sero-mucoso del oído medio que la colección purulenta.

La curación clínica de la OMA ocurre en 81% de los niños no tratados de todas las edades y en 92% de los tratados con antibióticos en 7 a 14 días, si bien sólo 60-70% eliminan la efusión a los 30 días de seguimiento. A los tres meses de un primer episodio de OMA persiste la OME en el 10% de los oídos.

ETIOLOGÍA

La microbiología de la OMA, en muestras obtenidas por timpanocentesis o miringotomía en distintos países, confirma que la etiología es similar y que suele ser una infección mixta con aislamiento de bacterias y virus.

Con técnicas moleculares como PCR (reacción en cadena de polimerasa) se comprueba que el 66% de las OMA tienen presencia simultánea de bacterias otopatógenas y de virus asociados. Los virus habituales son: sincicial respiratorio, influenza, parainfluenza, rinovirus y metaneumovirus.

Las bacterias otopatógenas principales siguen siendo cepas de *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), de *Haemophilus influenzae* no tipificable (HiNT) y de *Moraxella catarrhalis*, pero varían según los alcances de los programas de vacunación de cada región.

La inmunización contra enfermedad neumocócica (vacuna conjugada de 13 cepas desde marzo 2012 en nuestro país) redujo sustancialmente la infección invasiva pero también mitigó la colonización nasofaríngea y por ende las infecciones de la mucosa respiratoria, como las OMA y las sinusitis. Hubo un efecto de sustitución por otras cepas neumocócicas, aparentemente menos agresivas, y hubo también un incremento temporario de HiNT.

El uso excesivo de antibióticos en infecciones pediátricas comunes también modifica la colonización nasofaríngea y las bacterias que invaden los espacios paranasales provocando infección purulenta.

FISIOPATOGENIA

La OMA es una enfermedad infecciosa que ocurre por una disfunción tubaria, una respuesta inmunológica insuficiente y una sobrecarga microbiana. La mayoría de las OMA infantiles están precedidas por una infección viral de las vías aéreas superiores que incrementa la producción de moco, reduce el barrido ciliar en la nasofaringe, produce inflamación y disminuye la respuesta inmunológica.

La trompa de Eustaquio, más corta y más blanda que la del adulto y a veces comprimida por tejido adenoideo, se obstruye por esta inflamación, se reduce la ventilación del oído medio y se genera una presión negativa que retrae la membrana timpánica (MT) e induce la acumulación de secreción inicialmente serosa, la OME común. Hasta allí el oído medio sigue sin infección y se ve una efusión transparente, a veces con un nivel hidroaéreo. En determinado momento la obstrucción tubaria cede temporariamente por un instante y las secreciones de la nasofaringe refluyen hacia el oído medio introduciendo virus y bacterias que activan la respuesta inmune atrayendo neutrófilos que a su vez liberan mediadores inflamatorios. El examen otoscópico descubre entonces una MT engrosada, opaca y con contenido lechoso, a veces con estrías de color rojo intenso, pero fundamentalmente se muestra prominente o abombada por la presión, la respuesta inflamatoria y la colección purulenta.

DIAGNÓSTICO

La OMA, como toda enfermedad, es un proceso secuencial que provoca una aparición progresiva de manifestaciones clínicas. Irrumpe cuando una efusión del oído medio, habitualmente no identificada hasta ese momento, se infecta con otopatógenos que provienen de la nasofaringe y entonces aparecen en forma rápida los signos y síntomas de inflamación intensa e infección.

El diagnóstico clínico de la OMA puede ser difícil en los primeros años de vida, que es cuando más ocurre esta enfermedad. Sabemos, por varias publicaciones recientes, que los síntomas observados por los padres en el niño pequeño no permiten diferenciar el que padece OMA del que sufre el impacto de otra infección, generalmente viral pura, de la vía aérea superior. Hay una superposición de síntomas que confunden y exigen un diagnóstico otoscópico. Los síntomas sí sirven posteriormente para el seguimiento del niño con OMA diagnosticada, mientras se realiza el tratamiento.

El diagnóstico de OMA se hace observando la membrana timpánica (MT). No es posible diagnosticar una OMA sin ver la membrana timpánica.

La única excepción puede ser la otorrea repentina (no debida a otitis externa) en un paciente que dificulta la limpieza del conducto auditivo externo (CAE) con el instrumental adecuado que debe tener y saber utilizar el pediatra.

Una vista parcial del tímpano suele ser insuficiente. El pediatra debe apartar o retirar el cerumen para iniciar la inspección de la MT cuando sospecha una otitis media.

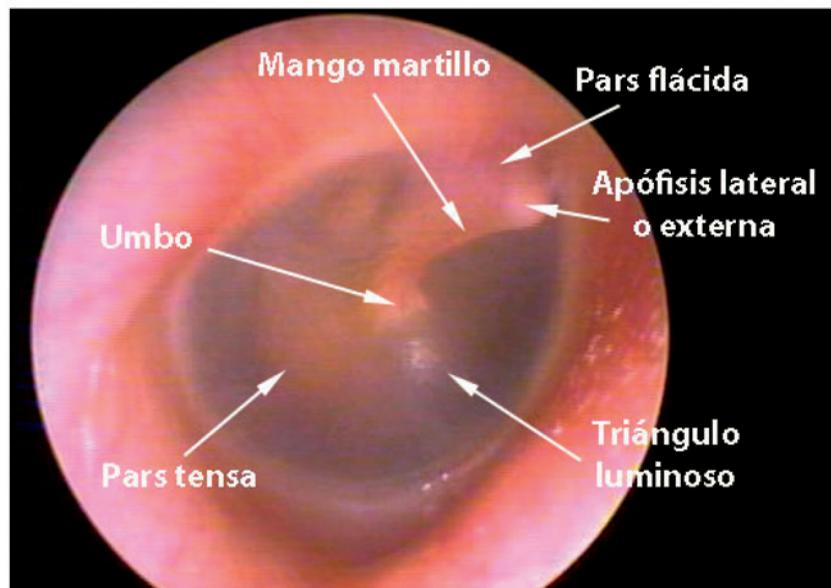
Figura 1. Curetas de distinta forma y tamaño para retirar cerumen



La detección de efusión en el oído medio es el primer paso esencial para el diagnóstico de OMA y de OME (serosa o mucóide) y los médicos expertos siempre recomiendan la **otoscopía neumática** (ON) como la técnica más apropiada.

Este procedimiento tiene una primera **fase estática** para reconocer los reparos anatómicos comunes de la MT así como el color, la translucencia y la integridad.

Figura 2. Oído derecho normal



Seguidamente se realiza la **fase dinámica** de la ON para definir la posición de la MT. Debe utilizarse el espéculo del calibre que mejor calce sobre el tercio externo del conducto auditivo externo (CAE), que es la porción cartilaginosa, para sellar el mismo evitando tanto la molestia para el niño por introducirlo muy adentro como el escape de aire al presionar la pera neumática, así podremos generar presión negativa y positiva. En esta fase se evalúa la movilidad de la MT y su posición, recordando que lo normal es poder desplazarla suavemente con el bombeo; esto ocurre si el oído medio está bien ventilado.

El hallazgo semiológico clave para la OMA es el abombamiento franco de la MT provocado por la colección purulenta en la caja del tímpano.

La acentuada convexidad esconde a la apófisis externa, que suele verse prominente cuando no hay infección, y ofrece así un dato semiológico distintivo. La MT hinchada, que distingue a la OMA de la OME (retraída), y eventualmente la perforación espontánea con otorrea, son las señales más concretas de la culminación del proceso de la OMA. La técnica de otoscopía dinámica es muy superior a la estática aunque ésta

sigue siendo la más utilizada porque, en general, el pediatra carece de los instrumentos y de la instrucción adecuada. A veces es difícil distinguir si la MT está hinchada o retraída: la presión positiva con la insuflación de aire del ON la desplaza hacia atrás si hay abombamiento y la presión negativa la trae hacia adelante si está retraída.

La disminución de la movilidad sugiere la presencia de efusión y sirve para que el pediatra pueda monitorizar la resolución progresiva del mismo que debe ocurrir en las semanas posteriores a la OMA.

Este procedimiento está explicado en un breve video colocado en el repositorio del PRONAP. Ver instrucciones de acceso al repositorio en el PRONAP informa.

Figura 3. Otoscopios neumáticos y espéculos de distinto calibre



El precio de estos equipos ha disminuido en los últimos años, haciéndolos más accesibles. Muchos otoscopios de los más utilizados en Argentina tienen un orificio en el que puede insertarse la pera insufladora. Actualmente ésta puede conseguirse en los sitios de venta de artículos por Internet. Lo mismo sucede con los otros instrumentos e incluso se ofrecen algunos usados en excelentes condiciones a muy buen precio. Sólo como referencia podemos mencionar que en *eBay* o *Amazon* un reflectómetro *Ear Check* puede obtenerse por 20 dólares.

La inflamación del oído medio afecta la transparencia de la MT y se vuelve menos translúcida o bien opaca. En la OMA el color que se transparenta suele ser lechoso (blanco amarillento) pero con la superficie de la membrana francamente roja, de manera uniforme o en estrías. El enrojecimiento provocado por el llanto (la mayoría de los niños con OMA lloran durante la otoscopia) es más suave y cede si el paciente deja de llorar.

La **reflectometría acústica** (RA) es otra técnica sencilla para verificar la presencia de efusión en el oído medio. El reflectómetro es un instrumento portátil poco conocido entre nosotros pero muy práctico, porque no requiere sellado del CAE (a diferencia del timpanómetro), porque es atraumático y porque generalmente permite una lectura aún en el paciente que llora. El *EarCheck* (*spectral gradient acoustic reflectometer*) es el reflectómetro acústico que tiene 3 versiones similares pero no idénticas. Ayuda a detectar líquido en el oído medio. Este instrumento, liviano y portátil, emite un sonido suave que atraviesa la membrana timpánica, rebota en la pared posterior de la caja timpánica y retorna al detector de sonidos del mismo dispositivo. Si el oído medio está lleno de aire (bien ventilado) el sonido se refleja rápidamente y registra una lectura elevada. Si retorna más lentamente es porque hay efusión en el oído medio. Cuanto más densa es la efusión, mayor es la probabilidad de que sea purulenta (OMA) o una OME avanzada. Los registros en los extremos del gradiente ofrecen la mayor seguridad: el nivel 1 excluye una efusión y los niveles 4 y 5 tienden a confirmarla.

Es importante destacar que el reflectómetro no mide audición, sólo probabilidad de efusión. Varios autores han encontrado validez (sensibilidad y especificidad) comparable entre el reflectómetro y el timpanómetro. El reflectómetro tiene las ventajas de que el pediatra puede llevarlo consigo, la lectura es muy fácil y por su bajo costo, es muy accesible.

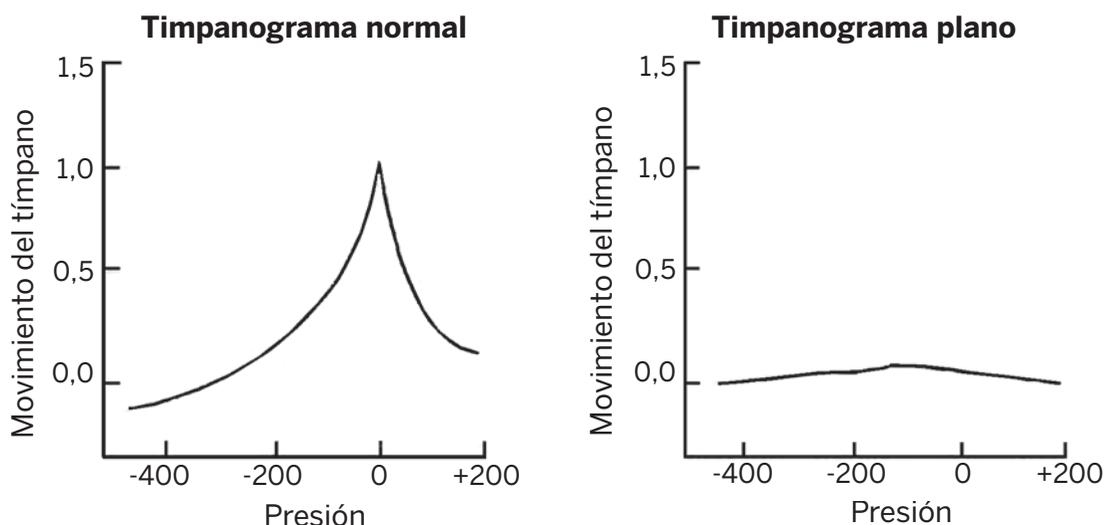
Figura 4. Reflectómetros acústicos



La **timpanometría** (TM) grafica la inmitancia acústica, que es un reflejo de la distensibilidad de la membrana timpánica. Grafica en el eje vertical el movimiento de la membrana timpánica en mililitros, relacionándolo con la presión graficada en el eje horizontal. Además de corroborar efusión, puede revelar una perforación de la MT y es así más versátil y completa, pero no está al alcance del pediatra en la consulta habitual.

Los timpanogramas pueden agruparse en dos categorías principales. Un oído normal mostrará un gradiente pronunciado, con su valor máximo en ángulo agudo, coincidiendo con la presión atmosférica (el 0 del eje horizontal). Las curvas aplanadas y con presión negativa o indeterminada, se corresponden con líquido en el oído medio, fibrosis u otras causas de disminución de la distensibilidad. Si existe perforación o si el paciente tiene colocado un tubo de timpanostomía la curva será aplanada y con un volumen elevado (mayor a 1 ml).

Figura 5. Timpanometría



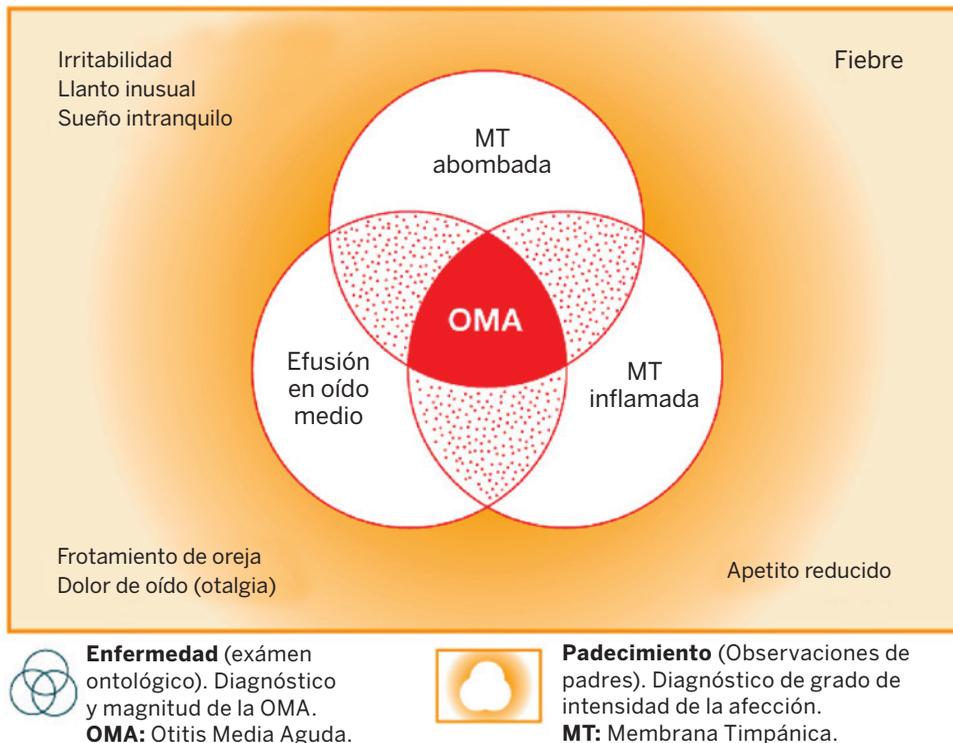
Dado que el pediatra debe monitorear frecuentemente la evolución de las otitis medias en sus pacientes, el reflectómetro ofrece una gran ayuda porque ofrece un "score" o puntaje que los padres pueden apreciar fácilmente.

La verificación de efusión por reflectometría acústica o por timpanometría no permite arribar a un diagnóstico específico. Sólo la inspección visual de la membrana timpánica distingue si la efusión es o no es infecciosa.

Las Guías Clínicas de Diagnóstico y Manejo de OMA, tanto en su versión anterior (2004) como en la actual (2013), enfatizan la importancia de asegurar primero un diagnóstico correcto de la categoría de otitis media (OMA /OME) y luego de individualizar el tratamiento en función de la **edad**, de la **intensidad** de la enfermedad (OMA

severa/ no severa; uni o bilateral; con o sin otorrea) y del **padecimiento**. El diagnóstico de la enfermedad depende de los signos otoscópicos. La evaluación global del malestar del paciente se determina según la variedad y la intensidad de los síntomas.

Figura 6. Diferencias clínicas en la otitis media aguda infantil
La enfermedad y el padecimiento



TRATAMIENTO MÉDICO

En 1981 Van Buchem, un médico generalista holandés, publicó un estudio que marca un hito en el tratamiento de la OMA en niños. En un ensayo aleatorio verificó que niños mayores de 2 años con OMA no tenían diferencias significativas en su evolución clínica según se trataran con miringotomía, antibióticos o ninguno de ellos. Muchos trabajos posteriores, reunidos en diversos meta-análisis de miles de niños con OMA, confirman que el 80% tiene curación clínica espontánea. Nació así la opción terapéutica de observación expectante para pacientes debidamente seleccionados.

Treinta años más tarde, en 2011, Jerome Klein, un reconocido pediatra infectólogo, reflexionaba en un editorial del *New England Journal of Medicine* acerca de cómo los clínicos de hace no más de medio siglo, se verían muy sorprendidos al descubrir que la OMA dejaba de ser la enfermedad grave con complicaciones supuradas de la era preantibiótica para convertirse en un padecimiento menor que permite un manejo sintomático, sin indicación inmediata de antibióticos en muchos niños. Klein escribía

a raíz de dos nuevos ensayos aleatorios sobre OMA infantil tratados con antibióticos o con placebo publicados en esa misma edición. Hoberman en Pittsburgh (USA), y Tahtinen en Turku (Finlandia), demostraron que con un diagnóstico otoscópico riguroso de OMA, y en niños menores de 2 y 3 años respectivamente, la respuesta a los antibióticos es sustancialmente más efectiva (Número necesario a tratar: 3-4 niños) que en los meta-análisis previos (Número necesario a tratar: 8-16 niños).

El número necesario a tratar (NNT) es la cantidad de individuos a los que debemos someter a un determinado tratamiento para lograr una curación más que en el grupo control sin tratamiento. Se expresa en un rango con un IC (intervalo de confianza) que en general es del 95%, que expresa que la probabilidad de que esa curación se deba al azar es menos del 5%. En el ejemplo anterior significaría que tratando sólo niños menores de 2 ó 3 años con diagnóstico riguroso de OMA puedo afirmar con un 95% de certeza que debo tratar entre 3 y 4 niños para curar a uno que no se hubiera curado sin antibióticos. Usando criterios menos rigurosos y no haciendo diferencias por edad deben tratarse entre 8 y 16 niños para curar a uno que no se hubiese curado espontáneamente.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO (OBSERVACIÓN EXPECTANTE)

Todos los niños con OMA que manifiestan otalgia, en forma evidente o sospechada y fiebre merecen un tratamiento sintomático. El paracetamol (40mg/kg/día) y el ibuprofeno (20-30mg/kg/día) tienen buen efecto analgésico y antipirético.

Los medicamentos descongestivos y los antihistamínicos, aunque alivien la obstrucción nasal, no tienen indicación en el manejo de la OMA infantil. Tampoco hay evidencia de que los corticoides, inhalados o sistémicos, sean útiles para infecciones del oído medio.

Algunos autores señalan eventos adversos, como una mayor duración de la OME, cuando se comparan estos fármacos con placebo.

A veces el tratamiento sintomático inicial es suficiente y evita la necesidad de usar antibióticos, como ya proponen las guías clínicas desde 2004.

a. Tratamiento inicial sin antibióticos

Investigaciones hechas en las últimas décadas indican que la mayoría de los niños de todas las edades que padecen OMA no severa muestran una curación clínica satisfactoria aún sin tratamiento antibiótico. Se estima que para estos pacientes el NNT con antibióticos es de 8 a 16 para lograr una diferencia significativa en la mejoría sintomática de un niño. Esto ha llevado a que muchas sociedades científicas de diversos países promuevan la opción, para pacientes debidamente seleccionados (diagnóstico incierto, bajo riesgo, episodio aislado de OMA), de indicar un tratamiento inicial sin antibiótico en los primeros 2-3 días. Esto sólo es posible cuando el pediatra y los padres, tras una in-

formación adecuada, acuerdan diferir el tratamiento antiinfeccioso mientras se trata el padecimiento con medicación sintomática. Exige ciertamente disponer de alguna forma de comunicación segura entre los padres y el médico tratante para que se obtenga y utilice el antibiótico si es necesario. Numerosos estudios confirman que apenas un tercio de los pacientes tratados inicialmente sin antibióticos los requirieron en días subsiguientes por persistencia o agravamiento de la OMA. Esta prudencia terapéutica tiende a reducir el uso excesivo de antibióticos, tan común en las diversas formas de otitis.

El “Programa sint.oma” desarrollado en nuestro hospital incorpora una medición casera de la carga sintomática que los padres pueden utilizar para monitorizar la evolución clínica en su hijo cuando se diagnostica OMA.

[Esta herramienta está colocada en el repositorio del PRONAP. Ver instrucciones de acceso al repositorio en el PRONAP informa.](#)

Dos ensayos clínicos recientes en niños menores de tres años utilizando criterios muy rigurosos para el diagnóstico de OMA, comprueban que la mitad de aquellos que reciben placebo en lugar de antibiótico tienen una evolución sintomática favorable. Los signos otoscópicos de la enfermedad, sin embargo, resuelven más rápidamente en aquellos tratados con antibiótico (NNT=3-4).

El tratamiento antibiótico inmediato en menores de tres años ofrece mayor beneficio cuando la OMA es bilateral y cuando tienen otorrea por OMA. Para la mayoría de los niños con grados más leves de esta enfermedad parece justificarse un enfoque de observación expectante.

La incidencia de mastoiditis aguda es similar en pacientes que recibieron antibióticos y en aquellos en los cuales no hubo tratamiento antiinfeccioso desde el diagnóstico de la OMA. En algo más de 3.000 pacientes bien estudiados hubo un solo caso de mastoiditis en el grupo tratado con antibióticos y uno más en el grupo tratado con placebo.

Otras complicaciones intratemporales (laberintitis, parálisis facial periférica) o aún intracraneanas (meningitis, absceso cerebral o extradural, empiema subdural, trombosis del seno lateral) son hoy muy infrecuentes pero debemos recordar los indicadores clínicos de sospecha para su reconocimiento oportuno.

b. Antibióticos para OMA

La elección del antibiótico es empírica para cada caso de OMA pero depende de la salud general del niño, de si fue tratado con antibióticos en el último mes y de la aceptación, la tolerancia y el costo del medicamento.

La amoxicilina (90 mg/kg /día en 2 dosis diarias) durante 5 a 10 días es la primera opción que recomiendan las guías actuales. Esa recomendación se basa en la seguridad que ofrece en dosis altas, sobre todo frente al *Streptococcus pneumoniae*, que es el patógeno más agresivo.

Hay evidencia que respalda que regímenes de 5 días de tratamiento, en vez de los 10 días tradicionales, son suficientes para la mayoría de los pacientes. Si el paciente es mayor de 4 años o si la tasa de cepas resistentes en la comunidad no es elevada (<20%), la dosis de 40 mg/kg/día suele ser suficiente.

Aún en las OMA no complicadas pueden hallarse cepas resistentes de los otopatógenos más frecuentes. Por este motivo, si el paciente padece OMAR, si fue tratado con antibióticos en las últimas 4 semanas o si concurre a jardín maternal, deben considerarse agentes de más amplio espectro para mejorar la cobertura para bacterias productoras de beta-lactamasa. La combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (preferiblemente en relación 7:1 ó 14:1 para reducir efectos adversos gastro intestinales) o con sulbactam constituye actualmente la segunda línea de tratamiento. Se indica a razón de 45-90 mg/kg/día de amoxicilina. El sabor y la diarrea son dos inconvenientes de estas combinaciones que a veces atentan con el cumplimiento.

En tercera línea de antibióticos está la ceftriaxona intramuscular a 50 mg/kg/día. Una sola dosis es efectiva contra los neumococos penicilino susceptibles y contra los HiNT y las Moraxellas. Los neumococos penicilino resistentes requieren 3 dosis aplicadas en días sucesivos o alternos (por su vida media prolongada).

En pacientes excepcionales con alergia mediada por IgE (tipo I) a la penicilina (urticaria, anafilaxia, laringoespasma) pueden indicarse macrólidos, como azitromicina (10 mg/kg el primer día y 5 mg/kg por 4 días más) o claritromicina (15 mg/kg/día en dos dosis diarias), pero debe recordarse que **tienen una eficacia limitada ante HiNT y ante neumococos**. También en estos casos puede indicarse la ya mencionada ceftriaxona, recordando que alrededor del 10% de los pacientes alérgicos a penicilina presentan reacciones cruzadas a las cefalosporinas.

Las Guías de OMA de la Academia Americana de Pediatría de 2013 modifican parcialmente las del 2004, aclarando que puede mantenerse una observación expectante en niños de 6 a 23 meses si la OMA es unilateral y no severa.

Tabla 2. Recomendaciones para el manejo inicial de OMA no complicada^a

Edad	OMA ^a con otorrea	OMA uni o bilateral ^a con síntomas severos ^b	OMA bilateral ^a sin otorrea	OMA unilateral ^a
< 6 meses	Antibiótico	Antibiótico	Antibiótico	Antibiótico
6-23 meses	Antibiótico	Antibiótico	Antibiótico	Antibiótico u observación adicional
> 2 años	Antibiótico	Antibiótico	Antibiótico u observación adicional	Antibiótico u observación ^c

a. Aplica solamente para niños con diagnóstico firme de OMA (ver diagnóstico).

b. Niño visiblemente enfermo, otalgia por más de 48 hs, temperatura > 39° C en últimas 48 hs acceso difícil con el seguimiento médico.

c. Ofrece opción de manejo inicial sin antibióticos. Debe conversarse con la familia y debe haber mecanismo para asegurar buena comunicación con el pediatra.

Fuente: Guías clínicas de la AAP 2013.

¿Cuánto tiempo debe tratarse una OMA? La mayoría de los autores indican antibióticos durante 7 días, pero puede ser de 5 a 10, según el caso individual de cada paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. MIRINGOTOMÍA

Hasta hace pocos años, en muchos países, era rutinaria la incisión de la MT para el diagnóstico y el tratamiento de la OMA. Esta conducta ha sido prácticamente abandonada desde que varios ensayos clínicos, que compararon tratamientos antibióticos con y sin punción evacuadora, no mostraron diferencias en la evolución. La miringotomía o la timpanocentesis se reservan para complicaciones supurativas de la OMA como mastoiditis, parálisis facial, abscesos intracraneales o meningitis. En recién nacidos sépticos, en niños inmunosuprimidos o en pacientes con OMA refractaria puede también hacerse para diagnóstico microbiológico.

PREVENCIÓN

MEDIDAS GENERALES

La lactancia materna es la medida preventiva más natural y efectiva contra la OMA.

Protege por transferencia directa de inmunoglobulinas y también por el mecanismo de roldo sobre el pezón, a diferencia de la succión que ocurre con el biberón. Se recomienda que la lactancia específica se mantenga por 6 meses en forma exclusiva y que luego continúe hasta los dos años sumando primero semisólidos y luego sólidos.

La reducción del humo de tabaco es una medida de prevención de OMA y de infecciones respiratorias en general.

La reducción del uso del chupete y del contagio de infecciones en jardines maternos tiene un efecto considerable, pero generalmente son opciones de prevención secundaria que se implementan cuando el niño ya sufre OMA.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Las virosis de la vía aérea superior generan la cascada inflamatoria que precipita la OMA. Actualmente la propuesta de vacunas antivirales se limita al virus de la influenza. Nuestro Programa Nacional de Inmunizaciones hace obligatoria la vacuna antigripal para niños de 6 meses a 2 años. Trabajos publicados indican una efectividad de protección de 30 a 55% durante la temporada de influenza.

Las vacunas neumocócicas conjugadas son inmunogénicas para la enfermedad invasiva desde la primera infancia y también muestran un efecto considerable en la prevención de enfermedades de la mucosa respiratoria como la OMA. Con la vacuna heptavalente se demostró una reducción en la incidencia global de OMA de 6-7% y es probable que con las de mayor número de cepas (la actual es 13 valente) se amplíe esta prevención.

OTITIS MEDIA AGUDA RECURRENTE (OMAR)

Cuando un niño sufre 3 ó más episodios bien documentados de OMA en 6 meses o 4 episodios en 12 meses se clasifica como OMAR.

Es importante, en lo posible, verificar que el niño despeja la efusión residual entre cada uno de los episodios de OMA, ya que la otra presentación clínica, la OME con OMAR, es una entidad nosológica diferente que generalmente tiene otra conducta terapéutica. En éste caso suele acelerarse la indicación de tubos de timpanostomía.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Hasta hace unos años la quimioprofilaxis con antibióticos a dosis bajas durante largo tiempo se indicaba con el objetivo de reducir la repetición de episodios en niños con OMAR. Actualmente sabemos que el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana excede el escaso beneficio de la profilaxis diaria y se desaconseja esta opción de prevención secundaria.

TUBOS DE TIMPANOSTOMÍA

La ventilación prolongada con tubos de timpanostomía (TT), también llamados diábolos, disminuye considerablemente los episodios de OMA pero no los elimina. Los tubos reducen la recurrencia porque eluden la disfunción tubárica de los primeros años de vida. También reducen el uso de antibióticos sistémicos, ya que las OMA en pacientes con TT se tratan generalmente con quinolonas en gotas a través del tubo.

ADENOIDECTOMÍA

La hiperplasia franca del tejido adenoideo, que puede obstruir la trompa de Eustaquio, y la adenoiditis persistente, muchas veces con biofilms difíciles de erradicar con antimicrobianos, justifican a veces la realización de una adenoidectomía en el paciente con OMAR. El beneficio de esta cirugía suele ser evidente desde los 2 años de edad, pero es mayor cuando se realiza en niños mayores de 3 ó 4 años, aun cuando la hiperplasia no sea oclusiva.

OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN (OME)

La presencia de líquido en el oído medio, sin signos de infección aguda, se denomina OME. También se clasifica como otitis media exudativa, serosa, mucoide, catarral o con derrame. La OME puede ocupar parcial o totalmente la caja del tímpano y el derrame puede ser desde muy fluido a muy viscoso; en este último caso reduce francamente la movilidad de la MT y actúa como barrera para la conducción del sonido.

La OME puede ocurrir espontáneamente por la frecuente disfunción de la trompa de Eustaquio infantil o como secuela inflamatoria posterior a una OMA. Es muy común y se estima que el 90% de los niños la presentan en algún momento antes de llegar a los 6 años. La mayoría de los episodios se resuelven espontáneamente en menos de 3 meses, pero 30-40% de los niños con OME tienen recurrencias y 5-10% de los episodios duran un año o más. Su impacto es variable pero puede alterar la calidad de vida reduciendo transitoriamente la audición, alterando el desarrollo del lenguaje y afectando el aprendizaje.

DIAGNÓSTICO

Para buscar y verificar la OME el pediatra utiliza los mismos instrumentos que para la OMA. El primer método recomendado es la otoscopía neumática (ON), que debería ser parte de la rutina del examen físico pediátrico.

Como la OME es una enfermedad generalmente subclínica y de alta prevalencia, es de buena práctica revisar siempre los oídos, especialmente en las edades de 6 meses a 4 años donde son más frecuentes las otitis medias.

La ON suele hacerse sin molestia si se inserta suavemente el espéculo de calibre apropiado haciendo tope sobre el tercio externo (porción cartilaginosa) del CAE. La pera insufladora debe ser apretada antes de su inserción porque la OME suele asociarse a presión negativa en el oído medio y ésta se evalúa más precisamente al soltar la compresión.

La reflectometría acústica (RA) es un recurso diagnóstico complementario poco utilizado pero muy al alcance del pediatra. Sirve también para monitorizar las formas persistentes o recurrentes de OME ofreciendo una medición que los padres comprenden fácilmente y que el paciente suele aceptar sin oposición.

La timpanometría puede solicitarse para confirmar el diagnóstico de OME y es recomendable realizarla si el pediatra comprueba con ON y RA la persistencia de la enfermedad por 3 meses o más.

Es conveniente, si la edad y la colaboración del niño lo permiten, completar la evaluación con alguna de las pruebas audiométricas sencillas.

La documentación correcta de estos exámenes diagnósticos en la historia clínica facilita el seguimiento y la consulta oportuna con otólogos y audiólogos. Las propuestas terapéuticas dependerán de la duración de la OME, de si es uni o bilateral y de la naturaleza y severidad de los síntomas asociados. Por lo tanto deben consignarse los datos relevantes en cada visita del paciente a fin de que eventualmente el especialista consultado disponga de toda la información útil que puede obtenerse de las observaciones hechas por el pediatra.

En aproximadamente la mitad de los casos ni el niño ni sus padres registran molestias significativas ligadas a la OME. Interrogando, ya con el diagnóstico confirmado y más aún en las formas bilaterales, es común que se reconozcan:

- ◆ Molestias leves e intermitentes del oído.
- ◆ Respuestas incompletas a voces o sonidos ambientales.
- ◆ Elevación exagerada del volumen del televisor.
- ◆ Deterioro en el desempeño escolar.
- ◆ Demora en el desarrollo del habla y el lenguaje.
- ◆ Trastornos del equilibrio, torpeza inexplicable.

Muchos niños que no tienen otros impedimentos pueden esperar la resolución espontánea de su OME. En aquellos pacientes que presentan algún riesgo adicional por padecer trastornos del desarrollo por factores físicos, sensoriales, cognitivos o de conducta, los tiempos de espera son distintos. Si bien estos factores no son causados por la OME, la hipoacusia o los problemas vestibulares secundarios a la misma pueden acentuar significativamente el desarrollo y merecen una especial consideración.

Los siguientes son ejemplos de entidades que hacen a los niños más vulnerables:

- ◆ Hipoacusia neurosensorial.
- ◆ Trastornos del lenguaje.
- ◆ Trastorno global del desarrollo (espectro autista).
- ◆ Síndromes genéticos (síndrome de Down u otros).
- ◆ Malformaciones craneo faciales.
- ◆ Fisura palatina aislada o con otras malformaciones asociadas.
- ◆ Trastornos visuales severos.

OBSERVACIÓN EXPECTANTE

Toda intervención para una OME, sea médica o quirúrgica, debe plantearse después de un período de observación pertinente. Los niños de bajo riesgo que presentan OME deben ser monitorizados clínicamente por el pediatra por un período inicial de tres meses. En ese tiempo se puede citar periódicamente para documentar la evolución con los métodos ya señalados. Los factores que afectan los intervalos óptimos entre las consultas dependerán del criterio médico, de los deseos de los padres y de las características singulares de cada paciente. Si la OME persiste a los 3 meses de observación corresponde realizar una evaluación audiométrica. Si la audición no está sustancialmente afectada y si no se observan anomalías estructurales de la MT se recomienda continuar con la observación periódica cada 3 meses.

Algunos de estos niños evolucionarán hacia la OME crónica y tendrán riesgo de sufrir daño estructural de la MT debido a la reacción inflamatoria local (leucotrienos, prostaglandinas). La hipoventilación sostenida del oído medio también genera una presión negativa que predispone a la aparición de bolsillos de retracción focales, atelectasia generalizada y colesteatoma. Ante la sospecha de estas formas severas de OME el pediatra debe realizar oportunamente la consulta con el especialista.

MEDICACIÓN

El tratamiento farmacológico de cualquier enfermedad sólo es apropiado si logra un beneficio sostenido y significativo que supera el obtenido a través de una observación expectante. Si bien algunas medicaciones han demostrado beneficios para la OME, muchos son de corta duración y relativamente pequeños en magnitud. Además, muchos pueden generar efectos adversos.

No hay evidencia que apoye el uso de combinaciones de antihistamínicos y descongestivos en el tratamiento de la OME y no deben utilizarse para esta condición.

Los antibióticos no ofrecen solución para las OME y los corticoesteroides tampoco brindan un efecto sostenido. Combinados pueden ofrecer un beneficio de corto plazo, confirmado por algunos ensayos clínicos, para padres que prefieren evitar o posponer una intervención quirúrgica. En esos casos un tratamiento combinado durante 10 a 14 días, puede indicarse por única vez.

Hay otros tratamientos no quirúrgicos que se ofrecen para la OME. La autoinsuflación de aire al oído medio, a través de dispositivos como el Otovent, es una gimnasia tubarica que puede resultar útil para niños mayores.

CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Cuando el paciente consulta al ORL o al audiólogo, es recomendable que el pediatra envíe una síntesis escrita de las observaciones otológicas realizadas (duración y lateralidad de la OME, ocurrencia de OMA, audiometrías, trastornos del habla y del lenguaje) y de los motivos específicos de la consulta. La misma sirve también para que los padres conozcan esos motivos y que el ORL pueda ofrecer alternativas adecuadas de diagnóstico y de tratamiento. Completada la evaluación, el especialista debe responder con su apreciación del caso y con las recomendaciones de seguimiento adicional con o sin cirugía.

Cirugía. El niño es candidato a tratamiento quirúrgico cuando sufre hipoacusia sostenida, síntomas asociados, o tiene un riesgo previo adicional para su desarrollo. También se propone cirugía si la MT evidencia una alteración estructural, generalmente una atelectasia. En estos casos la colocación de un tubo de timpanostomía (TT) es el procedimiento elegido.

La adenoidectomía es más invasiva e impone un pequeño riesgo (quirúrgico y anestésico) adicional. Se indica cuando el cirujano comprueba una obstrucción retronasal, una sinusitis crónica o cuando requiere una segunda colocación de diábolos.

4

AUTOEVALUACIÓN

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. La otitis media aguda (OMA) es la enfermedad más frecuente por la que se indican antibióticos en la infancia.

V F
2. La mayoría de las OMA ocurren en los primeros 6 meses de vida y luego su incidencia disminuye progresivamente.

V F
3. La curación clínica de la OMA ocurre en 81% de los niños no tratados de todas las edades y en 92% de los tratados con antibióticos en 7 a 14 días

V F
4. A los tres meses de un primer episodio de OMA persiste la otitis media con efusión (OME) en el 10% de los oídos.

V F
5. La OMA suele preceder y proseguir a la OME.

V F
6. Con técnicas moleculares como PCR (reacción en cadena de polimerasa) se comprueba que el 66% de las OMA tienen presencia simultánea de bacterias otopatógenas y de virus asociados.

V F
7. La verificación de efusión por reflectometría acústica o por timpanometría permite arribar a un diagnóstico específico.

V F
8. El tratamiento antibiótico inmediato en menores de tres años ofrece mayor beneficio cuando la OMA es bilateral y cuando tienen otorrea por OMA.

V F
9. La incidencia de mastoiditis aguda es similar en pacientes que recibieron antibióticos y en aquellos en los cuales no hubo tratamiento anti-infeccioso desde el diagnóstico de la OMA.

V F
10. Hay evidencia que respalda que regímenes de 5 días de tratamiento, en vez de los 10 días tradicionales, son suficientes para la mayoría de los pacientes.

V F

Responda las siguientes consignas

1. Mencione por lo menos tres factores de riesgo y tres factores de protección para la otitis media aguda (OMA).

.....

.....

2. Sintetice en qué consiste la fisiopatogenia de la OMA.

.....

.....

3. Defina otitis media aguda recurrente (OMAR).

.....

.....

4. Explique en qué situaciones la realización de una adenoidectomía puede ser beneficiosa para un paciente con OMAR.

.....

.....

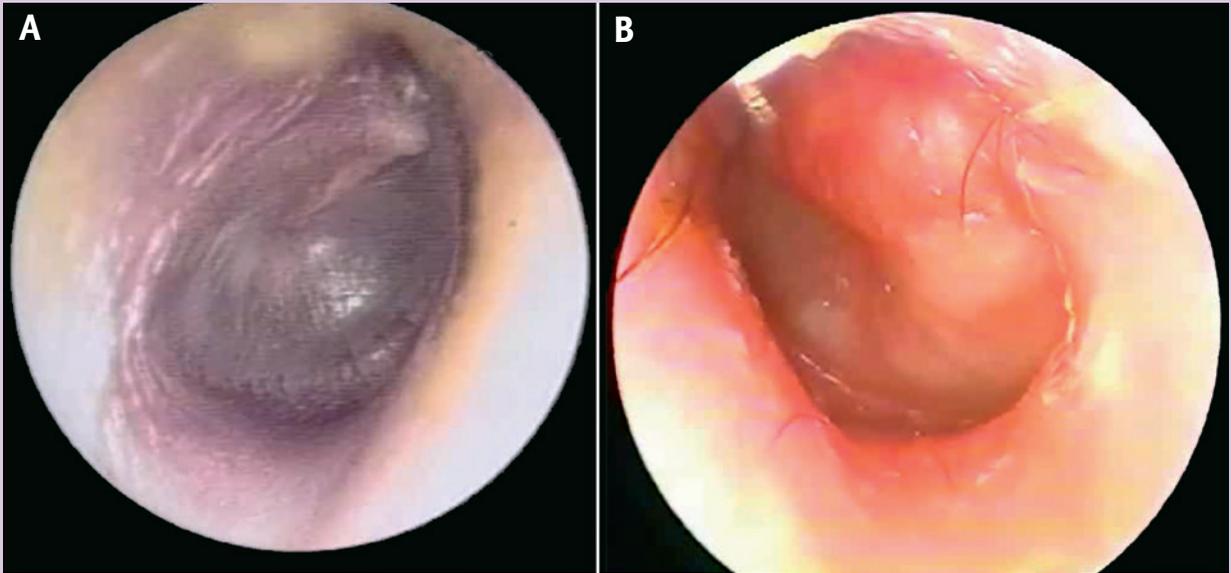
Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. Usted es el pediatra de **Facundo** desde que nació. Tiene 3 años y concurre hoy para su control periódico. Sus padres refieren que estuvo resfriado, “como siempre”, pero afebril y que la maestra del jardín maternal les ha dicho que en las últimas semanas lo nota muy distraído. Los padres también lo notan, pero lo atribuyen al nacimiento de su hermanita hace 3 meses. Duerme bien pero suele tener tos y ronquidos.

4

AUTOEVALUACIÓN

Al examinarlo tiene estas imágenes otoscópicas: (VEA LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA EN EL REPOSITO- RIO: IMÁGENES **FACUNDO A derecho y B izquierdo**).



¿Qué diagnóstico otoscópico hace usted en este paciente?

1. Oído derecho A:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

2. Oído izquierdo B:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

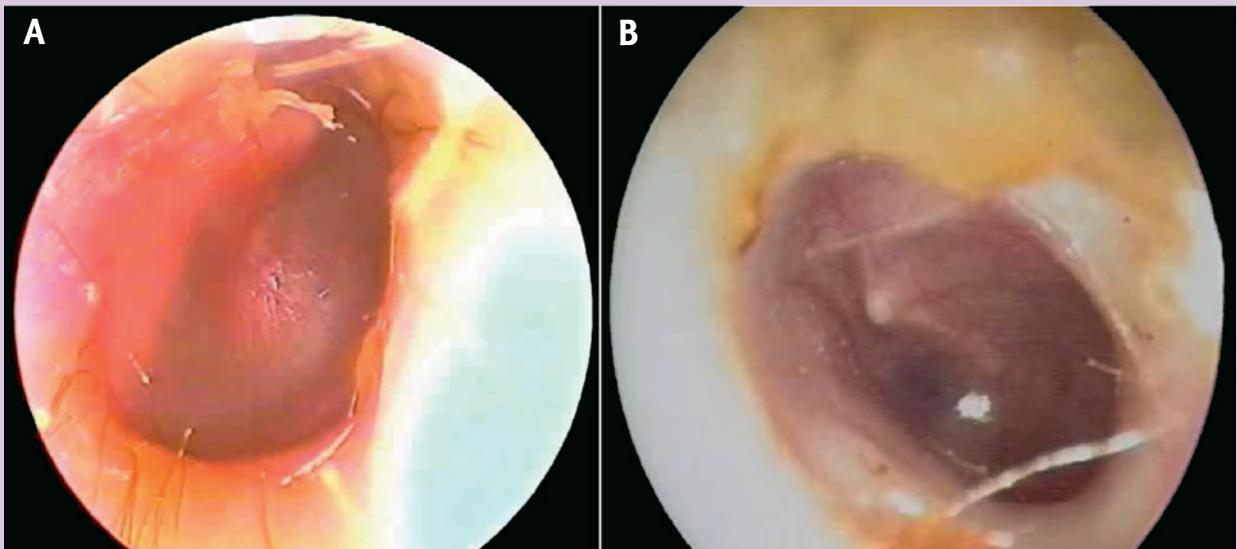
3. ¿Qué conducta le parece más adecuada para este paciente?

- a) Amoxicilina 80-90 mg/kg/día.
- b) Amoxicilina + ácido clavulánico 40 mg/kg/día.
- c) Proponer analgesia y control en 24 /72 horas.

2. Ana tiene 3 años y la madre la trae sin turno porque está fastidiosa, llora y hace días que se frota las orejas y los ojos. Su pediatra no está y usted la atiende en el consultorio de demanda espontánea. La madre menciona que aún no une dos palabras y que no se le entiende cuando habla. Tiene vacunas y crece normalmente.

Está afebril, aunque la noche anterior la madre la notó calentita. Le dio paracetamol hace 3 horas. Tiene rinorrea y últimamente respira por la boca.

Imágenes de la otoscopia: (VEA LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA EN EL REPOSITORIO: IMÁGENES **ANA A y B**).



¿Qué diagnóstico otoscópico hace usted en este paciente?

1. Oído derecho A:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

2. Oído izquierdo B:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

3. ¿Qué conducta propone para esta paciente?

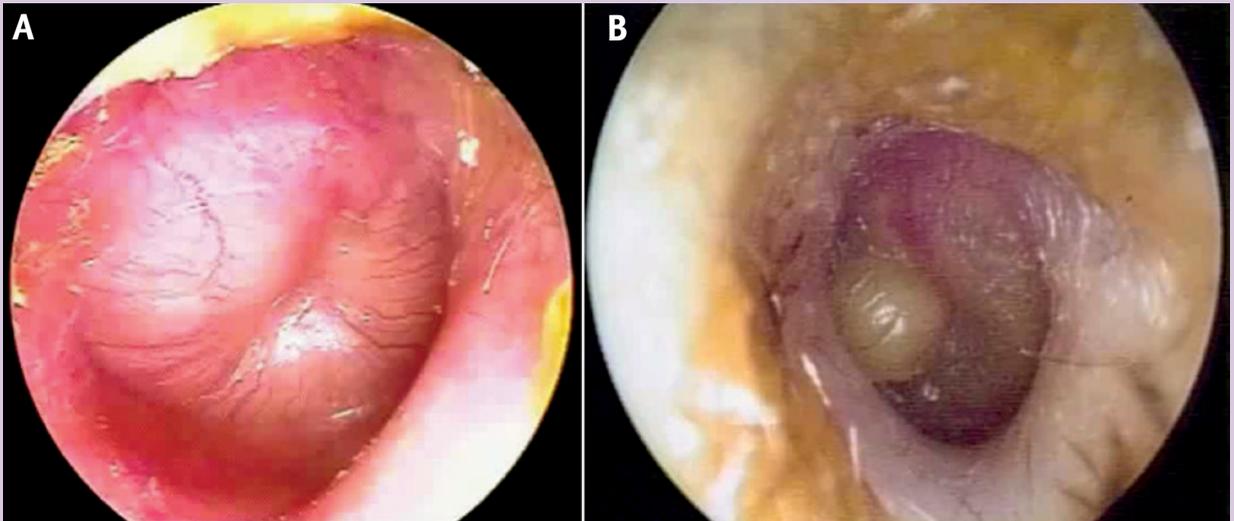
.....

.....

4

AUTOEVALUACIÓN

3. Maxi tiene 20 meses de edad, es previamente sano, concurre a guardería y desde ayer presenta fiebre entre 38 y 38,5° C, con discreta irritabilidad nocturna (se despertó llorando 2 veces). Tiene rinorrea verdosa, conjuntivitis y tose mucho desde hace dos días. Nunca tomó antibióticos. De día juega casi como siempre y come bien. Las imágenes de su otoscopia neumática se encuentran en el repositorio. **IMÁGENES MAXI A y B.**



¿Qué diagnóstico otoscópico hace usted en este paciente?

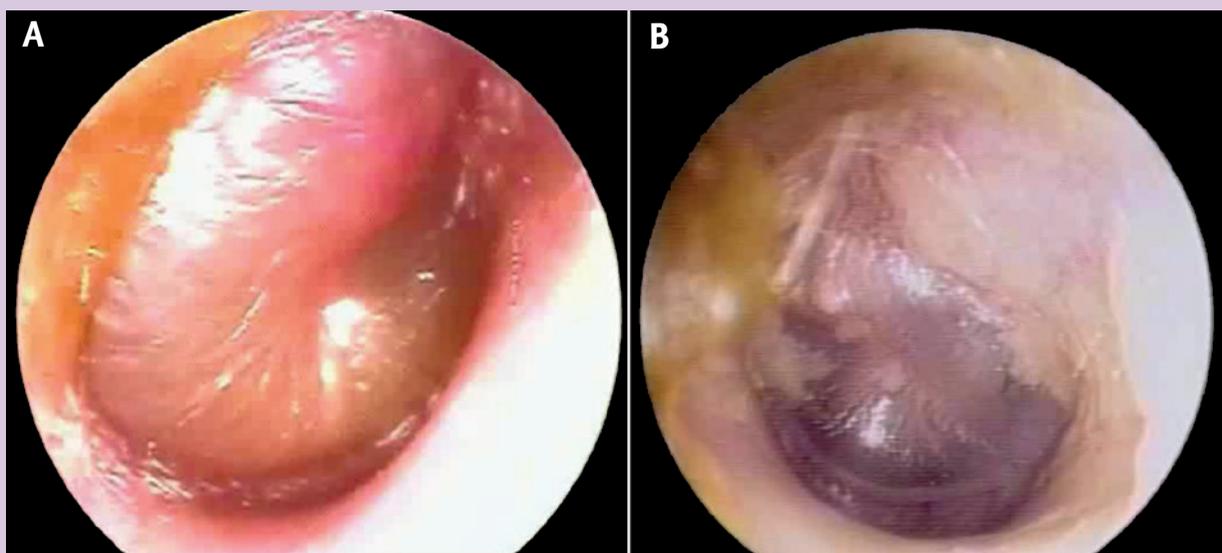
- 1. Oído derecho A:**
 - a) Normal.
 - b) OME.
 - c) OMA.

- 2. Oído izquierdo B:**
 - a) Normal.
 - b) OME.
 - c) OMA.

- 3. ¿Qué conducta le parece más adecuada para esta paciente?**
 - a) Amoxicilina + ácido clavulánico.
 - b) Ceftriaxone 50 mg/kg/día.
 - c) Analgésicos y control en 24/72 horas.

4. Omar tiene 18 meses y ya ha tenido 5 otitis; la primera a los 6 meses de vida, con supuración del oído izquierdo. No concurre a guardería, sigue tomando pecho 3 a 4 veces por día, tiene 3 hermanos mayores sanos y no ha tenido otras enfermedades. Hace 3 meses que no recibe antibióticos.

Al examinarlo tiene estas imágenes otoscópicas: (VEA LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA EN EL REPOSITO- RIO: IMÁGENES **OMAR A y B**).



¿Qué diagnóstico otoscópico hace usted en este paciente?

1. Oído derecho A:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

2. Oído izquierdo B:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

3. ¿Qué conducta propone para este paciente?

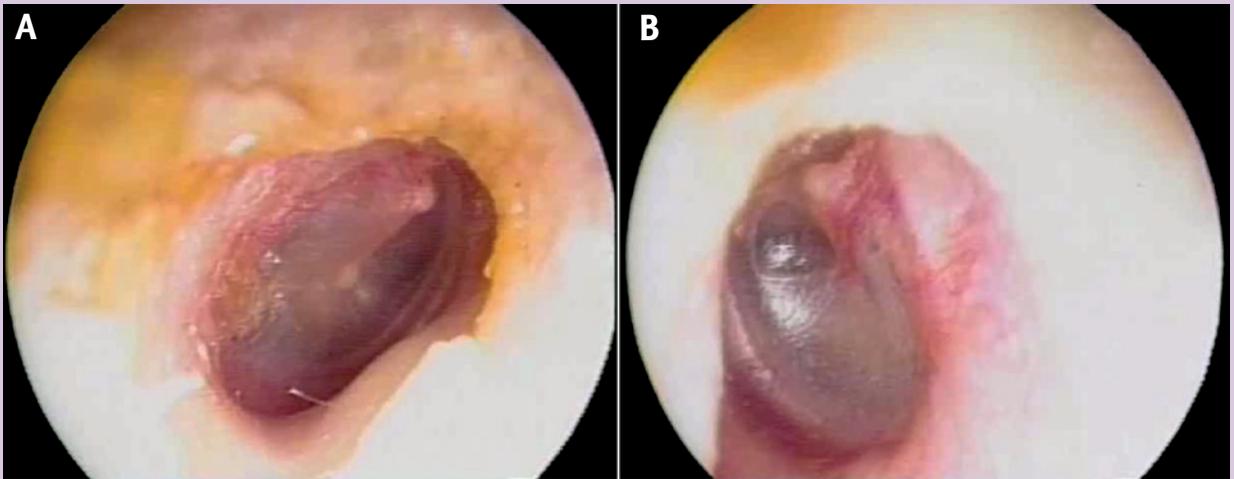
- a) manejo inicial
- b) manejo ulterior

4

AUTOEVALUACIÓN

5. Lucho tiene 4 años y concurre para control. La madre lo ve bien. No refiere ningún síntoma.

Al examinarlo tiene estas imágenes otoscópicas: (VEA LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA EN EL REPOSITO-
RIO: IMÁGENES **LUCHO A y B**).



¿Qué diagnóstico otoscópico hace usted en este paciente?

1. Oído derecho A:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

2. Oído izquierdo B:

- a) Normal.
- b) OME.
- c) OMA.

3. ¿Qué conducta propone para este paciente?

.....

.....

CONCLUSIONES

La otitis media es frecuente en los primeros años de vida y el pediatra debe capacitarse para reconocer otoscópicamente las diferentes etapas de esta enfermedad. Lamentablemente el entrenamiento de pre y posgrado en otología es incompleto y el error del médico en la clasificación de las otitis es muy frecuente.

El otoscopio neumático, con su juego completo de espéculos de diferentes calibres, es el instrumento diagnóstico por excelencia. Este capítulo describe su uso y en varios sitios se ofrecen cursos presenciales y “*online*” que facilitan el aprendizaje. Para confirmar y monitorizar la efusión del oído medio es muy recomendable el reflectómetro acústico. La combinación de estos dos instrumentos es sencilla, indolora, económica y reduce sustancialmente la confusión entre oído normal, OME y OMA.

Afortunadamente las formas leves de OMA y OME suelen tener una resolución espontánea. En estos casos es de buena práctica compartir con los padres esta información e implementar las pautas de manejo de las guías clínicas.

Las OMA severas, según los signos otoscópicos y los síntomas propios o generales, suelen mostrar una pronta respuesta al antibiótico, pero la resistencia bacteriana ocurre y se evidencia cuando no hay mejoría clínica en el paciente, cuando aparece o persiste la otorrea y cuando siendo inicialmente unilateral pasa a ser bilateral. Por estos motivos es conveniente recomendar que los padres vigilen la respuesta al tratamiento y que consulten nuevamente ante el posible fracaso del mismo.

Las OME persistentes, eventualmente crónicas, deben ser reconocidas tempranamente y monitorizadas con la debida documentación en la historia clínica. Si no resuelve en el plazo de 3 a 6 meses, o si el pediatra advierte que se afecta preocupantemente la función o la estructura del oído medio, podrá solicitar pruebas audiológicas o enviar al ORL un resumen de las observaciones más importantes para que el especialista determine la conducta más apropiada.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ◆ American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion. *Pediatrics* 2004;113:1412-1429.
- ◆ Hoberman A, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15.
- ◆ Klein JO. Is acute otitis media a treatable disease? *N Engl J Med* 2011;364:168-69.
- ◆ Lieberthal AS, et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Clinical Practice Guideline. Pediatrics* 2013;131:e964-e999.
- ◆ Sibbald AD. Acute otitis media in infants: The Disease and the Illness. *Clinical distinctions for the new treatment paradigm. Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2012;147:606-10.
- ◆ Tahtinen PA, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26.
- ◆ Venekamp RP, Sanders S, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. Nº: CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub3.

4

CLAVE DE RESPUESTAS

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Falso. En el primer semestre es infrecuente porque los niños están protegidos por el amamantamiento y por anticuerpos transferidos por vía transplacentaria.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Falso. La OME suele preceder y proseguir a la OMA. Es mucho más frecuente el exudado sero-mucoso del oído medio que la colección purulenta.
6. Verdadero.
7. Falso. El diagnóstico de OMA se hace observando la membrana timpánica (MT) utilizando el otoscopio neumático. Sólo la inspección visual de la membrana timpánica distingue si la efusión es o no es infecciosa.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.

Responda las siguientes consignas

1. Factores de riesgo de OMA: edad (menor de 2 años), concurrencia a guardería, primer episodio antes de los 6 meses, compromiso inmunológico (incluye desnutrición), toma de biberón en posición acostado, Síndrome de Down y otras alteraciones genéticas, fisura palatina y otras anomalías cráneo faciales.

Factores protectores: edad (mayor de 3 años), sin episodios previos, inmunizaciones específicas aplicadas, lactancia materna.

2. La OMA es una enfermedad infecciosa que ocurre por una disfunción tubaria, una respuesta inmunológica insuficiente y una sobrecarga microbiana. La mayoría de las OMA están precedidas por una infección viral de las vías aéreas superiores que incrementa la producción de moco, reduce el barrido ciliar en la nasofaringe, produce inflamación y disminuye la respuesta inmunológica. La trompa de Eustaquio, se obstruye por esta inflamación, se reduce la ventilación del oído medio y se genera una presión negativa que retrae la membrana timpánica (MT) e induce la acumulación de secreción inicialmente serosa. En determinado momento la obstrucción tubaria cede temporariamente por un instante y las secreciones de la nasofaringe refluyen hacia el oído medio introduciendo virus y bacterias que activan la respuesta inmune atrayendo neutrófilos que a su vez liberan mediadores inflamatorios. El examen

otoscópico descubre entonces una MT engrosada, opaca y con contenido lechoso, a veces con estrías de color rojo intenso, pero fundamentalmente se muestra prominente o abombada por la presión, la respuesta inflamatoria y la colección purulenta.

3. La otitis media aguda recurrente (OMAR), se define cuando un niño sufre 3 ó más episodios bien documentados de OMA en 6 meses o 4 episodios en 12 meses. Es importante verificar que entre cada uno de los episodios de OMA se despeja la efusión residual, ya que la otra presentación clínica, la OME con OMAR, es una entidad nosológica diferente que generalmente tiene otra conducta terapéutica.
4. Es necesario considerar que la adenoidectomía es más invasiva e impone un pequeño riesgo (quirúrgico y anestésico) adicional. La hiperplasia franca del tejido adenoideo, que puede obstruir la trompa de Eustaquio y la adenoiditis persistente, muchas veces con biofilms difíciles de erradicar con antimicrobianos, justifican a veces la realización de una adenoidectomía en el paciente con OMAR. El beneficio de esta cirugía suele ser evidente desde los 2 años de edad, pero es mayor cuando se realiza en niños mayores de 3 ó 4 años, aun cuando la hiperplasia no sea oclusiva. En los pacientes con OME se indica cuando el cirujano comprueba una obstrucción retronasal, una sinusitis crónica o cuando requiere una segunda colocación de diábolos.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. **Facundo:** Oído derecho: OME. Oído izquierdo: OMA. Conducta: Proponer analgesia y control en 24 / 72 horas.
2. **Ana:** Oído derecho: OME. Oído izquierdo: OME. Conducta: Proponer control con monitoreo otológico hecho por el pediatra durante tres meses.
3. **Maxi:** Oído derecho: OMA. Oído izquierdo: OMA. Conducta: amoxicilina + clavulánico.
4. **Omar:** Oído derecho: OMA. Oído izquierdo: normal. Conducta inicial: proponer amoxicilina + analgesia. Conducta ulterior: seguimiento (monitoreo) otológico a fin de determinar si los oídos se normalizan entre episodios de OMA o si persiste la OME.
5. **Lucho:** Oído derecho: normal. Oído izquierdo: normal. Conducta: ninguna. Volver a observar oídos en el próximo control. Las pequeñas alteraciones que se observan en la otoscopia corresponden a secuelas menores de procesos previos.