



2014

Indicación racional de estudios por imágenes

Mitos en alimentación infantil

50 Preguntas frecuentes en dermatología

Sexualidad en la niñez y adolescencia

Módulo 2



PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica



2014

Módulo 2

Indicación racional de estudios por imágenes

Mitos en alimentación infantil

50 Preguntas frecuentes en dermatología

Sexualidad en la niñez y adolescencia

Dirección:

Dra. María Luisa Ageitos

Edición:

Dra. Claudia Ferrairo

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Angela Nakab

Dra. Virginia Orazi

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. Ángela Spagnuolo
de Gentile

Vicepresidente 1º

Dr. Jorge L. Cabana

Vicepresidente 2º

Dra. Nélica C. Valdata

Secretaria General

Dra. Stella Maris Gil

Tesorero

Dr. Omar L. Tabacco

Pro-Tesorero

Dr. Walter O. Joaquin

Secretario 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

Secretaria 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 1º

Dr. Daniel E. Stechina

Vocal 2º

Dra. Sandra I. Bufarini

Vocal 3º

Dra. Silvia Marchisone

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

Secretaría 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 Vázquez

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 2 - 2014 / Leopoldo Sergio Lonegro ... [et.al.]. - 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2014. 136 páginas; 20x28 cm. ISBN 978-987-3715-02-0
1. Pediatría. I. Lonegro, Leopoldo Sergio. CDD 618.92
Fecha de catalogación: 02/09/2014

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.: 978-987-3715-02-0

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

Producción gráfica:

IDEOGRÁFICA • ideografica@netizen.com.ar

Editorial

5

PRONAP Informa

6

Indicación racional de estudios por imágenes
Dr. Leopoldo Sergio Lonegro

13

Mitos en alimentación infantil
Dr. Omar Tabacco

41

50 Preguntas frecuentes en dermatología
Dra. Ana Giachetti

61

Sexualidad en la niñez y adolescencia
Dra. Diana Pasqualini

99



EDITORIAL

¿Qué se nos exige a los médicos y en especial a los médicos pediatras?

Las patologías agudas, que fueron el principal objeto de estudio hace 40 o 50 años, dieron lento paso a las patologías crónicas y en los últimos 20 años aproximadamente se están imbricando con las patologías sociales... Aunque siempre las hubo, en la actualidad estas problemáticas han tomado una mayor dimensión en la práctica cotidiana: violencia doméstica, maltrato y abuso infantil, acoso escolar, alcoholismo, adicciones, sobrepeso y sedentarismo agravados por dietas chatarra con amplia publicidad y cambios en la vida urbana que reducen las posibilidades de la cocina casera y de la actividad física en la calle, en el barrio y en la plaza.

Hogares con padres y madres ausentes que están largas horas en el trabajo y en el viaje a sus hogares, cuidadores familiares escasos, un Estado que no se ha hecho cargo de suplir estas falencias con una red eficiente de instituciones de cuidado infantil que incluya actividades lúdicas o deportivas que den contención a niños, niñas y adolescentes. Y peor aún, un número importante de hogares que persisten en la marginalidad agravada por la patología del consumismo consagrado como galardón máximo de la inclusión posible.

Y nuevos pedidos a los pediatras como médicos de cabecera de niños, niñas y adolescentes, y me quiero referir, en especial, a los temas que en el PRONAP están solicitando la atención de cada uno y cada una de Uds.: diagnosticar precozmente el cáncer¹, apoyar la lactancia ya que sabemos su peso inmediato y alejado en la vida de los pacientes², averiguar sobre la escolaridad, detectar el probable acoso³ y aprender sobre nuevas o recientemente visibilizadas sexualidades⁴ que llegan a nosotros en un adolescente que no se siente bien en su cuerpo o en una pareja no tradicional que nos plantea una familia cuyos roles debemos aprender a conocer y sostener.

Son desafíos poderosos, no lo dudamos, pero existe un cierto consenso social en que si hay algunos médicos flexibles a los cambios (y valientes en asumirlos) somos los pediatras. Analizamos en las encuestas anuales que son proclives a incorporar nuevas conductas, a mejorar la calidad de la atención, a estar abiertos a reflexionar sobre la práctica con ánimo de mejora. Nos damos cuenta de que las exigencias del desarrollo profesional médico continuo son grandes, pero no dudamos de que es la exigencia personal de cada uno la que los guía en el interés de ejercer mejor su profesión, en atender mejor a la familia que se les acerca... en sentirse más satisfechos con Uds. mismos. Nos felicitamos por eso. Estamos orgullosos de ser así. Reconocemos la necesidad de compartir con otros, de reflexionar sobre los casos, de encontrarnos... utilicemos todos los recursos que ofrece el PRONAP⁵ y los que toda la SAP brinda a sus asociados.

Dra. María Luisa Ageitos
Directora PRONAP

1. Módulo 1. Detección temprana del cáncer pediátrico.

2. Módulo 1. Impacto alejado de la lactancia materna.

3. Módulo 1. Acoso entre pares.

4. Módulo 2. Sexualidad en la niñez y adolescencia.

5. Lista de discusión y Encuentros virtuales.

PRONAP INFORMA

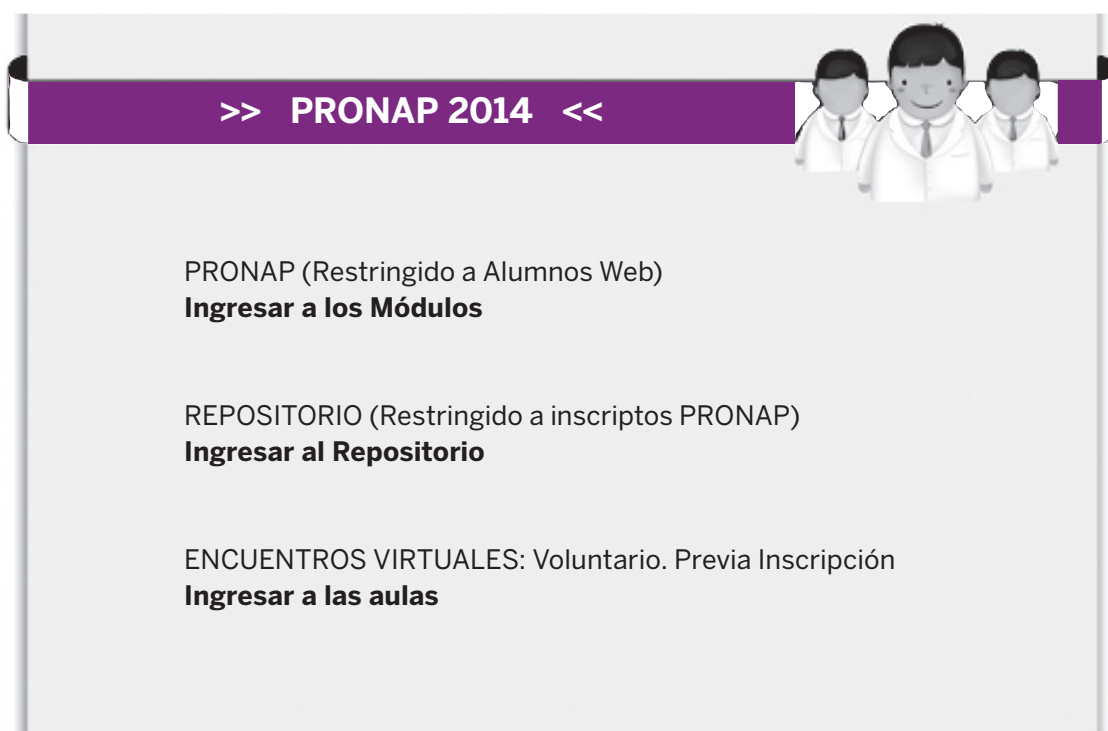
En este módulo 2 se desarrollan los siguientes temas: Indicación racional de estudios por imágenes, Mitos en alimentación infantil, 50 preguntas frecuentes en dermatología y Sexualidad en la niñez y adolescencia.

Con este Módulo Ud. está recibiendo:

- Cuadernillo de preguntas del Trabajo en terreno.
- Poster de lavado de manos.

CAMPUS VIRTUAL

Para su comodidad hemos concentrado toda nuestra actividad web en el campus virtual.



La explicación para acceder al mismo la encontrará en la página 8 del Módulo 1.

PRONAP 2014

Acceden al curso los alumnos web que recibieron oportunamente la clave de acceso.

REPOSITORIO (material complementario)

Encontrará material complementario de los temas del año en curso como videos, bibliografía ampliatoria y complementaria de los diferentes temas y materiales de educación para la salud.

Encuentros Virtuales

El **Encuentro Virtual** (EV) es un foro optativo que se desarrolla entre colegas para discutir casos clínicos y se realiza a través del campus de la SAP. Se agrupa a los inscriptos en “aulas”, cada una de las cuales es coordinada por un tutor. Nuestro equipo de Educación virtual cuenta con tutores que son pediatras entrenados especialmente para trabajar con esta modalidad. Ya pasaron 7 años de nuestro primer EV con excelentes comentarios de nuestros alumnos.

El Encuentro Virtual (EV) se desarrolla en varias semanas, los colegas analizan situaciones clínicas, comparten experiencias y repasan algunos temas. Requiere una PC con acceso a banda ancha y una “asistencia” al aula de al menos un par de veces a la semana: en el día y en el horario que a Ud. le quede cómodo. Además, necesitará algo más de tiempo para repasar los temas que se planteen en relación a los casos clínicos y consultar bibliografía, videos recomendados, etc. Se estima una dedicación semanal de aproximadamente 4 horas.

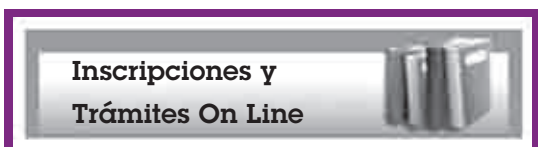
Usted tiene la posibilidad de realizar el Encuentro Virtual en dos fechas diferentes, durante noviembre de 2014 o en abril de 2015. En ambas ediciones el EV trabaja sobre los mismos temas con las mismas actividades y casos clínicos. Si elige realizar el EV este año:

Inscripción próximo EV: Abierta hasta el 21 de octubre.

Comienzo del EV: 3 de noviembre.

La fecha del EV de abril se publicará en el PRONAP informa del módulos 3.

La **inscripción** se realizará **on line** a través de la página web de la SAP, cliqueando en el banner de inscripciones on line:



Certificación. Si completa las actividades propuestas que se informarán en el momento de la inscripción, recibirá una certificación por 50 horas (2 créditos adicionales) que se sumará a su certificado PRONAP, siempre que haya rendido y aprobado el examen final correspondiente y cumplimentado la exigencia de Trabajo en terreno y Encuesta de opinión.

❖ **RESULTADO DE LOS EXÁMENES FINALES 2013**

Se recibieron 6.481 exámenes. El puntaje máximo posible fue de 100 puntos y el mismo fue alcanzado por un colega de la localidad de Martínez, Buenos Aires.

¡¡FELICITACIONES A TODOS POR EL ESFUERZO REALIZADO!!

Estamos enviando a todos los alumnos del 2013 los resultados y diplomas del PRONAP'13. Si Ud. no lo recibió puede hacer el reclamo hasta el 30 de enero 2015.

❖ **Módulo 3**

En el último módulo del año se desarrollarán los siguientes temas: Sepsis neonatal, Seguridad en la atención de los pacientes, Mielomeningocele y Células madres.

Para su comodidad y para que no se retrase en la fecha de entrega del examen final, subiremos el módulo 3 y el cuadernillo del Examen final al Campus Virtual para que pueda comenzar a trabajar, mientras espera que le llegue el material por correo postal (siempre es el paso que más demora).

Con el Módulo 3 usted recibirá:

- *Encuesta de opinión.*
- *El examen final del PRONAP '14.*
- *Ficha de inscripción 2015.*

El Examen final, Trabajo en terreno y Encuesta de opinión se responderán vía web. En el módulo 3 recibirá las instrucciones.

❖ **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

Compartimos algunos resultados de la:

ENCUESTA DE OPINIÓN PRONAP 2013

Como todos los años, el PRONAP 2013 fue evaluado por los profesionales participantes. En esta oportunidad se recibieron 6.272 encuestas de opinión. De los alumnos que responden, el 14% son “pronaperos” de la primera hora, es decir que nos acompañan desde 1993. El 58% son alumnos del Pronap desde hace más de 5 años en forma ininterrumpida y el 11% son “nuevos inscriptos” ya que en 2013 hicieron Pronap por primera vez. Un 17% a veces se inscribe en el Pronap y otros años descansa!

- La mayoría (60%) considera que el Pronap es muy bueno porque satisface sus necesidades y expectativas mientras que un 29% lo considera excelente.
- La gran mayoría considera que los módulos impresos están muy buenos tanto por el contenido como por la forma (diseño gráfico y organización de la información). El Poster de Prevención de Lesiones y Póster sobre derechos han tenido un alto grado de reconocimiento.
- El 58% opina que los materiales incluidos en el repositorio del Campus Virtual son muy buenos y un 29% que son excelentes.
- Los que participaron en los Encuentros Virtuales y consideran que esta modalidad interactiva resultó excelente (37%) y/o muy buena (48%).
- La calidad de las preguntas del examen y la comunicación de los resultados también han sido valoradas como muy buenas por el 60% de los encuestados y excelente por el 34%.
- Los procesos administrativos (inscripción, atención personal y/o telefónica, etc.) han tenido una de las valoraciones más altas de toda la encuesta ya que el 60% los considera excelentes y el 35% muy buenos.
- Los temas que aportaron conocimientos nuevos y que fueron valorados como más interesantes para la práctica profesional son con el 55% de las respuestas: 50 preguntas frecuentes en adolescencia y Asma bronquial (55%). El 50% ha ponderado como excelentes: Shock, Prevención de lesiones de 0 a 3 años y Seguimiento del prematuro (parte 1 y 2). Aunque el 40% de los encuestados los ha señalado como excelentes, los capítulos sobre Injurias ligadas a la actividad física y Accidente cerebro vascular en la infancia y adolescencia fueron los que puntuaron con menor interés para la práctica profesional.
- En relación a la influencia del PRONAP en la propia práctica profesional, se han repetido las opiniones de años anteriores:
 - *el 61% considera que el Pronap lo ayuda, **en gran medida**, a sentirse más capacitado y seguro para revisar su propia experiencia e incorporar innovaciones en su práctica profesional;*
 - *el 58% cree que el Pronap contribuye, **en gran medida**, para ejercer la profesión sintiéndose más satisfecho con su trabajo;*
 - *El 53% considera que el Pronap lo ayuda a reconocer, aceptar y comunicar los errores médicos con el propósito de mejorar la calidad de atención.*

- De todas las conductas propuestas para ser incorporadas a la práctica clínica se destaca como la más aceptada: cerciorarse del buen uso de la aerocámara en el tratamiento de asma (54%); esa misma conducta ya era practicada por el 28% de los respondentes.

En síntesis: los alumnos del PRONAP expresaron un alto grado de satisfacción con este programa de educación continua. Si bien hay algunas encuestas que informan un menor grado de valoración de alguno de los aspectos explorados (que analizamos cuidadosamente), en todos los casos esas valoraciones “no tan buenas” no llegan al 1% de los encuestados.

A continuación y siguiendo con el homenaje del Pronap al maestro Carlos Gianantonio (1926-1995), les ofrecemos otro relato del libro del Dr. Daniel Gril, “El niño azul”.

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>

Sólo destacaremos dos aspectos, fue el pionero indiscutible en la descripción del Síndrome Urémico Hemolítico, y 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, 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 queríamos ser, y queríamos 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. Esperamos sus comentarios.



HOMENAJE A UN MAESTRO DE LA PEDIATRÍA: CARLOS A. GIANANTONIO

“EL NIÑO AZUL”

Esta es una historia de la época del practicantado. Cuando uno lee los nombres de esos practicantes, encuentra personajes que hoy forman parte de la historia de la Pediatría y que construyeron gran parte de la mitología del Niños.

No me acuerdo quién me lo contó, pero la he escuchado de distintas bocas como para darla por cierta. Usted se debe acordar de esa tarde de lluvia y me imagino que los practicantes que compartieron esa guardia también.

En parte, porque cuando llovía de esa manera, cruzar el pasillo desde Sánchez de Bustamante hasta el pabellón era cosa de valientes y, sobre todo, porque esa tarde llegó a la guardia el niño azul.

La guardia estaba tranquila, como correspondía a uno de esos días en que al Niños sólo llegaban cosas jorobadas, porque ningún padre iba a sacar a su hijo a la calle, con ese temporal, por un catarrito.

Así que, cuando la enfermera dijo: –¡Ahí afuera hay un chico azul!!!!–, todo el mundo se precipitó al pasillo.

Ver un chico grande, como de siete u ocho años, con esa cianosis no era cosa de todos los días. Y mucho menos sí, a pesar de la cianosis, el chico entraba caminando como lo había hecho éste.

Lo cierto es que la llegada del chico puso en marcha los reflejos de todos los que allí estaban.

En menos que canta un gallo el pibe estaba en la camilla y, mientras unos lo auscultaban tratando de adivinar qué problema cardíaco tendría, otros ponían en marcha el electrocardiograma y la radiografía de tórax que habían de terminar de dilucidar el diagnóstico.

El chico seguía los movimientos de esa maraña de gente, con algo de divertido porque se ocupaban de él, pero también con mucho de asustado al percibir la desorientación con que los “doctores” se miraban y cuchicheaban.

Lo cierto es que la auscultación era normal y el electrocardiograma y la placa ratificaban que el corazón del chico estaba fenómeno.

La posibilidad de un problema pulmonar crónico, que también se había barajado de entrada, había sido descartada por falta de signos clínicos y la radiografía.

Por otra parte, la madre del chico se cansaba de repetir que su hijo era muy sano, que iba al colegio todos los días, jugaba a la pelota como cualquier pibe del barrio y que esto le había pasado de golpe.

Alguien sugirió entonces ir a buscarlo a Usted, que seguramente estaba en el pabellón. Ahora se me ocurre que alguna vez habrá que bautizarlo con su nombre, pero esta es otra historia.

Le contaron el chico mientras cruzaban el Hospital desde Gallo hasta la guardia. Creo adivinar que Usted asentía, mientras iba uniendo imperceptiblemente los hilos sutiles de su diagnóstico.

Cuentan que entró a la guardia, fue derecho a la camilla donde estaba el chico y se sentó junto a él.

Lo palmeó sonriendo y dijo:

— Qué lindo día elegiste para salir a pasear!

— Íbamos a ir al cine –dijo el chico.

— Con razón están tan elegante –comentó Usted, pasándole la mano por el pelo. Hasta te pusiste los zapatos nuevos.

— Sí –dijo el chico– los estrené hoy.

— Te quedan muy lindos –dicen que Usted le dijo.

— Pero sacáelos un poquito, así se secan.

Cuentan que Usted mismo le ayudó a sacarse los zapatos y después salió del consultorio. Todos lo rodeaban esperando su palabra. Entonces Usted miró los zapatos del chico y habló un rato largo sobre la tormenta, las anilinas del cuero, cómo se podían absorber por la piel y, por su efecto tóxico, originar esa enfermedad tan rara llamada Metahemoglobinemia, que se trataba simplemente con vitamina C, además de evitar ponerse zapatos nuevos en días de lluvia.

Después volvió al pabellón como si nada, dejando en el aire un diagnóstico inaugurado y algunos asombros a flor de piel.

*Dr. Daniel Gril**

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

INDICACIÓN RACIONAL DE ESTUDIOS POR IMÁGENES

Dr. Leopoldo Sergio Lonegro

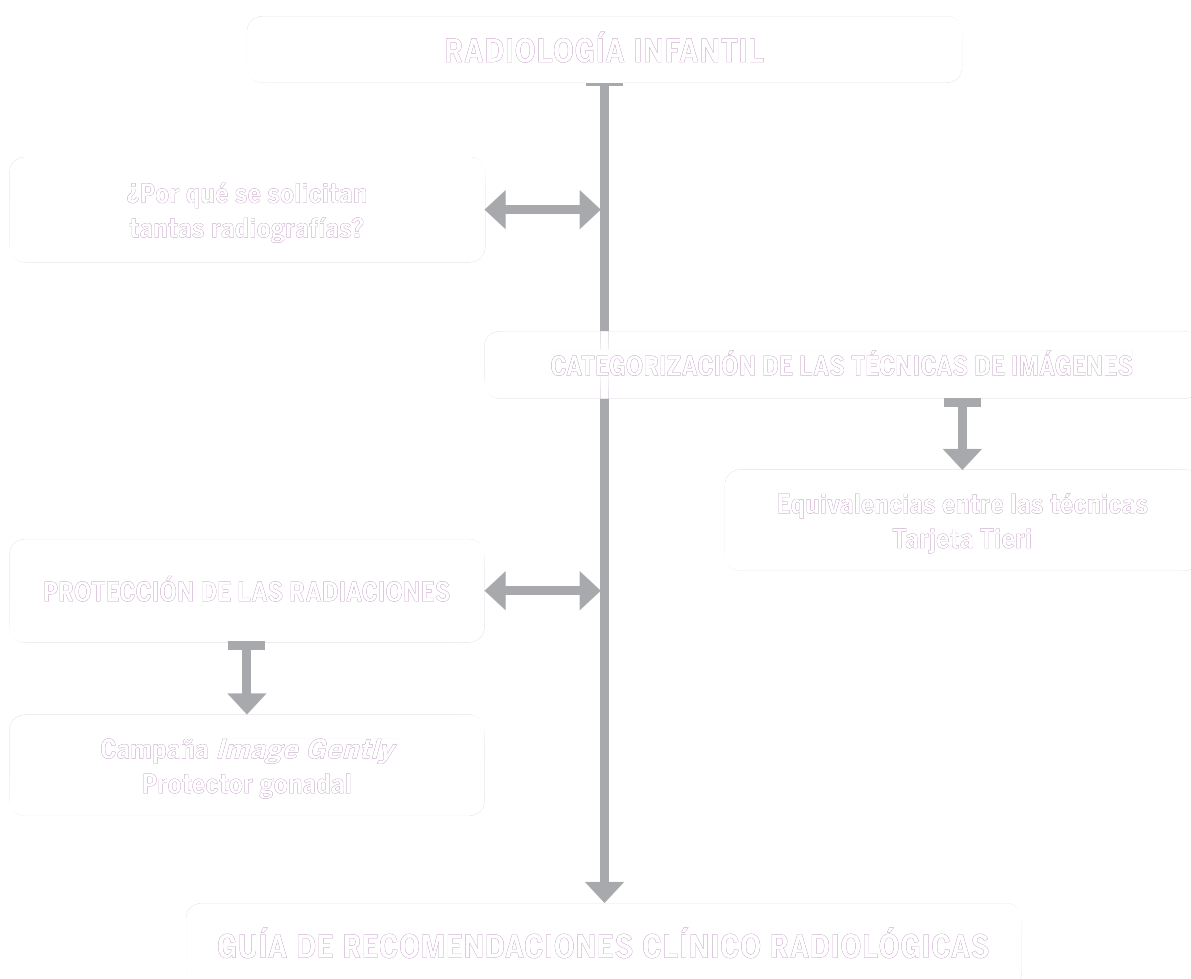
Jefe de la División de Radiodiagnóstico del Hospital General
de Niños Pedro de Elizalde.

Director de la Carrera de Especialista en Diagnóstico por
Imágenes Pediátrico. Sede Elizalde, Facultad de Medicina, UBA.

OBJETIVOS

- ❖ Favorecer un uso adecuado de los métodos de imágenes de modo tal de solicitar solamente las prácticas que permiten alcanzar un diagnóstico o mejoren el tratamiento del paciente.
- ❖ Estimular la necesidad de interconsulta al radiólogo infantil ante dudas diagnósticas.
- ❖ Concientizar al médico prescriptor sobre la importancia de seguir un historial de los estudios realizados, especialmente ante pacientes con enfermedades crónicas, con la finalidad de tener presente el número de prácticas realizadas.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Desde 1895, año en que Wilhelm Conrad Roentgen descubrió los rayos X utilizados hasta la actualidad, los métodos de diagnóstico por imágenes han experimentado un desarrollo impensado, llegando a ser una herramienta fundamental para el pediatra. El futuro nos proporcionará con gran entusiasmo las nuevas conquistas en el desarrollo, incluso con asociación de técnicas como la biología molecular o la fusión de imágenes.

El crecimiento tecnológico se logra con un mayor gasto en salud, desde todos los sectores del sistema sanitario. Este desarrollo implica una necesidad a nivel mundial de trabajar en evitar costos innecesarios, usando como estrategia, un buen uso de los exámenes complementarios. Para ello es imprescindible recordar que entre la enfermedad y el equipamiento, tenemos un ser humano niño, que nos observa y espera una decisión correcta con la menor invasión posible.

Hay un interés creciente del pediatra en optimizar las prácticas de imágenes, a través de la consulta a los especialistas radiólogos. Debemos reconocer que no todos los Servicios de Diagnóstico por Imágenes cuentan con radiólogos infantiles y esto impacta en el uso inadecuado de los métodos de imágenes, aumentando los costos de producción y la exposición a las radiaciones ionizantes.

RADIOLOGÍA INFANTIL

El radiólogo infantil es el especialista que ha recibido capacitación para elegir el método de imagen más adecuado para llegar al diagnóstico de la forma más segura y menos invasiva. Necesita entender desde otro ángulo qué le pasa a ese niño, comprenderlo, transmitirle confianza. Es impensable que tan ardua tarea, pueda llegar con final exitoso sin la ayuda del pediatra.

Es común que muchas prácticas solicitadas no cumplan con el objetivo principal del diagnóstico por imagen en relación a su beneficio sobre el diagnóstico y tratamiento. Esto impacta en un abuso de los métodos que utilizan radiaciones ionizantes.

Si se logra en forma conjunta entre el pediatra y el radiólogo infantil una indicación racional de estudios por imágenes, conseguiremos no exponer a los niños a las radiaciones innecesarias generadas por los métodos de diagnóstico.

En la División de Radiodiagnóstico del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, ex Casa Cuna, ubicado en el Barrio de Constitución en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2013, se realizaron más de 80.000 prácticas de imágenes, de las cuales un 65% correspondieron a radiología convencional, un 30% a ecografía, un 3% a tomografías y un 2% a estudios contrastados. A pesar del desarrollo tecnológico, la práctica más solicitada al Servicio de Diagnóstico por Imágenes, sigue siendo la Rx de tórax. Esto demuestra que las imágenes son un espejo fiel de la incidencia de las patologías en la población pediátrica.

La radiología simple es beneficiosa para el paciente que la necesita, pero siempre se debe recordar que utiliza radiaciones ionizantes, por lo que su uso debe ser adecuado y pertinente.

Los Servicios de Diagnóstico por Imágenes, también necesitan contar con una visión epidemiológica para poder objetivar las diferentes necesidades en salud de la población.

Durante los meses de agosto y septiembre de 2006, tuve la oportunidad de evaluar la frecuencia del uso de las radiaciones médicas en áreas de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y Recuperación Cardiovascular (RCV) del Hospital en el que trabajo, implementando una ficha personal de exposiciones radiológicas en internados en los sectores mencionados. Para su mejor análisis, se puede observar en la **Tabla 1**, el resumen comparativo de los 3 sectores.

Tabla 1. Evaluación de la frecuencia del uso de las radiaciones médicas en áreas de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y Recuperación Cardiovascular (RCV), durante los meses de agosto y septiembre de 2006 en un Hospital General de Niños

	UTIP	RCV	UTIN
Total de Rx realizadas	304	257	133
Media (promedio de Rx por paciente)	7	6	3
Porcentaje de pacientes a los que se solicitó Rx	83%	100%	92%
Con 11 a 20 Rx	10 pacientes	4 pacientes	2 pacientes
Con 21 a 40 Rx	2 pacientes	3 pacientes	Ningún paciente
Nº máximo de placas registrado por paciente	Un niño con 30 Rx	Un niño con 39 Rx	Un niño con 15 Rx
Rx tórax	97%	93%	73%
Rx abdomen	2%	5%	21%
Rx ósea	1%	2%	6%

Fuente: Lonegro L.

Si bien se apreció responsabilidad en el uso de las radiaciones ionizantes por parte de los profesionales de todos los sectores, el promedio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) fue de 7 radiografías (Rx) por paciente, mayor que el de Neonatología, de 3 Rx por paciente.

El porcentaje de internados a los que se realizó radiografías está relacionado con el tipo de patología prevalente del sector. En el 100% de los pacientes de Recuperación

Cardio Vascular (RCV) se realizó Rx, porque la mayoría son posquirúrgicos cardiovasculares. Pero si continuamos con el análisis, en UTIP hubo un paciente con 21 placas registradas y otro con 30. En RCV se observó, en el mismo período estudiado, un paciente con 35 placas y otro con 39. Por último en la Terapia Neonatal, un paciente tuvo 13 exposiciones y otro 15.

Con respecto a la cantidad de Rx por paciente, se vio que en Neonatología había una mayoría de pacientes con una sola placa. En cambio, en UTIP se vieron más pacientes que recibieron entre 11 a 20 exposiciones.

En RCV se encontró el número más alto de Rx registrado en un paciente, que fue de 39 placas realizadas durante los 2 meses.

Supongo que han quedado asombrados de la cantidad de Rx que puede alcanzar un paciente internado, pero ¿qué pasa si al riesgo individual lo multiplicamos por los millones de procedimientos usados cada año solo en los niños?

No hagamos más cálculos y entendamos que es una problemática que debe ser solucionada por todos los sectores involucrados, tanto desde nosotros, los médicos, como también desde la Salud Pública.

¿POR QUÉ SE SOLICITAN TANTAS RADIOGRAFÍAS?

El hiper desarrollo de los métodos de imágenes en diagnóstico médico no solo se ve en las prácticas ya conocidas, sino que han aparecido nuevas herramientas de imágenes como método de elección para el diagnóstico en algunas patologías. Todo esto abruma al pediatra al momento de elegir el método más adecuado para realizar el diagnóstico de su paciente. A veces el diagnóstico está en la Rx simple, pero como todo está tan informatizado y digitalizado, el médico sigue pensando en otro estudio más sofisticado sin darse cuenta de que la respuesta ya está en sus manos.

El médico prescriptor puede hacer buen uso de los métodos de imágenes y a su vez reducir radiaciones protegiendo a su paciente, recordando los siguientes consejos, a los que he llamado como los SÍ y los NO antes de solicitar una práctica (**Tabla 2**).

Tabla 2. Los SÍ y los NO antes de solicitar una práctica

NO	SÍ
NO Repetir estudios radiológicos porque fueron realizados en otras instituciones	SÍ Solicitar a la familia que concurra con los estudios previos
NO Solicitar estudios que no modifican la conducta terapéutica	SÍ Colocar en la solicitud del estudio la mayor cantidad de datos clínicos y el diagnóstico presuntivo, para colaborar en la elección de la técnica a realizar
NO Reiterar estudios sin dar tiempo a la evolución clínica	SÍ Estimular el uso de métodos que no utilicen radiaciones ionizantes

*Fuente: Díptico de la Unidad Pediátrica Ambiental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.
En base a Protección Radiológica 118: "Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen". Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido.
Comisión Europea. Dirección General de Medio Ambiente, 2000.*



CATEGORIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE IMÁGENES

El pediatra suele enfrentarse a la elección de un método de imagen. Lo condiciona la accesibilidad a los equipos, como sucede con la resonancia magnética (actual denominación: RMI o imágenes por resonancia magnética) por su baja disponibilidad, el tiempo de espera para obtener el turno y la clínica de gravedad del paciente.

En la **Tabla 3** se puede observar la clasificación de las dosis efectivas características de radiación ionizante según el método de imagen, siendo 0 para la ecografía y la RMI ya que son métodos que no utilizan radiaciones.

Tabla 3. Clasificación de las dosis efectivas características de la radiación ionizante procedente de las técnicas habituales de diagnóstico por imagen. Categorización de las prácticas diagnósticas. La dosis media anual de radiación de fondo o natural se encontraría en la clase II.

Clase	Dosis efectiva (mSv*)	Ejemplos
0	0	Ecografía, RMI
I	<1	Radiografía de tórax, de extremidades o de pelvis
II	1 - 5	Urograma, Rx columna lumbar, MN (Centellograma óseo), TC de cabeza y cuello
III	5 - 10	TC de tórax y abdomen, MN (por ejemplo, cardíaco)
IV	>10	Algunas pruebas de MN (por ejemplo, PET-TC)

*mSv: Milisieverts (unidad de medida de la radiación absorbida).

MN: Medicina nuclear.

Fuente: PR 118. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido.

Comisión Europea Dirección General de Medio Ambiente, 2000.

¿POR QUÉ ES NECESARIO UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES EN RADIOLOGÍA INFANTIL?

Las imágenes tienen la responsabilidad de colaborar con el diagnóstico precoz para disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

Así surge la importancia de tener una guía básica, cuyo objetivo sirva al pediatra para conocer cuál es la modalidad de imagen inicial indicada, señalar la práctica más sensible para el diagnóstico y diferenciar a aquellas que no aportan datos al paciente.

Se sugiere siempre utilizar la técnica de imagen que sea accesible antes de esperar métodos poco viables que prolongan la morbilidad del paciente.

Las guías conocidas por los radiólogos están basadas en los “Criterios de Remisión de Pacientes a los Servicios de Diagnóstico por la Imagen”, que proviene de las Directrices para los médicos *“Making the best use of a Department of Clinical Radiology: Guidelines for Doctors”* o “La mejor manera de hacer uso de un Servicio de Radiología Clínica: Directrices para los Médicos”, publicado por el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido. Después, fue adaptado por expertos de diferentes países, con el apoyo de las Sociedades de Radiología y de Medicina Nuclear (“Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen” de la Sociedad Argentina de Radiología). Las directrices son una referencia que podrá tener el pediatra para consultar y tomar decisiones.

La metodología aquí propuesta difiere de las anteriores, porque se basa en un enfoque clínico-radiológico, que evita la realización injustificada de estudios con radiación, mejorando la práctica clínica del pediatra. En su preparación se tomaron en cuenta los criterios de la bibliografía mencionada y experiencias basadas en la rutina. Las guías realizadas por países desarrollados son una base a imitar, pero cuando los recursos técnicos son limitados, se trata de adaptar la indicación de los métodos de imágenes según la accesibilidad al equipamiento. El avance tecnológico en las prácticas de imágenes y el desarrollo científico establecido por la educación profesional, provoca una continua necesidad de actualizar estas guías.

En todos los casos, se requiere de un correcto conocimiento de la patología pediátrica, estando las imágenes al servicio de la clínica.

¿SABÍA UD. QUE UNA RX DE TÓRAX EQUIVALE A...?

Las dosis de las radiaciones recibidas se acumulan durante toda la vida.

Estudios como la tomografía computada (TC) implican recibir dosis mayores de radiación en relación a las Rx simples, siendo importante conocer sus equivalencias cada vez que solicite un estudio.

En la **Tabla 4** se comparan las dosis efectivas de varias exploraciones radiológicas, su equivalencia con un número de radiografías de tórax y con el período equivalente aproximado de radiación natural de fondo (datos de Junta Nacional de Radioprotección en Hospitales del Reino Unido entre 1990 y 1995).

Tabla 4. Comparación de dosis efectivas de varias exploraciones radiológicas, su equivalencia con un número de radiografías de tórax y con el período equivalente aproximado de radiación natural de fondo (Dosis efectivas características en radio diagnóstico en la década de los años noventa)

Procedimiento diagnóstico	Dosis efectiva característica (mSv)	Nº equivalente Rx de tórax	Período equivalente aproximado de radiación natural de fondo
Rx extremidades (excluidas caderas)	<0,01	<0,5	1,5 días
Rx tórax	0,02	1	3 días
Rx cráneo	0,07	3,5	11 días
Rx columna dorsal	0,7	35	4 meses
Rx columna lumbar	1,3	65	7 meses
Rx pelvis	0,7	35	4 meses
Rx abdomen	1,0	50	6 meses
Urograma excretor	2,5	125	14 meses
Esofagograma	1,5	75	8 meses
SEG duodenal	3	150	16 meses
Colon por enema	7	350	3,2 años
TC de cráneo	2,3	100	1 año
TC de tórax	8	400	3,6 años
TC de abdomen	10	500	4,5 años

Fuente: B. Wall. NR PB, CE. Radiation protection 118. Referral Guidelines for imaging 2000 (Junta Nacional de Radioprotección en Hospitales del Reino Unido entre 1990 y 1995). American College of Radiology.

En esta tabla podemos ver que si se toma la Rx de tórax como una unidad, una Rx de abdomen equivale a 50 Rx de tórax y a 6 meses de radiación natural. Una seriada gastroduodenal (SGD), equivale a la dosis de 150 Rx de tórax y una TC de tórax, es igual a la dosis de 400 Rx de tórax o, lo que es peor, corresponde a 3,6 años de la dosis que recibimos como radiación de fondo.

¿QUÉ ES LA TARJETA TIERI?

Es una tarjeta infantil de exposiciones a radiaciones ionizantes tieri con fines médicos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Se trata de un registro de

las radiografías realizadas en cada paciente pediátrico. No es tan fácil como llevar un carnet de vacunas. ¿Quiénes harán los registros? ¿En dónde se usará? Se plantearán a continuación sus desventajas.

Se puede generar un nuevo problema al médico y a la familia. En los casos en que el carnet muestre mayor número de registro de radiografías, el pediatra deberá convenir a la familia de la necesidad de una nueva exposición. Por otro lado, puede que el temor del profesional de solicitar una práctica radiológica condicione a inclinar la balanza a favor del riesgo y no del beneficio. Esto es negativo para el paciente en casos que realmente requiera de esta práctica, por ejemplo frente a un traumatismo.

También generamos una nueva angustia a la familia, como es la responsabilidad de controlar el número de placas del niño y de dudar en aceptar la indicación del profesional. Tampoco un carnet con varias anotaciones, informa si los estudios radiológicos fueron bien o mal indicados. No se podrá comprobar que la radiación que recibió ese niño proviene de estudios correctamente indicados.

El secreto está en la educación hacia una sociedad responsable. No debemos hacer ejercicios de control sino de concientización a la familia y al profesional sobre los beneficios y riesgos de las radiaciones. Aspiramos a que los pediatras tengan incorporado el principio de justificación al momento de prescribir una práctica radiológica.

La justificación es dar prioridad al beneficio que vamos a obtener de esa práctica, sobre el riesgo que ella misma otorga.

El pediatra que aprendió a justificar no va a repetir estudios ya realizados y va a limitar las exposiciones a aquellas que modifiquen efectivamente la conducta sobre el paciente. Llevar un registro de prácticas radiológicas podría ser útil en una historia clínica de internado, no como un carnet para la familia, sino como una hoja de evolución que permita tener una observación rápida de todos los exámenes solicitados y de sus resultados.

■ ■ ¿POR QUÉ PROTEGER A LOS NIÑOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES?

En el año 2012, la revista *The Lancet* publicó un estudio realizado por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos y el Instituto de Salud y Sociedad de la Universidad de Newcastle, Inglaterra, (*Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study*, Mark S Pearce et al.), donde siguieron a más de 175.000 pacientes pediátricos desde su nacimiento hasta los 22 años, entre 1985 y 2002, en hospitales del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, que habían sido estudiados en repetidas oportunidades con TC. Los investigadores vieron que estos jóvenes tuvieron un riesgo aumentado de sufrir leucemia y tumores cerebrales.

Los niños son más vulnerables que el adulto a las radiaciones ionizantes porque están en un período de crecimiento continuo y tienen más tiempo por delante para acumularlas. Cualquier dosis de radiación por pequeña que sea aumenta la incidencia de cáncer (leucemias, tiroides, mama).

La radiación utilizada con fines diagnósticos, es la fuente artificial más importante. El radiólogo es quien estimulará el uso de métodos que no empleen radiaciones ionizantes como la ecografía y la resonancia magnética (RMI) y la difusión del concepto de “uso de radiación tan baja como sea posible manteniendo la calidad diagnóstica”: ALARA en inglés: “*As Low as Reasonably Achievable*”.

Las prácticas radiológicas son beneficiosas, pero las personas reciben dosis innecesariamente elevadas y que pueden ser reducidas sin perder la utilidad que ofrece la imagen.

CAMPAÑA IMAGE GENTLY

Tiene como objetivo, concientizar a los profesionales, en reducir las dosis de los estudios radiológicos en los niños. Así nace una Alianza para la seguridad radiológica en la imagen pediátrica (*Alliance for Radiation Safety in Pediatric Imaging*), integrada entre otras, por el *American College of Radiology* (ACR) y la *Society for Pediatric Radiology* (SPR). Actualmente también forman parte de ella la Sociedad Europea de Radiología Pediátrica (ESPR) y la Sociedad Latino Americana de Radiología Pediátrica (SLARP).

La preocupación por la protección del paciente pediátrico no debe comprometer nunca la calidad ni la eficacia de un examen radiológico. Un examen incompleto o mal realizado, también es radiación inútil.

Por múltiples causas, como las exigencias de los familiares a los profesionales o la influencia de los juicios de mala praxis, el uso de la radiología, incluyendo la tomografía computada (TC), cada vez es mayor, y esto hace que sea la fuente que más contribuye a la irradiación artificial de la población.

PROTECCIÓN DE ÓRGANOS

La utilización de protección al momento de hacer una radiografía, debe estar justificada basándose en el beneficio que se obtiene en la reducción de dosis en determinados órganos como tiroides y gónadas. La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) recomienda usarlo si el órgano a proteger está a menos de 5 cm del campo de radiación pero sin afectar la calidad diagnóstica del estudio.

Si los órganos críticos están dentro del campo de radiación como mamas, la reducción de dosis en dichos órganos se puede obtener realizando proyecciones postero anterior en lugar de antero posterior, por ejemplo en controles radiológicos de escoliosis. En las exploraciones de la región pélvica en niñas, la utilización de protectores gonadales, puede dificultar el correcto diagnóstico, debido a su mal posicionamiento y a que no se puede determinar la posición exacta de los ovarios.



GUÍA DE RECOMENDACIONES CLÍNICO RADIOLÓGICAS

Las estadísticas de estudios solicitados a los Servicios de Radiología Infantil van en aumento, inclusive los pedidos en carácter de urgencia. Se cree que un tercio de estas prácticas son normales o no contribuyen a mejorar el diagnóstico. A esto hay que sumarle el gasto innecesario en los sistemas de salud y en la familia del paciente, como así también el aumento en la exposición a las radiaciones ionizantes. Estudios innecesarios abren la posibilidad de encontrar otros hallazgos en los métodos que no hacen a la patología que motivó el pedido del estudio y a su vez origina nuevos exámenes como un efecto cascada haciendo interminable el tiempo empleado, y en muchos casos el beneficio al paciente es escaso.

Los radiólogos infantiles argentinos nos comprometimos a disminuir las exposiciones a las radiaciones ionizantes en los niños estimulando al buen uso de las prácticas de imágenes, especialmente tratando de usar solo TC y radioscopia en casos justificados.

A continuación se plantearán problemas clínicos en los que se usan radiografías y tomografías para su diagnóstico. La verdadera indicación racional es tener una guía para poder adaptarla a cada paciente.

Aunque la radiación aportada en la Rx convencional es mucho menor que la de la TC, en el caso en que esté indicada se debe usar con criterio y la práctica debe contribuir a mejorar el diagnóstico del paciente.

❖ LACTANTE CON PERÍMETRO CEFÁLICO AUMENTADO (MACROCEFALIA)

Pedir ecografía cerebral si tiene fontanela permeable, para descartar hidrocefalia, colección subdural o subaracnoidea benigna. En caso de dudas seguir con la resonancia magnética de cerebro sin contraste.

En situaciones en que el niño es portador de una válvula de derivación ventrículo peritoneal y se sospecha de disfunción valvular, se solicita TC de cerebro sin contraste.

Si se sospecha de **craneosinostosis**, luego de la Rx cráneo frente y perfil, el método siguiente es la TC de cerebro con reconstrucción 3D.

◆ NIÑO CON CEFALEAS

Si la cefalea es aguda, indicar TC de cerebro sin contraste para descartar tumor cerebral, hematoma, hemorragia subaracnoidea, hidrocefalia. Según hallazgos se completa con contraste.

En cefalea crónica, pedir una resonancia magnética de cerebro sin contraste (con contraste si tiene signos neurológicos).

◆ PACIENTE CON LA PRIMERA CRISIS DE CONVULSIONES

Si tiene fontanela permeable, estudiar primero con ecografía cerebral. Si el niño tiene signos neurológicos, está indicada una TC de cerebro sin contraste (según hallazgos completar con contraste). Ante imagen sugestiva de tumor, continuar con RMI con contraste.

◆ TRAUMATISMO DE CRÁNEO AGUDO SINTOMÁTICO

Solicitar TC de cerebro sin contraste con reconstrucción 3D y ventana ósea (el contraste puede ocultar una hemorragia).

¿Porque no se recomienda el uso de Rx cráneo en estos pacientes? Porque no se necesita hacer Rx de cráneo previa para solicitar TC y porque la ausencia de fractura en una Rx, no descarta lesión intracraneal.

◆ OBSTRUCCIÓN NASAL. SINUSITIS CRÓNICA

Ante mala respuesta al tratamiento de sinusitis, puede estar indicada la TC de macizo facial sin contraste. Si hay sospecha de complicaciones o tumor, se indica con contraste. La TC de MCF reemplaza a la Rx de senos paranasales.

◆ SOSPECHA DE HIPERTROFIA ADENOIDEA

Pedir Rx de cavum (es un perfil de partes blandas del cuello) para detectar estenosis de nasofaringe posterior. Recordar que la adenoides es poco visible antes de los 6 meses de edad.

◆ LINFADENOPATÍAS CERVICALES

El método inicial de elección es la ecografía de cuello, pero lo solicitamos cuando las adenopatías no responden al tratamiento o para descartar masa cervical (tumor o absceso). Si la ecografía detecta una masa, continuar con TC de cuello con contraste para evaluar extensión de la masa. Se sugiere completar con Rx tórax y ecografía abdominal.

❖ **TUMEFACCIÓN RECURRENTE DE PARÓTIDA**

La ecografía es la práctica inicial de elección, incluso es el único método a usar en la parotiditis recurrente juvenil. Solo ante sospecha de absceso o tumor pedir una resonancia magnética (RMI) con contraste o TC.

❖ **PACIENTE CON TORTÍCOLIS**

El método inicial es la ecografía cervical, especialmente para descartar patología del músculo esternocleidomastorideo en neonatos. Si persiste, se sugiere solicitar RMI de cerebro y columna cervical con contraste o TC, porque un tumor endocraneal puede comenzar con torticollis.

❖ **ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO**

Las imágenes están destinadas a demostrar atrapamiento aéreo. Por eso se debe pedir Rx tórax en inspiración y espiración. En lactantes, se puede hacer una evaluación radioscópica o Rx tórax frente y decúbito lateral (el pulmón obstruido, permanece insuflado cuando está en posición inferior). Si se observa atelectasia, o neumonía persistente, pedir TC de tórax.

Dato importante: una sola Rx tórax no descarta atrapamiento aéreo. Si la sospecha clínica es alta, está justificada una valoración endoscópica aunque las imágenes sean inespecíficas.

❖ **MALA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON NEUMONÍA**

La Rx tórax sigue siendo el método de elección inicial para buscar complicaciones en parénquima pulmonar. El método siguiente es la TC tórax con contraste para descartar empiema, necrosis cavitaria, absceso pulmonar.

❖ **NEUMONÍA REDONDA**

La neumonía redonda es más frecuente en los lóbulos inferiores y en niños menores de 8 años. Merece atención especial, porque está indicada la Rx tórax de seguimiento o de control, para documentar su resolución.

Si el niño es mayor de 8 años, sospechar una masa y realizar TC tórax con contraste. Si el diagnóstico presuntivo es neuroblastoma en la Rx, indicar RMI de tórax con contraste.

❖ **DERRAME PLEURAL. EMPIEMA**

Luego de la Rx de tórax, la ecografía es el método de elección. Los derrames con ecos internos o tabiques, corresponden con mayor frecuencia a derrames hemorrágicos o a exudados. Si la enfermedad pulmonar persiste utilizar la secuencia de ecografía seguida de TC tórax con contraste, que hace diagnóstico de empiema.

❖ ASMA

La Rx tórax sólo está indicada para descartar complicaciones como neumonía, enfisema obstructivo, atelectasia. La TC con técnica de alta resolución no está indicada en el asma agudo.

❖ HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

El método de elección inicial es la Rx tórax, no siendo necesario otro estudio de imagen. La administración de aire o contraste puede aumentar el efecto de masa. La TC de tórax no está indicada excepto que se sospeche de otra masa torácica quística.

❖ VÓMITOS BILIOSOS EN EL LACTANTE

Pensamos en obstrucción gastrointestinal, debemos determinar el nivel de obstrucción con una Rx de abdomen, según la localización del aire que es la práctica de elección inicial y es la que define si se pide un estudio contrastado.

- Obstrucción alta y completa (ejemplo, atresia de duodeno): no requieren estudios con contraste.
- Obstrucción alta e incompleta (ejemplo, vólvulo de intestino medio): pedir ecografía, seriada esofagogastroduodenal, tránsito intestinal.
- Obstrucción baja (múltiples asas distendidas con niveles hidro aéreos): pedir colon por enema. Este estudio permite distinguir si la obstrucción es alta o baja.

La presencia de micro colon indica que no ha pasado suficiente cantidad de contenido intestinal, por lo que la obstrucción intestinal es baja, es decir del íleon distal o del colon. En el caso en que la obstrucción fuera del intestino delgado (ID) más proximal, no se acompaña de micro colon porque el ID distal a la atresia u obstrucción produce jugo intestinal, permitiendo la función y el desarrollo del colon.

❖ ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO

Es ya conocido que la ecografía es el método más sensible para demostrar el músculo pilórico hipertrofiado. La seriada esofagogastroduodenal (SEGD) solo estaría indicada si se piensa en otras causas de vómitos.

❖ REFLUJO GASTROESOFÁGICO

En estos pacientes es importante destacar que la seriada esofagogastroduodenal no se usa para diagnóstico del reflujo gastroesofágico (RGE). Solo si se necesita descartar anomalías anatómicas, como por ejemplo mal rotación. Se recomienda no insistir en demostrar RGE con SEG D ante paciente vomitador.

❖ DOLOR ABDOMINAL

El método inicial es la ecografía abdominal idealmente con doppler color. Este método es capaz de hacer diagnóstico de apendicitis, invaginación intestinal, mal rotación, vólvulo de intestino medio. La Rx de abdomen está indicada según la clínica del paciente.

❖ INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

Ante todo niño con sospecha de ingestión de cuerpo extraño, se debe realizar una “serie radiográfica habitual”, que consiste en:

- Rx perfil de partes blandas del cuello.
- Rx tórax frente.
- Rx abdomen frente.

Una moneda puede quedar en la porción proximal del esófago, pero si en la Rx inicial se la observa después del estómago, seguirá sin dificultades, no requiriendo Rx de control excepto que presente síntomas.

El esofagograma solo se usa después de extraer el cuerpo extraño, si se sospecha perforación esofágica o fístula traqueoesofágica.

❖ TRAUMATISMO ABDOMINAL

La ecografía abdominal es el método inicial de elección. Según gravedad clínica y hallazgos ecográficos, puede requerir Rx y/o TC de abdomen con contraste.

❖ MASA ABDOMINAL

La ecografía con doppler color es la herramienta inicial. Puede identificar el órgano de origen, si hay invasión a vía biliar o a estructuras vasculares.

Ante sospecha de malignidad, continuar con TC o RMI de abdomen con contraste para evaluar su extensión.

❖ HERNIAS INGUINAL, UMBILICAL

El diagnóstico es realizado por antecedentes y examen clínico. La ecografía con doppler color ayuda a identificar el contenido herniario y a evaluar el flujo vascular.

❖ PACIENTE CON INFECCIÓN URINARIA

Directriz del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)

Ecografía renal y vesical es la práctica inicial para todo paciente con infección del tracto urinario (ITU), independiente de su edad. En lactante menor de 6 meses con ITU, pedir ecografía durante la infección aguda para descartar obstrucción. Ante menores de 6 meses con 1^{er} episodio de ITU o niños con ITU recurrente, se sugiere realizar dentro de las 6 semanas después de la ITU.

1. Si la ecografía es anormal con dilatación de vías urinarias, pedir una cistouretrografía miccional (CUM):
 - Si tiene reflejo vesicoureteral (RVU): seguir con centellograma con DMSA.
 - Si no tiene RVU: seguir con radiorenograma (RRG) con DTPA o MAG3.
2. Si la ecografía es normal:
 - En <2 años: hacer CUM. Si tiene RVU: pedir centellograma con DMSA.
 - En >2 años: hacer DMSA. Si es normal: se hace seguimiento (si repite IU hacer CUM). Si el centellograma con DMSA es anormal (presenta cicatrices o menor función renal): hacer CUM.

Debe indicarse profilaxis antibiótica durante 3 días a todos los niños que se van a realizar CUM (este procedimiento debe ser realizado en el 2° día).

❖ ENURESIS

Hacer ecografía renal y vesical. La Rx de columna no está indicada inicialmente. El paciente puede requerir estudios urodinámicos.

❖ INCONTINENCIA URINARIA

Se solicita ecografía renal y vesical. Es importante descartar doble sistema pielocalicial con uréter ectópico. Tampoco está indicada inicialmente la Rx de columna.

Si la incontinencia urinaria es permanente, el especialista puede solicitar urocultivo y RMI.

❖ HEMATURIA

El primer método diagnóstico es la ecografía renal y vesical. Si la hematuria es dolorosa, se debe pedir Rx abdomino pelviana como búsqueda de litiasis. Si es postraumática, se debe completar con TC.

❖ UROLITIASIS

La ecografía renal puede detectar hidronefrosis e hidroureter. Pero la TC sin contraste es la modalidad más sensible para detectar los cálculos.

❖ TRAUMA NO ACCIDENTAL

El *American College of Radiology* recomienda realizar una Seriada Esquelética con Rx simple. Esto consiste en solicitar Rx de la siguiente manera:

- Esqueleto axial: Rx cráneo frente y perfil (opcional Towne), Rx tórax frente, Rx columna lumbosacra perfil, Rx columna cervical perfil, Rx pelvis frente.
- Esqueleto apendicular: Rx húmeros y antebrazos frente y perfil, Rx fémures, piernas, manos y pies (frente).

La seriada esquelética también está sugerida en hermanos de niños maltratados menores de 2 años.

Centellograma óseo se pide por su capacidad de detectar fracturas antes de producirse la reacción perióstica.

Cuando los pacientes presentan signos neurológicos, se debe solicitar TC de cerebro (o RMI), previa ecografía cerebral en lactantes, especialmente buscando hematoma subdural. Recordemos la tríada de *Shaken Baby Syndrome*: hemorragia subdural, injuria cerebral, hemorragia retiniana.

Ante dolor abdominal, se completa con ecografía, pudiendo observar edema pancreático o hematoma duodenal. Según los hallazgos ecográficos se continúa con TC abdomen con contraste.

❖ FRACTURA DE UN MIEMBRO

La mayoría de las fracturas se detectan por radiografía. Al solicitar Rx de un miembro, se sugiere hacerlo en 2 proyecciones. Si se tienen dudas, se puede pedir Rx comparativa de ambos miembros.

❖ DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

Todos los pediatras ya saben de la importancia de la ecografía de caderas como método de elección para las displasias. Pero la incertidumbre persiste para definir cuándo y a quiénes realizarla.

¿A quiénes se realiza? A lactantes con examen físico anormal y /o factores de riesgo.

¿Cuándo se realiza?

1. Con examen clínico neonatal anormal:
 - con click (inestable): ecografía a las 2 semanas,
 - sin click (estable): ecografía a partir de las 6 semanas,
2. Con examen clínico neonatal normal:
 - con factores de riesgo: ecografía a partir de las 6 semanas,
 - sin factores de riesgo: seguimiento.

Dato importante: las ecografías de caderas en menores de 1 mes pueden dar falsos positivos.

❖ SINOVITIS TRANSITORIA

La ecografía de caderas es capaz de visualizar derrame. Pero si persiste el dolor, se debe pensar en necrosis avascular y solicitar Rx y luego RMI.

El centellograma óseo con colimador *pinhole* puede descartar necrosis.

❖ PACIENTE CON UNA MASA DE PARTES BLANDAS

La ecografía es el método inicial. Informa si es líquido o sólido, los planos comprometidos, si está vascularizado (con doppler color). Según hallazgos ecográficos se continúa con otros métodos de imágenes, como la Rx simple para evaluar hueso, alteración de la cortical, reacción perióstica. Seguir con RMI con contraste, en lesiones de partes blandas extensas, para definir mejor localización y extensión de la lesión. La RMI puede hacer mejor exploración de articulaciones, columna y si hay compromiso de medula ósea.

La TC está indicada en lesiones óseas. Se agrega contraste en procesos infecciosos, patología vascular o tumoral. Si bien no es un método de elección para evaluar partes blandas, se pueden identificar metástasis o colecciones.

❖ ESCOLIOSIS

Pedir espinograma frente y perfil, que consiste en una Rx de toda la columna en posición de pie. La TC sin contraste con reconstrucción en 3D es útil para planificar la cirugía, siendo capaz de detectar anomalías vertebrales congénitas. En caso de escoliosis dolorosa, el método indicado es la RMI, para descartar patología espinal.

Los pacientes con escoliosis, son evaluados con Rx de Edad Ósea de muñeca y mano izquierda, está relacionado con el pronóstico y el potencial de crecimiento.

AUTOEVALUACIÓN

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Se sugiere siempre utilizar la técnica de imagen que sea accesible antes de esperar métodos poco viables que prolongan la morbilidad del paciente.

V ☐ F ☐

2. La ecografía y la RMI son métodos que no utilizan radiaciones.

V ☐ F ☐

3. Las dosis de las radiaciones recibidas se acumulan durante toda la vida.

V ☐ F ☐

4. Llevar un registro de prácticas radiológicas podría ser útil en una historia clínica de internado como una hoja de evolución que permita tener una observación rápida de todos los exámenes solicitados y de sus resultados.

V ☐ F ☐

5. Los niños son más vulnerables que el adulto a las radiaciones ionizantes porque están en un período de crecimiento continuo y tienen más tiempo por delante para acumularlas.

V ☐ F ☐

6. Cualquier dosis de radiación, por pequeña que sea, aumenta la incidencia de cáncer (leucemias, tiroides, mama).

V ☐ F ☐

7. Siempre se debe utilizar protección de órganos al realizar una radiografía, como práctica de rutina.

V ☐ F ☐

8. Frente a un traumatismo de cráneo agudo sintomático es necesario realizar, de manera urgente, una Rx de cráneo.

V ☐ F ☐

9. Frente a sospecha de aspiración de cuerpo extraño se debe hacer una Rx de tórax para demostrar o descartar atrapamiento aéreo.

V ☐ F ☐

10. Frente a un paciente con sospecha de masa en partes blandas la ecografía es el método inicial recomendado ya que informa si es líquido, sólido, los planos comprometidos y si está vascularizado.

V ☐ F ☐

AUTOEVALUACIÓN

1

Responda las siguientes consignas

1. Según el díptico del Hospital Elizalde, mencione tres prácticas adecuadas relacionadas con la indicación de estudios y tres prácticas inadecuadas.

.....

.....

2. Tomando como unidad de medida la Rx de tórax, señale las dosis a las que equivalen los siguientes estudios según experiencia realizada por la Junta Nacional de Radioprotección en Hospitales del Reino Unido entre 1990 y 1995:

- Rx de abdomen equivale a ...	Rx de tórax.
- Seriada esófagogastrroduodenal equivale a ...	Rx de tórax.
- TC de tórax equivale a ...	Rx de tórax.
- TC de abdomen equivale a ...	Rx de tórax.
- Colon por enema equivale a ...	Rx de tórax.

3. Defina el principio de justificación

.....

.....

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. **Mariel**, de 12 años de edad, presenta vómitos, dolor abdominal difuso de 7 días de evolución y solo un pico febril al inicio.

Como antecedente de importancia presenta trastornos de conducta luego del fallecimiento de su padre. Al examen físico el abdomen es blando, depresible e indoloro a la palpación.

Realiza la 1ª consulta pediátrica donde se indica medicación sintomática. Como continúa con los mismos síntomas se realiza: hemograma, Rx de tórax y abdomen que son referidas como normales.

A la semana se interna por un cuadro de deshidratación moderada secundaria a vómitos.

1

AUTOEVALUACIÓN



Se realizó ecografía abdomino-ginecológica informada como normal y Rx abdomen de pie sin niveles.

El diagnóstico inicial fue de deshidratación moderada secundaria a gastroenteritis. Pero como continuó con vómitos abundantes, no biliosos, se replantearon los diagnósticos de ingreso y se solicitó TC de cerebro que fue normal.

a) ¿Qué podemos decir sobre los diagnósticos clínicos de Mariel hasta aquí?

.....

.....

b) ¿Qué observa en la Rx de abdomen?

.....

.....

c) ¿Solicita otro estudio de imágenes?

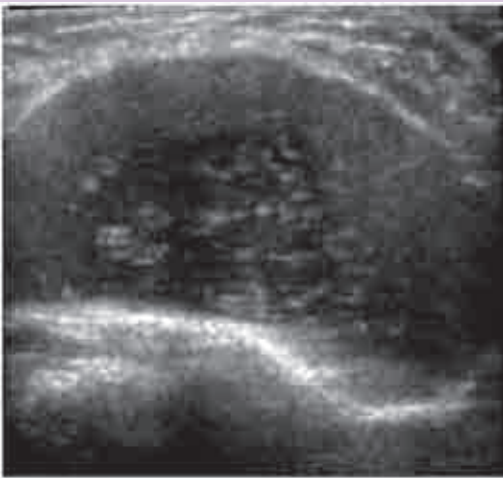
.....

.....

AUTOEVALUACIÓN

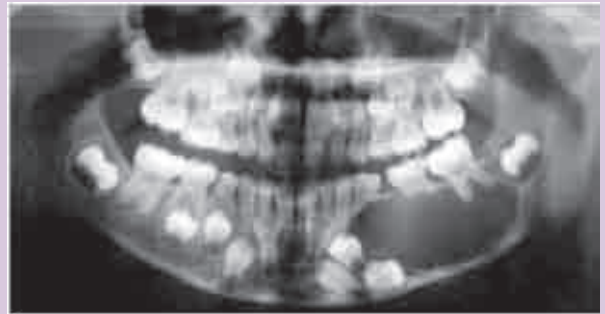
1

2. Josefina, de 7 años de edad, es traída a la consulta con tumoración dolorosa de partes blandas en hemicara izquierda. Sin antecedentes patológicos. Consulta al pediatra de guardia quien piensa en parotiditis. Se solicita ecografía de partes blandas, donde se detecta una masa heterogénea en contacto con el maxilar.

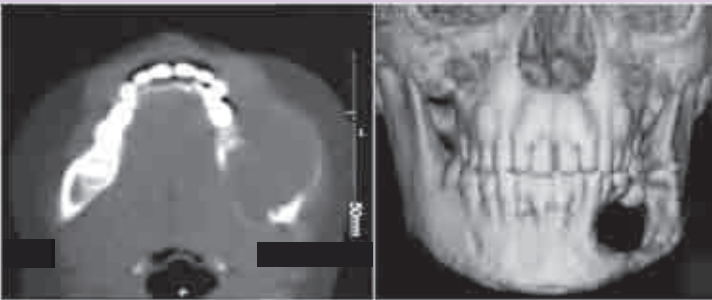


Ecografía

El médico piensa en seguir con una tomografía computada (TC), pero se pregunta si existe otro método. Entonces consulta con su compañero de guardia, Técnico Radiólogo, y se indica Rx panorámica de la mandíbula y la TC.



Rx panorámica de mandíbula



Tc

a) ¿Qué observa en estos estudios?

.....

.....

b) ¿Cuál es su diagnóstico? Hasta aquí ¿qué análisis surge de estos datos?

.....

.....

CONCLUSIONES

- ❖ Los profesionales de la salud y la población, hacen un uso exagerado de las prácticas de radiología, o sea de la radiación artificial.
- ❖ Cada exploración radiológica bien solicitada tiene mayor beneficio que riesgo. La decisión de solicitar una práctica es una responsabilidad del profesional de cabecera que debe determinar en cada caso si el procedimiento es justificado.
- ❖ No debemos aumentar la dosis de la radiación de fondo con la radiación artificial que provocamos, excepto que la práctica esté justificada. A esto se refiere contar con una guía de buenas prácticas, ante diferentes problemas clínicos para orientarnos sobre la modalidad de imagen inicial o la más sensible para el diagnóstico.
- ❖ Estimular prácticas con 0 dosis de radiación como la ecografía y la RMI. Ante el fracaso de estas, solicitar TC, usando dosis de radiación en el nivel más bajo posible.
- ❖ Escuchar a la familia que solicita examen radiológico, pero también informarles en forma responsable de los beneficios y los riesgos de la práctica.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ❖ Gentile, F. Radiaciones: uso racional de los estudios de diagnóstico por imágenes en pediatría. PRONAP 2008: Módulo 3.
- ❖ Grimoldi I. Infección urinaria. En: Nefrología Pediátrica. Comité de Nefrología SAP 2003; 25:358-374.
- ❖ Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de Diagnóstico por Imagen. Primera Edición. Preparada por expertos argentinos en diagnóstico por imágenes en base a documentos utilizados por países de la Comunidad Europea Coordinada por la Sociedad Argentina de Radiología. 2007.
- ❖ Moguillansky, S. Estado actual del diagnóstico por imagen en pediatría. Artículo Intra-med, 2009.
- ❖ National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. London: RCOG Press; 2007.
- ❖ Pearce M et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. Lancet June 7, 2012.
- ❖ Pérez Candela V. Estado actual del diagnóstico por la imagen en pediatría. Reunión Anual Conjunta Sociedad Canaria de Pediatría Fuerteventura, 2002 Diagnóstico por imagen BSCP Can Ped 2002;26(2-3).

LINKS RELACIONADOS

<http://www.rcr.ac.uk/content.aspx?PageID=2269>
 Alianza para la seguridad radiológica:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418594/>
<http://www.imagegently.org>
<http://imagegently.dnnstaging.com/>

CLAVE DE RESPUESTAS

1

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Falso. La utilización de protección al momento de hacer una radiografía, debe estar justificada basándose en el beneficio que se obtiene en la reducción de dosis en determinados órganos como tiroides y gónadas. La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) recomienda usarlo si el órgano a proteger está a menos de 5 cm del campo de radiación pero sin afectar la calidad diagnóstica del estudio.
8. Falso. Se debe solicitar TC de cerebro sin contraste con reconstrucción 3D y ventana ósea (el contraste puede ocultar hemorragia). No se necesita hacer Rx de cráneo previa para solicitar TC y hay que tener presente que la ausencia de fractura en una Rx no descarta lesión intracraneal.
9. Falso. Una sola Rx tórax no descarta atrapamiento aéreo. Si la sospecha clínica es alta está justificada una valoración endoscópica aunque las imágenes sean inespecíficas. Las imágenes están destinadas a demostrar atrapamiento aéreo. Por eso se debe pedir Rx tórax en inspiración y espiración. En lactantes, se puede hacer una evaluación radioscópica o Rx tórax frente y decúbito lateral (el pulmón obstruido, permanece insuflado cuando está en posición inferior). Si se observa atelectasia, o neumonía persistente, pedir TC de tórax.
10. Verdadero.

1

CLAVE DE RESPUESTAS

Responda las siguientes consignas

1. Prácticas adecuadas y prácticas inadecuadas.

NO	Repetir estudios radiológicos porque fueron realizados en otras instituciones. Solicitar estudios que no modifican la conducta terapéutica. Reiterar estudios sin dar tiempo a la evolución clínica.
SÍ	Solicitar a la familia que concorra con los estudios previos. Colocar en la solicitud del estudio la mayor cantidad de datos clínicos y el diagnóstico presuntivo, para colaborar en la elección de la técnica a realizar. Estimular el uso de métodos que no utilicen radiaciones ionizantes.

2. Rx de abdomen equivale a 50 Rx de tórax. Seriada gastroduodenal equivale a 150 Rx de tórax. TC de tórax equivale a 400 Rx de tórax. TC de abdomen equivale a 500 Rx de tórax. Colon por enema equivale a 350 Rx de tórax.

3. El principio de justificación al momento de prescribir una práctica radiológica implica dar prioridad al beneficio que se va a obtener de esa práctica, sobre el riesgo que ella misma otorga.

No se deben hacer ejercicios de control sino de concientización a la familia y al profesional sobre los beneficios y sobre los riesgos de las radiaciones. El pediatra que aprendió a justificar no va a repetir estudios ya realizados y va a limitar las exposiciones a aquellas que modifiquen la conducta sobre el paciente.

Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

1. Mariel

a) Se trata de una niña con mucho impacto emocional por la muerte de su papá. Esto hace que todos los médicos que la vieron pensarán que la causa de sus vómitos eran trastornos en la conducta alimentaria.

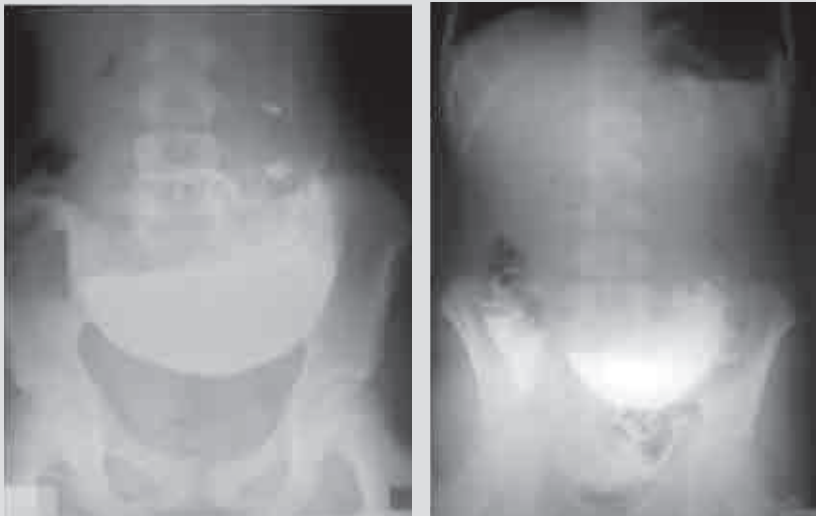
Pero el secreto está en la Rx de abdomen. Lo invito a verla nuevamente. Tómese su tiempo y mire tranquilo ...

b) Usted sabe que el aire intestinal es de presentación variable en el abdomen normal. Pero mire el aire en esta Rx. Se puede ver escaso aire a la derecha de la columna, no observando con nitidez aire distal ni en hemiabdomen izquierdo. La ausencia de aire en la Rx de abdomen no es normal. Uno puede pensar en una obstrucción alta.

c) Entonces se realiza SEG D, donde se observa importante dilatación gástrica, no logrando identificar que el duodeno cruce la línea media y ascienda a su posición en el cuadrante superior izquierdo.

CLAVE DE RESPUESTAS

1



Diagnóstico: Vólvulo de intestino medio secundario a malrotación intestinal.

Conclusión: la Rx de abdomen es muy difícil de interpretar porque uno no cuenta con estructuras simétricas como en la Rx de tórax. Aparte, las densidades del hueso y del aire son fáciles de reconocer pero es muy difícil decir si el aire es normal o patológico.

Por eso sugiero la siguiente metodología para observar una Rx de abdomen y recuerde que cuando no se ve bien la unión duodeno yeyunal se debe continuar con un Tránsito Intestinal.

METODOLOGÍA para INFORME de Rx de abdomen

- Definir vísceras como el hígado, el bazo, las siluetas renales.
- Ver los diafragmas.
- Ver estructuras óseas como vértebras, costillas y pelvis.
- Localizar zonas frecuentes de aire: estómago, recto, ángulo hepático y esplénico del colon.
- Ver distribución del aire gastrointestinal. Establecer dónde veo el aire, si hay niveles, asas intestinales distendidas o desplazadas.

2. Josefina

- a) Seguro que todos encontraron una imagen lítica. Pero usted, al igual que el pediatra de guardia, se sigue preguntando qué enfermedad tiene Josefina.

1

CLAVE DE RESPUESTAS

b) Debe recordar siempre que las imágenes están al servicio de la clínica. Es común que el pediatra solicite ecografía ante una tumefacción facial sin pensar en diagnósticos diferenciales.

La propuesta es tomarse un par de minutos, realizar una concreta anamnesis y una certera semiología de la tumefacción, aunque ya sepa cuál es el método de imagen de elección a utilizar.

El diagnóstico diferencial de las tumefacciones palpables en cabeza y cuello, se basan en la **localización** de la masa, los **hallazgos clínicos** y el **tiempo de evolución**, existiendo una íntima relación entre la clínica, antecedentes y los hallazgos de las imágenes.

- La **tumefacción aguda con signos de inflamación**, es típico de linfadenitis. La localización de la zona tumefacta nos orienta a pensar por ejemplo, en parotiditis o en una infección odontogénica. La clínica también puede orientarnos a una celulitis (más frecuente de localización periorbitaria) o a un absceso.
- Si la tumefacción no es aguda y no es progresiva puede corresponder a una malformación congénita como el cefalocele (frontoetmoidal).
- Si es **lentamente progresiva**, es más típico de una malformación vascular o linfática, hemangioma, neurofibroma.
- Pero si la masa tiene un **crecimiento rápidamente progresivo**, podemos pensar en patología maligna como Rabdomiosarcoma, Histiocitosis, Neuroblastoma, etc.

Diagnóstico de nuestra paciente: Quiste Ondontogénico de tipo dentigero.

Conclusión: los antecedentes clínicos son elementos importantes para el radiólogo infantil, para elegir el método de examen según presunción diagnóstica.

El uso de TC y RMI está dirigido a determinar la presencia de la lesión, su extensión y para poder planificar su tratamiento.

MITOS EN ALIMENTACIÓN INFANTIL

Dr. Omar Tabacco

Pediatra Gastroenterólogo certificado por SAP y Colegio de Médicos de la IIª Circunscripción de la provincia de Santa Fe.

Jefe de Servicio. Gastroenterología y Nutrición. Sanatorio de Niños de Rosario.

Director de la Residencia de Gastroenterología Pediátrica del Sanatorio de Niños de Rosario, reconocida por el Colegio de Médicos de la IIª Circunscripción de la provincia de Santa Fe.

Docente de posgrado de la Carrera de Gastroenterología. Universidad Nacional de Rosario.

Miembro Titular del Tribunal Evaluador de la Especialidad de Gastroenterología y Hepatología Infantil. Colegio de Médicos de la IIª Circunscripción de la provincia de Santa Fe.

Tesorero. Sociedad Argentina de Pediatría.

OBJETIVOS

- ◆ Identificar en las consultas cotidianas aquellos relatos de las familias relacionados con la alimentación de los niños que pueden ser considerados *mitos*.
- ◆ Revisar sus propias creencias relacionadas con la alimentación infantil, identificando aquellas que no se encuentran basadas en evidencia científica.
- ◆ Brindar a las familias conocimientos oportunos y fundamentados que las ayuden a ofrecer una buena alimentación a sus hijos.

INTRODUCCIÓN

El **mito** tiene varias acepciones, por un lado podemos decir que un mito es *una persona, cosa o hecho muy importante, que entra a formar parte de la historia o se convierte en modelo a imitar*. Por otro un mito es *una historia o relato que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad*.

Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas.

La dieta de nuestros niños es una construcción cultural. En su elaboración participan experiencias personales de las familias, opiniones de los mayores, disponibilidad regional de alimentos, condiciones económicas del medio, accesibilidad a sistemas de contención social y las indicaciones del pediatra.

Muchas recomendaciones surgen de las costumbres familiares y personales del pediatra, y de conocimientos transmitidos verbalmente por profesionales de más edad que participaron de su formación, sin una confrontación sistemática con la literatura especializada en la revisión de estas prácticas. Lo así establecido puede homologarse a un mito.

Los mitos alimentarios pueden generarse en creencias populares (mitos de los pacientes) o en creencias médicas (mitos médicos). Los mitos pueden referirse a la cantidad de alimentos necesarios, al tipo de alimento aconsejable o al rol del alimento en el tratamiento y la prevención de enfermedades.

Nos referiremos a ellos en la descripción de situaciones cotidianas, en el ámbito del consultorio o en las salas de internación pediátricas. La resolución de estas situaciones muchas veces surge de la buena administración de una dosis de “ciencia” y otra de “arte”, entendiendo como tal la capacidad del médico de transferir conocimientos relacionados con la crianza.

MITOS POPULARES (DE LOS PACIENTES)

1. “EL NENE NO ME COME”

La presunta hiporexia es un motivo de consulta muy frecuente luego del año de vida.

¿Cuánto debe comer un niño sano? Es habitual que la cantidad de alimento que ingiere un niño que comienza a deambular no colme las expectativas de la familia (especialmente de los abuelos), y esto sea motivo de consulta. Muchas veces les preocupa más la cantidad que la calidad de la dieta. Es muy habitual que esta consulta sea hecha con un niño con excelente estado nutricional, con un desarrollo psicomotriz normal, con una gran actividad física, que se enferma poco de patologías banales o que las resuelve rápidamente y que luce feliz.

En estas circunstancias, el accionar pediátrico debe estar dirigido a evaluar clínicamente la suficiencia de la alimentación, medida por el interrogatorio de un día tipo en cuanto a la frecuencia, horarios y tipo de alimentos ingeridos, así como también el consumo de golosinas y jugos, y su vinculación horaria con las principales comidas. En los niños de primera infancia que asisten a jardines maternales y de infantes deben evaluarse las ingestas en estos ámbitos, y en la edad escolar y la adolescencia es muy importante preguntar por la frecuencia semanal de ingesta de comidas rápidas. Luego del interrogatorio dirigido a la alimentación, debe indagarse la frecuencia y tipo de enfermedades, el desarrollo psicomotriz y las actividades diarias. La evaluación se completa con los datos antropométricos.

Una vez confirmado el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, se debe reforzar la importancia de la alimentación variada, destacando el aporte de cada uno de los grupos alimentarios, la distribución de ellos en 5 o 6 raciones por día, evitando períodos prolongados de ayuno y dando un lugar “negociado” a las golosinas y comidas rápidas (fines de semana, fiestas).

Es recomendable evitar distractores durante la alimentación (televisión y otro tipo de pantallas, por ejemplo) y resaltar la importancia de la alimentación compartida en el seno familiar, siendo éste un momento de comunicación invaluable y de adquisición por parte del niño de hábitos alimentarios saludables, a partir del ejemplo dado por los mayores.

Es importante recordar que los hábitos alimentarios se establecen entre los 9 meses y los 2 años de edad, momento en el cual ya se han instalado las preferencias del niño.

La neofobia, o rechazo a los alimentos o sabores nuevos, es una reacción normal de los niños, y se trata de un vestigio conductual de comportamiento ancestral, de cuando el hombre era cazador/recolector y debía rechazar aquéllos sabores no conocidos para evitar envenenarse. Solamente puede ser superada con la insistencia en la oferta del alimento rechazado, siendo en algunas oportunidades necesario hacerlo reiteradamente.

En las pautas alimentarias pactadas con la familia, deben incluirse a todos aquéllos cuidados que se hacen cargo de la alimentación del niño, en los casos de trabajo de los padres en horarios centrales.

De acuerdo a datos nacionales, basados en encuestas alimentarias en niños escolares, las prácticas actuales de alimentación presentan una ingesta excesiva de calorías, como consecuencia de un alto consumo de bebidas azucaradas, galletitas, golosinas y aderezos de alto contenido graso, con un bajo consumo simultáneo de verduras y frutas. Este último grupo alimentario es quizás el menos presente en la alimentación de nuestros niños actualmente, y donde debemos reforzar las recomendaciones.

En definitiva, el mensaje a transmitir a la familia es que un niño debe comer alimentos frescos y variados, en un ambiente tranquilo y de diálogo, en una cantidad que le permita un correcto crecimiento y desarrollo, enfermarse poco y estar feliz. Destacar que la tarea familiar es fundamental en instalar hábitos alimentarios saludables, como una manera de garantizar estas virtudes de la dieta y prevenir enfermedades.

2. “POR LO MENOS ME TOMA LA LECHE”. LOS LÁCTEOS LUEGO DEL AÑO DE VIDA

En el segundo semestre de la vida comienza el desarrollo de la dentición en la mayoría de nuestros niños. Una mirada evolutiva de este fenómeno permite suponer que ello implica la necesidad de consumir alimentos de mayor consistencia, y menos leche. A pesar de esto es muy común observar que los lácteos constituyen una proporción importante de la dieta de nuestros pacientes. ¿Es esto adecuado?

Desde el punto de vista nutricional debemos considerar que la leche es un alimento con una cantidad importante de calorías (0,57 cal/ml), con proteínas de alto valor biológico por su contenido en aminoácidos esenciales y la principal fuente natural de calcio.

Por otro lado, en el otro extremo de las consideraciones nutricionales, debemos recordar que es muy pobre su contenido en hierro y que además dificulta el aprovechamiento del hierro de otros alimentos debido al medio alcalino que genera su consumo simultáneo. También está ampliamente demostrada la pérdida hemática inaparente por el tubo digestivo en aquéllos niños que consumen leche de vaca, siendo otro factor que predispone a la anemia.

Los requerimientos de calcio en pediatría van a estar estrechamente vinculados a la velocidad de crecimiento óseo, por lo cual van a ser mayores durante el primer año de vida y en la adolescencia, cayendo a la mitad en las otras etapas de crecimiento somático. Este aporte de calcio va a estar cubierto por el consumo diario de aproximadamente 500/700 ml **totales** de lácteos. Entre el año y la adolescencia los aportes varían con la edad (**Tabla 1**).

Tabla 1: Ingesta de calcio en mg/día (mmol/día)

EDAD	CALCIO mg/día (mmol/día)
0-6 meses	210 (5,3)
7-12 meses	270 (6,8)
1-3 años	500 (12,5)
4-8 años	800 (20,0)
9-18 años	1.300 (32,5)
19-50 años	1.000 (25)
50-70 años	1.200 (30)

Fuente: Fernández A, Sosa P, Setton D, et al. Calcio y nutrición [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2011 Jul (actualizado Jul 2011). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/calcio.pdf>

Es muy habitual observar en nuestros pacientes que el consumo diario de lácteos supera ampliamente estas recomendaciones, generando como consecuencia una menor ingesta de otros nutrientes, perjudicando uno de los principales principios de una dieta saludable, como es la diversidad en la calidad de los alimentos. Este elevado consumo también produce dos complicaciones clínicas muy frecuentes: anemia por baja ingesta de hierro y pérdida insensible intestinal de sangre y constipación por el alto contenido de calcio de los lácteos que aumentan considerablemente la consistencia de la materia fecal y promueven una forma esférica y pequeña de la misma (escóbalos), mucho más difícil de evacuar.

Estos mismos inconvenientes son extrapolables a todos los derivados lácteos, agregando con muchos de ellos la inclinación a su consumo por el alto contenido de azúcar y otros saborizantes. Debemos rechazar aquí el mensaje engañoso o cuando menos exagerado, de la publicidad masiva de la fibra agregada a la leche y de los probióticos en la leche y derivados como prevención o tratamiento de la constipación.

Desde el punto de vista de la conducta alimentaria y la crianza, es común observar en niños mayores de un año, que ante la simple negativa a ingerir el alimento sólido que se le ofrece, se recurra al biberón de leche, frecuentemente con azúcar, con la falsa sensación de “que así por lo menos se alimenta”. Esta práctica también prolonga el uso del biberón, con los perjuicios conocidos en el desarrollo, la salud bucal y la “armonía” dental.

También parece inoportuna la recomendación del consumo de leches de vaca fortificadas con vitaminas, minerales y oligoelementos (ampliamente referenciada por la industria láctea), pues lo racional es que estos nutrientes sean incorporados con otros alimentos no lácteos, presentes en una dieta variada y equilibrada.

3. ESTOY AMAMANTANDO ¿QUÉ DIETA DEBO HACER?

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementada con alimentos adecuados desde ese momento, hasta los dos años de edad, es el alimento ideal para todos los niños.

Esta recomendación de la OMS, y a la que suscribimos desde la Sociedad Argentina de Pediatría, nos obliga como pediatras responsables a actualizar nuestros conocimientos en relación a la lactancia materna.

Es muy frecuente la consulta, especialmente de madres primerizas, con relación a cuál es la mejor dieta que garantiza una adecuada provisión de leche para su bebé, y de la “mejor calidad”. Es esta una oportunidad ideal para destacar los amplios beneficios de la lactancia materna, reforzando la confianza de que ella será capaz de alimentar adecuadamente a su hijo, y que las necesidades dietéticas para que esto ocurra son muy pocas y sencillas.

La mejor recomendación es la de una **dieta variada y natural**. No existe ninguna evidencia científica de que una manipulación dietética especial de la madre lactante facilite la producción de leche.

En este terreno son muy comunes las recomendaciones familiares de presuntos galactagogos naturales, como la levadura de cerveza, almendras, leche de almendras, malta, etc. No existe evidencia científica disponible que avale la utilización de estos alimentos como promotores de un aumento en la producción láctea. Tampoco es extrapolable el volumen de leche consumido por la madre con la producción de leche materna. La recomendación actual de ingerir 1.200 mg por día de calcio (cuya principal fuente dietética son los lácteos) se ajusta a las necesidades de este mineral para la salud ósea de la madre y no a la producción de leche.

Algo semejante debemos decir de los alimentos “prohibidos” como la cebolla, el ajo o los espárragos, que se excluyen con el argumento de que son muy “fuertes” y cambian el sabor de la leche. Debemos recordar que el niño ya ha estado expuesto en el útero materno a los sabores de los alimentos ingeridos por la madre, que se sabe que pasan al líquido amniótico, por lo cual es muy probable que no rechace la leche con estos sabores. Esta experiencia temprana con distintos sabores ha sido demostrada como un factor favorecedor de la aceptación de semisólidos, al momento de la alimentación complementaria oportuna y que es muy notoria cuando se compara la “versatilidad” alimentaria de los niños amamantados con los alimentados con biberón. Otra buena razón para aconsejar una “dieta variada” a la madre.

Tampoco se presenta como racional la recomendación de no ingerir los alimentos que producen flatulencia en la madre, con el argumento de que producen cólicos en el bebé. Los gases intestinales se producen por la fermentación por la flora colónica de los hidratos de carbono no digeridos en el intestino delgado. En ningún momento pasan al torrente circulatorio y por lo tanto no son capaces de pasar a través de la leche materna. Por la misma razón, no es necesario prohibir las bebidas carbonatadas.

La única patología que puede justificar una exclusión alimentaria de la dieta materna es la Alergia Alimentaria, especialmente la Alergia a las Proteínas de la Leche de Vaca, ya que ha sido demostrado científicamente el pasaje de estas proteínas a través de la leche de madre, pudiendo dar sintomatología aún en el bebé con amamantamiento exclusivo (especialmente una entidad muy claramente definida como la rectocolitis del lactante).

4. A MI HIJO LE HACE MAL MI LECHE ¿LE SACAMOS LA TETA?

No existe ninguna alternativa alimentaria superior a la lactancia materna, en estado de salud o enfermedad.

Solamente en circunstancias muy puntuales debe suspenderse la lactancia materna (por ejemplo en la galactosemia, enfermedad metabólica en la que no se puede metabolizar la galactosa, que es uno de los monosacáridos que junto a la glucosa conforman la lactosa, que es el principal hidrato de carbono de la leche de madre) o disminuir notoriamente su consumo (como por ejemplo en la fenilcetonuria, debido al contenido de un aminoácido, la fenilalanina, que no puede ser metabolizada). Estas raras excepciones justifican la regla general de que no se debe recomendar la suspensión de la lactancia ante la presencia de patologías en el bebé.

Quizás un escenario frecuente para este tipo de consulta al pediatra se observa en los casos de “cólicos del lactante”, entendiéndose como tal el lactante con llanto frecuente e inconsolable en los primeros meses de la vida. Como posibles entidades patológicas, desde el punto de vista gastroenterológico, pueden plantearse la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) o el reflujo gastroesofágico con esofagitis (RGE). En ninguna de estas dos circunstancias la suspensión de la lactancia materna parece una alternativa razonable.

En la APLV no existe la posibilidad de que el bebé desarrolle una respuesta inmune aberrante o exagerada ante la presencia de proteínas propias de la misma especie, solamente existe la posibilidad de que debamos indicar una dieta materna con exclusión de proteínas alimentarias presuntamente alergizantes (por su frecuencia, sin dudas la leche de vaca es la más importante, pudiendo referirse como otras posibilidades las proteínas de soja, huevo, pescado y frutos secos), ante la posibilidad de que estos alérgenos consumidos por la madre pasen a través de la leche materna y sensibilicen al bebé.

En el RGE existen alternativas generales y farmacológicas de tratamiento. Dentro de las generales se encuentran las referidas a la alimentación y las posturas para descansar y dormir. Dentro de las recomendaciones alimentarias parece razonable el fraccionamiento de la dieta (muy difícil de efectivizar en la lactancia, pues solamente podemos decir que tome menos tiempo y más seguido) y no tiene sentido pensar en reemplazar la leche de madre por ninguna fórmula, incluidas las promocionadas

como “antireflujo”, por el agregado de espesantes a las mismas, con la presunta ventaja de que al ser más “pesadas” tiene menos posibilidades de “ascender” ante las relajaciones espontáneas del Esfínter Esofágico Inferior (el defecto básico en el RGE). El vaciamiento gástrico más lento con estas fórmulas puede en algunos casos hasta aumentar la emesis. La menor osmolaridad de la leche de madre, y su menor contenido en caseína (y por lo tanto con la formación de un coágulo más pequeño) facilitan el vaciamiento gástrico y por lo tanto **disminuyen** la posibilidad de vómitos.

5. MI LECHE ES “AGUACHENTA” ¿LE DAMOS BIBERÓN?

En ninguna circunstancia, ni aun en estados de malnutrición materna, la “calidad” de la leche es inadecuada para alimentar al bebé.

La composición de la leche de madre presenta fluctuaciones a lo largo de la mamada, a lo largo del día, y a lo largo de la lactancia, adaptándose siempre a las necesidades variables del bebé. Esta “dinámica” en su composición es otro de los factores que la hacen única e inigualable, aún más si la comparamos con la composición “fija” de cualquier fórmula.

Se debe prestar atención a la composición de la leche de madre, con posibles déficits específicos de algún micronutriente, en casos de dietas maternas especiales, por ejemplo en madres vegetarianas estrictas puede ser escaso el aporte de vitamina B12, y por lo tanto ser mayor el riesgo de anemia macrocítica en el bebé. Nuevamente estas raras excepciones justifican la regla general y, habitualmente, dietas poco variadas en la mujer que amamanta tienen repercusión en la salud materna (anemia, osteopenia, etc.), sin variar la “calidad nutricional” de la leche (se “sacrifica” el cuerpo materno para mantener una leche adecuada a las necesidades del hijo).

Cuando es necesario **complementar** la alimentación de un lactante en los primeros meses de la vida, se debe en general a un **volumen insuficiente**, o **técnica inadecuada** y no a mala “calidad” o pocas “calorías” de la leche de madre.

6. EL NENE NO COME BIEN ¿LE DAMOS VITAMINAS?

Las vitaminas son elementos nutricionales esenciales para el correcto crecimiento y desarrollo. Actúan como cofactores facilitadores de numerosos procesos metabólicos comprometidos en el crecimiento, funcionamiento hormonal e inmunológico, integridad de membranas, etc. De acuerdo a su solubilidad se clasifican en hidro y liposolubles.

Las vitaminas no aumentan el apetito. La mejor manera de garantizar un adecuado aporte de todas las vitaminas es a través de una dieta variada. **No están indicadas en los niños hiporéxicos.** También debe tenerse en cuenta que las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) presentan toxicidad ante su ingesta excesiva.

Estas afirmaciones vinculadas a la falta de efecto estimulante del apetito de las vitaminas, contrasta con su indicación precisa en algunas circunstancias puntuales, como, por ejemplo, el tratamiento de niños desnutridos en recuperación nutricional, donde deben suplementarse las vitaminas, minerales y oligoelementos necesarios para el crecimiento corporal.

Debemos estar atentos también en los casos de dietas con exclusión de grupos de alimentarios, como por ejemplo las dietas vegetarianas estrictas, en las cuales se puede producir un déficit de vitamina B12 y ácido fólico.

Otra consideración importante puede hacerse con la vitamina D, indispensable en el metabolismo fosfocálcico y por lo tanto en el crecimiento y salud ósea. Su distribución en los alimentos de consumo habitual en nuestro medio es escasa, por lo cual debe suplementarse, especialmente en climas fríos, con baja exposición cutánea al sol. En otras circunstancias como la prematurez, su suplementación debe ser iniciada precozmente, por la baja acumulación de calcio en el esqueleto de estos niños, pues habitualmente esto ocurre en los últimos meses del embarazo.

7. MI HIJO COME MUCHOS DULCES ¿TENDRÁ PARÁSITOS?

No existen evidencias científicas de que la ingesta de alimentos dulces predisponga a las enteroparasitosis, ni tampoco que ante la presencia de éstos en el intestino de un niño se presente una mayor tendencia o necesidad de su ingesta.

Las enteroparasitosis son más frecuentes en los niños, especialmente al inicio de la deambulación, por su tendencia a llevar las cosas a su boca y las escasas actitudes higiénicas en la manipulación de los alimentos. También es una edad en la cual se observa una acentuada preferencia por la ingesta de dulces, de allí la asociación que se realiza vulgarmente entre las dos circunstancias.

Podemos aprovechar este tipo de consulta para reforzar conceptos de salud bucal, aconsejando restringir el consumo de azúcares cariogénicos y promover las pautas de higiene bucal. También es una buena oportunidad para hablar con la familia el consumo “responsable” de golosinas, evitando los momentos previos a las principales comidas, desaconsejando su uso como “premios” para determinadas conductas y orientando su ingesta en fines de semana, fiestas, etc.

8. A MI HIJO NO LE GUSTA LA CARNE, PERO COME MUCHAS LENTEJAS ¿ES SUFICIENTE?

La anemia ferropénica es altamente prevalente en nuestro medio. El hierro puede ser considerado un nutriente de tipo 2, que son aquéllos en los cuales su baja ingesta no tiene necesariamente repercusión en el crecimiento somático del niño (en la balanza). Su presencia en el organismo es fundamental para la síntesis de hemoglobina, el desarrollo muscular y la función inmunológica.

El hierro existe en los alimentos en dos formas, el hierro Hem y el No Hem. El hierro

Hem es altamente biodisponible, mientras que el No Hem se aprovecha con mayor dificultad.

La principal fuente dietética de hierro Hem es la carne, especialmente las rojas. El hierro No Hem se encuentra en los vegetales y cereales, y su aprovechamiento es muy inferior al de la carne, de allí que las dietas vegetarianas (estrictas o lacto-ovo-vegetarianas) solamente si son muy equilibradas y con una alta ingesta de legumbres, alcanzan a cubrir los requerimientos de este mineral, en un organismo en plena expansión como el de los niños.

Existen elementos facilitadores del aprovechamiento del hierro alimentario, como por ejemplo los cítricos y el tomate, a partir del ambiente relativamente “ácido” que generan a nivel duodenal, y otros que dificultan su absorción, como por ejemplo los lácteos y el huevo, por lo cual si se lo analiza desde la perspectiva de la absorción del hierro, no deben acompañar a la ingesta de carne.

9. MI HIJO NO QUIERE TOMAR LECHE ¿LE DOY “LECHE DE SOJA”?

Como ya fuera comentado, la leche y sus derivados son una excelente fuente de calorías, proteínas de alta calidad biológica y calcio. Su ingesta, en cantidades adecuadas, es importante para el correcto crecimiento y desarrollo óseo.

En el mercado existen jugos artificiales con el agregado de proteína aislada de soja, que son promocionadas como “leche de soja”, sin constituir un producto nutricional que se asemeja a la leche de vaca, y por lo tanto no son una fuente adecuada de calcio. Esto es lo que se debe destacar, que NO SON LECHE DE SOJA, como tampoco lo son otros preparados a base de frutos secos, como por ejemplo las “leches de almendras”.

Distinta es la situación de las fórmulas infantiles con soja como fuente proteica, pero que además contienen toda la formulación nutricional que se asemeja en sus cantidades a cualquier otra fórmula (verdaderas “leches de soja”). Actualmente estas fórmulas históricamente utilizadas como fórmulas terapéuticas para APLV han caído en desuso en los últimos años por la comprobación de que entre el 60 y el 70% de los casos con APLV presentan reacción cruzada con la soja, se plantean potenciales efectos colaterales estrogénicos en la utilización por tiempos prolongados en edades precoces, por su contenido en isoflavonas, y porque se dispone de fórmulas hipoalérgicas más efectivas, como los hidrolizados proteicos extensivos de caseína o proteínas del suero.

MITOS MÉDICOS

1. INTOLERANCIA A LA LACTOSA

La lactosa es el principal hidrato de carbono tanto de la leche materna como de la leche de vaca. Es un disacárido formado por una molécula de glucosa y una de galactosa. Su digestión se realiza en el intestino delgado por una discaridasa, la lactasa, que desdobra a la lactosa en sus dos moléculas, que son absorbidas como monosacáridos.

La lactasa se encuentra sobre el glucocálix, capa glucoproteica ubicada sobre el ribete en cepillo. El “anclaje” de esta enzima a la mucosa intestinal es muy laxo, razón por la cual en diarreas prolongadas y distintas enfermedades digestivas con daño enterocitario, es frecuente que se pierda parcialmente la capacidad de digerir la lactosa y debamos disminuir su carga o reemplazarla por otro hidrato de carbono abordable por otra de las enzimas.

En contraposición a esta “laxitud” de la lactasa debemos aclarar que la Intolerancia Primaria a la Lactosa es una entidad sumamente rara, y por lo tanto es muy poco probable que sea la causa del “cólico” infantil de los primeros tres meses de vida. Por este motivo no está indicado alimentar con fórmulas sin lactosa al niño que padece “cólico infantil”.

Es importante también destacar que la intolerancia a la lactosa de la leche de madre es una entidad prácticamente inexistente, pues además de la lactasa intestinal, en su digestión participan otras enzimas presentes en la propia leche y en la saliva del bebé.

Cuando existe intolerancia a la lactosa ésta se expresa por diarrea líquida, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal y dermatitis perianal. Además de la sospecha clínica, para su diagnóstico puede realizarse un pH de materia fecal (deposiciones ácidas) o un test de hidrógeno en aire espirado.

En nuestro medio las fórmulas de inicio tienen su “versión” sin lactosa, reemplazándose este disacárido en cantidades equivalentes con otros hidratos de carbono (maltoextrinas y glucosa), conservando por ello su equilibrio en nutrientes y su aporte energético.

Desde una visión ontogénica del ser humano, debemos aclarar que en edades posteriores la Intolerancia primaria **relativa** a la lactosa es más frecuente (especialmente después del año de vida), por lo cual podemos decir que “desde que se desarrollan los dientes es de esperar que la cantidad de leche ingerida sea menor”, dando paso a los alimentos semisólidos. En estos casos solamente con disminuir la cantidad de leche ingerida, o bien orientar su consumo hacia los lácteos con menor contenido de lactosa (por ejemplo, yogur), es suficiente para mejorar la sintomatología.

Existe en el mercado una fórmula parcialmente deslactosada (conserva un 20 a 30% del valor original de la lactosa), diseñada por la industria a través del agregado de

lactasa a la leche de vaca común, y como tal posee el resto de los ingredientes en cantidades normales de la leche de vaca, por lo cual **no es aconsejable su uso en menores de un año y especialmente en menores de 6 meses**. Si consideramos necesario indicarla en niños mayores, debemos recordar que se comercializa en forma descremada y entera (no deben darse lácteos descremados por debajo de los dos años, salvo excepciones muy puntuales) y que su preparación es equivalente a la de la leche de vaca (en su forma en polvo debe ser indicada al 12,5%, 1 medida cada 40 ml de agua).

2. INCORPORACIÓN TARDÍA DE SEMISÓLIDOS

La alimentación complementaria oportuna debe iniciarse a partir del 6º mes de vida. Esto responde a necesidades nutricionales específicas y a aspectos madurativos vinculados con la motricidad.

Durante mucho tiempo se ha sostenido que en circunstancias de antecedentes familiares de enfermedades específicas (Enfermedad celíaca, Alergia alimentaria), era aconsejable demorar la incorporación de semisólidos más allá de los tiempos habituales, sobre la base teórica de que un intestino más “maduro” era probable que tolerase mejor un alimento potencialmente alergizante.

La evidencia disponible actualmente demuestra claramente que esta actitud no representa un gesto preventivo justificado.

La incorporación de semisólidos en los lactantes con antecedentes familiares de enfermedad celíaca debe realizarse a los 6 meses, mientras el niño es todavía amamantando, resaltando este efecto preventivo de la leche de madre que modula la tolerancia inmunológica a cualquier antígeno alimentario.

Un concepto semejante debe emplearse en los casos de niños con antecedentes familiares de APLV, en los cuales no se justifica que la madre excluya los lácteos de su dieta durante el embarazo y la lactancia, ni tampoco que el niño reciba fórmulas especiales preventivamente.

3. DIETAS LIVIANAS GENERALES

Es muy frecuente en la práctica clínica cotidiana que, salvo en aquellos cuadros de claro origen o repercusión digestiva, no se preste mucha atención en la indicación al paciente de qué es aconsejable que coma durante el transcurso de una enfermedad. Este tipo de situación habitual en el consultorio también es visible en las internaciones, donde es común observar la indicación de “dieta liviana general” en una variedad de cuadros que van desde lo respiratorio, a cuadros infecciosos o postoperatorios.

Probablemente esta forma de indicar una dieta contemple evitar alimentos con alto contenido de grasa, en su propia composición, o en su forma de cocción (frituras), circunstancias que demoran el vaciamiento gástrico y que por lo tanto tienden a dar mala tolerancia a los mismos. Pero de la misma manera que esta indicación general

se basa en la negativa de ofrecer alimentos que se toleran mal, también debe reforzarse qué es lo que esperamos que el paciente coma.

En ese sentido debe recordarse que las enfermedades infecciosas febriles, y los procesos inflamatorios en general, determinan un gasto energético excesivo, con un alto consumo de proteínas, utilizadas para “armar” la respuesta orgánica. Este alto consumo tiende a compensarse con un menor gasto por actividad física, que en los tratamientos ambulatorios se circunscribe generalmente a los primeros días del cuadro, y además, en enfermedades agudas, de corta duración, no se deben considerar calorías extras para el crecimiento, el cual se compensará al resolverse el cuadro.

Basados en estas consideraciones, en enfermedades febriles leves a moderadas (quizás un ejemplo claro sea una neumonía aguda bacteriana), el aporte calórico recomendado corresponde a 1,1 a 1,2 de las calorías aconsejadas para la edad y sexo del paciente (10 a 20% por encima de las recomendaciones diarias). Algo semejante ocurre con el aporte proteico, que debe ser un 10 a 15% por encima de lo basal. Con relación a las proteínas, debe promoverse el consumo, aún más en estas circunstancias, de proteínas de origen animal, de alto valor biológico.

Como ya ha sido referido, el vaciamiento gástrico suele verse demorado en procesos febriles, y por dicho motivo es aconsejable ofrecer raciones frecuentes y pequeñas, con un aporte elevado de líquidos para reponer las pérdidas por la fiebre.

Recuerde que la permanencia en cama y la menor actividad física tienden a disminuir el peristaltismo intestinal y por lo tanto producir constipación, por lo cual es recomendable la ingesta de fibra dietética a través de frutas y verduras, acompañada de una oferta abundante de líquidos.

En resumen, además de prescribir el tratamiento específico para cualquier enfermedad en un niño, debemos acompañar estas indicaciones con una referencia dirigida a la dieta aconsejada para ese momento.

Se deben recomendar alimentos frescos y variados, que contengan proteínas de origen animal (carne, leche, huevo), frutas y verduras, en raciones frecuentes y pequeñas, sin usar frituras o salsas elaboradas para su preparación, con líquidos abundantes.

AUTOEVALUACIÓN

2

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. La leche materna, aún en estados de malnutrición de la madre, es el alimento más adecuado para el bebé.

V ☐ F ☐

2. Antes de complementar la alimentación de un lactante que no progresa en peso, en los primeros meses de vida es necesario revisar la técnica de amamantamiento y la suficiencia del volumen ingerido por el bebé.

V ☐ F ☐

3. La única patología que puede justificar una exclusión alimentaria de la dieta materna es la alergia alimentaria, especialmente la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV).

V ☐ F ☐

4. En niños con poco apetito, se pueden indicar vitaminas hasta que incorporen alimentos variados y suficientes.

V ☐ F ☐

5. Debe tenerse en cuenta que las vitaminas liposolubles presentan toxicidad ante su ingesta excesiva.

V ☐ F ☐

6. La incorporación de semisólidos en los lactantes con antecedentes familiares de enfermedad celíaca debe realizarse a los 6 meses.

V ☐ F ☐

7. Salvo raras excepciones, no deben indicarse lácteos descremados por debajo de los dos años.

V ☐ F ☐

8. Cuando existe intolerancia a la lactosa en menores de un año, se puede indicar fórmula parcialmente deslactosada.

V ☐ F ☐

9. La leche de vaca es una pobre fuente de proteínas y calcio y una buena fuente de hierro.

V ☐ F ☐

10. A partir del año de vida la ingesta recomendada de leche de vaca para un adecuado aporte de calcio es de 1500 ml por día.

V ☐ F ☐

2

AUTOEVALUACIÓN

Responda las siguientes consignas

1. Mencione por lo menos tres motivos para proponer una dieta habitual, variada y natural, a la madre embarazada y/o que amamanta.

.....

.....

2. Explique las consecuencias del elevado consumo de leche en niños a partir del primer año de vida.

.....

.....

3. ¿En qué situaciones o circunstancias es necesario tener en cuenta la indicación de vitaminas?

.....

.....

Resuelva las siguientes situaciones

1. **Lucía**, es madre primeriza, su hijo Matías tiene 45 días y ella lo consulta sobre qué puede comer para mejorar la “calidad” de su leche ¿Qué le recomendaría Usted?

- a. Incorporar a la dieta almendras y levadura de cerveza.
- b. Dieta variada, con buena cantidad de líquidos.
- c. Tomar mucha leche.

2. Señale en cuál de las siguientes situaciones clínicas Ud. indicaría la suspensión de la lactancia materna:

- a. Rectocolitis del lactante por APLV.
- b. RGE.
- c. Galactosemia.

AUTOEVALUACIÓN

2

- 3. Martín** tiene 2 meses y antecedentes familiares de enfermedad celíaca y APLV. Señale cuándo es oportuno indicar incorporación de semisólidos en Martín.
- a. A los 10 meses para demorar la incorporación de gluten.
 - b. A los 6 meses, mientras se continúa con el amamantamiento.
 - c. Se debe demorar la incorporación de lácteos hasta el año de vida.
- 4.** Los padres de **Lucila**, de 3 años, lo consultan porque están preocupados porque la nena come muy poco. ¿Cuál de las siguientes conductas considera Ud. INCORRECTA?
- a. Indicar un medicamento polivitamínico para mejorar el apetito.
 - b. Comprobar su situación nutricional mediante la antropometría.
 - c. Evaluar la ingesta diaria de los distintos grupos alimentarios.
- 5. Emilia** concurre a la consulta con su hija Juanita de 45 días de edad, para control de salud. Amamanta a su bebé desde el nacimiento y está muy preocupada porque piensa que su leche no es suficiente ya que toma el pecho “muy seguido” por la noche.

¿Cuál es su conducta? ¿Cuál es la explicación para esta situación?

.....

.....

CONCLUSIONES

La verdadera tragedia alimentaria es que un niño no pueda alimentarse. Si estamos frente a un niño sano, criado en un ambiente con afecto, es muy probable que crezca y se desarrolle bien, neurológica y emocionalmente, independientemente de los detalles puntuales de su dieta.

En este aspecto es nuestro deber mantenernos informados de las mejores recomendaciones para la alimentación, especialmente en los primeros años de vida, donde se definen muchas variantes que van a ser definitivas en la vida del niño. Debemos ser conscientes que la infancia y la adolescencia son objetivos principales de la industria alimentaria, por la alta inversión familiar en estas etapas y el impacto en el consumo y las preferencias de toda la familia. Es nuestro deber velar por la racionalidad alimentaria, confrontando la publicidad engañosa con la evidencia científica disponible.

Sin lugar a dudas, la LACTANCIA MATERNA es la mejor alimentación, en forma exclusiva en los primeros seis meses y con complementación adecuada hasta los dos años de edad.

Según Fernando Savater, los saberes sobre cualquier tema se desarrollan en tres niveles: INFORMACIÓN sobre el tema, hoy ampliamente disponible en Internet, y al alcance de todas las personas; CONOCIMIENTO, lo cual significa integrar esta información con una mirada más racional e idealmente científica; y SABIDURÍA, que consiste en saber aplicar lo anterior en la ejecución de una disciplina determinada.

Como pediatras responsables del cuidado del principal bien de una sociedad, que son los niños, ofrezcamos SABIAMENTE nuestros conocimientos para construir junto a las familias la mejor alimentación para sus hijos, desenmascarando MITOS que nos pueden confundir.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ❖ Ballabriga A y Carrascosa A. Nutrición en la Infancia y Adolescencia. 2ª Edición.
- ❖ Kovalskys I y col. Ingesta alimentaria y evaluación antropométrica en niños escolares de Buenos Aires. Arch Argentinos de Pediatría 2013;111(1):9-15.
- ❖ Lauer B and Spector N. Vitamins. Pediatrics in Review 2012;33:339.
- ❖ Martínez J A and Ballew M P. Infant formulas. Pediatrics in Review 2011;32:179
- ❖ Pereira PC. Milk nutritional composition and its role in human health. Nutrition 30 (2014):619-27.
- ❖ Setton D, Fernández A. Nutrición en Pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. Ed. Panamericana. 2014.
- ❖ Wyllie R and Hyams J. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. 4a Edición. 2011.

CLAVE DE RESPUESTAS

2

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Falso. Las vitaminas no aumentan el apetito. No están indicadas en los niños hiporéxicos. La mejor manera de garantizar un adecuado aporte de todas las vitaminas es a través de una dieta variada.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso. La fórmula parcialmente deslactosada que existe en el mercado conserva un 20 a 30% del valor original de la lactosa, diseñada por la industria a través del agregado de lactasa a la leche de vaca común, y como tal posee el resto de los ingredientes en cantidades normales de la leche de vaca, por lo cual no es aconsejable su uso en menores de un año y especialmente en menores de 6 meses.
9. Falso.
10. Falso. Luego del primer año de vida los requerimientos de calcio van a estar cubiertos por el consumo diario de 500/700 ml totales de lácteos.

Responda las siguientes consignas

1. Uno de los primeros motivos para esta recomendación es el cuidado de la madre con una dieta muy fácil y sencilla de seguir. Las dietas poco variadas tienen repercusiones en la salud de la madre (anemia, osteopenia, etc.). No es necesario excluir ni incorporar alimentos específicos: no existe evidencia científica que afirme que haya alimentos que sean galactagogos (levadura de cerveza, almendras, etc.) ni que existan alimentos que se deban evitar (cebolla, ajo, etc.). Otro beneficio de la dieta variada en la madre es que el niño está expuesto en el útero materno a los sabores de los alimentos que ha consumido su madre, esta experiencia es un factor favorecedor de la incorporación de semisólidos, en el momento de la alimentación complementaria oportuna.
2. Si se consumen más lácteos que lo recomendado para la edad se produce, como consecuencia, menor ingesta de otros nutrientes necesarios para la edad. Se resiente la variedad de la dieta del niño. Se disminuyen las posibilidades de experimentar e incorporar nuevos sabores. El elevado consumo de lácteos puede producir anemia por baja ingesta de hierro y pérdida insensible intestinal de sangre. Constipación por el alto contenido de calcio de los lácteos. Tendencia a consumir un alto contenido de azúcares y otros saborizantes (postres, etc.). Mayor incidencia de caries. Además se prolonga el uso de biberón más allá de lo recomendado que puede interferir en la salud bucal.

2

CLAVE DE RESPUESTAS

3. Tratamiento de niños desnutridos en recuperación nutricional, donde deben suplementarse las vitaminas, minerales y oligoelementos necesarios para el crecimiento corporal. Dietas con exclusión de grupos de alimentarios, como por ejemplo las dietas veganas o vegetarianas estrictas, en las cuales se puede producir un déficit de vitamina B12 y de ácido fólico. En relación a la vitamina D, debe suplementarse en climas fríos, con baja exposición cutánea al sol. En otras circunstancias como la prematurez, su suplementación debe ser iniciada precozmente, por la baja acumulación de calcio en el esqueleto de estos niños.

Resuelva las siguientes situaciones

1. b.
2. c.
3. b.
4. a.
5. Tranquilizar a la madre. Explicar que la composición de la leche de madre presenta fluctuaciones a lo largo de la mamada, a lo largo del día, y a lo largo de la lactancia, adaptándose siempre a las necesidades variables del bebé. Esta “dinámica” en su composición es otro de los factores que la hacen única e inigualable, aún más si la comparamos con la composición “fija” de cualquier fórmula.

50 PREGUNTAS FRECUENTES EN DERMATOLOGÍA

Dra. Ana Giachetti

Medica Pediatra y especialista en Dermatología.

Jefa de la Sección Dermatología Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Secretaria del Comité Nacional de Dermatología de la Sociedad Argentina de Pediatría.



OBJETIVOS

- ❖ Dar respuesta con sustento científico a preguntas frecuentes sobre patología común en dermatología.
- ❖ Brindar herramientas para detectar patologías sistémicas con manifestación cutánea y enfermedades dermatológicas que requieran intervenciones especiales con información científica actualizada.



INTRODUCCIÓN

La dermatología infantil ha crecido en los últimos 25 años de manera notable, formando parte del equipo de salud y teniendo peso propio en la asistencia integral del niño y del adolescente. En nuestra práctica habitual son sumamente frecuentes las consultas dermatológicas y en este contexto surge la necesidad de asistir a la población infantil y adolescente en sus enfermedades cutáneas con un enfoque integral de la persona, inmersa en una problemática social y familiar, aplicando en ello los adelantos de la ciencia y la tecnología.

El incremento del cáncer de piel en todo el mundo requiere nuestro conocimiento en la prevención del mismo para poder indicar pautas adecuadas de fotoprotección.

El aumento de la incidencia de enfermedades como la dermatitis atópica relacionada con los cambios ambientales, culturales y hábitos higiénico-dietéticos es otro ejemplo de la relevancia de las enfermedades dermatológicas en la actualidad.

Las lesiones autoinfligidas, los tatuajes y los cambios en hábitos y conducta sexual de los adolescentes son otro aspecto que el pediatra debe tener en cuenta al atender adolescentes en forma integral junto con el dermatólogo.

Las consultas sobre acné se realizan en forma cada vez más temprana y exhaustiva debido a las presiones sociales, en donde el pediatra debe guiar al adolescente y su familia dando el mejor consejo trabajando en forma interdisciplinaria con el dermatólogo.

Los avances en el tratamiento de los hemangiomas infantiles en los últimos años y en el conocimiento de sus asociaciones con otras anomalías, también abren un nuevo abanico de posibilidades diagnósticas y terapéuticas en un campo en el cual previamente eran escasas las intervenciones.

El conocimiento de que la psoriasis se asocia a un síndrome metabólico también genera la necesidad del trabajo multidisciplinario entre pediatras, dermatólogos y otros especialistas.

La teledermatología, es decir la medicina a distancia utilizando la tecnología de telecomunicaciones con fotografías, surge como una necesidad y una forma de resolver consultas rápidamente en sitios en donde es complejo acercarse a un especialista.

Este capítulo intenta hacer llegar a los pediatras de nuestro país una actualización simple y clara acerca de algunas de las patologías dermatológicas actuales más frecuentes, con el objetivo de trabajar juntos logrando el mejor cuidado del niño y del adolescente.

Antes de comenzar a escribir este manuscrito realicé una encuesta sobre inquietudes frecuentes en dermatología entre varios pediatras, a quienes agradezco su colaboración, a partir de allí inicié el trabajo y traté de plasmar aquí algunas de esas preguntas con sus respuestas.

FOTOPROTECCIÓN

1. ¿POR QUÉ DEBEMOS EDUCAR A LAS FAMILIAS EN FOTOPROTECCIÓN?

La radiación ultravioleta A y B es beneficiosa en muchos aspectos (promueve la síntesis de vitamina D, la cual es fundamental para múltiples funciones biológicas, y disminuye la depresión); sin embargo, la exposición en exceso a la misma es carcinogénica, y produce otros efectos adversos sobre la piel y los ojos.

La incidencia del cáncer de piel (incluyendo melanoma, carcinoma basocelular y espinocelular) ha adquirido en los últimos años proporciones epidémicas. El exceso de exposición ultravioleta durante la infancia y la adolescencia es un importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel, ya que la mayor exposición solar (85%) ocurre en esta etapa de la vida.

La morbilidad y muerte por cáncer de piel pueden prevenirse. El pediatra puede tener un rol importantísimo en la prevención del cáncer de piel aconsejando a las familias sobre cómo protegerse del sol.

Bibliografía. Larralde M, Abad E, Luna P. Dermatología Pediátrica. Segunda edición. Ed Journal 2010. Capítulo 23.6 Fotoprotección. Stengel F: Pág. 658-70.

2. ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE PIEL EN LOS NIÑOS?

Entre los distintos cánceres de piel el melanoma es el más grave; en Estados Unidos ocupa el quinto lugar con respecto a otras malignidades, puede verse en niños y adolescentes, producir la muerte y su incidencia está en aumento. En la edad pediátrica es muy raro y su incidencia aumenta progresivamente con la edad. En Argentina existen escasos datos sobre la incidencia de cáncer de piel pero actualmente hay un registro nacional de melanoma en marcha.

Bibliografía. Balk S, Ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. Pediatrics 2011; 127(3):e791-e817.

3. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA SU DESARROLLO?

Los niños con mayor riesgo de presentar melanoma son los de piel y ojos claros, los que tienen antecedentes personales o familiares de melanoma, los que reciben inmunosupresores o los que presentan enfermedades como los nevos melanocíticos congénitos, el xeroderma pigmentoso y el síndrome del nevo displásico.

Los factores que posiblemente contribuyan al aumento de la incidencia de melano-
ma en el mundo incluyen la disminución de la capa de ozono, los cambios en hábi-
tos en la vestimenta que llevan a exponer más la piel a la radiación ultravioleta, las
mayores oportunidades de actividades recreativas y el incremento del uso de las
camas solares.

Bibliografía. Ídem anterior.

4. ¿POR QUÉ EL USO DE CAMAS SOLARES NO ES ACONSEJABLE?

Las camas solares emiten principalmente radiación ultravioleta A (UVA) y está
comprobado que su uso predispone al desarrollo de cáncer de piel. Las adolescen-
tes que usan frecuentemente camas solares también presentan otras conductas
poco saludables como beber alcohol, fumar y presentan trastornos alimentarios.
En nuestro país son necesarias legislaciones que regulen su uso.

Bibliografía. O'Riordan DL, Field AE, Geller AC, et al. Frequent tanning bed use, weight concerns, and
other health risk behaviors in adolescent females (United States). *Cancer Causes Control*. 2006;
17(5):679-686.

5. ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE PROTEGER A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SOL?

- ❖ Protegerse del sol durante todo el año (la radiación UVA tiene una intensidad
constante durante los 365 días del año).
- ❖ No exponer a la radiación solar directa a niños menores de 6 meses.
- ❖ Evitar la exposición solar durante el mediodía siempre que sea posible (de 11 a 15
horas).
- ❖ Utilizar sombreros de ala ancha, ropas protectoras y anteojos de sol con protec-
ción para radiación ultravioleta A y B al aire libre.
- ❖ Buscar la sombra, recordar que sombrillas y árboles protegen parcialmente.
- ❖ Considerar que en días nublados la radiación ultravioleta recibida es práctica-
mente la misma que en los soleados.
- ❖ Utilizar protectores solares con factor de protección solar mayor de 15 en todas
las actividades al aire libre.
- ❖ Prevenir las quemaduras solares y evitar el uso de camas solares.

Bibliografía. Balk S. Ultraviolet Radiation: A hazard to children and adolescents. *Pediatrics* 2011;
127(3):e791-e817.

Larralde M, Abad E, Luna P. *Dermatología Pediátrica Segunda edición*. Ed Journal 2010. Capítulo
23.6 Fotoprotección. Stengel F: Pág. 658-70.

6. ¿CÓMO DEBE USARSE UN PROTECTOR SOLAR?

Los protectores solares según su composición se dividen en físicos o químicos. En menores de tres años se recomienda utilizar únicamente los que contienen componentes físicos.

En niños mayores de 6 meses el protector debe aplicarse en todas las zonas expuestas de piel 20 minutos antes de la exposición al sol y repetirse la aplicación cada dos horas. Si el niño está en el agua jugando o nadando durante la exposición la aplicación del fotoprotector debe hacerse a intervalos más cortos y la piel debe estar seca en el momento de repetir la aplicación.

En niños menores de 6 meses, se desconoce si existe absorción sistémica del protector solar, por lo cual no se recomienda su uso. Los bebés a estas edades no deben ser expuestos al sol directo y se los protegería con ropas protectoras siempre en vez de ponerles protector solar. En el caso en que no pueda evitarse la exposición de todas formas, las pequeñas zonas de la piel que queden expuestas como manos y mejillas sin estar cubiertas por ropa podrían protegerse aplicando el protector.

Bibliografía. Paller A, Hawk JLM, Honig P et al. New insights about infant and toddler skin: Implications for sun protection. *Pediatrics* 2011;128(1):92-102.

7. ¿ES SALUDABLE PARA LOS NIÑOS ESTAR BRONCEADOS? ¿ES MEJOR LLEGAR BRONCEADOS A LAS VACACIONES PARA SUFRIR MENOS DAÑO SOLAR Y PREVENIR DE ESTA FORMA EL CÁNCER DE PIEL?

El bronceado es sinónimo de daño del ADN en los melanocitos y es una respuesta natural de intento de protección, por lo cual nunca es saludable. El daño del ADN predispone a desarrollar el cáncer de piel.

Broncearse antes de las vacaciones tampoco disminuye el daño sino que lo aumenta ya que uno percibe erróneamente que la piel está protegida y ésta idea predispone a exponerse más.

Bibliografía. Levine JA, Sorace M, Spencer J, Siegel D. The indoor UV tanning industry: a review of skin cancer risk, health benefit claims. *J Am Acad Dermatol* 2005;53(6):1038-44.

8. ¿ES NECESARIO TOMAR SOL PARA SINTETIZAR VITAMINA D?

La síntesis de vitamina D depende de muchos otros factores aparte de la exposición a la luz ultravioleta. Es suficiente la exposición de áreas pequeñas de la piel durante 5 a 15 minutos dos veces por semana para mantener un nivel adecuado de vitamina D. Tomar sol con la finalidad de sintetizar vitamina D no es necesario. No se recomienda la exposición a la luz solar directa a niños menores de 6 meses.

Bibliografía. Woo DK, Eide MJ. Tanning beds, skin cancer, and vitamin D: an examination of the scientific evidence and public health implications. *Dermatol Ther.* 2010; 23(1): 61–71

American Academy of Dermatology; AAD Association. Vitamin D and UV exposure. Disponible en: www.aad.org/members/media/_doc/Vitamin%20D%20and%20UV%20Exposure%202007%20-%20FINAL.doc.

Balk S. Ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. *Pediatrics* 2011;127(3):e791-e817.

NEVOS

9. ¿QUÉ TIPO DE PACIENTES REQUIEREN CONTROL PERIÓDICO DE LUNARES O NEVOS Y DERMATOSCOPIA REALIZADOS POR UN ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA INFANTIL?

La presencia de nevos melanocíticos congénitos aumenta el riesgo de melanoma y éste es mayor cuanto mayor es el tamaño del nevo. Los nevos melanocíticos congénitos son los que están presentes en el momento del nacimiento o aparecen en los primeros meses de vida hasta los dos años.

Los nevos que requieren control con el especialista, por la posibilidad de transformación en melanoma o para realizar diagnóstico diferencial con el mismo, son los melanocíticos congénitos, los displásicos (mayores de 0,5 cm, que presentan pigmentación, límites y forma irregulares) y los nevos melanocíticos adquiridos múltiples (más de 50 nevos) (**Figuras 1, 2 y 3**).

Bibliografía. Larralde M, Abad E, Luna P. Dermatología Pediátrica Segunda edición. Ed Journal 2010. Capítulo 21.1: Nevos. Cabrera H. Pág. 611-14.



Figura 1. Nevo melanocítico congénito mediano



Figura 2. Nevo melanocítico congénito gigante



Figura 3. Nevo Melanocítico displásico

10. ¿CUÁLES SON LOS NEVOS QUE REQUIEREN BIOPSIAS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS?

En las raras ocasiones en que existe sospecha de melanoma debemos hacer un estudio histopatológico de la lesión névica ya que con el examen físico o la dermatoscopia podemos tener altos índices de sospecha pero únicamente el patólogo confirma el diagnóstico de melanoma. Esto ocurre en general en los nevos displásicos, nevos de Spitz, de Reed o en nevos melanocíticos congénitos.

Bibliografía. Hieken TJ, Hernández-Irizarry R, Boll JM, Jones Coleman JE. Accuracy of diagnostic biopsy for cutaneous melanoma: implications for surgical oncologists. Int J Surg Oncol. 2013; 2013:196493.

11. ¿EN QUÉ CASOS SE REALIZA BIOPSIA DE UN NEVO O SE EXTIRPA POR COMPLETO?

Los nevos, a menos que sean de gran tamaño, no deben biopsiarse parcialmente sino extirparse completamente (también llamada biopsia excisional), ya que una parte del nevo puede ser normal y el melanoma estar en otra área del mismo. De tratarse de un melanoma, en un segundo tiempo se realizara la ampliación del margen quirúrgico correspondiente. Es recomendable realizar biopsias únicamente en los nevos melanocíticos medianos o gigantes que presentan áreas sospechosas de malignidad, ya que en esos casos extirpar la lesión completa muchas veces es muy difícil o imposible técnicamente.

Bibliografía. Ídem anterior.

12. ¿HAY NEVOS MELANOCÍTICOS QUE REQUIERAN ESTUDIOS DE IMÁGENES O CONTROLES ESPECIALES?

Cuando un nevo melanocítico congénito está localizado sobre la médula espinal, especialmente a nivel cervical existen altas probabilidades de que se asocie a malformaciones del sistema nervioso central o a infiltración de células névicas en el SNC. Por lo cual estos pacientes requieren control neurológico cercano y deben estudiarse con resonancia. En estos pacientes hay alto riesgo de melanoma tanto en SNC como en piel y en general su pronóstico es reservado.

Bibliografía. Arad E, Zuker RM. The shifting paradigm in the management of giant congenital melanocytic nevi: review and clinical applications. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Feb; 133(2):367-76.

Kinsler VA, Thomas AC, Ishida M et al. Multiple congenital melanocytic nevi and neurocutaneous melanosis are caused by postzygotic mutations in codon 61 of NRAS. *J Invest Dermatol* Sep 2013; 133(9): 2229–2236.

MOLUSCOS CONTAGIOSOS

13. ¿QUÉ SON LOS MOLUSCOS CONTAGIOSOS? ¿CÓMO SE CONTAGIAN? ¿SON MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA?

Los moluscos contagiosos constituyen una infección cutánea producida por un virus pox sumamente frecuente, que generalmente afecta a niños en edad escolar, adultos jóvenes sexualmente activos y pacientes inmunosuprimidos.

La infección se ve casi siempre en niños escolarizados. El contagio se da por contacto directo o a través de fomites. Se sabe que la infección se da con mayor frecuencia en niños que asisten a piletas de natación públicas pero en este caso no está clara aun la forma de contagio. Aproximadamente el 35% de los hermanos de los afectados presentarán la enfermedad al mismo tiempo que su hermano o más tarde. Esta infección cutánea, como otras de tipo viral o bacteriano, es mucho más frecuente en los niños con dermatitis atópica.

Es una enfermedad benigna y autolimitada. Generalmente presenta resolución espontánea en 6 a 9 meses, sin embargo en niños con dermatitis atópica o inmuno-

supresión su curso es más complejo y el tiempo de resolución es más prolongado pudiendo llegar a 4 años de duración.

En ocasiones los padres sufren de gran preocupación cuando uno de sus hijos presenta la infección y la misma se acompaña de síntomas como el prurito, los eccemas, la diseminación, el dolor en la fase de involución, los motivos estéticos y por los trastornos de índole social que acompañan a la presencia de la infección. Entre los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta al momento del diagnóstico debemos considerar las verrugas planas, las verrugas vulgares pequeñas, los xantogranulomas, los quistes de millium, el acné, la queratosis folicular en los brazos y mejillas, y en la zona genital los condilomas acuminados.

Bibliografía. Braue A, Ross G, Varigos G, et al. Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: A case series and critical review of the literature. *Pediatric Dermatology* 2005; 22(4): 287–294.

14. ¿LOS MOLUSCOS CONTAGIOSOS REQUIEREN TRATAMIENTO? EN CASO DE REALIZARLO ¿CUÁL SERÍA EL MÁS ADECUADO?

El tratamiento de los moluscos contagiosos se recomienda para evitar los síntomas asociados como eccemas, prurito, dolor, conjuntivitis, el riesgo de transmisión y las implicancias sociales y cosméticas. Las opciones terapéuticas en ocasiones son difíciles de implementar y su efectividad es controvertida (**Figuras 4 a 7**).



Figura 4. Molusco periocular asociado a eccema



Figura 5. Conjuntivitis causada por moluscos



Figura 6. Reacción eccematosa relacionada a moluscos en axila



Figura 7. Moluscos asociados a inflamación y eccemas

Existen básicamente cuatro modalidades de tratamiento: el destructivo, el inmunomodulador, el antiviral y la no intervención activa.

Por tratarse de una enfermedad autolimitada muchas veces los médicos que asisten al paciente eligen la no intervención activa. Esto no siempre es aceptado por los padres, ya que en ocasiones la enfermedad dura mucho tiempo, produce síntomas molestos y los padres ven con preocupación la posibilidad de transmisión de la enfermedad hacia otros niños que interactúan con su hijo.

Con respecto a los tratamientos destructivos, el curetaje realizado con anestesia tópica adecuada en un ambiente de contención sin que represente una situación traumática para el niño es el más recomendable. El curetaje puede realizarse bajo estas condiciones cuando el número de lesiones es bajo, es decir al inicio de la infección cuando aún no se diseminó demasiado.

El uso de hidróxido de potasio y otras sustancias queratolíticas suele ser muy irritante y no recomendable. El tratamiento inmunomodulador con imiquimod puede producir efectos adversos sistémicos y su efectividad no está comprobada.

El tratamiento antiviral se realiza con cidofovir en forma local o sistémica en pacientes con inmunosupresión severa y múltiples lesiones sin respuesta a otros tratamientos. Es el caso de pacientes oncológicos, transplantados o con inmunodeficiencia adquirida.

Cuando los moluscos se localizan en la zona perianal o genital no se recomienda hacer curetaje ya que esta experiencia si es traumática puede tener implicancias futuras importantes en el desarrollo del niño.

En conclusión el tratamiento de los moluscos contagiosos debe ser individualizado para cada paciente y el más recomendable es el curetaje en las condiciones mencionadas previamente, en la fase inicial y especialmente en pacientes con dermatitis atópica o inmunosupresión.

Bibliografía. Silverberg N. Pediatric molluscum contagiosum: optimal treatment strategies. *Paediatr Drugs* 2003;5:505–512.

Lee R, Schwartz RA. Pediatric molluscum contagiosum: reflections on the last challenging poxvirus infection, Part 2. *Cutis* 2010 Dec;86(6):287-92.

Katz K, Swetman G. Imiquimod, molluscum, and the need for a better "best pharmaceuticals for children". *Acta Paediatrica* 2013;132:1.

Hanna D, Hatami A, Powell J, et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatric Dermatology* 2006; 23(6):574-79.

ECTOPARASITOSIS: PEDICULOSIS Y ESCABIOSIS

15. ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE PREVENIR LA PEDICULOSIS? ¿EXISTEN TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DISPONIBLES?

No existe la posibilidad de prevenir la pediculosis ya que por un lado es imposible evitar el contacto entre los niños, que es la forma de contagio, y por otro lado, ningún producto cosmético o farmacéutico puede actuar como repelente y ser efectivo para esto. En el mercado hay sprays y champúes a la venta que dicen prevenir la pediculosis pero no ha sido demostrado que los mismos sean eficaces en la prevención.

La intervención del profesional consiste en instruir a los padres para detectar la infestación rápidamente y hacer el tratamiento correcto cuanto antes, para mejor control de la misma y menor posibilidad de contagio a convivientes y compañeros.

Bibliografía. Frankowski, Bocchini JA, and Council on School Health and Committee on Infectious Diseases. Head Lice. *Pediatrics* 2010; 126(2):392-403.

16. ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS MÁS RECOMENDABLES ACTUALMENTE PARA LA PEDICULOSIS?

Los tratamientos deben tener la mayor efectividad posible sin toxicidad para el paciente. Actualmente los productos disponibles incluyen en forma de lociones o enjuagues: alcohol bencílico al 5%, permetrina al 1%, dimeticona al 4% o ivermectina al 1%. La aplicación de estos productos debe repetirse a los 7 días post-aplicación. Como estos productos no son 100% ovicidas, se recomienda hacer este tratamiento acompañado de la extracción manual de liendres o con peine fino.

La extracción de piojos y liendres en forma manual o con peine fino es lo más recomendable, pero en ocasiones como único tratamiento es insuficiente. Esto ocurre cuando hay un gran número de liendres o parásitos adultos y la persona que se ocupa de realizar el tratamiento no tiene suficiente tiempo para dedicar a esta tarea y concretarla correctamente. Es posible no usar ningún producto y eliminar la infestación solamente utilizando peine fino y extracción manual, esto se logra al eliminar todos los parásitos y liendres viables.

Es importante recordar que el parásito puede sobrevivir fuera de la cabeza en ropas, almohadas, peines, vinchas, etc. durante 24 a 48 horas, entonces es aconsejable higienizar estos elementos al realizar el tratamiento.

Bibliografía. Meinking T, Villar M, Vicaria M, et al. The clinical trials supporting benzyl alcohol lotion 5% (ulesfia): A safe and effective topical treatment for head lice (pediculosis humanus capitis). *Ped Dermatol* 2010;27(1):19-24.

Sociedad Argentina de Pediatría. [www.sap.org.ar/comunidad/Actualización en pediculosis](http://www.sap.org.ar/comunidad/Actualización%20en%20pediculosis).

Frankowski, Bocchini JA, and Council on School Health and Committee on Infectious Diseases: Head Lice. *Pediatrics* 2010; 126 (2): 392-403.

17. ¿PUEDE UTILIZARSE IVERMECTINA POR VÍA ORAL PARA TRATAR LA PEDICULOSIS?

La ivermectina en forma oral es efectiva y segura para tratar la pediculosis, pero debe reservarse únicamente para el uso en niños con patologías cutáneas del cuerpo cabelludo como eccemas y psoriasis, para los que presentan impetiginización secundaria al rascado por la pediculosis y para los refractarios a otros tratamientos. La utilización masiva de ivermectina en cualquier caso de pediculosis llevará a que el parásito desarrolle resistencia a la misma y ya no será efectiva en los casos mencionados más arriba. Por otro lado la ivermectina no puede usarse en niños con peso menor a 15 kg ni con trastornos neurológicos.

Bibliografía. Chosidow O, Giraudeau B, Cottrell J, et al. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice [published correction appears in *N Engl J Med*. 2010; 362(17):1647]. *N Engl J Med*. 2010; 362(10): 896-905.

18. ¿ES RECOMENDABLE NO PERMITIR INGRESAR A LA ESCUELA A UN NIÑO POR PRESENTAR PEDICULOSIS?

No, esta política es totalmente incorrecta, las autoridades de la escuela pueden colaborar en el control de la pediculosis, en el caso de detectar la infestación, notificando a los padres para que realicen el tratamiento correcto y advertir a las otras

familias que estén atentas ante la posibilidad del contagio. La pediculosis no es una enfermedad grave por lo cual no tiene sentido que un niño pierda días de clases por esa razón. Las actividades educativas de la escuela sobre el control de la pediculosis son fundamentales para prevenir su diseminación.

Bibliografía. Frankowski, Bocchini JA, and Council on School Health and Committee on Infectious Diseases: Head Lice. Pediatrics 2010; 126 (2): 392-403.

19. ¿CÓMO DEBE TRATARSE LA ESCABIOSIS O SARNA?

El tratamiento debe ser simultáneo en todos los convivientes. Los medicamentos que pueden usarse en forma local incluyen la permetrina al 5% (es el de elección), el azufre al 5% en vaselina y el benzoato de bencilo al 25%. El lindano ya no se utiliza en nuestro país por su neurotoxicidad potencial. La permetrina y el azufre pueden utilizarse en el recién nacido y la embarazada. El azufre es grasoso, maloliente y puede irritar la piel pero es la opción más económica y es tan efectivo y seguro como la permetrina.

La medicación elegida debe aplicarse en toda la piel exceptuando la cabeza, se la deja actuar 8 horas y luego se la retira con el baño. Debido al ciclo biológico del parásito debe repetirse la aplicación cada 5 días en tres oportunidades (día 1, 5 y 10).

En los casos de sarna costrosa o en que una dermatosis contraindica el uso de medicación tópica, puede usarse ivermectina a 0,2 mg/k vía oral en dos dosis separadas por 7 o 14 días.

Bibliografía. Abedin S, Narang M, Gandhi V, Narang S. 2007. Efficacy of permethrin cream and oral ivermectin in treatment of scabies. Indian Journal of Pediatrics 74: 915-916.



HEMANGIOMAS Y MALFORMACIONES VASCULARES

20. ¿QUE SON LOS ANGIOMAS?

Bajo este nombre se agrupan varias patologías como los hemangiomas infantiles (HI), las malformaciones vasculares de distintos tipos, y algunos nevos. Este término, “angioma”, ya no debe utilizarse porque es incorrecto y crea confusión, lo cual implica en ocasiones no efectuar el tratamiento correspondiente para una patología.

Las anomalías vasculares se dividen en tumores y malformaciones existiendo una clasificación actualizada de las mismas realizada por la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA).

Los hemangiomas infantiles están dentro de los tumores vasculares y son los más frecuentes dentro de esta patología; la mayoría se presentan clínicamente como un pequeño tumor rojo con aspecto de frutilla pero tienen una clínica muy variada; aparecen al nacimiento o en los primeros días de vida y siempre presentan una fase proliferativa, seguida de una de estabilización y otra involutiva (**Figuras 8 a 10**).



Figura 8. Hemangioma infantil superficial



Figura 9. Hemangioma infantil mixto



Figura 10. Hemangioma infantil profundo

Las malformaciones vasculares, capilares, venosas, linfáticas, arteriales y sus combinaciones son siempre congénitas, persisten toda la vida y no tienen fase proliferativa ni involutiva. En general requieren estudios de imágenes como ecografía doppler o resonancia para poder arribar al diagnóstico.

Las malformaciones vasculares capilares (MVC) o manchas en vino de oporto son maculas eritematosas que frecuentemente se confunden con hemangiomas. Las MVC son maculas no tumorales, no tiene fase proliferativa y persisten toda la vida a menos que se traten con láser. (Figuras 11, 12, 13 y 14).

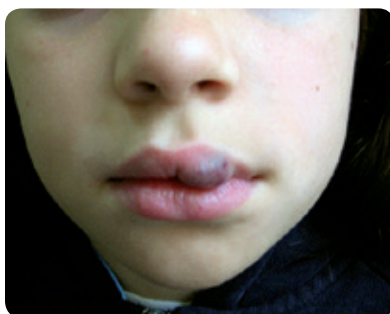


Figura 11. Malformación vascular venosa



Figura 12. Malformación vascular linfática



Figura 13. Malformación vascular capilar



Figura 14. Malformación vascular arteriovenosa

Bibliografía. Leaute Laubreze C, Prey S, Ezzedine K. Infantile hemangiomas. Part I. Pathophysiology, epidemiology, clinical features, life cycle and associated structural abnormalities. J Eur Acad Dermatol Venerol 2011; 25 (11):1245-53.

Garcia Monaco R, Kreindel T, Giachetti A. Malformaciones vasculares: claves diagnósticas para el radiólogo. Rev. argent. radiol. 2012; 76 (4): 301-313.

21. ¿LOS HEMANGIOMAS INFANTILES DESAPARECEN CON EL TIEMPO?

Los HI tienen tres fases evolutivas, incluyendo una involutiva y en ocasiones desaparecen por completo, sin embargo en el 50% de los casos dejan lesiones residuales. Este concepto es muy importante a tener en cuenta cuando se toman decisiones en cuanto a implementar terapéutica o no, ya que en la mitad de los casos de hemangiomas, de no realizarse tratamiento, el mismo dejará una deformación estética permanente. La involución cesa alrededor de los 3 años de vida y en general no hay mejoría más allá de los 3 y medio a 5 años. (Figura 15).



Figura 15. Lesión residual de hemangioma posinvolución

Bibliografía. Bauland CG, Luning TH, Smit JM, et al. Untreated hemangiomas: growth pattern and residual lesions. *Plastic Reconstr Surg* 2011; 127:1643–8.

Couto RA, Maclellan RA, Zurakowski D, et al. Infantile hemangioma: clinical assessment of the involuting phase and implications for management. *Plastic Reconstr Surg* 2012; 130:619–24.

Jacobs AH. Strawberry Hemangiomas. The natural history of the untreated lesions. *Cal Med* 1986:8-10.

22. ¿CUÁLES SON LOS HEMANGIOMAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO?

Si bien la mayoría de los HI son asintomáticos y de evolución benigna, algunos tienen riesgo de complicarse durante la fase proliferativa pudiendo ocasionar daño irreversible de funciones vitales o deformación estética permanente. Los hemangiomas que presentan estas complicaciones son los que deben tratarse. Las complicaciones más frecuentes incluyen la ulceración, el compromiso de funciones vitales (visión, alimentación, respiración, catarsis, diuresis y falla cardíaca congénita) y la deformidad estética (**Figuras 16 a 21**).



Figura 16. Hemangioma ulcerado



Figura 17. Hemangioma que compromete apertura ocular



Figura 18. Hemangioma vulvar ulcerado



Figura 19. Hemangioma profundo que ocluye parcialmente el ojo



Figura 20. Hemangioma profundo facial



Figura 21. Hemangioma parotideo

El porcentaje de complicación global es de un 10 a 15%, pero la posibilidad de deformación estética es mayor.

El tratamiento debe individualizarse basándose en la localización, tamaño, tipo de hemangioma, ritmo de crecimiento y el riesgo potencial de complicación o la presencia de la misma.

Bibliografía. Giachetti A, Garcia Mónaco R, Sojo M. Infantile hemangiomas. Arch Argent Pediatr 2013;111(6):537-545 / 537.

23. ¿EXISTEN OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LOS HEMANGIOMAS?

¿CUÁLES SON LOS HEMANGIOMAS CON MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES?

¿CUÁLES DEJAN MÁS SECUELA ESTÉTICA?

Los hemangiomas que presentan mayor riesgo de complicaciones y secuela estética son los grandes hemangiomas de cabeza y cuello, los segmentarios, los de localización centrofacial, perineal y los mixtos.

Los hemangiomas segmentarios se caracterizan por asentar sobre un territorio cutáneo siguiendo un patrón geográfico que frecuentemente coincide con un segmento del desarrollo; ocupan superficies cutáneas más extensas, tienen un crecimiento más agresivo y prolongado y pueden asociarse a otras anomalías estructurales y formar parte de síndromes como PHACE y PELVIS. (Figuras 22 y 23).



Figura 22. Hemangioma segmentario en síndromes PHACES



Figura 23. Hemangioma segmentario perianal ulcerado

PHACE corresponde a un acrónimo que incluye malformaciones de la fosa Posterior Hemangioma segmentario, Anomalías vasculares, malformación Cardíaca y Compromiso ocular (Eye).

PELVIS incluye un hemangioma Perineal, malformación genital Externa- Lipomieleningocele- anomalía vesicorrenal o ano imperforado Skin tag o cola.

La complicación más frecuente de este tipo de hemangiomas, más allá de las anomalías estructurales asociadas es la ulceración.

Bibliografía. Haggstrom AN, Drolet BA, Baselga E, Chamlin SL, et al. Prospective study of infantile hemangiomas: clinical characteristics predicting complications and treatment. *Pediatrics* 2006; 118(3):882-7.
Luu M, Frieden I. Haemangioma: clinical course, complications and management *Br J Dermatol* 2013; 169: 20-30.
Metry D, Heyer G, Hess C, Garzon M, Haggstrom A, Frommelt P, Adams D, Siegel D, Hall K, Powell J, Frieden I, Drolet B; PHACE Syndrome Research Conference. *Pediatrics*. 2009 Nov; 124(5):1447-56.
Iacobas I, Burrows P, Frieden I, Liang MG, et al. LUMBAR: Association between cutaneous infantile hemangiomas of the lower body and regional congenital anomalies. *J Pediatr* 2010;157: 795-801.

24. ¿CUÁNDO DEBE INICIARSE EL TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA INFANTIL? ¿CÓMO DEBE TRATARSE UN HEMANGIOMA INFANTIL?

Si un hemangioma requiere tratamiento el mismo debe iniciarse cuanto antes. Esto es entre el primero y segundo mes de vida. Esto se basa en que los hemangiomas presentan su máxima velocidad de crecimiento entre la quinta y séptima semana de vida y cuanto antes se inicie el tratamiento la secuela será menor. Si el paciente es referido tardíamente puede tratarse también pero existen mayores posibilidades de secuela tanto estética o por afectación de una función vital como por ejemplo la visión.

El tratamiento de primera línea es el propranolol por vía oral. El propranolol se usa a una dosis promedio de 2 mg/kg/día y la duración del tratamiento depende del tipo, localización y tamaño del HI siendo habitualmente de entre 6 y 12 meses. Es un tratamiento efectivo y seguro. Las adversidades potenciales asociadas al propranolol, que son muy infrecuentes, constituyen la hipoglucemia si el paciente está en ayunas al tomar la medicación y el broncoespasmo en pacientes con reactividad bronquial. (Figuras 24 A y B).



Figura 24 A. Hemangioma infantil pre tratamiento



Figura 24 B. Hemangioma infantil postratamiento con propranolol

Los hemangiomas pequeños, superficiales y no ulcerados ni localizados en mucosas pueden tratarse con timolol en forma tópica.

Bibliografía. Megha M. Tollefson and Ilona J. Frieden early growth of infantile hemangiomas: What parents' photographs tell us. *Pediatrics* 2012; 130; e314.

Léaute-Labreze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T, et al. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med*. 2008; 358:2649Y2651.

Giachetti A, García Mónaco R, Sojo M. Long-term treatment with oral propranolol reduces relapses in infantile hemangiomas. *Pediatr Dermatol* 2014;31(1):14–20.

Drolet B, Frommelt P, Chamlim S, et al. Initiation and use of Propranolol for Infantile Hemangioma: report of a Consensus Conference. *Pediatrics* 2013; 131:127-40.

25. ¿EXISTEN TUMORES PARECIDOS A LOS HEMANGIOMAS QUE PRESENTEN UN COMPORTAMIENTO MALIGNO O PUEDAN COMPROMETER LA VIDA DEL PACIENTE?

Existen otros tumores vasculares o muy vascularizados benignos o malignos infrecuentes que son similares a los hemangiomas y requieren otro manejo. Entre ellos está el hemangioendotelioma kaposiforme y los sarcomas de diferentes tipos que presentan alta mortalidad (Figura 25).



Figura 25. Hemangioendotelioma Kaposiforme

Frente a un presunto hemangioma si existiesen dudas en cuanto a su aspecto clínico o evolución deben profundizarse los estudios con imágenes o biopsia para llegar a un diagnóstico correcto. Estos tumores, si bien clínicamente pueden simular un hemangioma infantil, presentan características distintivas en los estudios de imágenes y en la histopatología que nos ayudarán a realizar el diagnóstico diferencial.

Bibliografía. Garzon MC, Frieden IJ. Hemangiomas: When to worry. *Pediatr Ann* 2000; 29:58-67.

Frieden IJ, Rogers M, Garzon MC. Conditions masquerading as infantile hemangioma. Part I. *Australas J Dermatol*. 2009; 50(2):77-97.

Frieden IJ, Rogers M, Garzon MC. Conditions masquerading as infantile hemangioma. Part II. *Australas J Dermatol*. 2009; 50(3):153-682.

26. ¿CUÁNDO PREOCUPARNOS ANTE UN PACIENTE CON HEMANGIOMAS?

Los hemangiomas infantiles que deben preocuparnos son los de gran tamaño, los segmentarios, los extensos localizados en cabeza y cuello, zona perineal o lumbosacra y línea media, los múltiples, los de presentación atípica y los que no responden al tratamiento habitual.

Bibliografía. Ídem anterior.

27. ¿CON QUÉ PUEDEN RELACIONARSE LOS HEMANGIOMAS CUTÁNEOS MÚLTIPLES?

Un paciente con cinco o más hemangiomas cutáneos puede tener también hemangiomas viscerales, de los cuales la localización más frecuente es el hígado. Si hay múltiples hemangiomas en el hígado el paciente puede sufrir distintas complicaciones por lo cual es importante estudiar estos niños con ecografía doppler para detectar los hemangiomas y realizar el control adecuado o tratamiento si correspondiese (Figura 26).



Figura 26. Hemangiomatosis múltiple asociada a hemangiomas hepáticos

Bibliografía. Kulungowski AM, Alomari AI, Chawla A, Christison- Lagay ER, et al. Lessons from a liver hemangioma registry: subtype classification. J Pediatr Surg 2012; 47(1):165-70.

28. ¿LAS MALFORMACIONES VASCULARES CAPILARES DEBEN TRATARSE? ¿HAY ALGÚN SÍNDROME ASOCIADO A ELAS?

Las malformaciones vasculares capilares (MVC) o manchas en vino de oporto son lesiones maculares rojas y de bordes definidos que pueden asentar en cualquier territorio cutáneo. Cuando se localizan en la cara pueden estar asociadas al síndrome de Sturge Weber en el cual la MVC facial se asocia a una malformación vascular leptomeningea ipsilateral y a una malformación vascular coroidea que puede producir glaucoma. Estos pacientes deben ser evaluados desde el punto de vista neurológico y oftalmológico al nacer, con urgencia para tratar el glaucoma, y luego periódicamente (Figura 27).



Figura 27. Síndrome de Sturge Weber

Las MVC faciales pueden alterar seriamente la calidad de vida del paciente por sus implicancias estéticas, por lo cual se recomienda realizar tratamiento con láser decolorante de luz pulsada antes de los 3 años de vida.

En el momento del nacimiento a veces es difícil diferenciar una MVC de las manchas salmón. Estas últimas son rosadas, más tenues, de límites no tan definidos y suelen localizarse sobre los párpados y la glabella. Las manchas salmón tienden a aclararse con el tiempo en la mayoría de los casos; contrariamente, las MVC nunca desaparecen sin tratamiento (Figura 28).



Figura 28. Manchas salmón en zona lumbar, eritema tóxico en zona superior

También está descripto que una MVC localizada en la línea media lumbar o a nivel occipital puede asociarse a un disrafismo espinal oculto. Esto ocurre en general cuando en la misma zona hay también otras lesiones dermatológicas como un lipoma, una cola, un nevo piloso o un hemangioma. En estos casos el paciente debe ser estudiado con resonancia magnética.

Bibliografía. Garcia Monaco R, Kreindel T, Giachetti A. Malformaciones vasculares: claves diagnósticas para el radiólogo. Rev. argent. radiol. 2012; 76 (4): 301-313.

Schaffer JV et al. Skin markers of occult dysraphism in children. Arch Dermatol. 2012;148(8):934.

DERMATITIS ATÓPICA

29. ¿TODOS LOS NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA TAMBIÉN TENDRÁN ASMA?

Existe una teoría que se conoce con el nombre de “marcha atópica” que describe la progresión de los desórdenes atópicos, desde el eczema en lactantes a la rinitis alérgica en niños mayores y finalmente a la instalación de asma y alergias alimentarias. La marcha atópica se vería especialmente en el contexto de una dermatitis severa. Esto sería el resultado de la sensibilización alérgica epicutánea, causada por la barrera cutánea alterada, que lleva a respuestas sistémicas alérgicas y a sensibilización de la vía aérea.

Eventualmente el manejo adecuado de estos pacientes desde edades tempranas podría mejorar esta progresión.

Sin embargo es importante remarcar que no todos los pacientes con dermatitis atópica van a seguir esta evolución.

Bibliografía. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. J Allergy Clin Immunol. 2003;112 (6 suppl):S118–S127.

30. ¿CÓMO DIFERENCIAMOS UN HONGO DE UNA ECCEMATIDE ACROMIANTE O DARTROS VOLANTE?

Una de las manifestaciones clínicas más frecuentes de la dermatitis atópica (DA) son las eccematides acromiantes. Estas se ven al examen clínico como maculas

hipocrómicas de bordes difusos, especialmente localizadas en las mejillas y frecuentes en la época de verano. Las eccemátides corresponden a zonas de la piel afectadas por la dermatitis que dejan como secuela transitoria una pérdida en la pigmentación de la piel como reacción postinflamatoria. Se hacen más evidentes en el verano cuando el resto de la piel normal se broncea. La presencia de eccemátides no implica que el paciente presente parasitosis o infecciones bacterianas o virales (**Figuras 29 y 30**).



Figura 29. Eccemátides faciales

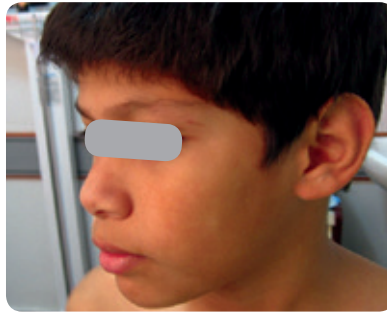


Figura 30. Eccemátides faciales

Las eccemátides se confunden a veces erróneamente con micosis. Sin embargo las tiñas de piel lampiña son lesiones eritemato-escamosas pruriginosas, anulares, con bordes netos, de crecimiento centrífugo y curación central (**Figura 31**).



Figura 31. Tiña

La aparición de eccemátides puede prevenirse haciendo el tratamiento de la dermatitis correspondiente y utilizando fotoprotectores.

Bibliografía. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1980;59:s44-7.

31. ¿LA DERMATITIS ATÓPICA PUEDE CURARSE?

La terapéutica disponible actualmente no permite curar la enfermedad pero si controlar su sintomatología hasta que remita. El tratamiento de la DA en casos moderados o severos es complejo y un verdadero desafío por tratarse de una enfermedad crónica, que cursa con períodos de brote y remisión, y que puede afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Transmitir a los padres que el objetivo del tratamiento no es la curación, sino el control de los signos y síntomas hasta que la enfermedad remita, como ocurre en la mayoría de los pacientes, es importante en el tratamiento y contención de las familias afectadas.

El enfoque terapéutico de la DA comprende dos aspectos, el manejo del brote propiamente dicho y las medidas generales para que el mismo pueda prevenirse o sea menos severo.

Bibliografía. Consenso nacional de dermatitis atópica 2013. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf

32. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA DERMATITIS ATÓPICA?

Para prevenir los brotes cuando la piel está seca pero no inflamada, existen una serie de medidas a tener en cuenta cómo evitar el sobreabrigo y la calefacción excesiva, las sustancias irritantes como el nylon y la lana en contacto con la piel. Realizar un baño de corta duración, usar jabones adecuados con ph similar al de la piel y colocar emolientes después del baño sobre la misma.

Durante el brote deben colocarse corticoides tópicos en las zonas afectadas, acompañados o no por vendajes o pijamas húmedos y puede indicarse un antihistamínico por vía oral.

Los pijamas húmedos se preparan sumergiendo un pijama en agua tibia y escurriéndolo todo lo posible. Se le coloca al niño para dormir sobre la piel en que previamente se colocaron corticoides en crema o cremas humectantes y encima de este pijama húmedo se pone uno seco. El ambiente debe ser cálido. Los vendajes húmedos se preparan de la misma forma con vendas húmedas sobre la medicación en las zonas más afectadas y se cubren con una prenda seca o con film.

Durante los brotes es muy importante detectar complicaciones infecciosas como el impétigo o las infecciones herpéticas y tratarlas correctamente (**Figuras 32 y 33**).



Figura 32. Infección herpética en dermatitis atópica



Figura 33. Infección bacteriana sobre dermatitis atópica

Bibliografía. Levy, ML. Atopic dermatitis: understanding the disease and its management. Current Medical Research and Opinion Dec 2007; 23 (12); ProQuest: 3091-113.

Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26:1045-60.

33. ¿ESTÁN INDICADOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA LOS INMUNOMODULADORES COMO EL TACROLIMUS Y PIMECROLIMUS?

Los inmunomoduladores tópicos son drogas de segunda línea en el tratamiento de la dermatitis atópica. Se utilizan a corto o a largo plazo de manera intermitente y únicamente en niños mayores de dos años. Se reservan únicamente para pacientes con dermatitis moderada a severa libres de infección y con brotes prolongados de difícil manejo.

Bibliografía. Chen SL, Yan J, Wang FS. Two topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Dermatolog Treat* 2010; 21: 144–156.

34. LOS NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA ¿PUEDEN HACER NATACIÓN?

El contacto prolongado con el agua contribuye a macerar la piel y a empeorar aún más la función barrera de la misma ya deteriorada por la enfermedad. Asimismo los productos químicos que contiene el agua de las piletas públicas para su mantenimiento pueden ser irritantes para la piel. Por esta razón durante las recaídas en dermatitis moderadas o severas se recomienda suspender transitoriamente esta actividad. Sin embargo en niños con dermatitis leve o en los periodos interbrote es recomendable que el niño realice todas las actividades que disfrute o deba realizar dentro de su currícula para que la enfermedad afecte lo menos posible su calidad de vida. En este último caso se recomienda usar la crema emoliente antes de entrar a la pileta y al salir enjuagarse con agua limpia y volver a hidratar la piel.

Bibliografía. Consenso nacional de dermatitis atópica 2013. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf

35. LOS NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA ¿DEBEN SER ESTUDIADOS SIEMPRE EN BÚSQUEDA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y SER SOMETIDOS A DIETAS?

En la mayoría de los pacientes con dermatitis atópica el cuadro clínico no se encuentra relacionado con alergias alimentarias, pero en aquellos pacientes con dermatitis moderada o severa que no responden al tratamiento habitual el médico debe considerar la posibilidad de que un alérgeno alimentario pueda actuar como factor desencadenante del brote y en ese caso solicitar una evaluación con un especialista en alergia. Asimismo debe sospecharse la alergia alimentaria en pacientes con mal progreso de peso y síntomas gastrointestinales asociados.

En los casos excepcionales en los cuales se indica una dieta de evitación se recomienda que el paciente sea supervisado cuidadosamente por un especialista en nutrición.

Bibliografía. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy* 2006; 61: 969–987.

Bath-Hextall F, Delamere FM, Williams HC Exclusiones dietéticas para el eccema atópico establecido (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

PSORIASIS

36. EN LOS NIÑOS CON PSORIASIS

¿DEBEMOS PESQUISAR ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA?

La psoriasis, que clásicamente se caracteriza por comprometer la piel, uñas y/o articulaciones, actualmente es considerada una enfermedad inflamatoria sistémica. Se han llevado a cabo múltiples estudios epidemiológicos que demuestran, por un lado que los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, y por otro lado que la enfermedad cardiovascular per-se se encuentran aumentados en los pacientes con psoriasis. Los pacientes con psoriasis presentan mayor prevalencia de hiperlipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad con respecto a la población general. Por lo cual los niños con psoriasis deben ser tratados en forma multidisciplinaria pesqu岸ando anormalidades metabólicas como comorbilidades y es aconsejable identificar así a los que presenten riesgo futuro de enfermedad cardiovascular interviniendo tempranamente para evitarla.

Por otro lado, el inicio de algunas formas de psoriasis o su empeoramiento frecuentemente se asocian a infecciones bacterianas por estreptococo beta hemolítico, y otras infecciones menos frecuentes que siempre deben investigarse al inicio de la enfermedad, especialmente en la psoriasis en gotas o en las recaídas. En estos casos el estreptococo actúa como superantígeno desencadenando la enfermedad (Figura 34).



Figura 34. Psoriasis desencadenada por infección estreptococcica



Figura 35. Psoriasis



Figura 36. Pitiriasis rosada



Figura 37. Pitiriasis rubra pilaris

Los diagnósticos diferenciales de la psoriasis incluyen la pitiriasis rosada, la pitiriasis liquenoide, la dermatitis atópica, las infecciones micóticas y la pitiriasis rubra pilaris (Figuras 35, 36 y 37).

Bibliografía. Koebrick C, Black M. The association of psoriasis and elevated blood lipids in overweight and obese children. J Pediatr. 2011; 159(4):577-583.

Goldminz AM, Catherine D, Buzney CD, Kim N, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in children with psoriatic disease. Pediatric Dermatology 2013;30 (6):700-705.

MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS

37. ¿QUÉ MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS PUEDEN SER MARCADORAS DE ENFERMEDADES NEUROCUTÁNEAS COMO LA NEUROFIBROMATOSIS? ¿EN QUÉ CASOS SE DEBE SOSPECHAR ESTA ENFERMEDAD A PARTIR DEL EXAMEN CUTÁNEO?

El término neurofibromatosis define clásicamente dos entidades diferentes la neurofibromatosis 1 (NFT 1) y la neurofibromatosis 2 (NFT 2). Ambas tienen en común la presencia de múltiples tumores de la vaina de los nervios y se heredan en forma autosómica dominante. La NFT 1 presenta las máculas hiperpigmentadas y otras manifestaciones, la NFT 2 solamente se caracteriza por la presencia de tumores en el sistema nervioso, especialmente localizados en el octavo par craneal.

La presencia de seis o más manchas café con leche > de 5 mm en individuos pre-púberes y > 15 mm en pospúberes constituye un criterio diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1 y nos obliga a sospechar la enfermedad buscando los otros criterios que llevan a su diagnóstico, como las pseudoefélides, los neurofibromas, las lesiones óseas, los nódulos de Lisch, el glioma óptico o antecedentes familiares de la enfermedad (**Figura 38**).

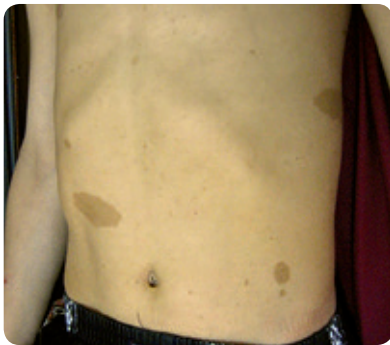


Figura 38. Máculas café con leche en neurofibromatosis

Si el paciente tiene dos o más de estos criterios se hace el diagnóstico de la enfermedad y debe ser evaluado rutinariamente en busca de complicaciones.

Aunque más del 50% de los pacientes con NFT 1 solamente presentarían manchas café con leche, neurofibromas cutáneos o nódulos de Lisch, se estima que entre el 30% al 40% podrían desarrollar una o más de las complicaciones serias durante su vida.

Las mayores complicaciones incluyen malignidad, trastornos del aprendizaje, enfermedad cerebrovascular (síndrome Moya-Moya), hipertensión arterial y escoliosis.

Las diversas e impredecibles complicaciones asociadas con NFT 1, crean la necesidad de un seguimiento multidisciplinario.

Bibliografía. Boyd KP, Korf BR, Theos A. Neurofibromatosis type I. J Am Acad Dermatol 2009; 61:1: 1-14.

38. ¿EXISTE OTRA ENFERMEDAD CON MÚLTIPLES MANCHAS CAFÉ CON LECHE QUE NO CORRESPONDE A LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO I?

Si, el síndrome de Legius, recientemente descripto. En este síndrome los pacientes tienen las manchas café con leche y a veces pseudoefélides con algunos trastornos del aprendizaje pero sin asociación con gliomas, neurofibromas y tumores ma-

lignos de los nervios. Aún se desconoce si se asocia a otras malignidades y si se asociaría con la leucemia aguda monocítica.

Bibliografía. Brems H, Legius E. Legius Syndrome, an Update. Molecular pathology of mutations in spRED1. Keio J Med 2013; 62(4):107–112.

PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO

39. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL ACNÉ NEONATAL? ¿ES FRECUENTE? ¿CON QUÉ ENTIDADES DEL RECIÉN NACIDO DEBE HACERSE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

El acné neonatal es muy frecuente y se ve más en varones que en mujeres. Se diagnostica al examen físico por la presencia de comedones, pápulas y pústulas en las mejillas y la frente y suele ser autolimitado (Figura 39).



Figura 39. Acné neonatal

Durante el período neonatal pueden aparecer lesiones vesiculosas o ampollares que corresponden a un variado grupo de enfermedades; la mayoría de estas entidades son benignas y autolimitadas como por ejemplo el acné, la miliaria y el eritema tóxico; sin embargo existen algunas entidades infecciosas y no infecciosas poco frecuentes que pueden representar una enfermedad seria para el neonato, incluso comprometiendo su vida.

Entre estas se encuentran las infecciones herpéticas, la histiocitosis, algunos desórdenes mieloproliferativos, el pénfigo vulgar y las epidermólisis. En estos últimos casos el diagnóstico debe realizarse rápidamente a fin de instaurar cuanto antes el tratamiento correcto.

Bibliografía. Conlon JD, Drolet BA. Skin lesions in the neonate. *Pediatr Clin North Am.* 2004; 51(4):863-88, vii-viii. Review.

40. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS DIFERENTES ERUPCIONES VESÍCULO-AMPOLLARES DEL RECIÉN NACIDO?

Al evaluar un recién nacido con vesículas o ampollas es muy importante investigar los antecedentes perinatólogicos y maternos, realizar un cuidadoso examen físico y decidir qué exámenes complementarios son necesarios.

Entre los exámenes complementarios, el test de Tzanck para citodiagnóstico y los exámenes directos y cultivos bacteriológicos, micológicos con tinciones de Gram, Giemsa e hidróxido de potasio son simples, no invasivos y en ocasiones suficientes para confirmar el diagnóstico. Lo mismo ocurre con los preparados con aceite

mineral para diagnóstico de parasitosis como la escabiosis. Los anticuerpos monoclonales para detección de infecciones virales también son muy prácticos pero no siempre accesibles.

Finalmente la biopsia de piel es necesaria para realizar diagnóstico de enfermedades menos frecuentes como la histiocitosis, los desórdenes mieloproliferativos, el pénfigo, la mastocitosis, la psoriasis y las genodermatosis.

Bibliografía. Larralde M, Luna P. Pustulosis neonatales estériles. *Dermatol Ped Lat* 2008, 6:2-9.

ACNÉ

41. ¿CUÁL ES LA EDAD DE COMIENZO DEL ACNÉ?

Es habitual ver acné en preadolescentes, lo cual es normal y está relacionado con la maduración ovárica y testicular, en ocasiones el acné es el primer signo de maduración puberal. De la misma forma que existe una tendencia a que la menarca y pubarca ocurran más tempranamente, lo mismo pasa con el inicio del acné, y actualmente las primeras consultas en niñas para tratar acné se realizan alrededor de los 9 años de vida. En esta etapa la forma clínica de acné en general es comedoniana y las lesiones suelen localizarse en la frente y en las orejas.

Si el acné en niñas entre los 9 y 12 años es severo debe investigarse otra patología de base como el ovario poliquístico por ejemplo, pero si es leve o moderado no es necesario hacer otros estudios.

Bibliografía. Piggott CDS, Eichenfield LF, Lucky AW. Acne in children. In: Shalita AR, Del Rosso JQ, Webster GF, eds. *Acne Vulgaris*. New York, NY: Informa Healthcare; 2011:182–197.

Bree A, Siegfried E. Acne vulgaris in preadolescent children: recommendations for evaluation. *Ped Dermatol* 2014 31(1):27-32.

42. ¿QUÉ PATOLOGÍAS DEBEN DESCARTARSE EN NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS QUE PRESENTEN ACNÉ?

La ocurrencia de acné antes de los 9 años es sumamente infrecuente y en estos casos debe estudiarse al paciente buscando otros signos de virilización y patologías en las que pueda haber aumento de andrógenos. En estos casos es recomendable una evaluación endocrinológica con un especialista.

Bibliografía. Ídem anterior.

43. ¿EL ACNÉ SE PRODUCE POR FALTA DE HIGIENE Y POR USO DE MAQUILLAJE?

La fisiopatogenia del acné es otra y reside básicamente en el aumento de andrógenos que llevan a mayor secreción sebácea, la colonización bacteriana cutánea, la inflamación y la obstrucción del orificio de salida del conducto sebáceo por una alteración en la queratinización. La higiene facial dos veces por día con productos

adecuados contribuye a mejorar el acné, su exceso o el uso de productos irritantes puede empeorarlo.

Con respecto al maquillaje, el uso de productos sin aceite y no comedogénicos favorece la resolución de las lesiones y de ningún modo produce acné cuando cumple con esas características.

Bibliografía. Draelos ZD. The effect of a daily facial cleanser for normal to oily skin on the skin barrier of subjects with acne. *Cutis*. 2006;78 (supl 1):34–40.

Matsuoka Y, Yoneda K, Sadahira C, Katsuura J, Moriue T, Kubota Y. Effects of skin care and makeup under instructions from dermatologists on the quality of life of female patients with acne vulgaris. *J Dermatol*. 2006; 33(11):745–752.

44. ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA DIETA EN EL MANEJO DEL ACNÉ?

En los últimos años se han realizado investigaciones sobre este tópico las cuales reportan que una dieta baja en azúcares sería beneficiosa para el acné. En general el estilo de dieta occidental con muchos azúcares y alto contenido de leche favorecerían el aumento de la severidad del acné. Estos datos pueden ser tenidos en cuenta en algunos pacientes que no responden al tratamiento habitual.

Un mito muy popular es que el chocolate y las grasas en general producen acné, esto aún no ha sido demostrado y es recomendable dar esta información a los pacientes que muchas veces se someten a dietas en forma innecesaria.

El consumo en exceso de vitamina B empeora la evolución del acné; esto debe ser tenido en cuenta especialmente en pacientes que reciben suplementos vitamínicos.

Bibliografía. Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, et al. Milk consumption and acne in teen-aged boys. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58(5):787–793.

Smith RN, Mann NJ, Braue A, Makelainen H, Varigos GA. A low-glycemic-load diet improves symptoms in acne vulgaris patients: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(1):107–115.

45. ¿CUÁNDO ES RECOMENDABLE INDICAR TRATAMIENTO EN UN PREADOLESCENTE O ADOLESCENTE CON ACNÉ?

El tratamiento en los preadolescentes, cuando el acné es leve generalmente responde más a la preocupación de los padres que a un requerimiento del paciente. En este caso uno puede indicar el tratamiento pero probablemente la adherencia al mismo será muy baja.

Cuando el acné es moderado o severo a cualquier edad es recomendable hacer tratamiento siempre, por el impacto psicosocial que produce en el paciente y por la posibilidad de secuela cicatrizal permanente que es muy difícil de mejorar posteriormente. Los pacientes con lesiones inflamatorias importantes y muy extendidas o con nódulos o cicatrices deben ser derivados a un especialista y recibir el tratamiento adecuado cuanto antes y el médico deberá implementar medidas adecuadas para lograr la mayor adherencia al mismo (**Figuras 40, 41 y 42**).



Figura 40. Acné moderado

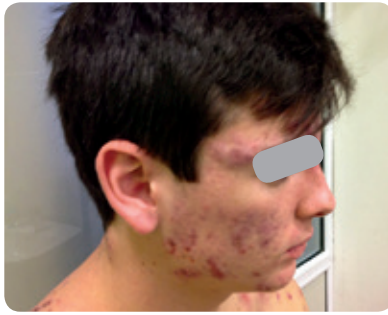


Figura 41. Acné con nódulos y cicatrices



Figura 42. Acné severo con nódulos y cicatrices

Bibliografía. Eichenfield LE, Krakowski AC, Piggott C. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131:S163.

46. ¿CUÁLES SON LAS DROGAS UTILIZADAS EN EL ACNÉ?

En el acné leve se usan únicamente medicaciones en forma tópica. Estas incluyen el peróxido de benzoílo, la clindamicina y los retinoides como el adapalene entre otras. Estas son las más efectivas y mejor toleradas dentro de la medicación tópica.

El paso siguiente en un acné moderado son los antibióticos como las minociclinas y las limeciclinas por vía oral. Los antibióticos se utilizan durante varios meses y son especialmente útiles en el acné inflamatorio. En el acné mixto con comedones y lesiones inflamatorias se combinan con retinoides tópicos como el adapalene.

En el acné más severo, el siguiente escalón en el tratamiento corresponde a la isotretinoína por vía oral, un tratamiento sumamente efectivo pero que requiere de controles especiales.

47. ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS ESPERABLES EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ CON ISOTRETINOINA POR VÍA ORAL?

La isotretinoína, un retinoide usado por vía oral, es una droga muy utilizada para el acné y sus indicaciones incluyen: el acné noduloquístico que no responde a otro tratamiento, cualquier tipo de acné que deje cicatrices, y acné en pacientes con trastornos psicológicos severos o dismorfofobia.

Los efectos adversos que vemos con mayor frecuencia asociados a la isotretinoína son la piel seca, queilitis, epistaxis y aumento transitorio y leve de colesterol y triglicéridos.

Los efectos adversos potenciales que más nos preocupan habitualmente son la teratogenicidad, los efectos sobre el metabolismo óseo, la enfermedad intestinal inflamatoria y los trastornos psiquiátricos.

La adversidad más importante es la teratogenicidad que se ve en el 50% de los casos, por lo cual se recomienda realizar un test de embarazo antes de iniciar el tratamiento y cada mes, junto con el resto de la analítica habitual e indicar dos métodos anticonceptivos para minimizar riesgos. La anticoncepción debe mantenerse hasta un mes después de terminado el tratamiento. El efecto es sobre el feto y no hay ninguna afectación sobre las células germinales del paciente y su fertilidad futura, entonces evitando el embarazo no existiría adversidad.

Otro efecto adverso potencialmente serio podría ser la depresión, aunque es controvertido si este es un efecto del tratamiento ya que no ha podido demostrarse fehacientemente; el acné en sí cuando es muy importante produce depresión en los pacientes, entonces es difícil diferenciar si éste es un efecto de la droga o de la misma enfermedad. Sin embargo es prudente evaluar esto al elegir el tratamiento del paciente y durante el mismo estar atentos a la aparición de síntomas relacionados.

No está demostrado que la isotretinoína produzca alteraciones en el crecimiento. En millones de pacientes tratados con isotretinoína en los últimos 30 años hay un solo caso reportado de cierre epifisario en relación con este tratamiento. Hay otros artículos que hablan de desmineralización ósea y otros que desmienten este último hallazgo por lo cual su efecto sobre la densidad ósea es controvertido.

Con respecto a la enfermedad inflamatoria crónica, específicamente la colitis ulcerosa hay investigaciones que hablan de una relación existente y otras que lo descartan. Por otro lado coincide la edad en que suele comenzar esta enfermedad y suele indicarse isotretinoína.

La prescripción de isotretinoína requiere la firma de un consentimiento por los padres del paciente o por el paciente en mayores de edad, asimismo la receta se extiende por duplicado y debe acompañarse del dosaje de subunidad beta de gonadotrofina coriónica en mujeres descartando embarazo cada mes.

Bibliografía. Giachetti A. Acné. Conceptos actuales. Grupo de trabajo de dermatología disponible en www.sap.org.ar/grupo_de_trabajo/dermatologia.

McGrath EJ, Lovell CR, Gillison F, Darvay A, Hickey JR, Skevington SM. A prospective trial of the effects of isotretinoin on quality of life and depressive symptoms. *Br J Dermatol.* 2010; 163(6):1323–1329.

Bernstein CN, Nugent Z, Longobardi T, Blanchard JF. Isotretinoin is not associated with inflammatory bowel disease: a population-based case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104(11):2774–2778.

Tekin NS, Ozdolap S, Sarikaya S, Keskin SI. Bone mineral density and bone turnover markers in patients receiving a single course of isotretinoin for nodulocystic acne. *Int J Dermatol.* 2008; 47(6):622–625.

PIERCING Y TATUAJES

48. ¿QUÉ RIESGOS CONFIERE COLOCARSE UN PIERCING?

Los riesgos de colocarse piercings en diferentes sitios del cuerpo son de mayor a menor frecuencia: las infecciones locales, la transmisión de infecciones como hepatitis B, C, D, G o VIH, tuberculosis, lepra, tétanos y bacteriemias con complicaciones como la endocarditis.

También pueden provocar queloides, pseudolinfomas, linfadenopatías y lesiones dentarias cuando se colocan en la lengua o labios.

Todas estas complicaciones dependen de las condiciones en que se realice la colocación del piercing y de la predisposición de cada paciente.

Considero que una vez que un adolescente decide colocarse un piercing no podemos lograr que cambie de idea, nuestra responsabilidad es la de dar esta información y aconsejarlos sobre las medidas básicas de higiene en que debe realizarse el procedimiento e informarles sobre qué lugares anatómicos serán menos propensos a complicaciones y de este modo disminuir el riesgo.

Bibliografía. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Review The Lancet 2003; 361:1205-15

49. ¿ES FÁCIL BORRAR UN TATUAJE CUANDO YA NO NOS GUSTA MÁS?

Es sumamente complejo, caro y difícil retirar un tatuaje de cualquier tipo. El tratamiento se realiza con láser de distintos tipos dependiendo del color del tatuaje y de las sustancias utilizadas en su creación.

En ocasiones los tatuajes producen reacciones alérgicas o adversas de diferentes tipos que requieren la eliminación del pigmento (Figura 43).



Son necesarias muchas sesiones para lograr un buen resultado. En general los pacientes abandonan el tratamiento por cansancio y por los costos que este implica antes de completar el tratamiento.

Bibliografía. Sarnoff DS. Therapeutic update: Using lasers for tattoo removal. J Drugs Dermatol 2014; 13(2):108-9.

Figura 43. Tatuaje con reacción alérgica en zona de pigmento rojo

50. LOS ADOLESCENTES TATUADOS O CON PIERCING ¿TIENEN TAMBIÉN MAYORES CONDUCTAS DE RIESGO?

Según estudios realizados en otros países y en el nuestro los adolescentes tatuados tienen mayores conductas de riesgo que incluyen mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de número de intoxicaciones alcohólicas, relaciones sexuales, con inicio a edades más tempranas y mayor número de parejas sexuales.

Esta información nos permite como agentes de la salud estar atentos al comportamiento de nuestros pacientes adolescentes y representa otra oportunidad de darles consejo médico.

Bibliografía. Busaniche J, Eymann A, Mulli V, Paz MC, Catsicaris C. Asociación entre adolescentes tatuados y conductas de riesgo. Arch Argent Pediatr 2006; 104(4):309-31.

Sean T, Carroll RH y col. Tattoos and body piercing as indicators of adolescent risk-taking behaviors. Pediatrics 2002; 109:1021-1027.

3

AUTOEVALUACIÓN

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Los niños menores de 6 meses no deben ser expuestos a la radiación solar directa.

V ☐ F ☐

2. Las camas solares emiten principalmente radiación ultravioleta A (UVA) y está comprobado que su uso predispone al desarrollo de cáncer de piel.

V ☐ F ☐

3. Los menores de 6 meses deben estar protegidos con protectores que contengan componentes físicos.

V ☐ F ☐

4. Para mantener un nivel adecuado de vitamina D es suficiente la exposición de pequeñas áreas de la piel durante 5 a 15 minutos dos veces por semana.

V ☐ F ☐

5. La presencia de nevos melanocíticos congénitos aumenta el riesgo de melanoma y éste es mayor cuanto mayor es el tamaño del nevo.

V ☐ F ☐

6. En aquellos nevos que se requiere diagnóstico del patólogo los mismos deben extirparse en forma completa y no parcialmente.

V ☐ F ☐

7. Los moluscos contagiosos constituyen una infección cutánea que generalmente afecta a niños en edad escolar, adultos jóvenes sexualmente activos y pacientes inmunosuprimidos.

V ☐ F ☐

8. El porcentaje de complicación global de los hemangiomas infantiles es de un 10 a 15%, pero la posibilidad de deformación estética es mayor.

V ☐ F ☐

9. Si un hemangioma requiere tratamiento el mismo debe iniciarse cuanto antes, entre el primero y segundo mes de vida.

V ☐ F ☐

10. La aparición de eccematides puede prevenirse haciendo el tratamiento de la dermatitis correspondiente y utilizando fotoprotectores.

V ☐ F ☐

AUTOEVALUACIÓN

3

11. La psoriasis es considerada una enfermedad inflamatoria sistémica.

V ☐ F ☐

12. El acné neonatal es muy frecuente y se ve más en varones que en mujeres.

V ☐ F ☐

Responda las siguientes consignas

1. Mencione cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel.

.....

.....

2. Enumere por lo menos 5 medidas de protección del sol para niños o adolescentes.

.....

.....

3. Identifique por lo menos 3 situaciones en se puede utilizar ivermectina por vía oral para tratar la pediculosis.

.....

.....

4. Mencione las complicaciones asociadas con neurofibromatosis 1.

.....

.....

5. ¿Qué recomendaciones relacionadas con dieta, higiene y maquillaje se le deben dar a una adolescente de 13 años que consulta por acné?

.....

.....

3

AUTOEVALUACIÓN

6. Explique los potenciales efectos adversos del uso de isotretinoína por vía oral para tratar el acné severo que no responde a tratamientos habituales.

.....

.....

Observe las siguientes imágenes y realice el diagnóstico correspondiente.



1. Diagnóstico:

.....

.....



2. Diagnóstico:

.....

.....



3. Diagnóstico:

.....

.....



4. Diagnóstico:

.....

.....



5. Diagnóstico:

.....

.....



6. Diagnóstico:

.....

.....



7. Diagnóstico:

.....

.....



CONCLUSIONES

El pediatra cumple un rol fundamental en detectar patología en diferentes sistemas.

En el caso de la piel, dada la alta frecuencia de la patología, su rol es fundamental al trabajar en forma multidisciplinaria junto con el dermatólogo para que los niños reciban la mejor atención frente a distintas enfermedades.

De este modo, el pediatra puede constituirse en un agente promotor de la prevención del cáncer de piel, remarcando las pautas de protección solar y detectando nevos que necesiten controles especiales; del mismo modo puede aconsejar sobre cuales son los tratamientos efectivos y no tóxicos para ciertas parasitosis sumamente frecuentes como la pediculosis y la sarna evitando efectos adversos de medicaciones no adecuadas.

En enfermedades crónicas como la dermatitis atópica y la psoriasis puede colaborar con el dermatólogo en lograr la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y en detectar otras comorbilidades.

En los hemangiomas y acnés severos la derivación a tiempo al especialista puede ser crítica para evitar secuelas funcionales o estéticas inevitables de no recibir el paciente el tratamiento adecuado en tiempo y forma.

El conocimiento básico de las manifestaciones cutáneas de patologías potencialmente serias como algunas infecciones, malformaciones, síndromes, malignidades o genodermatosis en el pediatra redundará en el mejor cuidado de nuestros pacientes.

La patología dermatológica es muy extensa, solamente se cubrieron en este capítulo algunas de las entidades más frecuentes, sin duda puede profundizarse más comenzando con la lectura de las bibliografías recomendadas.

CLAVE DE RESPUESTAS

3

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso. En niños menores de 6 meses, se desconoce si existe absorción sistémica del protector solar, por lo cual no se recomienda su uso. Los bebés a estas edades no deben ser expuestos al sol directo y se los protegería con ropas protectoras siempre en vez de ponerles protector solar.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Verdadero.
12. Verdadero.

Responda las siguientes consignas

1. Los niños con mayor riesgo de presentar melanoma son los de piel y ojos claros, los que tienen antecedentes personales o familiares de melanoma, los que reciben inmunosupresores o los que presentan enfermedades como los nevos melanocíticos congénitos, el xeroderma pigmentoso y el síndrome del nevo displásico.
2. Protegerse del sol durante todo el año (la radiación UVA tiene una intensidad constante durante los 365 días del año). No exponer a la radiación solar directa a niños menores de 6 meses. Evitar la exposición solar durante el mediodía siempre que sea posible (de 11 a 15 horas). Utilizar sombreros de ala ancha, ropas protectoras y anteojos de sol con protección para radiación ultravioleta A y B al aire libre. Buscar la sombra, recordar que sombrillas y árboles protegen parcialmente. Considerar que en días nublados la radiación ultravioleta recibida es prácticamente la misma que en los soleados. Utilizar protectores solares con factor de protección solar mayor de 15 en todas las actividades al aire libre. Prevenir las quemaduras solares y evitar el uso de camas solares.
3. Niños con patologías cutáneas del cuero cabelludo como eccemas y psoriasis, para los que presentan impetiginización secundaria al rascado por la pediculosis y para los refractarios a otros tratamientos.
4. Las mayores complicaciones incluyen malignidad, trastornos del aprendizaje, enfermedad cerebrovascular (síndrome Moya-Moya), hipertensión arterial, y escoliosis. Esto hace necesario el seguimiento multidisciplinario de estos pacientes.

3

CLAVE DE RESPUESTAS

5. Dieta variada, consumo de frutas y verduras. Para pacientes que no responden al tratamiento se puede disminuir el uso de azúcares y el consumo excesivo de leche. Higiene facial dos veces por día con productos no irritativos. Uso de productos de maquillaje sin aceite y no comedogénicos. El consumo en exceso de vitamina B empeora la evolución del acné; esto debe ser tenido en cuenta especialmente en pacientes que reciben suplementos vitamínicos.
6. Los efectos adversos más frecuentes asociados a la isotretinoína son la piel seca, queilitis, epistaxis y aumento transitorio y leve de colesterol y triglicéridos. Los efectos adversos potenciales que más preocupantes son la teratogenicidad (50% de los casos), los efectos sobre el metabolismo óseo, la enfermedad intestinal inflamatoria (especialmente colitis ulcerosa) y los trastornos psiquiátricos (depresión).

Observe las siguientes imágenes y realice el diagnóstico correspondiente.

1. Diagnóstico: **Nevo melanocítico congénito mediano.**
2. Diagnóstico: **Hemangioma infantil superficial.**
3. Diagnóstico: **Hemangioma ulcerado.**
4. Diagnóstico: **Hemangioendotelioma kaposiforme.**
5. Diagnóstico: **Mancha salmón.**
6. Diagnóstico: **Tiña.**
7. Diagnóstico: **Acné moderado.**

SEXUALIDAD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Dra. Diana Pasqualini

Médica Pediatra y Especialista en Adolescencia.

Ex Coordinadora Clínica y de Docencia en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

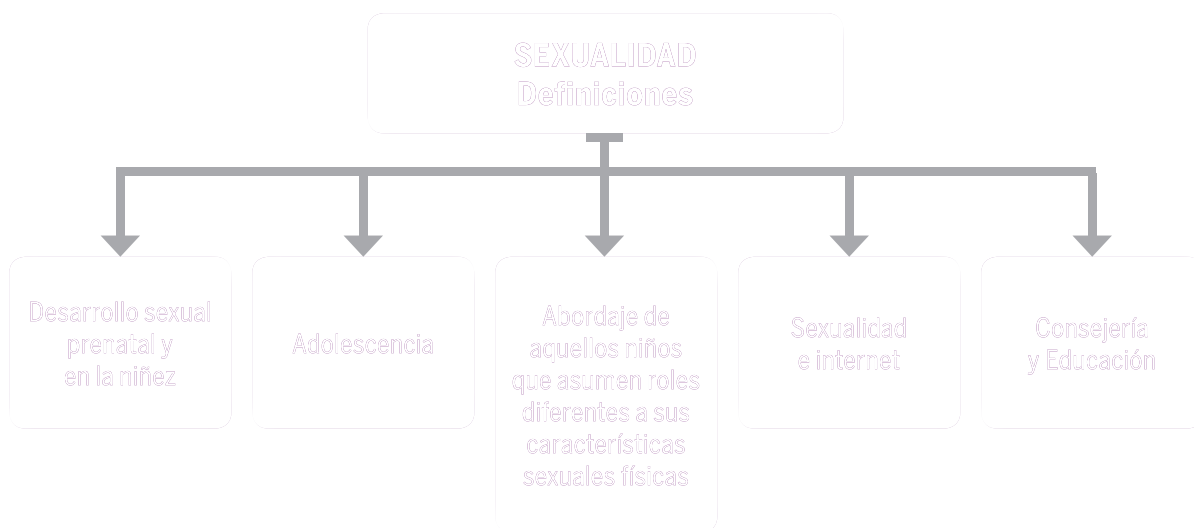
Directora del Programa de Actualización "Salud Integral del Adolescente". Facultad de Medicina, UBA.

Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría y del CEPA.

OBJETIVOS

- ◆ Identificar el interjuego existente entre sexualidad, orientación sexual e identidad de género.
- ◆ Comprender el desarrollo de la sexualidad en la etapa prenatal, en la niñez y en la adolescencia.
- ◆ Escuchar atentamente a los adolescentes cuando consultan por temas referidos a su orientación e identidad sexual.
- ◆ Reconocer, en la consulta, situaciones de riesgo en relación a la salud sexual de niños y adolescentes.
- ◆ Asumir la responsabilidad de orientar a los jóvenes y sus familias en relación a la salud sexual y reproductiva.
- ◆ Orientar a los padres sobre la importancia del diálogo en el hogar sobre estos temas y en el cuidado en el uso de las pantallas.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

La sexualidad es inherente al ser humano y la genitalidad es una parte de ella. Incluye la organización y el ejercicio del rol sexual de la mujer y del varón. Su finalidad es la búsqueda de placer y puede satisfacerse con cualquier objeto; es la cultura la que define las formas y canales “oficiales” y permitidos para satisfacer la pulsión sexual.

La sexualidad es la fuente motivadora de la conducta sexual. Está enraizada en lo biológico y es vivenciada como necesidad de búsqueda de placer, siendo imposible escapar a su influencia. Puede sublimarse, reprimirse o sufrir fijaciones, regresiones, desplazamientos, etc.

En el proceso de sexuación, se intenta dar respuestas a cómo se forma un varón, cómo se forma una mujer, cuál debería ser el comportamiento de uno y otro. Y, también, las maneras de expresar e intercambiar afectos, vivir lo placentero, de amar y gozar con plenitud.

Está presente en el individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte. Se expresa en distintas formas a lo largo de la vida. Sufre modificaciones según las etapas vitales y las crisis por las que el sujeto atraviesa, la cultura en la que está inserto y el momento histórico en que vive.

La sexualidad es más que el funcionamiento genital, tiene que ver con estilos de vida, roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. Incluye intercambio afectivo, comunicación, preocupación por las necesidades del otro, crecimiento mutuo a través de la relación.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la sexualidad se manifiesta y evoluciona a lo largo de todo el ciclo de vida: la infancia, la adolescencia y la adultez, forma parte inseparable de quiénes somos; implica múltiples aspectos que pasan desde ser hombres o mujeres; los papeles y expectativas asociadas a esas creencias; las conductas e interacciones con las demás personas y la aceptación del propio cuerpo.

La sexualidad está condicionada por factores de orden biológico (hormonas, anatomía, fisiología), socioculturales (roles, estereotipos, expectativas, lenguaje), afectivos (deseos, emociones, sentimientos) y éticos (derechos humanos).

Salud sexual. La OPS la define como un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS/OMS, 2000). Esto propicia que las personas, y en especial las mujeres, se construyan en tanto sujetos de derecho en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo que implica el acceso a poder tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía y obtener los recursos necesarios para ello.

Sexo es el conjunto de características físicas y fisiológicas de los seres humanos, con las que se nace, y está más específicamente relacionado a los órganos sexuales. Los caracteres sexuales primarios que definen el sexo incluyen el aspecto externo de los genitales y el aparato reproductor con los que nacemos y permiten la distinción entre un varón y una mujer.

Los caracteres sexuales secundarios aparecen en la pubertad como la configuración de la silueta del hombre o la mujer, cambio de tono de voz, las mamas, cambios en la zona genital, etc. Las siguientes variables se vinculan al sexo.

Variable	Mujer	Hombre
Sexo cromosómico	Cromosomas XX	Cromosomas XY
Sexo gonadal	Ovarios	Testículos
Sexo hormonal	Predominio de estrógenos	Predominio de testosterona
Sexo genital interno	Trompas de Falopio, útero y vagina	Próstata, vesículas seminales y conductos deferentes
Sexo genital externo	Clítoris, labios menores, labios mayores, entrada vaginal	Pene y escroto con testículos
Sexo estructural	Presencia de rasgos sexuales secundarios	Presencia de rasgos sexuales secundarios

Fuente: Correa, C. & Cubillan, F. (2009). Salud sexual y reproductiva: Desde una mirada de género. Manual de capacitación. Maracay: IAES.

La **diferenciación sexual** es el proceso de desarrollo desde un cigoto indiferenciado (óvulo fecundado) hacia un varón o una mujer. Los individuos se desarrollan de cigotos a fetos, luego bebés, niños, adolescentes y, finalmente, adultos. Las diferencias de sexo y de género se desarrollan en muchos niveles: genes, cromosomas, gónadas, hormonas, anatomía, psique, sociales y comportamientos.

La **orientación sexual** es una cualidad personal permanente que inclina a la gente a sentir atracción romántica o sexual (o una combinación de éstos) a las personas de sexo o género opuesto, del mismo sexo o género, o para ambos sexos o más de un género. Estas atracciones incluyen la heterosexualidad, la homosexualidad, la bisexualidad. No hay consenso entre los científicos acerca de por qué una persona desarrolla una determinada orientación sexual. Las teorías de base biológica apuntan a factores genéticos, el ambiente uterino temprano, o ambas combinaciones. Otros autores sugieren que experiencias de crianza en la primera infancia desempeñan un papel en lo que respecta a la orientación sexual. Las investigaciones realizadas durante varias décadas han demostrado que la orientación sexual se extiende a lo largo de un continuo, desde la atracción exclusiva para el sexo opuesto a la atracción exclusiva hacia el mismo sexo.

Heterosexualidad. Una persona siente atracción por otra persona del sexo opuesto. Un heterosexual, fundamentalmente, es alguien que piensa que su sexualidad se corresponde con la sexualidad normativa de una sociedad determinada o bien alguien que considera que su sexualidad debe corresponderse con la sexualidad normativa.

Homosexualidad. Una persona siente atracción por otra del mismo sexo. Entre los hombres se ha impuesto el término “ser gay” y entre las mujeres “ser lesbiana”.

Bisexualidad. Una persona siente igual atracción por ambos sexos.

La identidad de género o identidad sexual es la sensación subjetiva de ser hombre o mujer –que no puede ser medido externamente, sólo afirmado por una persona o, a veces inferirse del rol de género. Si vemos una persona maquillada y vestida con pollera y tacos deducimos que estamos ante una mujer, en cambio si está vestida de traje con corbata y le gusta el fútbol asumimos que es varón.

La **identidad sexual o de género y la conducta sexual** están estrechamente relacionados con la orientación sexual, pero se distinguen. Mientras la identidad de género se refiere a la concepción de un individuo de sí mismo, la conducta sexual hace referencia a los actos sexuales reales realizados por el individuo, y la orientación se refiere a “las fantasías, los apegos y anhelos”.

El **rol de género** se puede definir como un conjunto de normas sociales y de comportamiento que generalmente se consideran apropiados para un hombre o una mujer en una relación social o interpersonal. El género es construido social, cultural e históricamente; por tanto, es plausible de ser re-inventado, de-construido, modificado y redefinido por la propia cultura. Se es femenino o masculino.

Estereotipo de género femenino: se asocia a lo emocional y a los afectos, articulándose con los roles de esposa-madre-ama de casa. Las características, rasgos o atributos que lo definen son, entre otros: tiernas, sensibles, dulces, honestas, inseguras, dependientes, pasivas, sumisas, abnegadas, generosas, tolerantes, cariñosas, emotivas, afectivas, estéticas, coquetas, seductoras, intuitivas, débiles, miedosas e indecisas.

Estereotipo de género masculino: se asocia a lo racional, articulándose con los roles de proveedor económico y ejercicio de poder. Las características, rasgos o atributos que lo definen son, entre otros: individualistas, agresivos, violentos, dominantes, fuertes, firmes, valientes, controladores, poderosos, egoístas, ambiciosos, impetuosos, creativos, inteligentes, decididos, asertivos, activos, intransigentes, autónomos e independientes.

La **capacidad de intimar** es comprometerse amorosamente con el otro y armar un proyecto en común. Se adquiere en la adolescencia tardía. Generalmente se utiliza para decir que dos personas comenzaron una relación más estrecha, íntima y privada.

Erotismo: capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, que por lo general se identifican con placer sexual.

DESARROLLO SEXUAL

DESARROLLO SEXUAL PRENATAL

Cabe recordar algunos conceptos de embriología para comprender la diferenciación sexual y sus posibles anomalías.

La determinación del sexo genético se produce en el momento de la fecundación según que el espermatozoide contenga un cromosoma X o un cromosoma Y. Desde el punto de vista cromosómico, en general, los hombres son XY y las mujeres XX. Desde hace tiempo se sabe que el cromosoma Y es el encargado del proceso de masculinización. Además en 1990, se descubrió el gen SRY fundamental para la “diferenciación” sexual presente en el brazo corto del cromosoma Y.

Luego de la fecundación transcurren varias semanas sin que existan diferencias evidentes –aún al microscopio electrónico– entre un embrión de sexo femenino y otro de sexo masculino. A partir de la expresión del gen SRY, en el segundo mes de vida del embrión XY se activa un proceso de maduración de los testículos y se desencadenan una serie de eventos que conducen a la masculinización. La proteína SRY junto a otros factores provenientes de otros genes promueve el desarrollo testicular. La ausencia del gen SRY implica la falta de las hormonas testiculares, produciéndose así la feminización de los genitales internos y externos, independientemente de la existencia o ausencia de ovarios.

Por lo cual, la diferenciación sexual está inclinada hacia el desarrollo como una mujer, por lo que a menudo se dice que la mujer es la vía de desarrollo de forma predeterminada.

Un conjunto de instrucciones genéticas específicas deben estar presentes para favorecer una serie de eventos de diferenciación mediada por las hormonas, a fin que un cigoto pueda arribar a convertirse en un varón reproductivamente funcional.

Además del gen SRY son necesarios otros genes para la producción de diferentes hormonas: testosterona, la hormona antimülleriana y la Insulin-like 3.

Las células de Leydig funcionales deben formarse en las gónadas y ser capaces de producir testosterona. Las células diana de los genitales externos deben tener los receptores de hormonas para responder a la testosterona y tener funcional la enzima 5-alfa-reductasa para convertir la testosterona en dihidrotestosterona, andrógeno más potente que la testosterona.

La hormona Insulin-like 3 es producida por las células de Leydig y está implicada en la migración testicular.

Además se requiere de la hormona antimülleriana, producida por las células de Sertoli, para adquirir la morfología típica masculina. Esta hormona suprime el desarrollo de los conductos de Müller en trompas de Falopio, útero y vagina, y produce el desarrollo de los conductos de Wolf que contribuye a la formación de estructuras reproductivas masculinas.

Existe alguna evidencia que el cerebro debe ser expuesto y responder a los andrógenos, antes de nacer o de recién nacido, para producir la conducta masculina característica.

Poco se conoce hasta hoy sobre los mecanismos que inducen a las gónadas a tomar el camino ovárico en el feto XX. No se ha descubierto un gen organizador del ovario homólogo al SRY.

Si todos los pasos anteriores suceden adecuadamente, los testículos secretarán las hormonas ya mencionadas, cuya acción provoca la masculinización de los esbozos de los órganos genitales internos y externos, que no mostraban hasta entonces diferencias entre los sexos. El proceso de diferenciación gonadal y de los genitales se denomina diferenciación sexual fetal.

El cuerpo es el punto de partida para la definición sexual. Al nacer, el aspecto de los genitales externos marca la diferencia biológicamente y nos define como seres sexuales –hombres o mujeres–. Mujer por poseer clítoris, labios menores, labios mayores y entrada del orificio vaginal y hombre por poseer pene y escroto con testículos.

Las anomalías en la diferenciación sexual ya sea por alteraciones cromosómicas, gonadales, hormonales y/o alteración en el desarrollo de genitales internos y externos constituyen un capítulo aparte importante que requiere un abordaje interdisciplinario.

En el desarrollo sexual influyen múltiples factores, algunos biológicos y otros culturales/ sociales. Entre los biológicos, los estudios moleculares además de los genéticos son necesarios para explicar el por qué de las variaciones en la diferenciación sexual.

Hay quienes defienden que el factor social/cultural es determinante para el desarrollo de la identidad sexual y el rol de género. Sin embargo hay diferentes estudios, que requieren corroboración, que muestran diferencias entre los hipotálamos de hombres heterosexuales y homosexuales. Algunos autores hallaron alteraciones del ADN del cromosoma X heredado de la madre cuando hay un aumento de la incidencia de homosexuales en la línea materna familiar. Y por supuesto existen altas sospechas que los andrógenos pueden influir en la identidad de mujeres expuestas a los mismos en la etapa prenatal.

Desde 1970 se considera que el efecto de la testosterona sobre el cerebro es necesaria para alcanzar la identidad y orientación sexual masculina proponiendo que el transexualismo y/o la homosexualidad en “hombres biológicos” puede ser el resultado de la deficiencia prenatal o postnatal temprana del efecto de la testosterona sobre el cerebro.

John Money sostiene que los pasos adicionales necesarios en la cascada a la identidad masculina son el reconocimiento en el momento del nacimiento por parte de los padres y el médico que los genitales externos son masculinos, que es lo que determina la asignación de sexo masculino, que a su vez resulta en la crianza como varón por parte de los padres y de la sociedad. Todo esto reforzado por la apariencia de sus genitales masculinos contribuye al desarrollo de su identidad sexual. A su vez la identidad de género femenino requiere la crianza como tal además de la ausencia de un pene obvio.

DESARROLLO SEXUAL EN LA NIÑEZ

El niño aprende a comunicarse y a solucionar problemas en su hogar. Es en el seno de la familia que se va formando la personalidad, que incluye aspectos de la sexualidad. En el desarrollo influyen las improntas que recibe desde su nacimiento, la forma de amarlo y de acariciarlo, el afecto o dureza que se manifiesta en las voces, miradas y sonrisas, las observaciones de las actitudes y roles de la madre y el padre, el diálogo en el seno del hogar, las acciones cotidianas.

Uno de los factores más importantes para el desarrollo del niño es la comunicación en el hogar.

La comunicación y educación en sexualidad comienza aún antes del nacimiento y forma parte de la educación general.

Es de recordar que el diálogo no solamente es verbal. Los mensajes no solo se transmiten con palabras. Hay cosas que se viven y de las que se habla muy poco. La calidad de la voz influye en la recepción del mensaje: tono, intensidad, ritmo y volumen.

Elementos fisiológicos, como la respiración, la postura de la persona al hablar, los movimientos de sus ojos y otras manifestaciones sutiles del lenguaje revelan los sentimientos detrás de las palabras. Sin embargo, a través de la palabra conviene abordar temas referidos a la sexualidad sin invadir la intimidad del niño. El compartir una lectura, una película, una escena vista en la televisión o el relato de hechos vividos por conocidos o amigos facilita el diálogo.

A veces, los padres no saben cómo hablar de temas sexuales con sus hijos y, en esto, influye si ellos hablaron con sus propios padres y con su pareja. También importan los valores y la educación que recibieron.

- ❖ Hay quienes educan para la abstinencia, virtud que consiste en privarse total o parcialmente de satisfacer los apetitos.
- ❖ Otros, para el placer. Para disfrutar y saber relacionarse placenteramente con otro elegido.
- ❖ Algunos consideran el ejercicio de la sexualidad un derecho que debe ejercerse con responsabilidad. Tienen en cuenta el autocuidado y el cuidado del otro.
- ❖ Otros creen que de este tema no se habla. Asocian la sexualidad al fruto prohibido. El conocimiento para ellos facilitaría transgresiones a pautas religiosas o familiares.
- ❖ Hay quienes encuentran placer en la violencia. Violencia o dominio sobre el otro, carecen de la preocupación por el otro.

- ✦ Unos pocos confunden pornografía con amor.
- ✦ Y hay padres que ejercitan una doble moral. Por un lado desean que sus hijos estudien y tengan relaciones lo más tarde posible, pero sus palabras son incongruentes con sus actitudes.

Los niños necesitan de la coherencia de sus padres, son sus referentes positivos, por lo cual esperan atención y ejercitación de los mismos valores que predicán.

Además, son espectadores pasivos de contenidos sexuales que aparecen en los medios de comunicación. Según la Academia Americana de Pediatría, al finalizar el colegio, los adolescentes han visto 15.000 horas de televisión comparado con 12.000 horas en clase. Por lo cual es muy probable que los medios de comunicación –la televisión, la música, Internet– ejerzan una fuerte influencia en las conductas, valores y creencias.

A veces, no es el tiempo transcurrido frente a la televisión o la computadora el real problema, sino la actitud del niño y sus padres. ¿Hay un televisor en cada cuarto? ¿Saben los padres qué ven sus hijos? ¿Tiene la computadora filtro para la pornografía? ¿Se dialoga de los programas vistos? ¿Se habla de ternura, amor, privacidad, confidencialidad en las relaciones? ¿Cómo es la relación hombre/mujer en casa?

En el período de la latencia, cuando la energía sexual está puesta en el aprendizaje escolar y cultural, se constituyen los diques que frenan la pulsión sexual –pudor, asco y sentimientos morales–. Construcciones que varían según las características de las familias y los aprendizajes escolares.

Los niños van adquiriendo sentimientos de valía por sus propios logros y por la aprobación social. La dependencia paterna disminuye y se amplía su mundo social. Sentimientos de empatía y altruismo dejan atrás el egocentrismo infantil.

La escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los grupos de pares influyen en el desarrollo del niño.



ADOLESCENCIA

La palabra adolescente viene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa “que está en período de crecimiento, que está creciendo”. Según la Real Academia Española, adolescencia es la “edad” que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Según Marcelo Viñar, es un tiempo transformacional de progresos y retrocesos, de logros y fracasos, cuyo tiempo de comienzo coincide con los primeros cambios puberales y la fecha de cierre se ha estirado favorecida por el aumento de la expectativa de vida al nacer y en los grupos cultos, por la extensión casi al infinito de estudios y diplomas de capacitación. Señala, también, que el tránsito adolescente no es madurativo sino que es transformacional, es algo que se logra, se conquista con trabajo psíquico y cultural, o se estanca y se fracasa.

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez y, cuando es posible, la creación de una nueva familia. Este proceso es diferente en cada individuo; no es lo mismo ser hijo de un campesino de bajos recursos a ser un estudiante que aspira a una maestría.

El cuerpo se va modificando en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Los y las adolescentes adquieren un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él.

Desde lo cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto con el que logran la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos.

Desde lo emocional, cada individuo participa en una experiencia de vida de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad.

"La incorporación de principios y valores morales, el respeto a sí mismo, a los demás, a la naturaleza, así como la adopción de prácticas religiosas, contribuyen al desarrollo espiritual" (C. Serrano).

Desde lo social, la dependencia con la familia de origen disminuye y aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Transfieren al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia.

El tiempo libre pasado a solas, fantaseando, escuchando música, soñando y el compartir con otros largas conversaciones sobre el sexo opuesto y los ideales van enriqueciendo su mundo interno.

Es habitual la aparición de rebeldías y desafíos en la primera etapa adolescente. Los y las adolescentes precisan confrontar con los adultos que los rodean a fin de crecer y desarrollarse autónomamente. A pesar de que cuestionan el orden preestablecido, circunstancia frente a la cual los padres no suelen estar preparados, los límites son esenciales. La cordialidad en el diálogo y la claridad en la puesta de límites actúan de contención para lograr desprenderse.

El desprendimiento de los padres exige la búsqueda de nuevos modelos. El grupo de pares adquiere relevancia. El ensayo de roles, la vestimenta, el lenguaje y los gestos en común con el grupo, son necesarios para afianzarse. A veces, es más importante para los y las adolescentes lo que los demás piensan que son, que lo que ellos y ellas sienten. Luego adquieren la noción de adónde van y el reconocimiento de lo que realmente valen.

Vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa. Los niños que viven rodeados de amor y de fortaleza en sus hogares aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo

emocional. Van adquiriendo la seguridad esencial para sentirse libres, para poder jugar, aprender y para sentirse responsables. En cambio, cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las heridas narcisistas asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen a prueba al sujeto, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como por ejemplo, "conductas de autodestrucción o antisociales" (Winnicott).

La crianza varía de acuerdo a las diferentes configuraciones familiares, que son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza (Tuñón I.).

Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo del adolescente. De la familia, depende la elección de la escuela y tanto hogar como escuela influirán en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. No es lo mismo, cursar los años escolares sin estímulo ni interés por parte de los padres, que hacerlo bajo la mirada afectuosa de la familia y en interacción con pares en la misma escuela y en otras actividades recreativas, deportivas o artísticas.

Los adolescentes de 13 a 17 años se hallan en situación de déficit en el proceso de sociabilización si registran al menos dos de las siguientes situaciones: adolescentes que no tienen hábito de lectura; adolescentes que no acceden a Internet; adolescentes que no realizan actividad deportiva y cultural extraescolar; adolescentes que desertan o que se encuentran rezagados en la escuela (Tuñón I.).

Un adolescente del sector 40% más pobre tiene 2,6 veces más "chance" de experimentar situaciones deficitarias, por lo cual, sus habilidades cognitivas y sociales pueden no llegar a alcanzar toda su potencialidad.

Hay familias, que por su estilo de vida, promueven una maternidad temprana, mientras que otras esperan que sus hijos e hijas terminen los estudios, se instalen en sus trabajos y, recién después, planeen la conformación de una familia.

El diálogo en el hogar es fundamental así como lo fue en la niñez. Su carencia y la violencia en los vínculos familiares se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico.

Las instituciones en donde pasan mucho tiempo, escuela, club, iglesia y aún la misma calle dejan su impronta, favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. Las oportunidades de participación e inserción social contribuyen al desarrollo del sentido de la vida.

El ingreso paulatino del adolescente al mundo adulto se va facilitando cuanto más amplios son los intereses, cuanto más oportunidades ha tenido en el desarrollo de sus capacidades emocionales, cognitivas, sociales y espirituales, y si existen en su contexto posibilidades concretas de inserción social, a través del estudio o del trabajo.

Los y las adolescentes que alcanzan su pleno desarrollo van sumando habilidades que favorecen un nuevo posicionamiento frente al mundo y una mayor autonomía. Afirman la identidad sexual y la capacidad de intimar. Adquieren la capacidad de diálogo, de negociación y de defensa de los valores personales. Alcanzan logros intelectuales, vocacionales y laborales que les permiten construir un proyecto de futuro.

SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Los cambios corporales, influenciados entre otros factores por las hormonas y los mandatos sociales y culturales, inciden en la construcción de la identidad de varones y de mujeres.

La sexualidad en la adolescencia se potencia a partir de las nuevas sensaciones corporales y, al decir de Francoise Dolto, se produce una mutación, por la cual dejan de ser las figuras parentales el centro de la existencia y adquieren relevancia los pares, los ídolos del mundo cultural y otros adultos. Se ve así facilitada la salida exogámica y, cuando "la angustia de los padres no le produce ningún efecto inhibitor", la sexualidad adolescente puede alcanzar su madurez adulta.

En la **adolescencia temprana** los cambios corporales adquieren preeminencia. Exigen del adolescente un esfuerzo para apropiarse de su esquema e imagen corporal. Es allí cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios, la menarca en las mujeres y la primera eyaculación en los varones.

Los "mejores amigos" ayudan a transitar esta etapa y distanciarse de los padres infantiles. Se idealiza al amigo, se lo ama y se lo admira. Suele haber un despertar místico y de admiración por la belleza. Se deja atrás la vida infantil lo que genera también temor y angustia.

La curiosidad sexual aumenta, hay cuchicheos y secretos entre las chicas y puede haber cierto juego provocativo hacia los varones. Ellos prefieren refugiarse entre sus amigos. Muchas veces se repliegan en sí mismos y, como acto sexual en sí, aparece la masturbación que les permite conocerse y aliviar tensiones. Aparecen idealizaciones, fantasías sobre el amor y enamorarse que son un entrenamiento necesario previo a la experiencia misma.

En la **adolescencia media** aparecen los primeros contactos, cuando chicos y chicas salen juntos. Las relaciones son por lo general superficiales y de coqueteo, cuenta más la atracción que el sentimiento amoroso.

Los pares, los medios de comunicación y la televisión, la escuela y el hogar son fuentes de información sobre sexualidad. Sin embargo, los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo. Las familias juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos.

Habitualmente nos preguntamos no solamente sobre los cuidados que tienen los jóvenes para evitar embarazos e infecciones sino además si las primeras relaciones incluyen la actitud para disfrutar de la actividad sexual, una actitud de autocuidado y una preocupación por el otro.

En muchas ocasiones las mujeres refieren el "amor" como motivación de la primera relación. En cambio los varones usualmente refieren que tienen relaciones por placer y en segundo lugar por "amor". En un futuro debería investigarse qué significado le dan al "amor". Para algunos quizás implica goce compartido y sentimientos de generosidad, fidelidad, confianza, amistad. Para otros, necesidad de complacer y ser aceptado, dependencia y sometimiento. Algunos confunden amor con pasión, y en ocasiones el vínculo no se acompaña de ternura y de respeto. Estas relaciones no siempre son placenteras ni ayudan al crecimiento.

En algunas investigaciones, un tercio de las adolescentes mujeres encuestadas refirieron indiferencia, displacer o violencia en el primer encuentro sexual. En 1999 Pantelides y colaboradores hallaron que cerca de la mitad de las adolescentes habían aceptado la primera relación pero no la habían deseado o habían sido forzadas a tenerla.

Los varones suelen referir diferentes vivencias que varían en relación a la elección de la persona con la cual deciden debutar. Nechi y Schufer describieron en "Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción" la "tipología" de los varones en su debut sexual. Encuestaron a 420 varones escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, de 15 a 18 años y determinaron categorías empíricas según las conductas adoptadas y las circunstancias psicosociales presentes en el momento del debut sexual.

Un grupo de varones, a la que denominaron "impulsado" se inició antes de los 15 años con una prostituta, el motivo fue "la necesidad física, la curiosidad o la influencia de amigos". La decisión fue tomada en conjunto, con el grupo de amigos, o solo. La iniciación tuvo lugar en un hotel o en una casa de masaje/sauna. La vivencia predominante, además del placer, fue el nerviosismo. La principal preocupación fue el temor al sida.

El grupo "integrado" tuvo su primera relación dentro de una relación de noviazgo, entre los 15 a 16 años o más, con la intención de profundizar la relación con su pareja. La iniciación se produjo en un ámbito privado (la casa de él/ella) y con una adolescente que no había tenido relaciones anteriormente. La principal preocupación fue el embarazo. Si bien muchos usaron el preservativo, algunos recurrieron al coitus interruptus.

El tercer grupo, "ocasional", lo hizo con alguien conocido casualmente, ignorando si la compañera había tenido relaciones previamente. No hubo una edad característica ni una reflexión previa, sino que simplemente "se dio". Se realizó en la casa de un amigo o en un ámbito no privado (auto/playa). La vivencia predominante fue la de confusión. La preocupación principal fue el temor a ser descubierto. Es el grupo más desprotegido en la prevención del sida y del embarazo.

La búsqueda de orientación sobre métodos anticonceptivos es motivo de consulta en un pequeño porcentaje de las adolescentes y casi nunca por parte de los varones. Pero durante la consulta suelen mostrar interés en conocer sobre el tema y muchos ya han comenzado a tener relaciones sin asesoramiento profesional.

Factores de riesgo para una inadecuada protección durante las relaciones sexuales y para arrepentirse posteriormente de las mismas es la carencia de diálogo con la madre y la falta de sostén y cuidado en el hogar.

Educación, diálogo y comunicación en el hogar, son vínculos positivos ampliamente reconocidos como factores protectores en el desarrollo de la autoestima y el autocuidado y se correlacionan con un inicio más tardío de las relaciones sexuales y con mayor cuidado en las mismas.

El inicio de las relaciones sexuales se asocia, en ocasiones, a baja autoestima, depresión, falta de proyectos y/o fracaso escolar.

Los estudios muestran que un tercio de los adolescentes no se cuidan en la primera relación sexual. *¿Cuántas oportunidades se pierden en las consultas con los adolescentes?*

Si bien en la actualidad hay un mayor acceso a la información y a la utilización de métodos anticonceptivos, existen todavía barreras importantes para que los adolescentes puedan ejercer sus derechos. A veces tienen que ver con factores individuales, familiares y/o culturales, pero otras veces con la falta de accesibilidad a los servicios.

En ocasiones cuentan con un lugar cercano de atención pero no acuden por falta de información, por no darle importancia al problema o no saber cuidarse; diferencias culturales entre prestador y adolescente, el prejuicio o la mala calidad de un servicio pueden impedir la consulta o expulsar a los jóvenes. Y en esto influyen mitos como por ejemplo “de esto no se habla” y mandatos que relacionan el ejercicio de la sexualidad con lo prohibido y lo pecaminoso.

Aparentemente los adolescentes conocen la importancia del preservativo pero la mayoría lo usa inadecuadamente. La proporción de mujeres que toma píldoras es baja. La consulta ginecológica suele hacerse en promedio un año más tarde de la primera relación sexual. ¿Qué capacidad de autocuidado y de diálogo con su pareja tienen los adolescentes?

¿Cuál es el grado de “competencia sexual” que poseen los adolescentes? El análisis de los comportamientos sexuales de adolescentes ingleses llevó a sus autores a definir la “competencia sexual” como una característica que se asocia a: - autonomía en la decisión para tener relaciones - ausencia de compulsión y remordimiento posterior - uso adecuado de método anticonceptivo - amor, curiosidad - (versus una decisión no autónoma como por ejemplo haber bebido previo al acto o presión de la pareja o de los pares), ausencia de compulsión y remordimiento posterior y uso adecuado de un método anticonceptivo.

En la **adolescencia tardía**, va creciendo el pensamiento crítico y, al final de la adolescencia se adquiere la capacidad de intimar. Se afianza el proyecto de futuro en cuanto a vocación, trabajo, pareja y familia.

Es evidente que factores socioculturales influyen en los comportamientos de los adolescentes. Las creencias familiares y los modelos en el hogar son internalizados desde temprana edad y esta perseverancia del pasado cultural se enfrenta en la adolescencia con los desafíos del presente. Algunos jóvenes de sectores populares transitan rápidamente su adolescencia y se incorporan a trabajos no valorizados o a la maternidad temprana.

FACTORES DE RIESGO

La Academia Americana de Pediatría refiere: “Las relaciones sexuales sin protección adecuada son más frecuentes en adolescentes muy jóvenes, en los que tienen sensación de invulnerabilidad, negación o desconocimiento de los riesgos, en aquellos que tienen relaciones casuales, mitos sobre el control de la natalidad, ambivalencia con respecto a sus conductas”.

Las conductas sexuales de riesgo incluyen las relaciones con múltiples parejas, relaciones con extraños o encuentros ocasionales, el uso inadecuado del preservativo y relaciones bajo influencia del alcohol u otra droga.

- ❖ El 35% de las mujeres inicia relaciones sexuales sin protección.
- ❖ Un quinto de los embarazos adolescentes suele tener lugar en el primer mes luego del debut y la mitad, en los seis meses subsiguientes. La mayoría no son deseados y/o programados. Aproximadamente uno de cada tres, termina en aborto.
- ❖ La primera visita ginecológica suele tener lugar un año más tarde.
- ❖ Un cuarto de los adolescentes sexualmente activos adquiere una infección de transmisión sexual cada año (clamidia, gonococo, tricomonas, sífilis). Dos tercios de las infecciones tienen lugar entre los menores de 25 años.
- ❖ 12% de los infectados por el virus VIH lo adquirieron entre los 13 a 24 años.

Un inicio temprano de las relaciones sexuales se asocia con pubertad temprana, abuso sexual, incontinencia familiar, fracaso escolar, enfermedad mental, estilo de vida de riesgo y pobreza.

El sostén familiar, la puesta de límites, una escolaridad adecuada, tener un proyecto de futuro y la pertenencia a un grupo valorizado contribuyen a un inicio de las relaciones sexuales más tardío.

HOMOSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Algunas personas se sienten siempre atraídas por personas de su mismo sexo. Para ellas, la homosexualidad es una opción de vida. El descubrimiento de la homosexualidad puede ser difícil y quizá los/as haga sentir diferentes y solos/as por un tiempo.

Es frecuente que los/las adolescentes se preocupen y algunos/as hasta se depriman cuando descubren que sienten atracción hacia personas del mismo sexo.

Si bien alguno/as manifiestan una sensación de sentirse diferentes sin entender bien de qué se trata esto, antes de la adolescencia, el momento del descubrimiento de su preferencia de estar con personas de su mismo sexo les provoca confusión, un intenso sentimiento de soledad y que son diferentes al resto. El asumir su orientación sexual con el tiempo les facilita compartir con otros esta experiencia. Y si no hay una situación traumática o una negativa a hacerlo por valores familiares o religiosos, con el tiempo pueden experimentar aceptación de sí mismos/as y satisfacción de su identidad.

El momento del descubrimiento puede ser muy doloroso especialmente si la familia no puede aceptarlos/las y es allí cuando aumenta el riesgo de suicidio.

Si un/a adolescente pasa por esto, es importante buscar a alguien de confianza con quien hablar. Alguien que escuche y sepa responder a todas las preguntas. Según el entorno en el que viva, será más o menos fácil vivir la homosexualidad.

El término gay que antes se aplicaba a los hombres homosexuales, actualmente incluye a las mujeres lesbianas y a las personas bisexuales y transgénero.

ADOLESCENCIA Y TRANSGÉNERO

Una persona que tiene una identidad de género que no coincide con el sexo asignado al momento del nacimiento se denomina **transgénero**. No es lo mismo que **transexual** que es la persona que ha comenzado o finalizado un proceso de modificación cosmético, médico o quirúrgico de su apariencia para mostrarse de acuerdo al género deseado. La transición es el proceso de ir cambiando la apariencia para mejor expresar su identidad de género.

Transgénero incluye a distintas personas, algunas pueden dialogar con otros de su identidad de género diferente al sexo asignado: otros buscan apoyo psicológico por sentirse diferentes, o han iniciado tratamientos hormonales, o han comenzado con cirugías de reasignación sexual o una combinación de todas estas conductas.

Es diferente del **travestismo** que implica el placer de vestirse con ropas del género opuesto.

El adolescente que se siente del género diferente al sexo asignado al nacimiento puede referir que desde pequeño se sentía que estaba en un cuerpo equivocado. Al momento de la pubertad su sentimiento de discomfort aumenta ya que observa cambios corporales que no desea y esto puede motivar la consulta. En ocasiones es conveniente atrasar los cambios puberales para permitir que su identidad se afiance y pueda optar con la oportunidad de un tratamiento más adecuado. El abordaje de estos casos requiere de un equipo interdisciplinario especializado en el tema. Si bien es conveniente no realizar cambios definitivos hasta avanzada la adolescencia, hay quienes se sienten tan seguros de su identidad de género, que atrasar el tratamiento puede ser contraproducente.

El riesgo de suicidio y la comorbilidad de trastornos mentales están aumentados entre estos/as jovencitos/as por todo el proceso por el cual tienen que pasar, especialmente si la familia, la escuela, los pares y la sociedad no les brindan contención suficiente.

Es importante escuchar sin juzgar. Contener su sufrimiento, responder sus preguntas y no patologizar, asumiendo su conflicto como un delirio o un trastorno mental. Si desea ser llamado/a por otro nombre, aceptarlo, sin hacer afirmaciones categóricas ya que eventualmente todo puede cambiar y haber pasado el o la adolescente por un período de confusión en el establecimiento de su identidad. Es fundamental promover estilos de vida saludables y prevenir conductas de riesgo, sin asumir que están más propensos a la prostitución. Sin embargo es esencial contenerlos/as cuando son discriminados/as o maltratados/as de cualquier otra forma.

¿CÓMO ABORDAR AQUELLOS NIÑOS O NIÑAS QUE ASUMEN ROLES DIFERENTES A SUS CARACTERÍSTICAS SEXUALES FÍSICAS?

Hay niños y niñas que se comportan en forma diferente a lo esperado socialmente dados sus rasgos físicos. Pueden presentar las siguientes características:

- ❖ Varones con modalidades femeninas o niñas, masculinas.
- ❖ Su comportamiento no se adapta a los estereotipos sociales.
- ❖ Sienten aversión por vestirse con las ropas típicas de su sexo.
- ❖ Detestan jugar a juegos típicos de su sexo.
- ❖ Se identifican con modelos del rol del sexo opuesto (el niño que en sus juegos quiere ser madre).
- ❖ Llegan a manifestar un rechazo abierto hacia sus caracteres sexuales.

Estas conductas no son frecuentes y han sido poco estudiadas. Consisten en la existencia de incongruencia entre el sexo anatómico y su propia identidad de género.

Es más frecuente en niños que en niñas. Suele comenzar hacia los 6 años. Pueden ser discriminados en diferentes ámbitos sociales y sufrir “bullying” en la escuela.

Esta percepción que puede manifestarse antes de la pubertad se caracteriza por un profundo y persistente malestar en relación con el sexo anatómico y el deseo de pertenecer al otro sexo.

Los estudios retrospectivos de sujetos transexuales revelan una alta incidencia de la conducta propia del sexo contrario durante su infancia. Sin embargo, no todos los casos desembocan posteriormente en transexualismo. Es más frecuente la evolución hacia la homosexualidad.

Ejemplo clínico

Mónica va a salita de cinco. La maestra a mediados de año cita a los padres para dialogar con ellos. Les comenta que Mónica siempre está con los varoncitos de la sala y que quiere jugar con ellos a la pelota. No le gusta jugar a las muñecas ni estar con sus compañeritas. Por otro lado Mónica está bien y le gusta ir al colegio. Esta situación angustia a los padres que consultan al pediatra.

¿Cómo se puede encarar esta situación?

En primer lugar dialogar con los padres e investigar aspectos relacionados con el embarazo de Mónica, su crecimiento y desarrollo hasta la actualidad, los vínculos familiares, la relación de la pareja parental, de ellos con Mónica y, si los hay, con sus hermanitos.

Luego conocer características de la escuela, de sus compañeros en el aula y los vínculos de Mónica con docentes y pares.

Hablar con la niña sobre sus juegos preferidos, sus vivencias con respecto a sus caracteres sexuales y los modelos con los cuales se identifica.

De acuerdo a lo vivenciado en la consulta, aconsejar a los padres que no se alarmen, que estén atentos a los deseos de Mónica, observar sus comportamientos y realizar un nuevo encuentro en un par de semanas.

En la segunda entrevista ver cómo vivieron los padres esas dos semanas y sus vivencias con respecto al comportamiento de Mónica. Investigar creencias familiares y si el vínculo padres-niña se modificó. Evaluar el nivel de angustia de Mónica y su familia.

De acuerdo a estas evaluaciones y las sucesivas, si las hubiera, de surgir que Mónica no quiere vestirse con ropas ni quiere compartir juegos femeninos y se identifica con modelos masculinos y que esto provoca malestar en la niña y/o en sus padres sugerir trabajar en equipo interdisciplinario, solicitando una consulta con un/a psicólogo/a que abarque no solamente la evaluación de Mónica sino también de su familia.

A la hora de establecer un diagnóstico hay que tener en consideración algunos aspectos:

- ❖ La categorización de niños-femeninos y niñas-masculinas está altamente determinada por los juicios y estereotipos sociales. Incluso existen diferencias en la tolerancia de estas desviaciones de género cuando se produce en niños y en niñas: se da mejor tolerancia y aceptación en el caso de las niñas.
- ❖ En estas edades es muy difícil separar la identidad de género del rol sexual, por lo que la evaluación ha de incluir tanto su conducta como la identidad de género.

Estos niños y niñas requieren de un especial sostén de la familia y de la atención de un equipo interdisciplinario.

Existen leyes que los protegen, entre ellas la Ley N.º 26.743 de Identidad de Género de mayo de 2012. Ley N.º 26743: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/ane-xos/195000-199999/197860/norma.htm>

En palabras de Pedro Mouratian, interventor del Inadi: “A partir de la Ley de Identidad de Género, travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans, reafirman el derecho humano fundamental de toda persona al reconocimiento de su identidad de género, a ser tratada de acuerdo a ella, al libre desarrollo de su persona y en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad, como la Partida de Nacimiento y el Documento Nacional de Identidad (DNI)”.

SEXO, ALCOHOL Y DROGAS

En torno al alcohol, existe una serie de mitos. El más popular es creer que incrementa el funcionamiento sexual. El consumo moderado aumenta el apetito, tranquiliza y aumenta el optimismo. Consumo moderado: 20 gramos/día para las mujeres, 40/día gramos para los hombres, no todos los días. Pero el exceso lleva a conductas negativas socialmente y tiene consecuencias inhibitorias. Suprime la erección en el hombre y puede producir síntomas de ansiedad. En la mujer produce pérdida de la sensibilidad y de la capacidad de sentir placer. Además, las mujeres y los jóvenes se intoxican más rápidamente.

También, es creencia popular que las drogas actúan como afrodisíacas. Pero todas las drogas afectan severamente el funcionamiento sexual. Hay drogas que alteran el deseo, la erección, la eyaculación y/o el orgasmo. Hay estimulantes y otras depresoras a nivel del sistema nervioso central. Si bien algunas, en un primer momento, actúan aumentando el deseo, todas producen dificultades en la erección, eyaculación y anorgasmia, especialmente, si se usan crónicamente. Además, terminan deteriorando la salud física, emocional y social del individuo que las consume y produciendo la infelicidad o incrementando la violencia entre las personas con las que se convive cotidianamente. Las inyectables, además, facilitan la diseminación del sida, hepatitis B, C y otras infecciones de transmisión sexual. Los efectos psíquicos varían de acuerdo con la droga, la susceptibilidad del individuo y las características familiares y del resto del entorno.

Una conducta de riesgo suele asociarse a otros comportamientos de riesgo. El uso indiscriminado de alcohol, tabaco y drogas se acompaña de otras conductas impulsivas, como el inicio sexual y, especialmente, sin protección adecuada. Lo que trae como consecuencia una mayor posibilidad de embarazo no deseado, de infección sexual, de perder días escolares y de aumento de la repitencia o deserción escolar.

Reiteradas situaciones de descuido afectan la calidad de vida de la persona e hipoteca su futuro.

SEXUALIDAD E INTERNET

El acceso a “sexo, desnudos” son temas que preocupan a padres y profesionales de la salud que atienden niños y adolescentes.

Según el Grupo de Informática de la Sociedad Argentina de Pediatría, es frecuente que la población entre 9 y 17 años quiera saber todo y acceder a los contenidos de la web; y por lo general saben más que los padres sobre Internet. Una encuesta interna de la Sociedad Argentina de Pediatría realizada a padres mostró que entre la población encuestada, 51% de los niños y adolescentes se conecta diariamente a Internet y, 26% de ellos informó a los adultos acerca de alguna experiencia desagradable que le tocó vivir durante el uso de Internet (2007-2008).

La mayoría de los adolescentes usan Internet en sus ratos de ocio, algunos para chatear, jugar, buscar música y, otros, para buscar información. Entre ellos hay quienes acceden a páginas o Chat específicos sobre sexo.

Según un reciente estudio del Ministerio de Educación, el 95% de los chicos no cree en los riesgos de Internet y el 75% sostiene que todo lo que se dice en la red es cierto abriéndole así una peligrosa puerta de entrada a quienes intentan conectarse con menores haciéndose pasar por otras personas. El trabajo se realizó en base a testimonios de 2.000 chicos de 10 a 17 años de todo el país que usan Internet.

Intentando dar una respuesta a esta problemática, el programa Escuela y Medios del Ministerio de Educación, publicó en Internet la guía “Los adolescentes y las redes sociales”, donde se brinda un panorama de los riesgos que habitan la Web. Y, además, se dan consejos para saber cómo manejarse en Internet manteniendo la guardia alta, tal cuál se hace a diario en el mundo real. La guía se puede leer en el sitio www.me.gov.ar/escuelaymedios

“El principal uso que le dan a Internet los chicos y adolescentes argentinos es comunicarse con sus pares, ya sea por chat o por blog. Y lamentablemente el 80% navegan solos, es decir que 8 de cada 10 chicos chatean sin que los padres sepan con quienes lo hacen”, dice la doctora Roxana Morduchowicz, una de las autoras del trabajo.

Pero hay más. Sobre todo a futuro. Porque las tecnologías avanzan y la Web ahora no sólo está en la PC. Ya son muchos los celulares que permiten conectarse a Internet. Y abundan las netbooks y tabletas digitales con la misma posibilidad. “De acá a cinco años, los chicos van a acceder más a Internet por el celular que por la computadora. Y como el celular es personal, va a ser más difícil saber para qué lo usan”, finaliza Morduchowicz.

En cuánto influye la pornografía en su sexualidad futura, no lo sabemos. Pero sin duda estas páginas no propician la equidad de género ni una sexualidad donde se respete al compañero/a, se cuide de no lastimarlo/a, se promueva además del placer los lazos afectivos responsables.

Ni que los chicos sepan más de las nuevas tecnologías ni Internet son los principales problemas. El problema que se plantea es qué hacer con la brecha generacional que plantean las nuevas tecnologías, donde los adolescentes saben más de las herramientas informáticas que los padres y los docentes, por lo cual “algunos adultos tienen temores o falta de interés hacia las mismas, otros las sobrevaloran y pocos son los que pueden estar abiertos a un nuevo modelo de comunicación” (Adrián Dall’Asta de la Fundación Proyecto Padres).

De allí, la importancia de la educación sexual en la escuela, entre otras alternativas, para brindar una orientación adecuada a cada edad, ya que no siempre los padres se sienten cómodos para hablar de estos temas con los hijos. Es posible de esta manera informar sobre los riesgos, los cuidados, la importancia de respetar los tiempos propios, de evitar cualquier situación de violencia y contribuir a promover habilidades ante situaciones que les son nuevas y tomar decisiones acordes.

Se aconseja a los padres “involucrarse en el cuidado de sus hijos en la Web, fomentar el diálogo fluido y estimular la generación de reglas consensuadas actuando con el ejemplo, siendo el espejo donde sus hijos deseen reflejarse” (SAP 2007).

Recomendamos la lectura del “código de navegación segura” en “Programa: Comparta Internet con sus hijos” de la Sociedad Argentina de Pediatría: http://www.sap.org.ar/institucional_comparta_internet.php

¿Qué es el sexting? Es un neologismo anglófono que significa subir a la web fotografías “de neto sentido sexual” de uno mismo. La palabra proviene de unir sex (sexo) con texting (envío de texto). Algunos adolescentes intercambian fotos propias con alto contenido erótico por medio de mensajes de texto desde sus celulares, por e-mail o subiéndolas a las redes sociales. Algunos disfrutan con la exposición y el exhibicionismo, otros se arrepienten y sienten vergüenza; estas imágenes son usadas a veces para hostigar a los compañeros (bullying) o los ponen en riesgo de ser captados por las redes de trata de personas.

Cuando las fotos son publicadas en Internet sin el consentimiento de la persona fotografiada, es imposible no sufrir un daño emocional; algunos se deprimen y pueden llegar al suicidio.

Es de recordar que divulgar o distribuir imágenes sobre actos sexuales o mostrando los genitales de un menor de 18 años es un delito informático de pornografía infantil, Código Penal Argentino, Ley 26388 (2008).

¿Qué es el grooming? Son conductas y acciones emprendidas por un adulto con el objetivo de ganarse la amistad de un menor de edad, creando una conexión emocional, con el fin de disminuir las inhibiciones del niño y poder abusar sexualmente de él, introducirlo al mundo de la prostitución infantil o producir material pornográfico.

El adulto procede a elaborar lazos emocionales (de amistad) con el menor, a través de internet; puede simular ser niño/a. Va obteniendo datos personales y de contacto del menor. Utilizando tácticas como la seducción, la provocación, el envío de imágenes de contenido pornográfico, consigue que el menor se desnude o realice actos de naturaleza sexual. Entonces se inicia el acoso, chantajeando a la víctima para obtener cada vez más material pornográfico o tener un encuentro físico para abusar sexualmente de él.



CONSEJERÍA Y EDUCACIÓN

El concepto de Consejería –*Counselling*– no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata de asistirles, a través de la escucha y del entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus valores y creencias y decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular. Permite el desarrollo de confianza en sí mismo, de autonomía.

La **Consejería o Asesoramiento** es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población. Su fin es:

- ❖ revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja;
- ❖ favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud;

- ❖ promover la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y hacia los demás;
- ❖ propiciar la comunicación en la pareja, proponiendo relaciones equitativas y horizontales;
- ❖ incentivar en la pareja criterios de responsabilidad compartida, tanto en la anticoncepción como en la prevención de la transmisión de ITS.

El abordaje sobre sexualidad requiere:

- ❖ un vínculo empático con el adolescente y el respeto por el pudor, privacidad y confidencialidad;
- ❖ tener en cuenta normas familiares, culturales, valores, creencias, actitudes; en niños y adolescentes tempranos promover el diálogo familiar incluyendo el referido a sexualidad;
- ❖ informar sobre anatomía, fisiología del aparato genital, erecciones, masturbación, ciclos menstruales y días fértiles;
- ❖ orientar oportunamente en el uso adecuado de la anticoncepción, preservativo y otros métodos;
- ❖ entre aquellos que manifiestan querer tener relaciones sexuales, promover la reflexión sobre los propios deseos y actitudes; dialogar sobre la elección de la pareja, sobre el momento oportuno para debutar sexualmente, promover hablar del tema y sobre cómo cuidarse con la persona elegida, valorar el respeto y la capacidad de autocuidado y cuidado del otro;
- ❖ hablar sobre placer y responsabilidad;
- ❖ indicar el método anticonceptivo más adecuado u orientar hacia la atención ginecológica y/o a un servicio de planificación familiar; enseñar el uso del preservativo, del espermicida y de los anticonceptivos hormonales; señalar la importancia de la continuidad en los cuidados;
- ❖ en la consejería, sobre el uso de preservativo dialogar sobre factores de riesgo y, de ser oportuno, promover postergar el inicio de actividades sexuales o espaciarlas, si ya las hubiera iniciado, hasta alcanzar una mayor madurez; dialogar sobre "la fidelidad es parte del cuidado" y sobre el alcohol y el consumo de drogas que pueden hacer olvidar los cuidados necesarios para la protección;
- ❖ dialogar sobre el riesgo de la influencia del alcohol u otras drogas, del embarazo no deseado, la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH;
- ❖ referir, si fuera oportuno, el tema de la coerción, violencia, abuso;
- ❖ tener en cuenta la orientación sexual y aclarar mitos y prejuicios;
- ❖ indicar la vacuna antihepatitis B y, en varones homosexuales, la de la hepatitis A. Y, en las mujeres, tener en cuenta la vacuna para VPH;

- ◆ screening de ITS en los que han presentado conductas de riesgo y tratamiento si correspondiera;
- ◆ PAP y colposcopia anual en las mujeres que han debutado sexualmente;
- ◆ informar sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia y su adecuada utilización;
- ◆ de ser posible, ofrecer o usar material educativo con lenguaje y orientación acorde con la cultura.

En el año 2002 el Congreso de la Nación aprobó la LEY N.º 25.673 por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud" <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>.

Son objetivos de este programa:

- ◆ alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- ◆ disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil;
- ◆ prevenir embarazos no deseados;
- ◆ promover la salud sexual de los adolescentes;
- ◆ contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias;
- ◆ garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- ◆ potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

La Salud Sexual y Reproductiva incluye:

- ◆ promoción de la salud sexual, incluyendo a los varones.
- ◆ acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- ◆ educación sexual.
- ◆ respeto por la integridad física.
- ◆ elección libre de la pareja, de la decisión de tener relaciones sexuales o no, relaciones y matrimonio consensuados.
- ◆ planeamiento familiar y tratamiento de la infertilidad.
- ◆ cuidados antenatales, perinatales, postparto y del recién nacido.
- ◆ eliminación del aborto inseguro.

- ❖ prevención y tratamiento de las ITS, incluyendo la infección por el VIH, otras infecciones del tracto reproductivo, el cáncer cervical y otras morbilidades ginecológicas.
- ❖ respeto por los derechos y a tener una vida sexual segura y placentera.
- ❖ participación de los jóvenes en el diseño de políticas y estrategias. Además establece la obligación de la educación sexual en las escuelas y promueve la distribución de anticonceptivos gratuitamente en hospitales.

Los adolescentes tienen derechos a la información oportuna y a la atención de su salud.

¿CÓMO EDUCAR EN SEXUALIDAD?

María José García Werebe (autora del libro "La educación sexual en la escuela") describe: "La educación sexual, en un sentido amplio, comprende todas las acciones directas o indirectas, deliberadas o no, ejercidas sobre un individuo, que le permiten situarse en relación con la sexualidad en general y con su vida sexual en particular".

La educación sexual fue pasando por diferentes etapas. Durante años, de este tema no se habló, se pensaba que los conocimientos se adquirirían naturalmente y que el diálogo podía promover comportamientos sexuales no acordes con los mandatos culturales. Luego se aceptó que los niños y jóvenes debían recibir información; pero la educación quedaba en manos de la familia. Hoy en día, se promueve una educación más integral.

La finalidad de la educación sexual es aumentar los conocimientos y ofrecer otros modelos para reducir los riesgos, pero también disminuir tensiones y promover actitudes maduras y responsables. Es importante no fomentar temores y rescatar los aspectos placenteros de vincularse con el otro.

La forma más adecuada de encarar la educación sexual es a través de un abordaje amplio que incluye la reflexión sobre las propias actitudes y la discusión sobre iniciación sexual, anticoncepción, prevención del embarazo, aborto y de las ITS. Sin embargo, es de tener en cuenta que para modificar conocimientos, sentimientos, actitudes y prácticas propias es necesario integrar viejos y nuevos conocimientos y adquirir la convicción de la necesidad de modificar aspectos personales. Y ello requiere tiempo y participación.

No existe evidencia de que la provisión de información sobre anticoncepción resulte en incremento de la actividad sexual, en el número de parejas, en el inicio más precoz.

Es de tener en cuenta que los efectos beneficiosos de las intervenciones aisladas de prevención primaria evaluados a la fecha persisten por poco tiempo. Es por ello que los programas deben ser continuos y diseñados, llevados a cabo y evaluados en forma participativa con los jóvenes y el resto de la comunidad en el marco de sus convicciones.

Temas como la autoestima, la equidad de género, vínculos afectivos, reconocimiento y respeto a la diversidad, maduración biológica y psicológica, comportamientos preventivos para evitar embarazos no esperados e ITS, mitos y temores son prioritarios. Pero, además, es necesario incluir un espacio para dialogar sobre el placer.

Sin embargo, probablemente, los programas que hacen únicamente hincapié en cambios en las conductas individuales no contribuyan a mejorar aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva. Hay determinantes que influyen en forma significativa en el comportamiento sexual, como la pobreza, el desempleo y las normas sociales.

La Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley N° 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral dan marco legal a la "Promoción de actividades de Comunicación Social sobre Salud Sexual y Procreación Responsable".

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam) propone que la educación sexual sea adecuada, integral, continua, interactiva, operativa y respetuosa.

- ✦ **Adecuada.** "Los contenidos y formas de comunicación deben ser apropiados a cada edad, al nivel madurativo y de comprensión de los grupos a quienes esta educación va dirigida. Deberá contemplarse la necesidad de incluir en la educación sexual a la sociedad adulta. Ellos comparten los mismos mitos, miedos y desinformación que los más jóvenes y son aún más reacios a introducir cambios de conducta en sus prácticas sexuales".
- ✦ **Integral.** "La educación sexual deberá entenderse como la integración de los contenidos biológicos, psicológicos y socioculturales acerca de la sexualidad, abarcando también los deseos, valores y principios de las personas en el marco de la pluralidad y del respeto mutuo".
- ✦ **Continua.** "Dar una charla o taller sobre estos temas no implica haber concluido con la tarea de dar educación sexual, sino que como todo proceso educativo, esta temática deberá permanecer en el tiempo e ir repitiendo temas y contenidos según el nivel madurativo de los alumnos".
- ✦ **Interactiva.** "La modalidad de talleres interactivos que permiten el intercambio de ideas y la formulación libre de preguntas, es el más adecuado para abordar la educación sexual, ya que permite adecuar los contenidos a las necesidades de los alumnos y facilita la incorporación del conocimiento y las actitudes necesarias para generar cambios favorables de conducta".
- ✦ **Operativa.** "La educación sexual debe proveer elementos concretos que permitan a los alumnos concretar las acciones preventivas que se están recomendando. En este sentido, resulta beneficioso contar con mecanismos de articulación entre la escuela y el servicio de salud".
- ✦ **Respetuosa.** "La educación sexual debe promover el respeto por el propio cuerpo y el del otro, la diversidad de ideas y de elecciones en torno a la sexualidad, en el marco del respeto integral a los derechos humanos".

La Ley N.º 26.150 crea el “Programa Nacional De Educación Sexual Integral” por la cual todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Sin embargo, hoy, esto último no se cumple. Si bien muchos acuerdan que la educación sexual es necesaria, no hay coincidencia en qué contenidos deben incluirse ni en qué momento hacerlo.

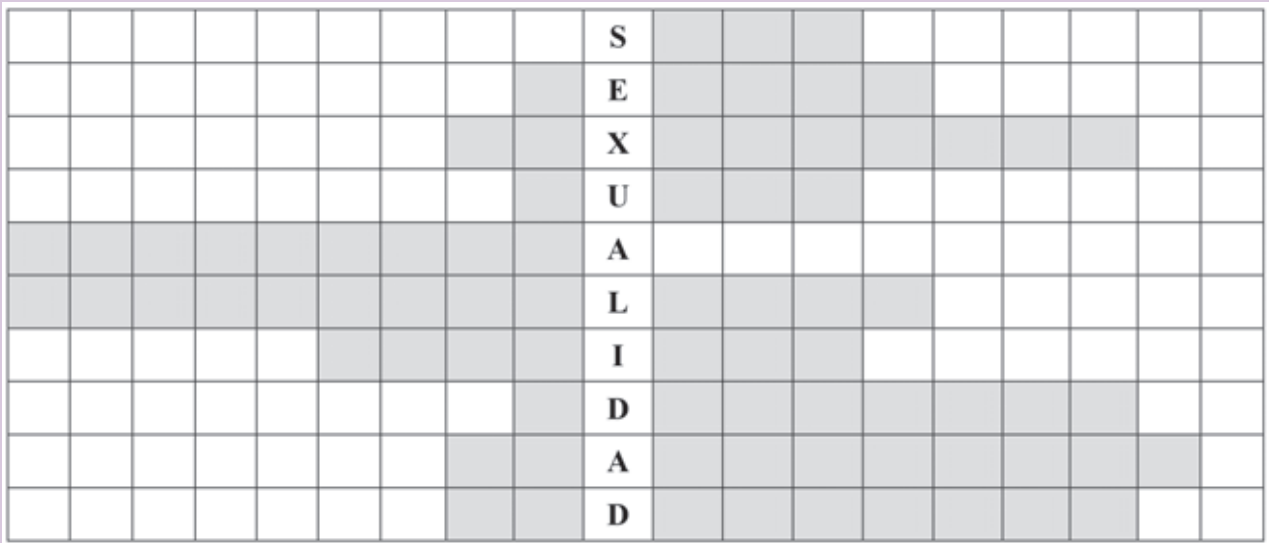
El Ministerio de Educación de la Nación preparó unos materiales:

- Educación sexual integral: para charlar en familia. Buenos Aires, 2011.
- <ftp://ftp.me.gov.ar/vs/EducacionSexualEnFamilia.pdf>
- Educación sexual integral para la educación secundaria II: contenidos y propuestas para el aula. 2012. <http://portal.educacion.gov.ar/secundaria/files/2013/03/Cuaderno-ESI-Secundaria-2-webpdf.pdf>

4

AUTOEVALUACIÓN

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



1. Conjunto de características físicas y fisiológicas de los seres humanos con las que se nace. Biológicamente se define por los gametos que produce.
2. Sensación subjetiva de ser hombre o mujer, no puede ser medido externamente, sólo puede ser afirmado por la persona misma. Según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a "los roles socialmente contruidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres". Es una construcción social.
3. Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales asociadas al sexo de cada individuo. Desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo.
4. Una forma de proteger la intimidad de cada individuo; la Real Academia Española lo define como sinónimo de honestidad y de recato.
5. Actividad orientada a promover la salud sexual y reproductiva de la población; promueve la adopción de conductas sexuales placenteras, responsables y conscientes.
6. Atracción por una persona del mismo sexo.
7. Hace referencia a conductas orientadas a atraer e incitar a otras personas en la búsqueda de placer sexual; la vista de una parte del cuerpo o una simple imagen real o mental provoca deseo sexual.
8. Especialmente referida a la sexualidad; se propone que debe ser adecuada, integral, continua, interactiva, operativa y respetuosa. Una charla o taller aislado no es suficiente, se deben ir repitiendo temas según el nivel madurativo de los sujetos.

AUTOEVALUACIÓN

4

9. Persona que tiene una identidad de género que no coincide con el sexo asignado al momento del nacimiento; forma de expresión de la sexualidad de una persona que difiere de su sexo biológico y del asignado por la sociedad.
10. Hormonas esteroides cuya función principal es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos.

Analice las siguientes situaciones

Nuria es derivada por su psicóloga para evaluación clínica integral. Tiene 17 años, está sumamente deprimida y refiere que en su ser más íntimo se siente varón. No quiere ser revisada ni dialogar extensamente. Acepta concurrir a una citación programada para completar la evaluación clínica sacándose la mínima ropa necesaria. La mamá está angustiada y enojada; dice no comprender a su hija. La psicóloga le ha referido que la situación es difícil pues Nuria tiene ideas de muerte y la mamá no puede contenerla.

En el siguiente control Nuria pide que la llame Marcelo, acepta sacarse la ropa de abrigo y los zapatos. Usted puede constatar que Nuria lleva fajadas las mamas y tiene abundante vello en brazos, piernas y línea media abdominal. Por lo cual decide solicitar estudios de laboratorio y hormonales, constatándose una 17 hidroxiprogesterona elevada. Nuria le reclama tratamiento hormonal para disminuir tamaño de mamas, suprimir menstruación y adquirir aspecto más masculino. ¿Qué recomendaciones le daría a Nuria y a su mamá?

Roberto tiene 17 años. Es derivado por su psiquiatra quien lo ha tratado por 2 años por un cuadro de anorexia nerviosa. Actualmente se ha recuperado nutricionalmente; dice ser gay y tener relaciones con múltiples varones. Cuando usted lo entrevista le refiere que tiene relaciones sexuales sin cuidado, a veces con abuso de alcohol y/o marihuana. A lo largo de la entrevista clínica constata que su estado de salud es normal. Le brinda consejería para reducción de riesgos y daños en sexualidad y consumos. Lo recita con el carnet de vacunas y con análisis de laboratorio que incluyen serología para ITS. En la próxima consulta constata serologías normales y ausencia de vacunas de los 11 y 16 años, falta de vacuna antihepatitis A, dos dosis de vacuna antihepatitis B. ¿Cómo continuaría la consulta?

4

AUTOEVALUACIÓN

Jayme de 17 años es atendido por usted desde pequeño. Hace largo tiempo que no lo ve. Los padres acuden un día a su consulta refiriendo que dos días antes descubrieron en su cuarto una bolsa de ropa de mujer prolijamente cortada en tiras y una caja de maquillaje excelente. Están angustiados y enojados con su hijo. Al preguntarles donde está él, refieren que encerrado en su pieza y tirado en la cama desde hace más de 24 horas. ¿Qué sugeriría?

.....

.....

.....

.....

Establezca la correspondencia entre las frases que figuran en la columna de la derecha y los términos en la columna de la izquierda. Escriba en cada número la letra que corresponda. Cada letra puede ser usada una, varias o ninguna vez.

Sexo	
1. cromosómico	a) rasgos sexuales secundarios
2. hormonal	b) clítoris
3. genital interno	c) predominio de testosterona
4. estructural	d) trompas de Falopio
5. genital externo	e) IgA, IgG, IgG.
	f) enzima 5 alfa reductasa
	g) próstata
	h) gen SRY

CONCLUSIONES

Para abordar la salud sexual en la niñez y adolescencia es necesario conocer aspectos referidos a la sexualidad, las diferencias de género, las leyes y los factores de poder que influyen en el diseño y la provisión de servicios.

Aspectos importantes de abordar en la consulta con un niño, teniendo en cuenta que aprende a comunicarse y a solucionar problemas en su hogar, son las formas de vincularse de la familia y sus opiniones de género. Las creencias estereotipadas de género pueden ser consideradas de riesgo ya que promueven la valoración inferior de la mujer, al considerarla sensible y débil, y la aceptación de la “impulsividad” masculina como algo propio de su sexo, al igual que la falta de capacidad de manifestar adecuadamente sus emociones.

Es importante dialogar con el niño sobre sus juegos preferidos, sus vivencias con respecto a sus caracteres sexuales y los modelos con los cuales se identifica.

En la adolescencia, incluir en la consulta temas que van más allá de los comportamientos –número de parejas y prácticas sexuales– como factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad y que afectan las maneras en que el sexo es buscado, deseado y/o rechazado por mujeres, hombres y la gente joven. De esta manera, es posible adquirir una visión integral que se puede enriquecer con las investigaciones realizadas en el campo de la prevención y cuidado de las ITS/VIH, estudios de género y planificación familiar entre otros.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ❖ Arditi Z, Zorrilla P, Lamy P y Pasqualini D. Sexualidad adolescente: Información y riesgo. Buenos Aires. Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez 2004; 46: 203-208.
- ❖ Audi Parera L, Gracia Bouthelie R, Castaño González L, Carrascosa Lezcano A, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega J A et al. Grupo de trabajo sobre anomalías de la diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Anomalías de la diferenciación sexual. Protoc diagn ter pediatr. 2011; 1:1-12. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_anomalias_de_la_diferenciacion_sexual.pdf
- ❖ Educar Innovando. La pornografía en Internet y sus peligros. <http://www.educarinnovando.com/Pornografia%20en%20Internet%20y%20sus%20peligros.pdf>
- ❖ Hutcheson J, Snyder H M, Cendron M, Bomalaski M D. Ambiguous Genitalia and Intersexuality. Updated: Jan 11, 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/1015520-overview>.
- ❖ Krauskopf D. Proyectos, incertidumbre y futuro en el período juvenil. Archivos Argentinos de Pediatría, 2003, 101: 495-500. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivos-sarg/2003/A6.495-500.Krauskopf.pdf>
- ❖ Necchi S y Schufer M. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción. Archivos Argentinos de Pediatría 1999; 97: 101-108.
- ❖ Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación 2008. [en línea]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

-  Pantelides EA, Geldstein RN, Calandra N y Vázquez S. Iniciación sexual bajo coerción. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 1999; 6: 109-116.
-  Serrano CV. Marco de trabajo conceptual para comprender los problemas de adolescentes y jóvenes. *J Adolesc Health Care* 1993; 14: 673-682.
-  Tuñón I. Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y en la adolescencia. *Rev.latinam.cienc.soc.niñez juv.* Vol.8 Nº 2, Manizales. July/Dec. 2010, pp. 903 - 920. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2010000200010&script=sci_arttext
-  American Psychiatric Association. DSM-5. Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Gender Dysphoria. 2013. <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>

CLAVE DE RESPUESTAS

4

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

									S	E	X	O						
								G	E	N	E	R	O					
							S	E	X	U	A	L	I	D	A	D		
								P	U	D	O	R						
C	O	N	S	E	J	E	R	I	A									
H	O	M	O	S	E	X	U	A	L	I	D	A	D					
					E	R	O	T	I	S	M	O						
								E	D	U	C	A	C	I	O	N		
								T	R	A	N	S	G	E	N	E	R	O
								A	N	D	R	O	G	E	N	O	S	

Analice las siguientes situaciones.

Nuria. Explicar a la mamá que Nuria necesita continuar con su tratamiento psicológico dado su estado de ánimo y que sería conveniente que ella también tuviera un espacio terapéutico.

Le indicaría a Nuria una evaluación endocrinológica y continuar el tratamiento psicológico.

Evaluar en equipo con la psicóloga y la endocrinóloga la necesidad de una interconsulta psiquiátrica, no por temas relacionados a su identidad, sino por aspectos de su salud mental. Llamarla Marcelo si así lo desea.

Roberto. Continuar con la consejería para reducción de riesgos y daños en sexualidad y consumos. Insistir en el uso adecuado del preservativo, indicar vacunas: triple bacteriana adultos (dTpa), completar esquema de hepatitis B, dos dosis de vacuna antihepatitis A separadas entre sí por 6 meses, vacuna antiVPH tetravalente (Gardasil®).

Generar un espacio para conversar sobre sus deseos, búsqueda de placer y respeto por su propio cuerpo.

Jayme. Escucharía a los padres atentamente y evaluaría junto con ellos aspectos de la vida cotidiana del joven y de su estado de ánimo en el último tiempo. Luego les pediría que dialoguen con Jayme sin enojos ni agresiones y lo traigan a la consulta cuanto antes para descartar ideas suicidas.

4

CLAVE DE RESPUESTAS

Establezca la correspondencia entre las frases que figuran en la columna de la derecha y los términos en la columna de la izquierda. Escriba en cada número la letra que corresponda. Cada letra puede ser usada una, varias o ninguna vez.

Sexo	
1. cromosómico: h	a) rasgos sexuales secundarios
2. hormonal: c - f	b) clítoris
3. genital interno: d - g	c) predominio de testosterona
4. estructural: a	d) trompas de Falopio
5. genital externo: b	e) IgA, IgG, IgG.
	f) enzima 5 alfa reductasa
	g) próstata
	h) gen SRY



ANEXO 1

¿POR QUÉ Y CUÁNDO LA PRÁCTICA DE LOS PLACERES SE CONVIRTIÓ EN UN PROBLEMA? UN POCO DE HISTORIA

En la antigua Grecia, el conjunto de posibles experiencias sexuales tenía relación con la aphrodisia. La práctica de los placeres estaba sometida a la creencia de hacer un uso adecuado en el momento adecuado. Un varón en una posición de poder aunque no tenía nada prohibido debía tener la capacidad de control sobre sí mismo para poder tener el control de una polis. La templanza era una virtud muy valorada.

El autodomínio era propiamente masculino. El hombre mandaba, era racional, activo. Se ocupaba de dirigir, cultivar, aplicar técnicas, vender y comprar. Podía desear a mujeres o muchachos. Lo importante era desear lo bello y honorable.

La mujer era propiedad del hombre, responsable de organizar el hogar y lo que el hombre traía de fuera. De hecho, el vínculo matrimonial reflejaba esta asimetría pues el hombre decidía con quién casarse mientras que la mujer no decidía, sino lo hacía su familia. Así, la mujer tenía que satisfacer al hombre, dándole y criando hijos, y siendo buena ama de casa. Nada estaba prohibido en la relación matrimonial pero no eran bien vistos los excesos y la falta de respeto.

En general las mujeres eran casadas entre los 15 a 20 años, quedando así subordinadas al hombre que se transformaba en su modelo cabal y acabado al decir de Foucault.

El hombre solía casarse entre los 28 y 35 años y si antes había compartido experiencias con concubinas, esclavas o muchachos se esperaba que moderara su conducta sexual por respeto a su mujer. El conocimiento de sí mismo le permitiría, en caso ideal, ejercer la virtud de la templanza. Esto no constituía una ley universal, sino que era la prédica entre los grandes filósofos de la antigüedad.

La relación con los adolescentes varones consistía en la unión entre un hombre de posición y un adolescente que no superara un determinado umbral de edades y estaba rodeada de una especie de ritualización que le daba forma, valor e interés. Era el pretexto de toda una relación social que se iniciaba usualmente en el gimnasio o en la caza y debía terminar a una determinada edad transformándose en amistad.

Siglos más tarde, la concepción del pecado y la carne en la pastoral cristiana limitó la sexualidad a la alcoba matrimonial. Cada esposo debería responder por la castidad del otro, no inducirlo a cometer el pecado de la carne, no hacer solicitudes demasiado impúdicas ni rechazos rigurosos. El placer fue considerado algo malo en sí. El tema central de preocupación en la cultura europea era la joven o la mujer casada, su conducta, virtud, belleza y sentimientos. El arte nuevo de cortejarla fue descrito con el tiempo en forma novelesca. La moral exigía integridad de su cuerpo y solidez en su compromiso matrimonial. Se valoraba la virginidad antes del matrimonio, la fidelidad entre los esposos y la maternidad. Se excluía la relación con compañeros del mismo sexo.

No todos los esposos disfrutaban de la intimidad y, en este caso, la mujer tenía como función la reproducción y la maternidad, y el dueño de casa disfrutaba de las compañías de otras mujeres.

En el siglo XVII, en Occidente, el amor y la amistad fue visualizado como un ideal dentro del matrimonio. Y la mujer no toleraba, en muchas ocasiones, amantes y concubinas. Paulatinamente, el lugar de la mujer fue cambiando. En la época victoriana la mujer fue adquiriendo un estatus social diferente como faro de fortaleza moral, responsable del hogar e hijos y de algunos aspectos de la educación.

Luego de la revolución francesa e incentivadas por los valores de la modernidad, “Igualdad, Libertad y Fraternidad”, algunas mujeres comenzaron a reclamar sus derechos como ciudadanas, con variada suerte. Surgieron así algunas figuras femeninas integradas a los movimientos obreros que reclamaban participación social y económica igualitaria y sostenían el derecho a la educación para ambos sexos.

¿CÓMO FUERON MODIFICÁNDOSE EN EL SIGLO XX LAS DESIGUALDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

En el siglo XX, la mujer fue adquiriendo el derecho al voto, que se concretó en la Argentina luego de la Segunda Guerra Mundial.

En la década de los sesenta, se incrementaron los movimientos sociales en pro de las mujeres, la lucha contra la discriminación racial (negros) y religiosa (judíos) y las oportunidades educativas con mayores posibilidades de prosperidad económica. Progresaron las técnicas anticonceptivas que favorecieron que en el imaginario social apareciera la posibilidad de una sexualidad no ligada a la maternidad.

Hacia los años setenta, algunos sectores feministas reafirmaron con fuerza que las mujeres eran oprimidas por la sociedad patriarcal (familia y política tenían como fin la subordinación de las mujeres). Algunas sostenían que el ser diferente enaltecía a las mujeres: su irracionalidad, su sensibilidad y su sensualidad serían valores superiores a los masculinos así como la maternidad y la “ética de los cuidados”.

Hacia la década de los ochenta, ciertas corrientes de los Estudios de la Mujer, en sociedades industrializadas, mostraron tener limitaciones inherentes a la perspectiva unidireccional con que encaraban su objeto de estudio. Una de estas limitaciones consistía en que enfocar exclusivamente el problema de las mujeres llevaba a no tener en cuenta una visión de conjunto, ya que el “otro” no es pensado, significado ni reconstruido.

Comenzó a reconocerse que el género jamás aparece en forma pura, sino entrecruzado con otros aspectos determinantes de la subjetividad humana, como la edad, la clase, la nación, la etnia, la lengua, la preferencia erótica, la filiación política, la capacidad económica, la escolaridad, la ocupación, la conyugalidad, la fe religiosa y todas las demás posibles.

Sin embargo, a pesar que los movimientos feministas produjeron movimientos críticos, igualmente se reconocen actualmente sus logros:

- haber hecho visible lo que no se veía en la sociedad, poniendo en descubierta la marginación social de las mujeres;
- desmontar la pretendida naturalización de la división sexual del trabajo, revisando la exclusión de las mujeres del ámbito público y su sujeción en lo privado, etcétera.

Refieren Burin y Meler: "En los años ochenta, comienza a perfilarse una corriente más abarcadora e incluyente que busca nuevas formas de construcciones de sentido, tratando de avanzar en las relaciones entre mujeres y varones, con lo cual surgen los Estudios de Género. De forma paralela, un número aún reducido de hombres comenzó a cuestionarse sobre la 'condición masculina', esto es cómo la cultura patriarcal deja sus marcas en la construcción de la masculinidad, afectando sus modos de pensar, de sentir y de actuar. Algunos de estos estudios dan lugar a la llamada 'nueva masculinidad'".

"La polarización entre los géneros sexuales tiende a disminuir en la modernidad tardía. Las condiciones de vida son cada vez más semejantes para mujeres y varones, por lo que se produce una articulación entre las actuales prácticas sociales (en las que el acceso a la educación es semejante para varones y mujeres, y ambos se insertan en el mercado laboral aunque lo hagan de modos diversos), y las representaciones sociales acerca de la feminidad y la masculinidad", refiere Irene Meler.

Describe la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Si bien la posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, los progresos son desiguales y sigue habiendo muchos obstáculos que superar. Muchas mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y de acceder a la educación. La mortalidad y la morbilidad maternas siguen siendo elevadas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen estando muy mal distribuidos entre los países y en el interior de éstos". Para reducir las desigualdades sanitarias, es esencial establecer políticas participativas en pro de la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres.

Equidad no es lo mismo que igualdad y no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la OMS se reserva para las desigualdades que son "innecesarias, evitables e injustas". Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social.

Por otro lado, recordemos que en el siglo XX hubo fenómenos que revolucionaron las prácticas sexuales. En 1920 el descubrimiento del látex y la aparición del condón. En la década de los sesenta, la irrupción de los anticonceptivos orales, y en la de los ochenta, la presentación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

A raíz de ellos, los programas referidos a la Planificación Familiar y, posteriormente, los de Salud Sexual y Reproductiva tuvieron un auge importante. Se comenzaron a estudiar los comportamientos sexuales de varones y mujeres, el uso de los métodos anticonceptivos y se hizo hincapié en la promoción de la salud para evitar embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Y, posteriormente, se empezaron a investigar los problemas relacionados con la coerción y la violencia de género.

Y, además, en el siglo XX se afirma la sexualidad como un derecho donde se contemplan varias variables y surge, entre ellas, el derecho a la procreación y al placer.

Así, aparece otra dimensión de estudio ¿Qué desean hoy varones y mujeres? ¿Qué esperan de las relaciones sexuales?

¿PORQUÉ PROTEGER A LOS NIÑOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES?



Las dosis de las radiaciones recibidas se acumulan durante toda la vida.

Los niños son más vulnerables porque están en continuo crecimiento.

Es necesaria la protección de genitales y tiroides porque son órganos más sensibles a las radiaciones. Tomografías y radioscopías implican dosis muy altas de radiaciones.

La población está expuesta a la radiación de origen natural (sol) y artificial proveniente de los equipos de Rayos, Radioterapia y Medicina Nuclear.

NO

- Insistir en repetición de estudios.
- Presionar al profesional para la realización de más estudios radiológicos.
- Sobrevalorar los estudios radiológicos. Valorar el juicio clínico y la experiencia del profesional.
- Solicitar estudios de control sin esperar la evolución de la enfermedad.

SÍ

- Concurrir a la consulta con los estudios ya realizados.
- Preguntar por el uso de métodos que **NO** utilicen radiaciones ionizantes, como la ecografía.
- Valorar el interrogatorio y el examen clínico que realiza el profesional y que puede evitar estudios radiológicos. Se puede llegar al diagnóstico escuchando y revisando sin necesidad de radiografías.

***La salud a corto, medio y largo plazo de sus hijas e hijos se lo agradecerá.
Disminuir las radiaciones artificiales en los niños
debe ser un compromiso de todos los médicos.***

Modificado de: Díptico radioprotección. Material para profesionales . Hospital Elizalde. <http://www.hospitalelizalde.org/novedades.asp>
Pediatric environmental Health Speciality Unit - Valencia . <http://www.pehsu.org/research/hsostenible/rx/rx.pdf>

PRONAP 14

Dr./a:

**Sociedad Argentina
de Pediatría**



Por un niño sano
en un mundo mejor

Esta tirada de 6.100 ejemplares fue impresa en septiembre de 2014 en



Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS)
Ciudad de Buenos Aires • Telefax: 4327-1172 •
ideografica@netizen.com.ar



**Sociedad Argentina
de Pediatría**
Secretaría de Educación Continua

www.sap.org.ar / e.mail: pronap@sap.org.ar

Tel/Fax (54-11) 4821-8612 /19 int. 130 - 131 - 132 - 145

Av. Coronel Díaz 1971 - (C1425DQF) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina