



## Pediatría general

Beatríz Anzures López\*

### RESUMEN

La pediatría general incluye la patología medicoquirúrgica y de especialidades que presentan pacientes en las diferentes edades pediátricas desde el nacimiento hasta el término del crecimiento y desarrollo, que en promedio se alcanza entre los 18 y 20 años. Esta sección de Educación Médica Continua aborda temas de interés como: 1) el que se refiere al destete precoz como factor de riesgo de apendicitis aguda en niños; alerta al médico sobre la gran importancia que tiene la alimentación al seno materno en los primeros meses de la vida. 2) El que versa sobre el gasto fecal en niños estables con intestino corto, y el esquema de alimentación que requieren estos pequeños. 3) El que trata sobre apendicitis en un lactante de dos meses con conducto peritoneovaginal permeable; pone de manifiesto la rareza de esta entidad en los lactantes y que no es raro que se acompañe de otra patología. 4) El que alerta sobre la estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil, problema endémico en todo el mundo. 5) El que informa sobre enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) y el dilema de que sea la misma enfermedad en niños que en adultos.

**Palabras clave:** Destete, ablactación, apendicitis, riesgo, gasto fecal, intestino corto, maltrato infantil, "apego seguro" reflujo gastroesofágico.

### ABSTRACT

*General Pediatrics includes all diseases of medico surgical pathology and of specialties shown by patients in the different pediatric ages from birth to grown up and development which in average is presented between 18 to 20 years old. This section of Continuous Medical Education enters upon matters of interest to the physician dealing with children as: 1) Precocious weaning as a risk factor of acute appendicitis in children calling alert to the physician upon the great importance that has the maternal breast nutrition during the early months of life. 2) The one dealing with fecal waste in stable children having short bowel and the nutrition scheme required by those children. 3) Appendicitis in a feminine suckling baby about two months old with permeable peritoneum-vaginal duct making evident the uncommonness of this entity but in which wouldn't be rare to find another pathology accompanying, so the diagnosis is done during a surgical procedure. 4) The one calling the attention upon the strategy in order to prevent the child treat ill, problem that should be call as an endemic all around the word. 5) The one giving information about gastroesophageal reflux disease (GERD) and the dilemma that could be the same in children than in adults.*

**Key words:** Weaning, appendicitis risk, fecal waste, short bowel, child treat ill, "security fondness" gastroesophageal reflux.

### El destete precoz como factor de riesgo de apendicitis aguda en niños

*Gac Méd Méx* 2005; 141 (6): 501-504.

Artículo original de los doctores Gómez Alcalá y Hurtado Guzmán de la Coordinación de Investigación en Salud, Delegación Sonora IMSS, Hospital General de Especialidades, Centro Médico Nacional Noroeste, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora México.

El objetivo de los autores fue determinar si la alimentación al seno materno exclusiva (ASME) o combinada (ASMT) de corta duración o la ablactación temprana contribuyen como factores de riesgo para el desarrollo de apendicitis aguda en la niñez. La finalidad fue comparar el régimen de alimentación durante la lactancia, en pacientes operados por apendicitis aguda y controles no afectados por ella.

La apendicitis aguda constituye probablemente la entidad más frecuente para una intervención quirúrgica de abdomen. Se cree que uno de los factores que contribuye a que se genere un tejido linfóide volumi-

\* Servicio de Pediatría. Hospital General de México.

noso es la exposición prematura del intestino a gérmenes y diversos antígenos en los primeros meses de la vida, es decir lactantes con destete temprano.

Se ha demostrado que la alimentación al seno materno en el lactante permite desarrollar, en la luz intestinal, una barrera virtual para la adhesión de los gérmenes al enterocito; lo cual reduce frecuencia y severidad de infecciones, así como la reacción inflamatoria que se asocia a ellas. La modulación de los mecanismos de defensa del huésped podría programar al sistema inmune del lactante con efectos a largo plazo, y probablemente en forma favorable afectar la función de órganos dotados de tejido linfóide con luz de diámetro pequeño como es el apéndice.

El estudio consistió en el análisis de casos y controles en 200 menores de edad preescolar, escolar y adolescentes con diagnóstico de apendicitis aguda, por interrogatorio a las madres respecto a la duración de la alimentación al seno materno y la edad de inicio de fórmulas lácteas y papillas, se analizaron los datos mediante  $\chi^2$ , razón de momios (RM) e intervalos de confianza (IC95%)

La finalidad del estudio fue comparar el régimen de alimentación durante la lactancia, entre pacientes operados por apendicitis aguda y controles no afectados, con el objetivo, como ya se expresó, de determinar si el destete precoz es un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.

En el Hospital de Especialidades 1 del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora, entre 1999 y 2002, previa aprobación por el comité local de investigación, fueron estudiados 400 pacientes de edades preescolar, escolar y adolescentes, para conocer el patrón de alimentación que tuvieron durante la lactancia. De ellos, 200 fueron incluidos por cursar con apendicitis aguda confirmada en el acto quirúrgico; los restantes habían sido hospitalizados por traumatismo musculoesquelético agudo leve a moderado y sin otra patología para fungir como controles pareados por edad y sexo.

De manera intencional, se interrogó a las madres para conocer: a) cuál fue la duración total en meses de la lactancia materna (ASMT); b) cuál fue la duración en meses de la lactancia materna exclusiva, sin complementos lácteos o sólidos de otra naturaleza (ASME) y c) cuál fue la duración en meses del periodo de preablactación (meses en que el menor sólo recibía alimentación láctea, materna y/o industrial). Fueron excluidos los casos en que se consideró poca confiabilidad en la madre.

Después de obtener las respuestas, se generó una base de datos con el paquete estadístico SPSS versión 10.0. Se hicieron cálculos de límite,

media y desviación estándar de las variables numéricas, al constatar uno y otro grupo mediante la prueba estadística de  $\chi^2$ . A las variables de tipo nominal se le calculó una razón de momios (RM), estableciendo además los intervalos de confianza para ellos (IC95%)

Los grupos tuvieron límites de edad de dos a 16 años (promedio  $9.9 \pm 3.7$  años) y constaron de 127 varones (64%) y 73 mujeres (36%), con los resultados obtenidos los autores concluyen que el riesgo de padecer apendicitis aumenta en los niños que no recibieron ASME y en los que recibieron ASMT por menos de seis meses.

Los autores concluyen que el riesgo de padecer apendicitis aguda aumenta significativamente en los niños que nunca recibieron el beneficio de una ASM, y en los que recibieron el seno materno por menos de seis meses. Los niños que padecieron la enfermedad recibieron, durante sus primeros meses de vida, alimentación al seno materno por un tiempo significativamente inferior y fueron ablactados a una edad menor que los que no la padecieron.

La ASM proporciona al recién nacido el mejor de los aportes nutricionales, además de muchos otros factores benéficos de índole inmunológica; desarrollo celular y de la flora bacteriana para el intestino del lactante. La leche materna interactúa de manera notable con la pared intestinal, transmitiéndole un mensaje bioquímico actualizado con información suficiente para bloquear la adhesión de gérmenes a la mucosa, impedir la colonización intestinal y las infecciones por agentes enteropatógenos. Como órgano inmunológico, la glándula mamaria, en respaldo del incipiente tejido linfóide intestinal, sintetiza citocinas moduladoras de la respuesta inflamatoria intestinal ante estímulos diversos, que evitan que ésta escape de control y comprometa la función del tubo digestivo. En los últimos años se ha documentado la importancia de la alimentación con leche materna como factor protector dosis-dependiente, no sólo en los procesos patológicos propios de la lactancia, sino en numerosas entidades que afectan a los niños y aun a los adultos. Diversos autores han observado que protege a los lactantes de infecciones de oído medio e invaginación entre otras.

Piscane y colaboradores, citados por los autores, también han analizado la posibilidad de que la ASM (alimentación al seno materno) brinde protección contra el desarrollo de apendicitis en la vida futura; su reporte muestra que los pacientes con apendicitis habían recibido leche materna durante un número de días significativamente inferior al de los controles.

A la fecha, no existe algún estudio similar que confirme o contradiga lo anterior; pero los resultados refuerzan el hallazgo de estos autores en consideraciones no sólo cuantitativas (la menor duración de la ASM y de la ASMT son factores de riesgo de apendicitis), sino cualitativas (el no haber recibido nunca lactancia materna exclusiva también es factor de riesgo para desarrollar apendicitis).

¿Cuál es el mecanismo fisiológico por el que la lactancia materna opera como factor de protección contra la apendicitis? Algunos autores han propuesto que los sistemas de contención de antígenos y de modulación de la respuesta inflamatoria que proporciona la leche materna programan a largo plazo al tejido linfoide del lactante para responder de una manera moderada ante los retos; así, en todo el tubo digestivo, incluyendo la pared del ciego que forma la base del apéndice, se desarrolla un tejido linfoide más tolerante y, por ende, menos voluminoso. Con ello, el apéndice, órgano de pequeño calibre, puede ganar una mayor luz y mostrar una menor tendencia a la obstrucción.

En cambio, los niños que desde pequeños son alimentados con fórmulas industrializadas o que son ablactados tempranamente pueden desarrollar grandes nódulos linfáticos en el ciego y en la base del apéndice, con lo cual la luz del apéndice se reduce y esto lo predispone a la obstrucción e inflamación.

Algunos autores han hecho la observación que el incremento en el número de casos de apendicitis en niños y jóvenes pudo originarse, al menos en parte, por el descenso importante en la ASM durante las recientes décadas pasadas. Será interesante observar si, en los próximos lustros, se detecta reducción en el número de casos de apendicitis coincidente con el aumento en la lactancia materna propiciado por los programas "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" auspiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que fomentan la lactancia materna".

**Comentario.** La leche materna tiene características inigualables para alimentar al niño en el transcurso del primer año de edad. Su cantidad y proporciones van cambiando de acuerdo a las necesidades requeridas según la edad; por ejemplo, el calostro (secreción de la glándula mamaria durante los primeros días después del nacimiento), transmite al recién nacido información o memoria para defenderse, y la experiencia que la madre tiene de infecciones que ella ha superado, sigue en el transcurso de la lactancia pasándole anticuerpos "defensas", para infecciones determinadas que lo protegen transitoriamente en tanto el niño forma sus propios anticuerpos. Y algo por

demás importante, la madre que amamanta a su hijo está propiciando la "maravillosa" relación madre-hijo que ayudará a la seguridad que el niño tendrá en el futuro, por el resto de su vida.

La leche materna es fuente de nutrición, salud, afecto y protección para la madre y su bebé. ¿Qué ha pasado con esta forma natural y ancestral de hacerlo durante los últimos tiempos? ¿Por qué a muchos niños se les priva de recibir la leche materna y todos los beneficios que esto implica? Muchos son los factores que podrían considerarse a este respecto, solamente nos limitaremos a algunas reflexiones:

La industrialización y desarrollo de los países, la emancipación de la mujer y su incorporación a la fuente laboral, la evolución de la medicina y la labor publicitaria de la industria farmacéutica podrían ser algunos de estos factores que propician la alimentación del lactante con diferentes fórmulas de leche industrializada en sustitución o como "complemento" de la leche materna. Recordemos, pues, que la alimentación ancestral y natural del niño durante los primeros meses de edad es la alimentación al seno materno.

#### **Gasto fecal en niños estables con intestino corto**

*Bol Med Hosp Infant Mex* 2005; 62 (4): 261 –267.

A la fecha, no existen estudios publicados con metodología controlada que determinen valores normales de gasto fecal en la supervisión de pacientes con intestino corto. Por lo que surge la necesidad de evaluar gasto fecal durante los periodos de estabilidad clínica en pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de intestino corto para establecer parámetros de seguimiento que ayuden a su tratamiento.

El objeto de este trabajo, de los doctores Aragón Calvo, García Aranda y Lic. Toussent M del Departamento de Gastroenterología y Nutrición, fue comparar el gasto fecal de pacientes pediátricos estables con diagnóstico de intestino corto (IC), con o sin válvula ileocecal, hospitalizados en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo de enero 1 de 1992 al 31 de diciembre de 2002, los que recibieron diferentes fórmulas enterales además de nutrición parenteral total (NPT). Los autores presentan este artículo original y exponen que el síndrome de intestino corto produce malabsorción intestinal de nutrimentos, líquidos y electrolitos, a consecuencia de la resección intestinal de más de 50% de intestino

delgado, por lo que se origina déficit nutricional, seguida de desnutrición y predisposición a complicaciones infecciosas y metabólicas.

Se llevó a cabo la revisión de las hojas de registro diario de gasto fecal (GF) por kilo de peso en niños con intestino corto. Se definió periodo de estabilidad clínica (ES) como: siete días sin infección, sustancias reductoras en evacuaciones menores a ++ y sin alteraciones metabólicas-hidroelectrolíticas.

El gasto fecal en niños estables con intestino corto fue de 31.5 g/kg/día. La fórmula modular de pollo más NPT nutrición parenteral inicial en forma exclusiva. Al iniciar la alimentación enteral debe mantenerse el aporte parenteral cubriendo los requerimientos nutricionales del niño; según sea la tolerancia del paciente, se va disminuyendo el aporte parenteral y aumentando el enteral en forma progresiva con el objetivo final de dar todo el aporte energético y nutricional por vía enteral, sin suplemento parenteral ni nutrición enteral continua. Esto parece ser la mejor opción para el tratamiento nutricional de los niños con intestino corto.

Se consideran cuatro tipos de alimentación: NPT exclusiva; NPT acompañada de nutrición enteral con fórmula semielemental (sin lactosa, con polímeros de glucosa, proteína hidrolizada, aceite con triglicéridos de cadena media (TCM); NPT más fórmula elemental (sin lactosa, con maltodextrinas, aminoácidos libres y aceite con triglicéridos de cadena media).

El protocolo de nutrición para estos niños consistió en iniciar con NPT, para posteriormente (una vez que se ha resuelto en forma satisfactoria el evento quirúrgico y las condiciones gastrointestinales, hemodinámicas y electrolíticas del niño lo permitan) dar alimentación enteral, con sonda nasogástrica, a goteo continuo con bomba de infusión. Se principia con fórmula semielemental a dilución normal, a razón de 1 o 2 mL/kg/hora, diariamente, se aumenta el volumen de la fórmula, según el gasto fecal y las sustancias reductoras y se disminuye la NPT, tratando de cubrir las necesidades nutrimentales del niño. En el caso de que el niño muestre intolerancia, la fórmula se cambia a elemental; luego se repite el proceso hasta llegar finalmente a la fórmula modular de pollo.

Todos los niños con intestino corto son manejados en cama metabólica en el Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Infantil de México Federico Gómez para cuantificar su gasto fecal, separando siempre la orina de la evacuación fecal mediante el empleo de una bolsa recolectora de orina; la que a su vez tiene una sonda para estar desechando la orina y evitar que se mezcle con las evacuaciones.

La mediana de edad de 14 niños a su ingreso fue de tres meses (uno de 55 meses). La distribución de frecuencias fue la misma para ambos sexos; la mediana de estancia hospitalaria fue de 3.4 meses (mínimo = 0.8, máximo = 24).

De estos 14 niños, ocho fueron operados en el hospital, por lo que se obtuvo la longitud del remanente del intestino, 15 a 95 cm. Los otros seis casos fueron operados fuera de la institución, de los cuales en cuatro se resecó más de 120 cm de intestino y en dos sólo se supo que el diagnóstico fue de síndrome de intestino corto.

**Comentario.** El protocolo de nutrición que requieren estos niños con intestino corto debe iniciarse siempre en medio hospitalario de tercer nivel para controlar el gasto fecal y, por lo tanto, que cuente con todos los recursos, necesarios: expertos en nutrición y laboratorio que los apoye, así como cama metabólica que permita llevar el control estricto de este gasto fecal en los niños estables para que pueda pasar, en forma paulatina, de la alimentación parenteral a la alimentación enteral, para lo cual es necesario saber los valores normales de gasto fecal en periodos de estabilidad clínica en pacientes hospitalizados con diagnóstico de intestino corto por resecciones intestinales de más del 50%, y así poder establecer parámetros de seguimiento que ayuden a su tratamiento.

#### **Apendicitis en un lactante de dos meses con conducto peritoneovaginal permeable**

*Gac Med Mex* 2005; 141(5): 421-423.

En los lactantes la apendicitis aguda es una entidad muy poco frecuente y en especial cuando se asocia con defectos estructurales como conducto peritoneovaginal permeable, divertículo de Meckel, pie equinovario bilateral y síndrome de Moebius.

Sin embargo, hay que considerar que la apendicitis aguda es la enfermedad más frecuente que requiere intervención quirúrgica de urgencia. Su mayor incidencia se encuentra entre los seis y 12 años de edad en la experiencia de los autores doctores Baeza Herrera, Salinas Montes, Escobar Izquierdo, Nájera Garduño y Godoy Esquivel del Departamento de Cirugía del Hospital Pediátrico Moctezuma de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, México, en más de 950 apendicectomías por año, la enfermedad se presenta en el recién nacido en menos de 0.3%, antes del año en 1.0% y en el 5.0% de los casos antes de los tres años de edad y hay que considerar que la presencia de un conducto peritoneovaginal abierto,

es una condición que acompaña a más de la tercera parte de recién nacidos pretérmino y permanece abierto toda la vida en aproximadamente 20% de la población sin causar ninguna molestia.

En los lactantes, la apendicitis aguda es una condición rara y más aún en los menores de un año. Se considera que la inflamación del apéndice en los niños pequeños, comentan los autores, representa la ocurrencia de otra enfermedad que aún no se manifiesta en forma clásica, como la enterocolitis necrosante y menos frecuentemente enfermedad de Hirschsprung.

El diagnóstico de apendicitis en lactantes generalmente es posoperatorio, en raras ocasiones es posible detectar la presencia de inflamación apendicular a través de un onfalocele.

El caso que se presenta en este artículo se trató de un lactante de dos meses de edad nacido en medio hospitalario que ameritó fase 3 de ventilación por sufrir asfixia neonatal e hiperbilirrubinemia. Inicia su padecimiento dos días antes de ingresar a un hospital por fiebre y vómito no cuantificado; se realizó diagnóstico de faringitis y fue remitido al Departamento de Cirugía de este hospital. Peso: 4,200 g, fiebre de 40.5° C, deshidratado, pálido, fontanela anterior hundida, quejumbroso y mal estado general; abdomen distendido, con hiperestesia, resistencia muscular y ausencia de movimientos intestinales, se apreció aumento de volumen en el canal inguinal izquierdo y presentaba además, pie equino bilateral y síndrome de Moebius. La radiografía de abdomen mostró presencia de niveles hidroaéreos, incluyendo uno en la región escrotal izquierda. Se considera la posibilidad de apendicitis, encontrándose en la intervención quirúrgica apéndice cecal gangrenado. Hospitalizado tres días, salió a su domicilio. Reingresa tres semanas después con distensión y dolor abdominal y ausencia de evacuaciones. Es reintervenido, encontrándose una banda de 50 cm de la válvula ileocecal que comprimía el íleon distal. Se efectuó resección y anastomosis termino-terminal. El estudio radiológico de control no mostró alteraciones. Durante el seguimiento su estado es satisfactorio.

Por lo que respecta al conducto peritoneovaginal permeable, es notoria su presencia cuando existen manifestaciones que sugieren el paso de un segmento de intestino o del epiplón hacia el defecto herniario, o bien, hemorragia intraperitoneal como consecuencia de una lesión de víscera maciza y escurrimiento hacia la hernia; o cuando por apendicitis complicada y peritonitis, se acompaña de flogosis de la región afectada.

La asociación de dos o más entidades raras no es frecuente. El caso que se presenta es un ejemplo demostrativo y el primero que conocen los autores en la literatura nacional.

**Comentario.** La apendicitis y la intususcepción o invaginación intestinal son extremadamente raras en recién nacidos y en lactantes. Este artículo es útil para recordar al médico que atiende recién nacidos y niños pequeños que, aunque la apendicitis no es frecuente a estas edades, se debe tener en mente para permitir diagnosticar e intervenir oportunamente a estos pacientes. La rareza de esta entidad se encuentra en especial en la patogénesis mecánica de ella, la dieta con base en leche administrada al neonato y lactantes, y la postura en decúbito lo hacen menos propenso a la obstrucción intraluminal. Otras causas citadas en la literatura son la forma anatómica del apéndice a esta edad, que es en forma de embudo con apertura ancha en el ciego, por lo que hay menos riesgo de obstrucción que la "forma de dedo" del apéndice en edades mayores.

#### **Apego: Estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil**

*Acta Pediatr Mex* 2005; 26 (6): 250-330.

Es imperativo que en este siglo se desarrollen nuevas estrategias para modificar los modelos de atención que coadyuvan a modificar la pandemia de violencia contra los niños que a nivel mundial es un problema de salud pública, señalan Gómez Jiménez y colaboradores de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

En la Clínica de Atención al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) siempre se lleva a cabo acción "preventiva secundaria" para evitar que los niños sean agredidos nuevamente y también se realiza "prevención terciaria", lo que puede evitar una "huella neuroinmunoendocrina intangible", la cual se realiza mediante atención psicológica específica y así evitar que el niño maltratado se convierta en "maltratador" al ser padre de familia.

El reto para este milenio es desarrollar un "Programa de prevención primaria" para lo que se requiere de la participación de gobierno, sociedad y especialistas, considerando los "Derechos y Obligaciones" referentes a niños y adolescentes, tomando en cuenta los avances de la medicina genómica, las ciencias políticas, la educación y la bioética.

La intervención preventiva se basa en manejar la plasticidad cerebral del menor mediante una atención

sicológica específica cuyo objetivo, como ya se mencionó anteriormente, es evitar que el niño maltratado se convierta en maltratador cuando llegue a ser padre de familia, lo que puede ocurrir si las condiciones familiares y el ambiente lo propician.

Dentro del marco de parentalidad y crianza ideal para el niño, destaca el apego como acción indispensable para la edificación de la resiliencia, condición básica que todo ser humano construye en el transcurso de su vida; por tal motivo, los pediatras y otros profesionales que interactúan con niños deben familiarizarse con las características básicas del apego que expresa cualquier niño.

Se entiende por apego, la interacción afectiva que se establece entre un niño y su cuidador, se construye desde el nacimiento y tiene duración prolongada.

Los autores comentan que Bowlby desarrolla la teoría de apego a partir de estudios psicoanalíticos y del comportamiento de las especies, e integra lo biológico con lo psicológico para comprender el desarrollo emocional del niño. Postula también que los sentimientos y conductas de una madre o cuidador hacia el niño están profundamente influidos por la experiencia de sus primeros años de vida; de allí que el apego es la vinculación de una persona para formar un fuerte lazo emocional con otra, lo que conduce a que ambas partes tiendan a permanecer en mutua proximidad. Estas relaciones de apego se acompañan de las emociones y sentimientos más fuertes y ocurren por medio de expresiones faciales, tonos de voz, cambios fisiológicos del ritmo respiratorio y cardíaco; de movimientos posturales y de acción como reír, llorar, etcétera. En esencia, la teoría del apego explica la regulación entre las emociones y los cambios fisiológicos.

El apego no está presente al momento del nacimiento; es la consecuencia de una interacción constante entre el niño y su madre o cuidador principal. El apego evoluciona en función al desarrollo psicomotor del niño. Bowlby ha clasificado este fenómeno en cuatro fases que deben conocer los pediatras y profesionales dedicados a la atención de los niños sanos o enfermos:

**Fase 1.** Orientación y señales.

**Fase 2.** Orientación y señales dirigidas.

**Fase 3.** Mantenimiento de la proximidad con una figura conocida.

**Fase 4.** El autor no le dio una denominación específica. Esta fase se inicia aproximadamente a los dos años. El niño identifica la presencia o la ausencia temporal de sus cuidadores, quienes van y vie-

nen en el transcurso del día. Ante ello, manifiesta de diversas maneras sus emociones y desarrolla su interacción social.

Ainsworth retoma la teoría del "apego" poniendo de manifiesto la importancia del vínculo afectivo y mediante registros observacionales construye el método "situación extraña" con el que evalúa objetivamente el apego del niño hacia la figura materna. Este método le permite identificar tres tipos de circunstancias familiares que favorecen su desarrollo: a) apego seguro, b) apego ansioso-ambivalente y c) apego ansioso-evitativo o evasivo.

Main y Solomon ampliaron la clasificación con un tipo de apego denominado desorganizado, con el que pediatras, psicólogos y paidopsiquiatras puedan reconocer las diferentes modalidades del desarrollo emocional del niño. Es importante que el profesional interesado en estos aspectos conozca e identifique el comportamiento de ambos actores (madre e hijo) (padre e hijo) con el fin de desarrollar estrategias de atención de prevención.

Cuando las condiciones emocionales o sociales de los padres están poco desarrolladas, el arribo del niño les genera angustia y temor, situaciones que frecuentemente no pueden resolver y descargan su frustración, su impotencia y su agresividad en su hijo.

Para el médico y otros profesionales que atienden niños es de gran importancia precisar y comprender el tipo de apego que presenta un niño aparentemente sano y es necesario intervenir activamente ante los siguientes signos de alarma: llanto constante del niño aun en presencia de su cuidador, indiferencia hacia su cuidador principal o secundario, comportamiento dócil e indiferente durante el manejo médico. De inmediato se debe identificar la actitud de la madre a las demandas biológicas y emocionales del niño y fomentar las siguientes acciones: que vea al niño cara a cara; que le hable directamente, pues el niño es un ser que escucha y comprende; que toque constante y directamente su piel; que le ofrezca seguridad y protección ante situaciones frustrantes o que le provoquen ansiedad; que estimule el desarrollo emocional y motor del niño a través del juego. Estas acciones son parte fundamental de la construcción creativa e interacción social-afectiva y no únicamente pasatiempo.

Estas estrategias fortalecerán el apego seguro y con ello, probablemente, la prevención del maltrato infantil. La orientación a los padres es responsabilidad del pediatra, puericultores, maestros, etcétera.

Para que sea eficaz, es necesaria una interacción cálida y efectiva.

Esta responsabilidad debe ser mayor en casos de maltrato infantil, pues la función del grupo tratante no termina con sólo diagnosticar el problema y atender médicamente sus consecuencias. Es importante precisar el tipo de apego del menor e implementar estrategias a fin de prevenir la repetición del maltrato (prevención secundaria) o la transmisión generacional de esta patología médico-social (prevención terciaria). Probablemente así se evitaría que el niño maltratado sea maltratador de su hijo cuando sea adulto.

En el apego desorganizado el niño tiene una conducta ambivalente de demanda intensa de proximidad y de evitación e indiferencia ante el cuidador. Lo primero lo manifiesta con llanto e irritabilidad excesiva; y la segunda, evitando el contacto físico y visual mediante una actitud deprimida y de apatía. Esta combinación se debe a que el cuidador (madre) probablemente sufre una enfermedad psiquiátrica, alcoholismo, drogadicción, depresión, historia de abuso infantil; en el niño se presentan movimientos y expresiones incompletas y mal dirigidas, lentitud de movimientos, asimétricos, a destiempo y estereotipados; búsqueda intensa de proximidad seguida de fuerte evitación, los niños parecen aturdidos o desorientados cuando se encuentran con un adulto, experimentan temor y confusión ante un cuidador, conductas controladoras hacia la figura principal, expresión facial aturdida, deprimida o apática, postura hipervigilante.

Es importante que pediatras, sicólogos, paidopsiquiatras, educadores, cuidadores, etcétera, se familiaricen con las características básicas de estas variedades de apego para poder detectar alguna anomalía emocional en el niño. La formación del apego tiene un impacto en la organización y regulación del sistema límbico y otras estructuras involucradas: corteza prefrontal y cuerpo caloso. La calidad y seguridad de las primeras relaciones entre el niño y su cuidador son básicas para el desarrollo del vínculo afectivo, lo que promueve la autoestima y la confianza en sí mismo; la disposición del niño para vincularse es tan fuerte que aun en presencia de una figura "negativa" éste se establece. La existencia de apego seguro demuestra que ha habido una forma de parentalidad cálida, gracias a lo cual el niño desarrolla una base segura para la exploración y para su adaptación progresiva al medio ambiente y a su entorno social.

**Comentario.** Todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y a tener condiciones de salud para su adecuado crecimiento y desarrollo físico, psicológi-

co y social, siendo toda esta tarea una obligación para los médicos que atienden niños. Recordemos que la salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino bienestar físico, psicológico y social. Para la preservación de la salud física y mental de los niños a la fecha y cada día se han agregado una serie de retos que provienen de los estilos de vida cambiantes que vienen siendo consecuencia de las diferentes relaciones actuales sociales, económicas, culturales y políticas de México y el mundo entero. ¿Son adecuadas las características actuales de nuestra sociedad y de la familia en la que viven los niños? ¿Qué tan apropiadas o desfavorables les son? Los problemas que afectan a la sociedad repercuten principalmente en los niños: pobreza, hacinamiento, desnutrición, explotación, maltrato, abuso sexual, abandono, alcoholismo, drogadicción y pornografía infantil, para citar algunos; todos con impacto importante para el menor, pues impide el "apego-seguro" y la interacción afectiva que se debe establecer entre el niño y su cuidador, característica básica de apego que le permita desarrollar su interacción social.

#### **¿La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en el niño, es la misma que la del adulto?**

*Acta Pediatr Mex* 2005; 26(4): 197-200.

Este artículo de revisión del doctor Beltrán Brown y Villegas A del Hospital ABC, Academia Nacional de Medicina e Instituto Nacional de Pediatría, UNAM, plantea la hipótesis de que el reflujo gastroesofágico (ERGE) en el niño y en el adulto son el mismo padecimiento que se apoya en que los síntomas, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico son similares. Los autores realizaron una encuesta en 2,304 individuos de todas las edades. El resultado mostró que, con pocas variaciones, la proporción de pacientes afectados fue parecida entre 23 y 26% para niños, adultos e individuos de la tercera edad, para adolescentes y adultos jóvenes fue difícil cuantificar el porcentaje de quienes tenían ERGE.

La historia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se inició en México en 1954 con la presentación de la experiencia en 89 niños en la Academia de Pediatría en Nueva York con el trabajo titulado "*Hiatus herniae with surgical treatment in 89 children*". En esa época se desconocía este problema en los Estados Unidos. Para 1970, cuando el Hospital Infantil de México era el único hospital infantil de

concentración para niños y casos severos de ERGE, en 22 años de experiencia en cirugía pediátrica, recopilaron 140 casos de ERGE, 70 de ellos con estenosis esofágica.

En los años 80 del siglo pasado se recopilaron los casos con defectos congénitos de la pared abdominal: onfalocele, gastrosquisis, malrotación intestinal y hernia diafragmática, muchos de ellos acompañados de un defecto del hiato diafragmático; otros complicados de *cor pulmonale* en niños sin cardiopatía, posiblemente secundarios a hernia hiatal.

Las observaciones orientaron a señalar la gran similitud del cuadro clínico en varios aspectos del padecimiento en todas las edades. Los datos encontrados permitieron a los autores proponer la clasificación del cuadro clínico de la ERGE en: a) Leve: incluye el 90% de los casos, fue descrita por Carré como la "historia natural" de padecimiento con mejoría espontánea y notoria entre los cuatro y 18 meses de edad; b) Moderado: Persisten varios síntomas como el vómito ocasional con restos de sangre digerida, que puede acompañarse de algunas complicaciones como el síndrome de Sandifer, en el que existe laxitud de los tejidos de sostén y alteraciones supralaringeas como laringitis, otitis y sinusitis y c) Severo: Los pacientes pierden en forma importante peso, presentan anemia, apnea nocturna y vómito frecuente, se requiere de estudios especiales de esofagoscopia para valorar la esofagitis o para decidir que se tomen biopsias en el esófago de Barrett, lo que puede implicar malignización. La otra complicación sería la estenosis esofágica, en especial en escolares y preescolares, que se presenta en forma súbita, por lo que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. En los casos moderados, y aún más en los severos, causa alteraciones importantes de la calidad de vida del paciente y de la vida familiar.

El tratamiento médico inicial es con antiácidos por una a dos semanas. Al no haber mejoría se debe recurrir a los antagonistas de receptores H<sub>2</sub> de histamina (ranitidina). En los casos rebeldes, a la fecha se prescriben fármacos que inhiben la bomba de protones (omeprazol y derivados).

Para los que no mejoran, el tratamiento quirúrgico indicado se basa en la técnica de Allison que se puede efectuar a cualquier edad; desde hace más de 30 años se agrega a esa técnica la funduplicación, de preferencia de 270 grados. El cirujano decide durante la intervención si conviene realizar vaguectomía o piloroplastia parcial en el caso de que se trate de síndrome de vaciamiento gástrico

retardado e hipocloridria. El retardo del vaciamiento gástrico y la hiperacidez, que ocurren en un 15 a 20% de los casos, son difíciles de valorar en el niño; pero clínicamente son evidentes por los vómitos de alimento digerido y la poca respuesta al tratamiento médico.

Hace tiempo al diagnóstico radiológico de hernia hiatal se agregaba el de "probable esófago corto", en la experiencia de los autores cuando se ha abierto el hiato, la disección del tercio inferior del esófago siempre fue sencilla y no existía hernia hiatal; el esófago no era corto.

Los autores concluyen: 1) que el RGE es el mismo en todas las edades; 2) que se explica por un defecto congénito de magnitud variable del hiato diafragmático y de los tejidos de sostén a este nivel; 3) que el 90% tiene síntomas leves que parecen desaparecer por varios años, hasta la edad de 20 a 30 años y que reaparecen debido a los factores de riesgo (los enunciados en el número 5 de las medidas preventivas).

El 90% de las familias de los niños con RGE desconoce el problema cuando se trata de casos leves y no le concede importancia. Sin embargo, es conveniente despertar el interés en este problema, pues su contribución será valiosa para tratar este padecimiento crónico. Con este objetivo se ha elaborado una guía que se utiliza desde hace 15 años; en ella se indica que al niño no se le puede inducir a tomar las medidas preventivas sino a partir de los ocho a 10 años de edad, cuando ya es capaz de comprender la importancia de no consumir alimentos irritantes y de evitar cenar en forma abundante. La familia también puede influir aplicando estas medidas. Cuando se ha comprendido la importancia del padecimiento, al conocer esta guía, con frecuencia se dan cuenta que varios miembros de la familia, jóvenes o adultos, sufren algunos síntomas de ERGE como pirosis o acidez y que pueden beneficiarse cuando siguen los consejos de esta guía.

El 2% de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico a cualquier edad, cuando existe una urgencia como la estenosis esofágica.

Las medidas preventivas que se proponen son: 1) Considerar que un niño que presente regurgitación de la leche varias veces al día y sea irritable, puede padecer ERGE. 2) Señalar el padecimiento, de preferencia en un documento oficial, como la cartilla de vacunación o su equivalente. 3) Evitar los alimentos irritantes o muy condimentados, evitar cena copiosa o tardía 4) Asegurar la cooperación de la familia en el manejo de este problema [Cuadro I]. 5) Para adoles-



**Cuadro I. Guía para la familia.****I. ¿Qué es el reflujo gastroesofágico?**

Es un padecimiento congénito que se conocía anteriormente como hernia hiatal. Es debido a una malformación congénita, no hereditaria, del hiato diafragmático, que es el orificio por el que pasa el esófago a unirse al estómago. Este defecto permite el regreso del alimento del estómago hacia la boca, es decir el reflujo.

**II. ¿Cuáles son los síntomas en el niño?**

Son muy variables, pero en el 90% de los casos el síntoma principal es la regurgitación, o sea la aparición de la leche en la boca del niño cuando se coloca en posición vertical para que desaloje los gases del estómago al eructar. Los niños están irritables sin causa aparente: algunos (el 10%) vomitan la leche una o varias veces al día y en ocasiones con grumos de leche digerida. La gran mayoría son casos leves que mejoran y, aparentemente, curan entre los seis y 18 meses de edad, cuando ya se sientan o cuando comienzan a caminar.

**III. ¿Cuáles son los síntomas en niños mayores y en adultos?**

Son las agruras, las acedías y la sensación de quemadura en el pecho, principalmente después de cenar.

**IV. ¿Cuál es su frecuencia?**

Las estadísticas realizadas en todas las edades mostraron que el reflujo gastroesofágico (RGE) estuvo presente en el 23% de los recién nacidos, en el 17% de los adolescentes y hasta en 26% en pacientes de la tercera edad. Esto significa que más de 20 millones de mexicanos lo padecen. De éstos, el 90% aparentemente cura en forma espontánea por los mecanismos señalados. Todo indica que el padecimiento puede reincidir entre los 20 y 30 años de edad porque el defecto anatómico persiste y se agregan factores de riesgo: obesidad, falta de ejercicio, consumo de alcohol, tabaquismo.

**V. ¿Cuáles son las complicaciones del reflujo?**

Una complicación grave es la reducción acentuada del calibre del esófago debida a la cicatrización de las lesiones o úlceras causadas por la acidez del jugo gástrico que refluye. Esta complicación puede ocurrir en niños de dos a siete años en forma intempestiva y se debe operar de urgencia. Los casos moderados (5%) pueden tener complicaciones agregadas en las que participa el reflujo: neumonías por aspiración, asma no alérgica, laringitis, otitis y sinusitis crónicas, flexión del arco dorsal, posición de Sandifer como defensa intuitiva para aliviar la acidez del esófago. Muchas de estas complicaciones mejoran de inmediato con tratamiento médico.

**VI. ¿El reflujo gastroesofágico es el mismo padecimiento en el niño y en el adulto?**

Los datos estadísticos cuyas cifras son similares en las distintas edades, sugieren que se trata del mismo padecimiento con variantes personales según la estructura anatómica de los tejidos, la defensa genética y la alteración anatómica congénita del hiato diafragmático. Esta impresión se ve reforzada por el hecho de que el tratamiento médico tiene las mismas bases en cualquier edad y que, cuando es necesaria la cirugía, se realiza con la misma técnica en todas las edades.

**VII. ¿Cuáles son las bases para el tratamiento médico del RGE?**

En el niño pequeño son:

- a) Regular la técnica de alimentación.
- b) A los pocos meses se procura espesar el alimento o utilizar leches elaboradas con este fin.

- c) Mantener al niño en posición semisentada que ayude a prevenir la regurgitación.
- d) Administrar antiácidos que neutralizan la acidez gástrica y mejoran las molestias
- e) Si no hay mejoría en unos días, utilizar los bloqueadores de la producción de ácido por las células gástricas (ranitidina).
- f) En los casos resistentes, recurrir a medicamentos que anulan la producción de la bomba gástrica (omeprazol), o bien
- g) Activadores de la motilidad del tubo digestivo (cisaprida), siempre bajo control médico.

**VIII. ¿Cuáles son las bases del tratamiento quirúrgico?**

La cirugía se indica solamente cuando ha fallado el tratamiento médico con dosis adecuadas. Excepcionalmente es una urgencia. El estudio radiológico es una ayuda diagnóstica y también lo es en los casos dudosos. La endoscopia es definitiva, ya que permite revisar el esófago, el estómago y tomar biopsias; en algunos casos las biopsias revelan que existen datos del esófago de Barrett, es decir, presencia de células que pueden convertirse en cáncer a edades mayores. Esto se puede evitar con el tratamiento quirúrgico.

La operación indicada consiste en realizar una funduplicación, lo que consiste en envolver el esófago con la parte más ancha del estómago; para lograrlo, es necesario descender el esófago unos centímetros hacia el abdomen y cerrar el hiato, que tiene una apertura excesiva. Esta cirugía puede efectuarse a cualquier edad y logra la mejoría de 85 a 90% de los síntomas

**MEDIDAS PREVENTIVAS**

Todos los estudios efectuados para tratar de demostrar que el reflujo del niño es el mismo que el del adulto sirven para implementar normas preventivas de acuerdo a la edad del niño. En esta forma disminuyen la aparición y severidad de los síntomas. Las siguientes medidas deben ser estudiadas por la familia, cuya cooperación es fundamental.

- A. El padecimiento debe ser tomado en serio y documentarse, para que los médicos que tratan al niño lo sepan
- B. Aun con la mejoría de los síntomas, el paciente debe ser vigilado médicamente en forma periódica.
- C. El niño debe siempre dormir con la cabecera un poco elevada.
- D. Evitar alimentación irritante o muy condimentada.
- E. Procurar disminuir la cena, sustituyéndola por una merienda ligera y dos horas antes de dormir.
- F. A los pacientes de mayor edad, se les debe prohibir el tabaquismo, educarles en la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas.
- G. El paciente debe aprender a tomar los medicamentos que mejor alivian sus síntomas.
- H. Se debe evitar la obesidad; en cambio se aconseja el ejercicio físico sistemático.
- I. Los demás miembros de la familia deben brindar apoyo al paciente y en general seguir las mismas indicaciones: alimentación sencilla, sin exceso, merienda ligera, ejercicio físico.
- J. Para cualquier enfermedad intercurrente, el médico tratante debe ser informado del problema de reflujo gastroesofágico.

El cumplimiento de los puntos anteriores, permite obtener una sensible mejoría en la calidad de vida de estos pacientes

centes y adultos jóvenes prevenir los factores de riesgo: obesidad, sedentarismo, bebidas alcohólicas, tabaquismo y cafeína, y estrés. 6) Crear una Asociación Antirreflujo con representantes de los hospitales y de acuerdo con los laboratorios de productos farmacéuticos. 7) Realizar estudio de retardo en el vaciamiento gástrico e hiperacidez y 8) Interesar a los patólogos en medir el calibre postmortem del hiato y relacionarlo a la clínica.

**Comentario.** Este padecimiento en algunas ocasiones se le sobrevalora y en otras no se le da la importancia ni el tratamiento que requiere. En épocas pasadas, a todo niño que en los primeros meses de la vida regurgitaba o vomitaba, se le consideraba

como "normal" y se le incluía en lo que se denomina dispepsia transitoria del lactante, junto con el cólico y el hipo; con posterioridad, cuando se le empezó a estudiar y a dar importancia al padecimiento y la información se hizo de dominio público, todo niño que regurgitaba aun en forma esporádica se le consideraba como con enfermedad por reflujo gástroesofágico; no era raro que la madre llegara con el pediatra y le dijera "mi hijo padece de ERGE" inclusive ya con el tratamiento instalado. Por lo que todo pediatra o médico que atiende niños debe ser muy cauteloso y estudiar cada caso en particular, para que, si es el caso, dar el tratamiento y el seguimiento adecuado para evitar las complicaciones que puede ocasionar.

