

Comentario acerca del llanto excesivo en los primeros meses de vida

Comment about excessive crying during the first months of life

Sr. Editor:

Me dirijo a Usted en relación al artículo publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2016,114(4) página 368, titulado "Llanto excesivo en los primeros meses de vida. Revisión" del Prof. Dr. Patricio Kenny.

Me parece muy necesario el tratamiento del tema de este artículo, por lo difícil de la situación que trae angustia a los padres y pone a prueba el rol del pediatra para el acompañamiento en épocas tempranas de un bebé. Es un momento de alto impacto en el que se juega la subjetividad de un niño.

En ese sentido se menciona en la publicación, el vínculo con ansiedad y depresión materna, las dificultades en la alimentación, la sobrecarga funcional de lactosa, la alergia alimentaria y otras causas.

Sin embargo, no se enfatiza en la importancia de la instalación de un adecuado Vínculo Temprano que logre el apego del bebé, para que este pueda ir adquiriendo ritmos a través de las rutinas ajustadas a sus necesidades. Que la madre pueda ir en este proceso adecuando sus cuidados a las señales que emite el bebé, que pueda ir decodificando el sentido de los diferentes tonos de llanto. Que el cuidador primario pueda lograr un buen sostén (incluye no sólo lo relativo a la alimentación, sino también a las caricias, el tacto, el arrullo, el maternés). Que le transmita seguridad para que un bebé inmaduro logre sosegarse y de este modo pueda empezar a inscribir sus huellas mnémicas de satisfacción. Huellas que le permitirán lograr la instalación y armado del aparato psíquico.

Hay indicadores que nos hablan de un vínculo temprano alterado: temor excesivo, quejas reiteradas, mala decodificación del llanto y de las necesidades del bebé, falta de estímulo, imposibilidad de encontrar la forma para que ese niño comience a interactuar y a expresar su bienestar a través de la devolución de la sonrisa social y del gorjeo.

El vínculo temprano es asimétrico ya que depende en gran medida de su progenitor. El bebé emite señales con mayor o menor intensidad, pero el que debe interpretarlas y promover ese vínculo es el cuidador primario.

Si sólo escuchamos quejas maternas porque

el vínculo temprano no se está instalando y lo único que puede pensar su cuidador es que tiene hambre, que llora todo el tiempo y que tiene cólicos es importante detenernos a pensar lo que está sucediendo. Ayudar a encontrar el porqué esta mamá no logra con su maternaje, un vínculo adecuado con su bebé.

Y nosotros, los pediatras, somos los que estamos ahí para contener en un momento tan sensible. Es decir somos los que actuamos en la prevención de la salud mental de ese niño.

Me parece importante que con empatía podamos aportar en ese momento tan fundante del ser humano, viendo seguido a los padres con el niño y acompañándolos en el proceso, para poder llegar con afecto y tranquilidad a un bebé desasosegado.

Sin más, lo saludo atte.

Dr. José R. Kremenichuzky
Comité de Pediatría Ambulatoria

Referencias

- Bowlby J. *El Apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós; 1998.
- Freud S. La interpretación de los sueños. 1900. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.
- Kremenichuzky J, Nanavella N, Sykuler C, Sobol L, et al. El desarrollo del cachorro humano. Buenos Aires: Noveduc; 2009.
- Mehler J, Dupoux E. Nacer Sabiendo. Introducción al desarrollo cognitivo del hombre. Madrid: Alianza; 1992.
- Schlemenson S, Pereira M, Di Scala M, Meza A, et al. El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano. Buenos Aires: Noveduc, 2005.
- Winnicott DW. El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia, 1975.

En respuesta al comentario acerca del llanto excesivo en los primeros meses de vida¹

Sr. Editor:

He leído con detenimiento la carta del Dr. Kremenichuzky en referencia a las causas de llanto excesivo en los primeros meses de vida. Allí se señala la importancia de la instalación temprana de un adecuado vínculo materno filial. Deseo agradecer su interés y valioso aporte a un tema que ofrece un amplio margen para la discusión, mucho más que un escueto artículo de revisión, donde las restricciones que impone el reglamento de publicaciones en cuanto a la extensión del manuscrito impide abarcar "todo" o bien explayarse sobre algún concepto.

La importancia de establecer lo antes posible un adecuado vínculo entre la madre y el niño, es indiscutiblemente esencial para que la madre pueda contener y sosegar a su bebé que llora a veces sin consuelo. Si tal como lo señala el Dr. Kremenchuzky en su carta, sólo se escuchan quejas por parte de la madre, esto podría representar una señal de que algo está sucediendo y tal vez interfiriendo en el afianzamiento de ese vínculo. Sin embargo, ocurre que aún cuando un buen vínculo se ha establecido el bebé no deja de llorar durante días y semanas. Sucede entonces una escalada de reacciones emocionales en padres frustrados, angustiados y privados de sueño, que deteriora rápidamente su umbral de tolerancia a la frustración e incrementa paralelamente el riesgo de abuso físico. Esta situación tan temida debe convenientemente ser prevenida y anticipada por el pediatra general. El rol del pediatra en ésta particular situación es crucial, no sólo como señala el Dr. Kremenchuzky para prevenir la salud mental del niño, sino también la salud mental de la madre que llega a la consulta descompensada y muy vulnerable.

Es importante señalar también que para que el cuidador primario pueda constituirse en un buen sostén de su bebé, es necesario que sea emocional y psicológicamente estable. Los trastornos de ansiedad y depresión tan frecuentes en el mundo contemporáneo complotan contra ese objetivo.^{1,2}

Finalmente, para muchos padres no es fácil discernir entre un "llanto normal" y un "llanto problemático".³ Es aquí donde el pediatra debe intervenir pero sin aislarse, ya que ésta situación en particular representa un enorme desafío que requiere de un enfoque y abordaje multidisciplinario.³

Prof. Dr. Patricio Kenny

Médico Pediatra Gastroenterólogo Nutricionista
Facultad de Ciencias Médicas
Pontificia Universidad Católica Santa María
de los Buenos Aires

Referencias

1. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013;43(5):897-910.
2. WHO. Fact sheet on Depression. [Consulta: 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
3. Kenny P. Llanto excesivo en los primeros meses de vida. Revisión. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(4):368-73.

La erradicación de la anemia: una estrategia en proceso

Eradication of anemia: an ongoing strategy

Señor Editor,

La anemia en los niños en el Perú sigue siendo un problema de salud pública dado que puede provocar problemas a nivel del crecimiento y del neurodesarrollo, lo cual genera un impacto negativo en el desarrollo del país. Por ello, diversos autores han buscado identificar los factores asociados a la anemia en menores de tres años en el Perú para poder erradicar los factores causantes de su aumento y/o prevalencia en el país.¹

En un artículo recientemente publicado, "Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2007-2013" relaciona la anemia en niños menores de tres años y diversos factores sociodemográficos, factores propios del niño, factores nutricionales y finalmente factores del cuidado materno infantil.²

Es fundamental mencionar que con respecto a los factores nutricionales, la Directiva Sanitaria N° 056- MINSA/DGSP. V.01 "Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses" se hizo vigente en el mes de setiembre del año 2014 con la finalidad de contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprana de este grupo poblacional en el Perú. Los multimicronutrientes contienen en su composición 12,5 mg de hierro elemental, 5 mg de zinc, 160 µg de ácido fólico, 300 µg de vitamina A y finalmente 30 mg de vitamina C.³ En el año 2014 se distribuyeron 131 millones de sobres de multimicronutrientes para el 65% de niñas y niños menores de 3 años los cuales fueron beneficiados y se ha propuesto en el programa llegar a cubrir el 95% de la población objetivo para el año 2016.⁴ Ante dicha intervención pública se observó en la última revisión de la ENDES 2015 una reducción en anemia en niños menores de 5 años (32,6%), en niños menores de 1 año (43,9%) y en niños entre 6 meses y 35 meses (43,9%).⁵

Consideramos que la prevalencia de anemia en niños en el Perú aun es elevada. Por esta razón, creemos que es necesario investigar la relación de anemia en niños en el Perú con la introducción

del nuevo programa de multimicronutrientes. Debido a que si prosiguen con el incremento anual de beneficiarios en el programa propuesto, se debería esperar la disminución significativa del porcentaje de niños con anemia. De esta manera se podrá verificar si el programa ha tenido un aporte positivo en la reducción de anemia en el país.

Bach. Thais Ramirez Cameron, Bach. Luz M. Rodríguez Mier y Terán, Bach. Lorena Zambrano Pino
Nutrición y Dietética,
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas,
Lima, Perú.

Referencias

1. OMS. Número de países clasificados en función de la importancia de la anemia para la salud pública. [Consulta: 27 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t4/es/
2. Velásquez-Hurtado J, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete-Robilliard L, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica* 2016;36(2):220-9.
3. Perú. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 056-MINSA/DGSP. V. 01. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. 2014. [Consulta: 7 de noviembre de 2016] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf
4. Perú. Ministerio de Salud. Nutriwawa. Suplementación con micronutrientes. 2016. [Consulta: 27 de octubre 2016] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/suplementacion.html>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Nacional y Departamental. [Consulta 27 de octubre 2016] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html

Son necesarias intervenciones mayores en pacientes con trisomía 13 o 18.

Are major interventions necessary in patients with trisomy 13 or 18?

Sr. Editor

Por historia, las trisomías 21, 18 y 13, son las aneuploidias más comunes. Si bien la trisomía 21, tiene múltiples riesgos, la sobrevida ha mejorado en los últimos años, por corrección de defectos cardíacos, que en el pasado condicionaban su sobrevida. Hecho que ha cambiado totalmente el enfoque de estos pacientes. Sin embargo, las otras dos condiciones, han sido consideradas

como incompatibles con la vida y sin ninguna opción de manejo curativo. Pero hoy, debido a la sobrevida entre un 5-10% al año de vida, principalmente aquellos con trisomía 18, y otros que sobreviven por intervenciones mayores, como corrección de defectos cardíacos, surgen inquietudes acerca del término incompatible con la vida. Esto a pesar de que, organizaciones americanas y europea, recomiendan no realizar intervenciones mayores en estos pacientes.¹ Hay datos ya reportados, de un aumento significativo del número de procedimientos en pacientes con trisomía 18 o 13, desde procedimientos menores como cateterización de los vasos umbilicales hasta cirugía cardíaca. Lógicamente, esto condiciona un aumento de la sobrevida en los pacientes intervenidos frente a aquellos en que no se realizan ninguna intervención.² Hechos que se deben analizar en el contexto clínico, desde conocer el diagnóstico prenatal, o sin tener conocimiento del mismo, condición muy frecuente en nuestro medio. Lo anterior, posiblemente determina que sin confirmación diagnóstica, muchos de estos pacientes van a requerir intervenciones de soporte avanzado, mientras se confirma la sospecha clínica de la cromosomopatía. Basados en esto, se replantearía la conducta a seguir, teniendo de base la historia natural de la enfermedad y gran discapacidad neurológica de este grupo de pacientes, y la condición de "patología letal", considerada así durante mucho tiempo. Pero este término, ha sido rechazado por algunos, basados en la sobrevida al año, e incluso sin intervención.¹ Pero estas condiciones genéticas cumplen con las características, para no diluir el concepto, basado en los tiempos de sobrevida. La asociación de anomalías estructurales múltiples, compromiso neurológico que sin intervención conllevaría a la muerte, o aquellos que logran superar el periodo neonatal y sobreviven, pero que desarrollan un profundo deterioro del comportamiento, sin lograr hitos del neurodesarrollo a la edad de 1 o 2 años, enmarcan plenamente a las dos condiciones en discusión.

Las cardiopatías son anomalías frecuentes y que pueden en última, determinar la mortalidad temprana. Condiciones reparables, como ha sido demostrado, pero que no cambia su condición de discapacidad severa y progresiva, ajustado esto a la definición de letalidad. Diferentes posiciones, han llevado inclusive, a cambiar determinaciones que ya se creían totalmente claras, como la reanimación de

estos pacientes. Y sorpresivamente algunos han cambiado la intervención, sobre todo en trisomía 18, reanimando a estos neonatos, por diferentes situaciones, como posición de la familia, apariencia en sala de reanimación y preocupaciones legales. Llama la atención, que en las guías de reanimación neonatal 2010, describen no reanimación en caso de hidranencefalia y trisomía 13, pero retiran trisomía 18, sin explicación alguna.³ Situación no aclarada en las recientes modificaciones del 2015.

Impresiona por lo anterior, querer nivelar las intervenciones a pacientes con trisomía 21, no siendo desde ningún punto de vista comparables.

Nosotros reportamos un caso de pseudotrisomía 13, donde la impresión clínica fue siempre de trisomía 13, no pudiéndose confirmar tal cromosomopatía. Sin embargo ante los hallazgos clínicos, compromiso neurológico severo, cardiopatía compleja (con posibilidad de intervención), decidimos en conjunto con el equipo médico tratante interdisciplinario y evaluando los contextos clínicos y sociales, no realizar intervenciones mayores, y limitar el manejo a garantizar confort al menor y apoyo al grupo familiar.⁴

Si bien, Japón es el país con mayor experiencia en este tipo de intervenciones, hay que ser extremadamente cuidadoso en estos datos, o preguntarnos si realmente estamos preparados para ello. Aun mas, donde la información está totalmente globalizada y no es oculta para nadie, ni siquiera a los pacientes. Y hoy con serias dudas de los reales beneficios.³

Por lo anterior, países como Chile, ya han emitido posiciones serias al respecto, donde definen el término de patología letal, como anomalías incompatibles con la vida extrauterina, dentro de las cuales están las trisomía 13 y 18. El

manejo debe ser basado en un diagnóstico preciso, apoyo psicológico, soporte social y conocer la historia natural de la enfermedad. Y en este último contexto, caben algunas intervenciones que permitan un manejo comfortable, inclusive en casa. Por ejemplo, corrección de una hipertrofia pilórica u onfalocele.⁵ Independientemente del nombre a considerar, el pronóstico será siempre el mismo.

Las posiciones diversas pueden generar dudas en la actualidad, desde todo punto de vista, clínico, ético y legal.

Dr. Jorge L. Alvarado Socarras.

Pediatra Neonatologo^{a,b}

jorgealso2@yahoo.com

Dra. Zhirly A. Fernandez Velosa^c

genetic934@hotmail.com

a. Fundación Cardiovascular de Colombia. Unidad Neonatal.

b. Organización Latinoamericana para el fomento de la educación en Salud.

c. Pediatra, Consulta Externa, Salud Total EPS.

Referencias

1. Janvier A, Farlow B, Barrington K. Cardiac surgery for children with trisomies 13 and 18: Where are we now? *Semin Perinatol* 2016;40(4):254-60.
2. Josephsen JB, Armbrecht ES, Braddock SR, Cibulskis CC. Procedures in the 1st year of life for children with trisomy 13 and trisomy 18, a 25-year, single-center review. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2016;172(3):264-71.
3. Graham EM. Infants with trisomy 18 and complex congenital heart defects should not undergo open heart surgery. *J Law Med Ethics* 2016;44(2):286-91.
4. Alvarado Socarras JL, Laverde Amaya DC, Prada C, García Carrillo J. Polidactilia, holoprosencefalia, labio y paladar hendido: no siempre es lo que parece. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(5):e290-3.
5. Pardo Vargas RA, Aracena M, Aravena T, Cares C, et al. Consenso de la rama de genética de la Sociedad Chilena de Pediatría sobre las anomalías congénitas de mal pronóstico vital. *Rev Chil Pediatr* 2016;87(5):422-31.