



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: sap-metropol@listas.pccorreo.com.ar • Facebook: **Pediatras Metropolitanos Argentinos** • Instagram: **pedmetarg**

Director Titular

Dr. Carlos Luzzani

1º Director Asociado

Dr. Alberto Libanio

2º Director Asociado

Dra. Claudia Vaccarelli

Coordinadores

Distrito Norte

Dr. Juan Carlos Peuchot (†) / Dra. Mercedes Acuña /

Dra. Mirta Vázquez / Dra. Irene Dechiara /

Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio /

Dr. Maximiliano Schianni

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dra. Silvia Noemi Redensky / Dr. Fausto Ferolla /

Dr. Martín Ferolla / Dra. María Cecilia Rizzuti /

Dra. Viviana Soligo

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /

Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /

Dr. Oscar Ruíz / Dra. Celia Lilian Sosa / Claudia Corigliano

Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser / Dr. Ricardo

Straface / Dr. Jorge Buraschi / Dr. José Luis Cervetto /

Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo / Dr. Gustavo

Bardauil / Dr. Saúl Gleich / Dr. Leonardo Vazquez /

Dra. Débora Rocca Huguet / Dr. Edgardo Flamenco

SECCIONES

• Editorial.....	1
• ¿Cuándo coincidirá el discurso con la realidad? ...	3
• Del baño diario al pánico al agua.....	5
• ¿Deporte, riesgos, competencias, alimentación e hidratación	9
• Plantas tóxicas en la vida cotidiana	15
• Uso racional de los antibióticos en las infecciones ambulatorias más frecuente.....	24
• Abordaje del consumo problemático de sustancias desde una mirada de derechos, salud integral y equipo interdisciplinario para niñas, niños y adolescencias (tercera parte).....	28
• Hospital "Isidoro Iriarte", quilmes.....	33
• Peritas legales	37
• Boletín bibliográfico	40

EDITORIAL

LA PEDIATRÍA EN LOS TIEMPOS DE PANDEMIA

*“La imaginación es la mitad de la enfermedad;
La tranquilidad es la mitad del remedio;
Y la paciencia es el comienzo de la cura”.*

Ibn Sina (980-1037),

médico y filósofo persa, padre de la medicina moderna

Estimados amigos metropolitanos:

Seguramente habrán leído esta cita, ya que se difundió por muchos medios. La reitero porque me parece que explica la actitud a tomar de manera concluyente.

La pandemia ha tapado casi cualquier otra actividad, por lo tanto, ha modificado este editorial. Estaba escrito sobre otro tema, pero la realidad ha cambiado nuestra vida. Decidimos tratar COVID-19 solo en esta sección, dejando el resto de la revista para exponer otros temas y así sacar algo de presión a nuestros pensamientos.

Las reuniones virtuales sobre el tema, realizadas en SAP son estupendas, y, a quien no lo haya hecho ya, le aconsejo entrar a la página de nuestra Sociedad y ver las presentaciones y videos. Todo lo que debemos saber del tema, todas las opiniones oficiales, la comparación con artículos de prestigiosas revistas, etc. están

>>> (continúa en página siguiente)

“El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente”



GRUPO EDITORIAL REGIÓN METROPOLITANA

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen, María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y Claudia Corigliano

>>> (viene de página anterior)

tratadas de manera excelente por los expertos. Son de gran ayuda para sacarnos dudas y saber cómo actuar en consultorio, internación y en nuestra vida cotidiana.

En la Región Metropolitana pudimos hacer nuestra reunión mensual de marzo vía zoom. Y fue una experiencia positiva. De hecho, quienes quieran participar de las mismas, pueden enviar su celular y mail a regionmetropolitana@sap.org.ar. Solo necesitamos saber procedencia y cuál es su actividad. Podemos ser hasta 100 participantes sin límite de horario. La próxima reunión será el sábado 18 de abril a partir de las 9 hs.

Las actividades presenciales se han interrumpido. Esperando que cambie la situación epidemiológica, nuestra habitual sección de Actividades de la Región Metropolitana, está en blanco.

El cumplimiento de las normas sanitarias oficiales debe ser reiterado en nuestra actividad como Pediatras. Ser el ejemplo y explicar a las familias que atendemos, como se debe proceder ante esta emergencia, es nuestra obligación.

También esperamos que, tal como fue la promesa de las autoridades, se provea a los médicos de los elementos de protección adecuados y los insumos necesarios para la atención de los pacientes afectados. Mantener esa comunicación oficial y difundir las normas que van variando de acuerdo a la evolución local y mundial de la infección COVID 19, es lo que se ha hecho hasta el momento y seguramente seguirá.

Todo esto sin olvidarnos de los casos de sarampión y dengue que constituyen otras infecciones importantes y preocupantes, en nuestro ámbito de trabajo. Ambas prevenibles, pero presentes por situaciones por todos conocidas.

Esperando volver a la vida habitual, aunque el mundo no será igual, los Representantes, Coordinadores y Directores de la Región Metropolitana les enviamos nuestros mejores deseos de buena vida, salud, paz y trabajo.

Dr. Carlos Luzzani

Director Titular Región Metropolitana SAP

Dr. JUAN CARLOS PEUCHOT

El jueves 5 de marzo nos enteramos del fallecimiento de nuestro amigo y Coordinador de la Región. Fue algo inesperado, no sabíamos de su enfermedad y la infausta noticia nos dejó azorados.

Participante de numerosas actividades compartidas, siempre colaborador y dinámico, hizo además una importante trayectoria como Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Eva Perón (ex Castex) del partido bonaerense de San Martín.

Pudimos entregarle el título de Miembro Honorario Regional, en las últimas Jornadas de la Región, agosto de 2019, en el Hospital Pedro de Elizalde.

Aún impactados, lo mantendremos en nuestro recuerdo. El deseo de que descance en merecida paz, es compartido por quienes lo conocimos y trabajamos con él.



ASIGNATURAS PENDIENTES ¿CUÁNDO COINCIDIRÁ EL DISCURSO CON LA REALIDAD?

(Haz lo que yo digo, no lo que yo hago)

Dr. Saúl Gleich
Médico Pediatra

Cuántos discursos, clases, artículos científicos, etc., habremos visto, escuchado, leído sobre temas muy importantes de la salud pediátrica, que al confrontarlos con la realidad vemos que no se cumplen.

Uno piensa que los rectores del conocimiento: universidades, escuelas, sociedades científicas, son los que dan base, a través de sus investigaciones, a las políticas de Estado de un país.

Ellas debieran dar el ejemplo de poner en marcha lo que proponen, sin esperar que se convierta en obligación a través de una ley.

En lo que respecta a la salud infantil, uno ve disociaciones entre lo escrito y la realidad, *muy interesantes*, para darles un adjetivo benévolo.

Cuantas veces se ha escuchado, leído, visto, el slogan: "Lactancia materna exclusiva por 6 meses".

Cuantas veces en la semana de la lactancia materna se hacen encuestas para evaluar el cumplimiento de esa meta, con resultados pobres en su cumplimiento.

Cuantas veces se han escuchado promesas sobre su implementación.

Como es posible que en los ámbitos rectores de la salud pública y de las entidades educacionales y científicas más prestigiosas, no se cumpla con una licencia para la lactancia de 6 meses.

Cuántas veces hemos escuchado la importancia de la relación afectiva madre-hijo en los primeros meses de vida (apego). Siempre se habla de los primeros 1.000 días, fundamentales para el desarrollo del niño.

Cuántos días da la ley para el apego: 45 y luego apego a distancia.

Otro discurso muy difundido por todos los ámbitos de la salud, tanto público, político y científico, es la importancia del primer nivel de atención, de la prevención, de la educación para la salud.

Como responden estos sectores a este slogan: con presupuestos bajos o inexistentes.

Los sueldos más bajos del sector salud corresponden a los profesionales del primer nivel.

Los subespecialistas, especialidades quirúrgicas y la alta complejidad dominan en las preferencias de los financiadores de la salud y de la comunidad.

El prestigio médico aumenta en relación directa a la complejidad tecnológica de su actividad, fomentado por los medios masivos de difusión y la industria de la salud.

Es más importante hacer un trasplante o una gran cirugía que recetar vacunas.

Los ámbitos de trabajo, más cómodos, cálidos, accesibles, contenedores y seguros están en los centros de internación, en contraposición con los del primer nivel.

Como gran conquista se dice que se ha logrado en las residencias médicas pediátricas una rotación por consultorio externo del 30 %, pero realizada en su mayoría dentro de las instituciones de 2° o 3er nivel.

¿Cuántos instructores de residentes de pediatría hay en los centros de salud (CAPS)?

La pregunta que me surge es: ¿si el primer nivel es la base del control de las enfermedades, de la prevención, porqué en los presupuestos esta puesto en el lugar más bajo de la grilla del reconocimiento?

La excelencia de la atención médica y de la investigación, que era patrimonio del sector público de salud, se ha ido trasladando al sector privado.

Escuchamos mucho la palabra inequidad, pero ¿cuánto se hace para combatirla?

Existen brechas de atención de la salud, de saneamiento ambiental y de educación muy importantes en nuestro país, que se visualizan en los indicadores de salud materno-infantil.

Hay municipios pobres con sistemas de salud locales pobres, y zonas de saneamiento ambiental completo y servicios cercanos, casi todos concen-

trados en el centro comercial y urbano de esos municipios.

Se habla de federalización como un gran logro para que cada provincia tenga la libertad de decidir su mejor política de salud.

Pero en salud esto atenta contra la igualdad de oportunidades, porque ante leyes importantes emanadas del Congreso Nacional, la implementación de las mismas depende de sus economías, no de sus necesidades.

Un ejemplo a imitar, con respecto a las leyes sanitarias y evitar la inequidad en su aplicación, es el del calendario de vacunaciones, que depende de Nación en cuanto a la provisión del recurso, quedando solamente la logística de su implementación en manos de las provincias.

Prueba de esta aseveración es la desigualdad que existe en el programa de detección de enfermedades congénitas entre las distintas provincias y entre el sector público y privado.

Y para el final me quedan 3 preguntas sin respuestas aun:

¿Por qué las leyes de necesidad y urgencia nunca son las de salud?

¿Por qué leyes del sector salud duermen en cajones del Congreso y las económicas salen velozmente?

¿Por qué el primer nivel, es el peor nivel?

En las respuestas a estos interrogantes encontraremos discursos, explicaciones, justificaciones, todos surgidos del área económica de la salud, avalando su no cumplimiento.

Borrar con el codo lo que se escribe con las manos es algo habitual en salud pública, a pesar que los indicadores de salud siguen manifestando valores preocupantes.

Estamos en épocas electorales y no he escuchado a ningún político, de ningún partido o sector, hacer propuestas, y ni siquiera hablar de estos temas.

¿Será que esto nos importa solo a algunos pocos?

Sigo adelante con mi sueño: **Niños felices atendidos por pediatras felices**





DEL BAÑITO DIARIO AL PÁNICO AL AGUA

El daño prospectivo de la tardía percepción de las “reacciones psicósomáticas” infantiles en el agua

Dra. Patricia Cirigliano^a

La voz autorizada y preventiva del Pediatra puede evitar éstos y otros perjuicios, alertando a la familia al insistir sobre la enorme importancia de empeñarse en comprender el mensaje comunicacional de sus hijos, desde antes de la palabra.

La higiene asistida y las reacciones psicósomáticas

Los pediatras reciben, aunque no siempre, consultas respecto de la inesperada dificultad para bañar al niño. Como es de esperar, el médico aconsejará suavidad y paciencia.

Desde recién nacidos, el rostro de los bebés es espontáneamente acariciado. Durante las prácticas de higiene, al lavarle los ojos, oídos, nariz y boca, las madres proceden sin instrucción alguna con estas caricias acuáticas.

Sin embargo, ese contacto amoroso, suave y lento, pronto se transformará en movimientos más rápidos, menos tenues y muchas veces menos cuidadosos. Miles de díadas ante nuestros ojos intercambiaron esas conductas higiénicas y de cuidado.

Las madres pierden buena parte de su delicadeza al manipular el cuerpecito del hijo y también al tocar la cabeza y el rostro de sus pequeños. En rigor “sienten” que ya no son tan indefensos y proceden entonces sin tantas precauciones...

Gran cantidad de infantes, quizás la mayoría, toleran las maniobras del baño diario y las mudas de pañales y ropa, el ser apoyados en sus cambiadores, levantados o cambiados de posición.

Algunos otros bebés, en cambio, y en especial con el baño higiénico comienzan a dar señales de disconformidad, gestos o movimientos de rechazo, intentos de apartamientos y síntomas de llanto próximo.

Es común que, a pesar de las manifestaciones observadas, las acciones adultas no se detengan y no sean consideradas como atendibles. Sin corrección

éstas incipientes fracturas comunicacionales irán en aumento.

Pocos días después, es común la aparición del llanto que variará en matices que van de la irritación al desconuelo. En muchísimos casos las madres creen que no hay motivo para el llanto al que se acoplan, a menudo, gritos de intensidad variable.

Con algo más de edad, otros movimientos de negación y rechazo corporal se sumarán. Girar la cabeza, intentar la posición fetal y cubrirse el rostro con brazos y manos. Si las acciones continúan, los pequeños responderán con otras de directo rechazo, ya no protegiéndose sino, queriendo apartar de sí las manos adultas.

Lejos de reinar la calma, el uso de esponjas, premios y regalos, alterna con retos, amenazas y castigos.

Es notable lo que refieren testimonios de los padres en casos extremos, incluyendo estrategias muy extrañas como bañar a los niños dentro de la pileta de la cocina o el “bidet” del baño, no obstante, la desproporción entre el recipiente y el tamaño y la madurez psicomotriz del niño.

En la realización del *Programa Anti Pánico*, algunos de estos gestos parciales de ocultamiento o rechazo son reproducidos por los protagonistas adultos al modo de un “acting”, como acciones extemporáneas, incompletas y a la vez automáticas y hasta incomprensibles.

No conscientes, los gestos se perciben como la exteriorización del miedo, el desagrado, el deseo de huir o esconderse, como los ojos fuertemente ocluidos por los párpados cerrados o cubiertos por las palmas de las manos.

a. Dra. en Psicología Clínica. Dra. en Sociología.

Autora de “Adiós al Pánico, Hola Placer”. <https://www.amazon.es/dp/B085W74DY9>

El “continuom” vital

Nuestras investigaciones desde la etapa pre-natal administrando Matronatación, nuestro Método a las embarazadas, bebés desde los 15 días de vida y niños pequeños, nos permitió construir una descripción, semejante a la de los estadios de desarrollo psico-motor terrestre postulados por Jean Piaget, a la que titulé Psicomotricidad Acuática.

Este estudio facilita la búsqueda del momento vital en el que podría haberse producido el “quiebre” de las sensaciones del llamado nirvana intrauterino, para devenir en las angustiosas vivencias del pánico al agua.

Son siempre valiosos los antecedentes de los protagonistas del Programa Anti Pánico, destinado a la reconciliación con el agua y el reencuentro con el placer, ya sean éstos recordados (por sí mismo o por otros), documentados (en fotografías o films) o a menudo, inferidos

En el análisis de estos datos, algunos presentes en el conocimiento, otros ignorados o reprimidos (falsamente olvidados) podremos descubrir también la fijación del trauma.

En centenares de casos, la pérdida del placer en el agua estuvo relacionada con las rutinas higiénicas del baño diario y la iniciación acuática en piscinas.

En algunos casos las habilidades “perdidas” expresadas como “antes lo hacía ahora no me atrevo”, o “de niño no me importaba” como los indicios de una versión tergiversada “me gustaba el agua y me gusta, pero no puedo mojarme la cara, tanto menos sumergirme”, “lo que no soporto es meter la cabeza”, “nunca pude abrir los ojos bajo el agua”, “mi madre me dice que nunca di trabajo cuando me bañaban” o bien “mi madre me dijo que el baño era una lucha porque yo lloraba mucho”.

Investigación a nivel universal: de la bañera a la piscina

En 1994 sobre 24 países* y 54 sistemas o métodos aplicados en las tres décadas anteriores, realicé una investigación cuyo objetivo fue registrar las reacciones psicósomáticas de los niños a la hora de su iniciación acuática. Este tema se convirtió en parte de nuestra Investigación continua que refrenda los datos obtenidos en principio.

Se estudiaron particularmente los efectos que causaban sobre los niños la edad temprana, desde

recién nacidos hasta los 5 años, en relación con el agua en bañeras y piscinas. Básicamente las reacciones se producían al tomar contacto el rostro o en inmersión en el medio acuático.

Se trató, naturalmente, de respuestas no verbales dado la predominante comunicación analógica de los infantes, que les provoca una indiscutible lectura por parte de los adultos.

Se hizo evidente la correlación entre el modo de aproximación que se proponía a los pequeños, ya se tratara de un método lúdico y holístico como Matronatación o mediante la aplicación de sistemas coercitivos, basados en condicionamientos reflejos.

Ambas estrategias compartían el objetivo de la familiarización del bebé y el niño pequeño con el agua y en especial el logro del control respiratorio bajo el agua y la flotación.

En el bañito diario, las manifestaciones del displacer y el temor son, en muchos casos, ignoradas en procura de una higiene saludable, que no es incompatible con el respeto al niño y el placer que provoca el agua.

Ha sido muy interesante corroborar que las reacciones infantiles eran contundentes.

La risa y el llanto como gestos faciales y corporales son de reconocimiento universal. El bienestar y el malestar son inocultables en las reacciones de un niño pequeño.

La educación y la cultura hacen, en cada Sociedad, que los humanos ocultemos las expresiones que no se consideran aprobadas por quienes registran y juzgan estas expresiones en lo íntimo y lo social.

La libertad que concede la primera infancia, permite observar, al desnudo, las reacciones psicósomáticas ante los encuentros con el agua y los adultos que están a cargo de los niños sean padres o educadores.

La investigación concluyó con precisiones que, por responder a respuestas infantiles espontáneas, muchas de ellas antes de poder hablar, se pueden observar hoy en día.

Ante las propuestas de juego, respetuosas del niño y sus derechos personalísimos que implican entre otros el respeto a su voluntad y corporeidad, los niños presentaron reacciones psicósomáticas tales como: sonreír relajado, jugar, nadar libre, aplaudir, reír inmerso, controlar esfínteres.

Investigamos los sistemas, y en 22 de los 24 países (quedan exceptuados Argentina y Francia) se utilizaban propuestas conductistas del orden “contar hasta 3 y sumergir al bebé”, sin que los gestos de desagrado, evitación y llanto pudieran detener el accionar adulto.

Los pequeños respondieron con reacciones: ingerir o inspirar agua, llorar, descontrolar esfínteres, gri-

* Universo de la Investigación. Países: Alemania Federal, Argentina, Austria, Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, España, Finlandia, Francia, República Democrática Alemana, Suecia, Suiza, Sudáfrica, URSS, USA, Hungría, Inglaterra, Israel, Italia, Japón, México, República Checa, Noruega.

tar, vomitar, estar tenso. No tengo dudas que las acciones repetidas, aún ante el manifiesto rechazo infantil, establecen imborrables impactos en la memoria emocional.

He realizado una intensa oposición a la utilización de esos sistemas que, con la buena intención de salvar al niño en un posible riesgo de ahogamiento, lo avasallan en lo personal.

El “refuerzo” conductista posterior de abrazos, besos y felicitaciones no lograrán sin duda borrar los efectos angustiantes de los malos momentos.

Después de los años 70, tuve el enorme apoyo de organizaciones españolas como SEAE y compartimos ideales holísticos con la *Federation Française de Natation Préécolaire* (FNNP FAEL) en Francia. Otros muchos países abandonaron las prácticas coercitivas y actualmente son pocos los enseñantes que insisten con las prácticas de “*drown proofing*” y “*swim survival*”, condenadas en su momento por la Academia Americana de Pediatría.

Hoy en día, al acercarse a la natación, los padres, mejor informados, hacen valer el amor a sus niños y se niegan a permitir esas ejercitaciones

El baño doméstico cotidiano

La simple aceptación adulta del llanto de los niños a la hora del baño diario, que se encuentra demasiado a menudo, sigue la misma impronta agresiva que los intentos realizados en las piscinas.

Sin embargo, a familiares y médicos les cuesta relacionar iguales efectos y el daño prospectivo de esas prácticas con la aparente inocencia de la higiene doméstica.

Desde la gestación a los 2 años de vida es el período de mayor plasticidad epigenética, también denominado “ventana crítica”. La epigenética es reconocida como la base molecular que interviene en el origen de la salud y la enfermedad.

No es extraño que, en los trasfondos de las causas del miedo y el pánico al agua, se encuentran muchas veces ocultas a la memoria consciente, experiencias indeseadas en los contactos inaugurales con el agua.

Investigamos las reacciones psicósomáticas negativas y positivas en relación a la inmersión total y el agua sobre la cabeza y el rostro.

Se consideraron reacciones negativas: la tensión corporal, el grito, el llanto sostenido, la inspiración o la ingestión de agua, el vómito, el descontrol de



esfínteres y la ausencia de deseos de jugar.

Se consideraron reacciones positivas: la relajación, la risa, el control espontáneo de esfínteres (pese a la edad), el control de la respiración aire-agua, el amamantamiento y el juego espontáneo.

En nuestra investigación primaria, entre 1.345 reacciones psicósomáticas en niños que recibieron trato de carácter holístico (respeto al niño, trato afectuoso, técnicas adecuadas al nivel evolutivo) el 98,81% fueron reacciones positivas.

En el ámbito crítico de documentos escritos y films de sistemas de iniciación acuática, se constató que, salvo en nuestro Método Argentino y el sistema Francés, el resto de las aplicaciones aceptaban como una respuesta corriente que los bebés y niños lloraban, gritaban o vomitaban en algún momento de la sesión. No se consideraban estas reacciones ni a la tensión corporal, como negativas.

En los pasados 59 años, en el intercambio con los Pediatras de cabecera de casi 17.000 familias que nos acercaron a sus niños para su iniciación acuática, algunos relatos como los que siguen, fueron reconocidos. Similares expresiones se vertían con frecuencia en las consultas médicas habituales.

Un gran porcentaje de madres interrogadas acerca del comportamiento de sus hijos pequeños durante el baño diario consideraban “normal” el llanto, el grito y la negativa a recibir agua en el rostro o sobre la cabeza.

Los testimonios de las madres sobre comportamiento de los bebés y niños pequeños en referencia al agua, ponen de manifiesto con especial claridad que “algo ha ocurrido”.

Los acontecimientos están invariablemente liga-

dos al accionar adulto y en nuestro estudio se hace evidente que las "reacciones psicósomáticas infantiles" están en proceso de instalarse en "la memoria del cuerpo" y quedan para el sujeto en el rango de lo inconsciente.

Mientras el niño es pequeño, sus expresiones suelen ser ignoradas. Pero el germen del pánico al agua ha sido sembrado.

Testimonios y reacciones psicósomáticas negativas

"De pronto, un buen día, la pequeña no quiere ni oír hablar del agua, ni de la bañera, ni se quiere desvestir mientras se llena de llantos y súplicas desesperadas, que aumentan cuando se abre el grifo o cuando hay que enjuagarse la cabeza para salir. No hay quien la siente en la bañerita, se pone en pie y sólo extiende los brazos llorando para que la saquemos".

"A veces una situación de miedo repentino al baño, en la que un niño se asusta, se puede producir por un mal trago de agua, sensación de ahogo al enjuagarse, molestia por el agua en los ojos, había más espuma de lo normal, el jabón le ha irritado, el agua le quemó en un momento dado, le asustó el ruido del agua saliendo por el desagüe o algún otro detalle que pasó desapercibido para los adultos. Como Pediatra se me consulta muchas veces por este pánico repentino".

"Desde hace unos meses mi hijo de dos años no quiere ni ver la bañera, así que hemos decidido pasar a la opción menos mala, que es la ducha, y no todos los días. No para de llorar desde el momento en que empiezas a decirle 'hoy toca ducha' hasta que lo sacas del baño ya envuelto en su toalla".

"Siempre le digo a mi hijo que eche la cabeza hacia atrás para no mojarle la cara, pero no hace caso, y llora lo mismo, aunque ni siquiera le moje la cabeza. No sé qué fue lo que pasó porque hasta hace poco era un momento agradable y disfrutaba jugando en la bañera...".

"Mi hijo tiene 21 meses y hasta los 17 meses no había ningún problema a la hora del baño. Pero estos tres últimos meses es una guerra continua: tengo que convencerle para meterse al agua y a veces está angustiadísimo".

"Cuando le lavo la cabeza a mi bebé (lo hago con mucho cuidado, para que no le caiga agua en la cara) y, sin embargo, llora mucho en una forma muy angustiante. Creo, que por lo mal que lo pasa en estos 15 minutos de baño, va a acabar odiándolo. Trato de hablarle tranquila pero no consigo calmarlo".

"Creo que mi bebé le cobró miedo al baño. Y recién ahora nos damos cuenta que al bañarlo le tiramos el agua que le cae por la nariz, por las orejas, por la boca, y que quizás como no puede respirar bien, el siente que se va a ahogar".

"Mi bebé mañana cumple un mes y nunca le ha gustado el baño. Siempre llora y me parte el corazón... pero tengo que hacerlo... Lo que menos me gusta es que mi suegra lo bañe porque es cuando más llora. Pero necesito que ella me ayude y lo haga cuando yo no puedo".

"Mi bebé después que cumplió su primer año llora cuando le toca la hora del baño y no sé qué hacer. Cuando era más pequeño no lloraba al contrario le gustaba el agua, pero ahora no y es desesperante escuchar a mi hijo llorar en ese momento que debería ser de relajación para él y para mí".

"Mi bebé tiene 5 semanas y no le gusta el baño. Nunca le gustó y llora desconsoladamente cada vez que la bañamos, sin importar el momento del día o su estado: despierta, dormida, recién comida, con hambre, contenta... Lo hemos probado todo, pero sigue sin gustarle nada".

"Yo tengo una niña de 3 años y no teníamos manera de que no llorara, así que siempre la bañábamos de prisa, sin tardar mucho. Entraba y salía del baño siempre gritando y llorando. Espero que cuando sea más grande se le pase esta angustia que nos hace sentir muy mal".

"Desde hace unos días mi pequeño de 1 año rompe a llorar desconsolado en cuanto me ve con su toalla y su champú en la mano. No puedo darme idea de qué cosa le ha podido ocurrir para que odie este momento, que antes disfrutaba con alegría".

"Tengo un niño de 18 meses al que siempre le encantaba el momento del baño, nunca había tenido miedo al agua, desde pequeñito lo han bañado mis suegros en su casa y sin problemas, y mi madre en su casa igual. El otro día no pudieron bañarlo mis suegros porque mi hijo se puso a llorar de miedo, agarrado del cuello de su abuela sin querer meterse al agua. No sabemos que hacer porque mi madre tampoco se atreve a bañarlo por la forma en que llora. No sabemos que le ha pasado. Le pregunto a mis suegros y mi madre si les ha pasado algo con él en el baño y dicen que nunca y con nosotros tampoco. Estoy preocupada porque no me explico el porqué de este pánico repentino".

La desolación es un sentimiento común que se une a la sorpresa.

Madres y Padres, amantes de sus hijos, jamás pensaron que podían estar haciéndoles daño.





ECOS DE LAS XIII JORNADAS

Difundimos las ponencias de las Dras. participantes de la mesa, coordinada por la **Dra. Andrea Alejandra Rodríguez**.

DEPORTE, RIESGOS, COMPETENCIAS, ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

RIESGOS EN EL DEPORTE

Dra. Maricel Sigle^a

La práctica de deporte y/o actividad física tiene múltiples beneficios físicos, psíquicos y sociales, pero también existen algunos riesgos; por lo tanto, debemos mantener un equilibrio entre los beneficios y los riesgos para lograr un estado de salud adecuado.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

• BENEFICIOS FISIOLÓGICOS

- Disminuye la posibilidad de ECNT: Enfermedades cardiovasculares, HTA, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.
- Fortalece los huesos y músculos, aumentando la densidad ósea; mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (aptitud física o fitness).

• BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

- Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión.
- Aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

• BENEFICIOS SOCIALES

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social.

• BENEFICIOS ADICIONALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Contribuye al desarrollo integral de la persona.
- Controla el sobrepeso y la obesidad en la

infancia, para generar continuidad de hábitos saludables en la vida adulta.

- Mayor mineralización ósea y disminución del riesgo de padecer osteoporosis, en la vida adulta.
- Mejor maduración del sistema nervioso motor y aumento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar.

Todas las estadísticas, tanto a nivel mundial como nacional, nos reflejan un aumento de la obesidad y el sedentarismo a cifras preocupantes. Como, por ej., OMS (2016) dice que el 80 % de la población adolescente, a nivel mundial, es inactiva físicamente.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (13 a 15 años), refleja que la actitud sedentaria aumentó de 49,2 % en el año 2007, a 50,3 % en el año 2012.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en adultos mayores de 18 años, muestra en sus cuatro años de investigación (2005, 2009, 2013, 2018) un franco aumento del sedentarismo de 46,2 % en la primera encuesta a 64,9 % en la última. Conjuntamente se observa un aumento de la **obesidad** y el **sobrepeso** hasta alcanzar valores mayores al 60 %.

Para ello debemos preguntarnos: **¿Cuándo? ¿Qué? ¿Cuánto? ¿Cómo? de actividad física debemos practicar.**

¿Cuánto? La OMS recomienda 60 minutos de actividad física diaria de intensidad moderada a

a. Médica Pediatra especialista en medicina del deporte. Miembro del Comité de Medicina del deporte infante juvenil de la SAP.

vigorosa, en niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, preferentemente aeróbica, que puede distribuirse en sesiones de 10 minutos, y 3 veces por semana actividades de fortalecimiento músculo esquelético (fuerza).



¿Qué? ¿Cómo? Debe ser *recreativa, motivacional, divertida*, con adecuado aporte de nutrientes e hidratación, cubriendo todos los requerimientos, controlando que el crecimiento y desarrollo sean óptimos y valorando los aspectos psicológicos de dicha práctica.

Por lo tanto, la actividad física y el deporte son beneficiosos, siempre y cuando se realicen en la forma adecuada.

¿Cuándo? El *entrenamiento* deportivo es beneficioso para la salud y necesario a partir de cierta edad, si respetamos las etapas sensibles, para no perder la oportunidad de desarrollar las capacidades físicas que le van a permitir un mayor desarrollo deportivo en su vida adulta.

RIESGOS

Definición: la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso.

RIESGO = AMENAZA POR VULNERABILIDAD

Amenaza: un dicho o hecho que anticipa un daño.

Vulnerabilidad: susceptibilidad a los efectos dañinos de una amenaza.

Clasificación de riesgo a:

1. Lesiones.
2. Sobrentrenamiento.
3. Riesgos nutricionales.
4. Riesgo por abuso de sustancias dopantes.

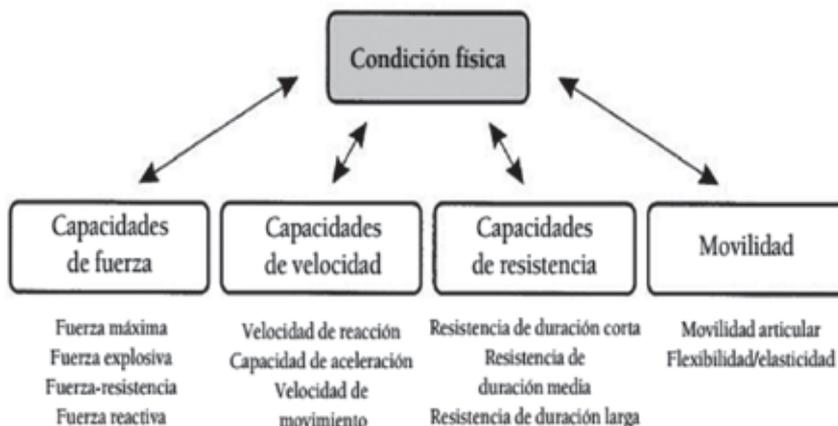
1. RIESGOS DE LESIONES

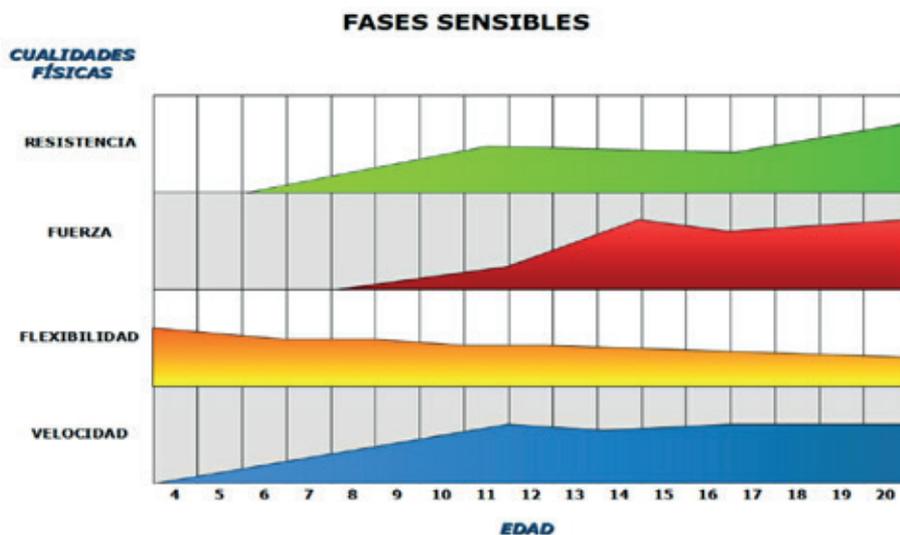
• En relación al tipo de actividad:

- Actividades con movimientos bruscos.
- Dificultad para auto controlar la intensidad (deporte colectivo).
- Posibilidad de impactos con objetivos y oponentes.
- Problemas psicológicos y de relación social derivados de la competitividad.

• En relación con el medio:

- Falta de seguridad en aspectos relacionados con el medio (equipamiento, clima).
- Relacionados con los objetos: caídas, accidentes.
- Relacionados con el medio natural (p.ej. actividades de aventura).





Los niños son más sensibles a sufrir lesiones

¿Por qué?

- Tienen peor coordinación motora.
- Tiempos de reacción más lentos que los adultos.
- Maduran a ritmos diferentes, diferencias marcadas de estatura y peso entre niños de la misma edad.
- A medida que van creciendo el riesgo de lesiones aumenta, debido a su mayor fuerza física.
- Presión de padres y entrenadores puede llevar a lesiones por sobre uso.

¿Cómo prevenirlas?

- a. El examen clínico pre participativo mediante la *Constancia de Salud para la Práctica de Actividad*

Física que la podemos encontrar en: www.sap.org.ar, es una herramienta con la que contamos todos los pediatras para disminuir el riesgo de una patología preexistente a la práctica de deporte y o actividad física.

- b. Usar el equipo adecuado (protectores, calzado). Los elementos de protección varían según cada deporte, puede ser: cascos, protectores bucales, anteojos, gorros, rodilleras, coderas, etc.
- c. Mantenimiento del campo de juego: los pisos duros, de alto impacto aumentan el riesgo de lesiones.
- d. Supervisión adecuada de parte de entrenadores.
- e. Correcta preparación (entrenamiento invisible: alimentación, hidratación, descanso)

Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas

Guidelines on children preparticipation physical evaluation. Update

Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil, Grupo de Trabajo de Salud Escolar, Comité Nacional de Adolescencia, Comité Nacional de Cardiología, Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria, Comité de Medicina del Deporte Infantojuvenil filial Córdoba y Servicio de Traumatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez,

RESUMEN

La práctica de actividades físicas en niños y adolescentes requiere que el pediatra realice un examen médico y una constancia que los habilite a participar.

Escuchando la inquietud de pediatras y entidades deportivas, nuestro Comité realizó una actualización sobre el tema. Los puntos relevantes que tomamos en cuenta para actualizar son el cambio del término "certificado" por el de "constancia"; la responsabilidad compartida entre el médico, los padres, la institución y los profesores a la hora de tener en cuenta al niño que hace actividad física; la determinación del momento ideal para pedir un electrocardiograma, y el énfasis sobre el aparato locomotor en el momento del examen físico.

La idea es que este modelo de ficha médica sea usado por las instituciones deportivas, escolares, etc., a nivel nacional para así poder aunar conceptos y desterrar el sinnúmero de fichas de salud que están dispersas por todo el país.

- f. Adecuada entrada en calor y elongación.
- g. Aprendizaje de las reglas del juego

Tipos de Lesiones

- Agudas: por traumatismos.
- Fracturas.
- Lesiones musculares: desgarros, distensiones.
- Lesiones ligamentarias y meniscales (adolescentes).
- Lesiones por sobreuso: por acciones repetitivas de sobrecarga sobre el aparato osteoarticular.
- Osgood-Schlatter: dolor en la tuberosidad anterior de la tibia.
- Enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson: dolor en inserción del tendón rotuliano.
- Enfermedad de Sever: dolor en talón.
- Lesiones recidivantes: cuando el niño/adolescente vuelve a practicar deporte antes de estar completamente recuperado de la lesión.

2. RIESGOS DE SOBRE-ENTRENAMIENTO

• Relacionado con el abuso de ejercicio:

- Riesgos por sobrecarga del entrenamiento: (por transpolar teorías del adulto al niño o adolescente).
- Riesgos por manipulación y desadaptación social: niños en el ALTO RENDIMIENTO a temprana edad (padres, entrenadores).
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad y nerviosismo.
- Disminución de la autoestima.
- Apatía.
- Adicción y obsesión por el ejercicio.

• Relacionados con el uso inadecuado:

- Falta de seguridad en la práctica.
- Desajuste entre las actividades y las características personales.

3. RIESGOS NUTRICIONALES:

- *Deportes donde la apariencia y la delgadez son importantes por una cuestión estética, aumentando el riesgo de anorexia, principalmente:*
 - Patinaje
 - Nado sincronizado
 - Gimnasia artística
 - Danza
- *Deportes donde el bajo peso ayuda para el desempeño, debido a que es menor la masa de desplazamiento:*
 - Maratón
 - Natación
 - Esquí

- *Deportes donde se compite en categorías por peso. (Alto consumo de diuréticos o uso de deshidrataciones o ayunos extremos para lograr el peso adecuado para la competencia).*

- Artes marciales.
- Boxeo.
- Lucha.

Fundamental es mantener la tríada del llamado **entrenamiento invisible**: *alimentación, hidratación, descanso*, según requerimientos diarios de nutrientes y con el aporte calórico adecuado, en base a la intensidad del deporte y el tiempo. En forma general se recomienda el plato nutricional que fue reemplazado por la pirámide según las últimas Guías Alimentarias Argentinas.



4. RIESGO POR ABUSO DE SUSTANCIAS DOPANTES

En niños y adolescentes no es necesario el uso de suplementos o micronutrientes en general.

Solo en casos particulares, según laboratorio (anemia, hipoproteinemia, hipovitaminosis, etc.) se indicará en forma individual.

CONCLUSIONES

Realizar actividad física y deporte en forma adecuada, genera mayores **BENEFICIOS** que **RIESGOS**.

RECOMENDAR ACTIVIDAD FÍSICA SIEMPRE, educando en los HÁBITOS SALUDABLES para PREVENIR los RIESGOS.

SOBRE ENTRENAMIENTO

Dra. María Guinot^b

El lema de las Jornadas es “*Cuidar en el niño de hoy la salud del adulto de mañana*” Es una realidad que, como Pediatras, tratamos de cuidar a los niños y sus familias, con el objetivo de que ese niño, sea un adulto saludable y además pueda desarrollar su potencial para el que está destinado.

Ahora bien, cuando recibimos a niños y adolescentes que practican algún deporte y/o actividad física, es bueno tener en cuenta algunos aspectos para evitar daños físicos/psicológicos, transitorios o permanentes, que puedan perjudicar su salud y posterior desarrollo.

Entonces en primera instancia realizaremos la anamnesis y examen físico de rutina, para evaluar su crecimiento y desarrollo y luego focalizaremos en puntos específicos para detectar signos de stress deportivo/sobre entrenamiento.

Generalmente nos preguntamos:

- ¿Está realizando un deporte que le gusta?
- ¿Le gusta competir?
- ¿Entrena muchas horas?
- ¿Se alimenta realmente bien?
- ¿Qué tiene ganas de hacer realmente?

Nos podríamos hacer muchas preguntas, de todas formas.

¿Cómo definimos sobre entrenamiento?

El sobre entrenamiento es un cuadro clínico ocasionado por entrenamiento excesivo, caracterizado por una disminución marcada y sostenida del rendimiento físico; con importante alteración neuro-endócrina, inmunológica, de los marcadores inflamatorios; incapacidad de recuperarse aún con disminución o cese de la actividad, deterioro en grado variable del estado de salud y afectación de la calidad de vida del deportista.

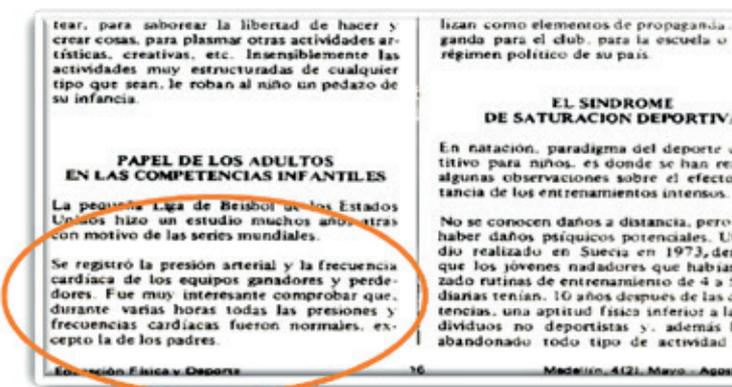
Antes de mencionar los signos y síntomas veremos los:

Factores que originan el mismo:

- Factores fisiológicos: excesos de volumen e intensidad del entrenamiento, exceso de frecuencia (muchas sesiones semanales).

- Factores metodológicos: especialización temprana, ausencia de planificación a largo plazo y de periodización. Sobre exigencia técnica/táctico-estratégica, para lo cual no están maduros, exceso de competición, premiación y viajes a edades tempranas.
- Factores psicológicos: presión psicológica impuesta o autoimpuesta, entorno familiar motivador en exceso, presión del entorno competitivo: rivales, dirigentes, periodistas, premiación inadecuada.

A modo ilustrativo, veremos un recorte de un trabajo que investigaba el stress en niños durante la competición y pueden observar lo que evidenciaron:



Ahora bien, en el consultorio ¿qué deberíamos tener en cuenta para observar, en un paciente que entrena un deporte o actividad física sistemática, para detectar tempranamente estos síntomas y signos y así evitar el sobre entrenamiento, con todos los padecimientos que conlleva?

Interrogaremos síntomas generales: cansancio, insomnio, pérdida del apetito, disminución de peso corporal, dolor muscular y rigidez, cefaleas, trastornos digestivos, infecciones frecuentes, reacciones alérgicas, amenorrea.

a. Médica Pediatra, especialista en Medicina del Deporte. Miembro del Comité de Deportes SAP. mguinot@intramed.net

Si realizamos laboratorio podemos tener los siguientes hallazgos:

Aumentan: urea, amoníaco, cortisol, catecolaminas, potasio, enzimas musculares, CPK.

Disminuyen: testosterona, hierro, Hb, ferritina, zinc, cobalto, cobre, aluminio, selenio, magnesio, manganeso, vitaminas C y E, ácido láctico, glucemia, alteraciones tiroideas.

Glutamina (síntesis de proteínas). Disminuyen, también, las inmunoglobulinas.

Como síntomas, más específicos destaco:

• *Síntomas fisiológicos*

Alteraciones en la frecuencia cardíaca en reposo, ejercicio y recuperación de la presión arterial, cambios respiratorios (taquipnea, hiperpnea, hiper-ventilación), aumento del consumo de oxígeno en esfuerzos sub-máximos, aumento del metabolismo basal, cambios en el ECG (onda T y segmento S-T anormales).

• *Síntomas osteoarticulomusculares:*

Tendinitis, fracturas por stress, entesitis, periostitis, condromalacias

• *Síntomas durante el entrenamiento:*

Menor fuerza, resistencia y velocidad, menor capacidad de recuperación, mayores errores técnicos

• *Síntomas psicológicos:*

Depresión, apatía, irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, desinterés, disminuye autoestima.

• *Resultados deportivos:*

Pérdida de coordinación, imposibilidad de procesar las indicaciones en el entrenamiento y el juego, dificultad para alcanzar las metas propuestas, repetición de errores, abandono deportivo.

Al detectar signos y/o síntomas de sobre entrenamiento debemos indicar:

1. Suspender todas actividades de entrenamiento y competencias por el tiempo que sea necesario.
2. Cuidado especial con la alimentación, incorporando los complementos y suplementos proteicos, vitamínicos y minerales, que se consideren necesarios.
3. Fisioterapia: baños termales, masajes, procedimientos con equipos especiales.
4. Psicoterapia. la asistencia psicológica es primordial para la recuperación y la superación de la crisis. A veces es conveniente incorporar también a los familiares más cercanos que conviven con el atleta, e incluso al entrenador.
5. Considerar el descanso en ambiente tranquilo y natural.
6. Incorporar rutinariamente actividades recreativas y de esparcimiento.

Como Pediatras: cuidar al niño/adolescente que entrena, favorecerá su crecimiento y desarrollo saludable, para cumplir con el lema:

***“Cuidar en el niño de hoy
la salud del adulto de mañana” ...***





¿QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA?

PLANTAS TÓXICAS EN LA VIDA COTIDIANA

Dra. Marcela P. Regnando^a y Dra. M Cecilia Rizzuti^b

Las plantas constituyen un riesgo más dentro de todos los que nos rodean: el arte estará en admirar su belleza, saber reconocer su peligrosidad y explorar su enorme potencial benéfico para la humanidad”

Jenny Pronczuk



Cercos
de plantas
tóxicas

Una **planta tóxica o venenosa** es toda aquella capaz de provocar efectos nocivos sobre humanos o animales. En esta ocasión mencionaremos intoxicaciones generadas por especies comunes, que forman parte del entorno familiar e institucional, desconociendo frecuentemente la población general (y nosotros, los médicos) su peligrosidad.

El objetivo, dado que son innumerables las especies capaces de intoxicar al ser humano es incluir esta opción dentro de los diagnósticos diferenciales.

Dependiendo de la manera en que el elemento tóxico ingresa al organismo algunas de las maneras de preparación son:

- **Infusión:** parte de la planta se sumerge en agua hirviendo, se la deja reposar y se cuela.

- **Macerado:** parte de la planta se sumerge en agua natural, aceite o alcohol durante varias horas para extraer los principios activos.
- **Jugos:** se coloca la planta fresca en un mortero para molerla y luego colarla.
- **Cocimiento:** se hierve partes de la planta en agua durante un tiempo.

Otros métodos, de uso externo, son:

- **Emplasto** se coloca la planta en vaselina, grasa, para que se pegue al lugar afectado.
- **Cataplasmas**, mediante las cuales se coloca parte de la planta en lugar afectado y se cubre.

a. Médica pediatra, especialista en toxicología y psiquiatría. Miembro del Comité Nacional de Prevención de Lesiones.
b. Médica pediatra. Miembro del Comité Nacional de Prevención de Lesiones.

LESIONES POR ACCIÓN TRAUMÁTICA



PHILODENDRO



CALA



POTUS



ANTURIUM



DIPHEMBACHIA

Los **crisales de calcio** producen trauma directo en contacto con las mucosas al ser masticados, tragados, sobre la piel o sobre los ojos. Otras toxinas de la planta: *bradiquininas* y *enzimas* también inducen liberación de histamina y otros mediadores inflamatorios.

Manifestaciones clínicas

- Ardor y dolor oro faríngeos.
- Náuseas y vómitos.
- Inyección conjuntival y quemosis.
- Sialorrea.
- Trastornos respiratorios, disfonía. En piel puede producir dolor e irritación, generalmente no hay toxicidad sistémica asociada.

Tratamiento

Sintomático: líquidos fríos protectores de la mucosa, corticoides.



¡Plantas ornamentales en hogares, comercios y consultorios!



Edema oro faríngeo



Sialorrea



Vómitos y dolor abdominal



Inyección conjuntival

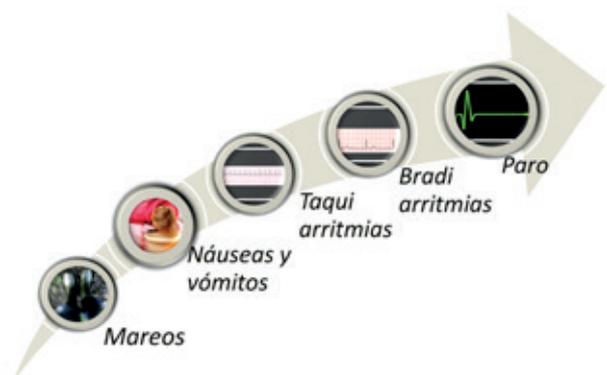


Síntomas respiratorios

LESIONES POR ACCIÓN CARDIOTÓXICA

Mecanismo tóxico

- Inhibición de la Na^+/K^+ - ATPasa celular. El Ca^{2+} intracelular aumenta y genera un efecto inotrópico positivo y cronotrópico negativo. Aumenta la frecuencia de arritmias ventriculares.
- El tono vagal aumenta, mediado por la acetilcolina (con bradicardia y bloqueo cardíaco).



Manifestaciones clínicas

Dolor abdominal, mareos, náuseas, vómitos, hiperkalemia, bradicardia, arritmias ventriculares, paro respiratorio, son síntomas comunes a todas las plantas a mencionar dependiendo de la dosis y tiempo de exposición.

- **LAUREL DE JARDÍN**

Adelfa, Laurel de jardín, Laurel Romano.



Principio Activo

Oleandrina. Su acción es parecida a la digital.

Toda la planta es tóxica, aunque la toxicidad decrece desde la raíz hacia las flores.

Intoxicación

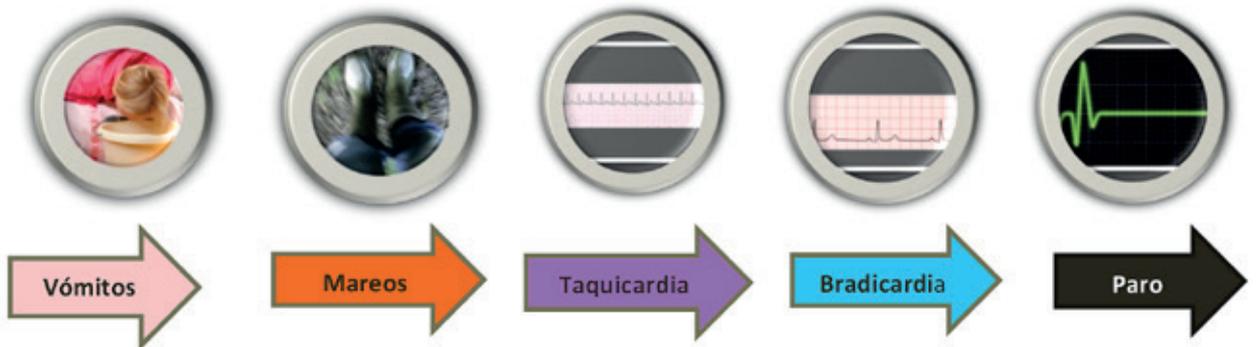
Consumo de carnes ensartadas en ramas, inhalación de humo de hojas y maderas quemadas confundidas con hojas de eucalipto (que se usan para infusiones).

Los niños accidentalmente también pueden ingerir las hojas, las flores o las semillas.

★ ;Utilizada como planta ornamental en espacios públicos!

Tratamiento

Decontaminación y el de la intoxicación por digital.



• **DIGITAL**

Dedalera o Chupamieles.

Principios Activos

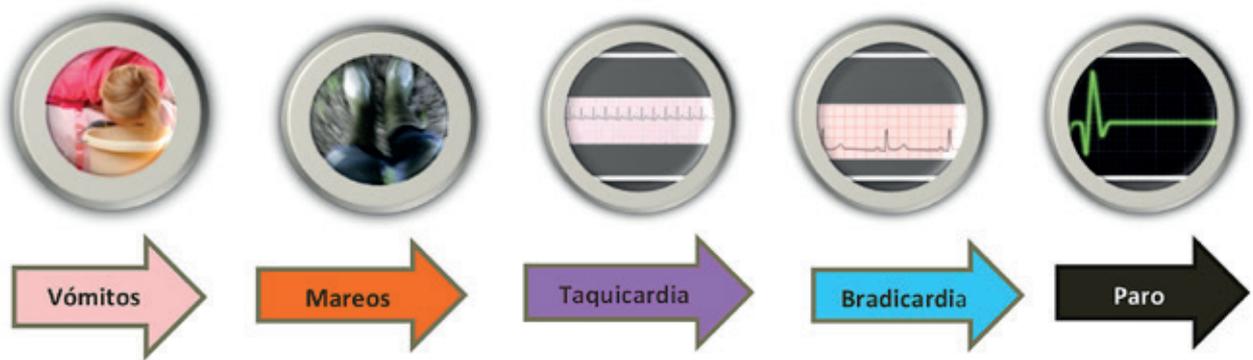
Digitoxina y digoxinas presentes en las hojas, flores y semillas.

Ingesta

frecuentemente fatal.

Tratamiento

- Decontaminación.
- Tratamiento de la intoxicación por digital.



• **CONVALARIA, LIRIO DEL VALLE O MUGUET**

Principio activo

La **Convalatoxina** provoca arritmias, pero se absorbe mal por el intestino. Por eso las intoxicaciones graves son excepcionales.

Otros principios activos son la **Convalarina** y la **Convalarmarina**.

Toda la planta es venenosa.

Manifestaciones clínicas

Las propias de este grupo más: *sensación repentina de calor, cefalea, alucinaciones, erupción maculo eritematosa en la piel*. Con cantidades ingeridas importantes se produce una intensa salivación, náuseas, dolor abdominal y epigastralgia, vómitos, cefalea, *midriasis*, frialdad de la piel, palpitaciones irregulares, puede llegar al coma y muerte por fallo cardíaco.



Tratamiento

Lavado gástrico, anti arrítmicos, como la quinidina.



¡Venta al público prohibida o restringida por razón de toxicidad!



• **PEREJIL FALSO (AETHUSA) Y CICUTA (CONIUM)**

Principio Activo

La **cicutina** o **coniina** es un alcaloide neurotóxico derivado de la **piperidina** que se encuentra en diversas plantas, como las del género *Conium* y en *Aethusa cynapium*.

Formas habituales de intoxicación

Vía oral, accidental, suicida u homicida.
¡Toda la planta es tóxica!



Cicutina: bloquea el *receptor nicotínico* en la membrana postsináptica de la unión neuromuscular generando parálisis flácida.

Síntomas

En pequeñas dosis tiene acción sedante, analgésica y anestésica local.

En dosis tóxicas: ardor en la boca, faringe, esófago y estómago, dificultad para tragar, sialorrea, náuseas, midriasis, nerviosismo, temblores, bradicardia y pulso débil, y debilidad en MMII. **El paciente permanece lúcido y presenta una parálisis flácida ascendente que inicia en miembros inferiores y termina con paro cardiorrespiratorio, luego de unas horas.**

¡A mayor dosis mayor toxicidad



Tratamiento

- Provocar el vómito o lavado de estómago.
- Carbón Activado seriado. Luego un purgante salino.
- Si presenta convulsiones: anticonvulsivantes.
- Según parálisis: ARM u oxigenoterapia.

PLANTAS CON ACCIÓN ALUCINÓGENA

• FLORIPONDIO

Árbol de las trompetas, "saia branca" (portugués) trompetero, "angel trumpet" (inglés) floripondio blanco, trompeta del juicio. *Brugmania arborea*.

Principio activo

Contiene atropina, hiosciamina, hioscina.

Se usa la flor en té y produce cuadro anticolinérgico. Su consumo fue muy popular para tratar crisis asmáticas, como alucinógeno o abortivo.

Síntomas

El síndrome anticolinérgico (SA) es una entidad frecuente. Se considera un síndrome secundario a medicamentos o plantas con efecto anticolinérgico, de los que se destacan antihistamínicos, atropina, escopolamina, fenotiazinas y antidepresivos tricíclicos.

Se caracteriza clínicamente por inquietud, rubicundez facial, hipertermia, alucinaciones de inicio dentro de los 30 min hasta 3hs dependiendo de qué partes de la planta, qué tipo de preparación reciba y las características personales del paciente, confusión, delirium, alucinaciones, visión borrosa, midriasis, retención urinaria, taquicardia, hipertensión, arritmias, colapso cardiorrespiratorio, coma y muerte.

En los casos menos severos el efecto, con amnesia posterior, puede durar 36 hs.

El diagnóstico es clínico y deben descartarse otras entidades como hipoxia cerebral, hipercapnia, hipoglicemia, alteraciones neurológicas, insuficiencia hepática y toxicomanías.



La dosis activa es muy cercana a la tóxica.

Tratamiento

Hidratación, benzodiacepinas, anti arrítmicos, asistencia respiratoria, dependiendo de la severidad del cuadro.



• **CHAMICO**

Nombre vulgar: *Chamico, estramonio loco, flor de la trompeta, etc.*

Principio activo

Se encuentra **en las semillas**. Contienen alcaloides: hiosciamina, escopolamina y atropina.

Dosis letal (dependiendo del peso y la condición física del paciente)

Aproximadamente 30 semillas. Puede contaminar diversos productos como la soja, la yerba mate, la manzanilla, entre otros.

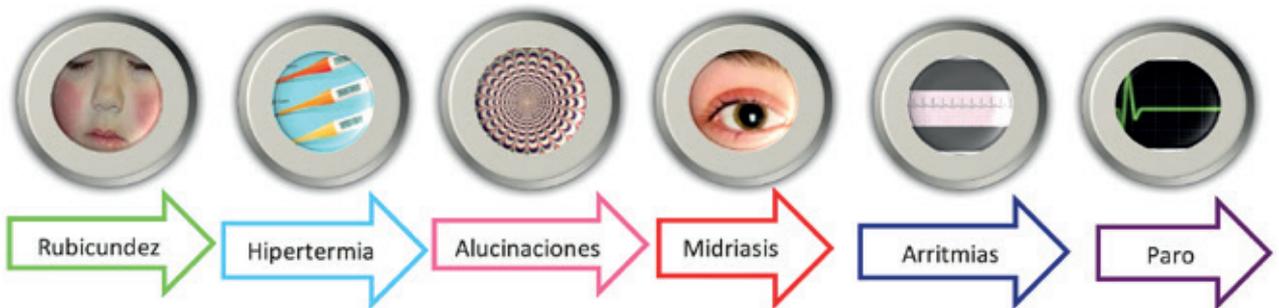


Cuadro clínico

Síndrome anticolinérgico: alucinaciones, rubicundez, excitación, hipertermia, midriasis arreactiva, taquicardia, sequedad de piel y mucosas.

Tratamiento

Decontaminación (lavado gástrico, carbón activado y purgante salino).



PLANTAS CUYAS SEMILLAS SON TÓXICAS

• **RICINO**

Principio Activo

Ácido rinoleico (no tóxico).

Las semillas contienen Ricina: Inactiva ribosomas e inhibe la síntesis proteica.

Dosis letal: 1 mg (3-4 semillas). En niños 1 semilla puede ser letal.

Síntomas

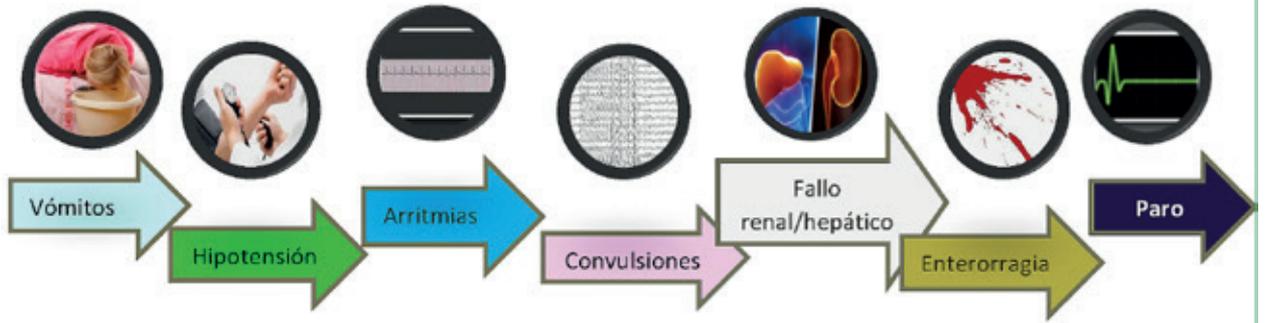
Vómitos violentos, hipotensión, taquicardia, falla hepática y renal, hemorragia intestinal, convulsiones, coma.

Tratamiento

Medidas decontaminantes: lavado gástrico, carbón activado, purgante salino.

Terapia Intensiva: manejo de fallo renal y hepático. Benzodiacepinas como anticonvulsivantes.





• PARAÍSO

Melia Azederach

Planta exótica originaria de regiones del Himalaya.

Nombre vulgar: Cinamomo, agriaz, piocha, canelo, lila, paraíso sombrilla o, de manera más imprecisa, árbol del paraíso.

Frutos verdes (no maduros) son más tóxicos. Prohibida su venta en España desde el año 2004 por su toxicidad (SCO/190/2004)

Este árbol también representa un riesgo para bovinos y porcinos.



Principio activo

Contiene *neurotoxinas*, en especial *tetranortriterpeno*.

Síntomas

Vómitos, diarrea, dolor abdominal, edema pulmonar, rigidez, hipoglucemia, convulsiones, degeneración grasa del hígado y riñón, falta de coordinación y finalmente paro cardíaco.

Tratamiento

Lavado gástrico, carbón activado, purgante salino.

Cuidados Intensivos. Si presenta convulsiones: diazepam.



Esta fue una pequeña descripción de algunas de las innumerables plantas tóxicas de nuestro entorno. Las elegimos porque están en nuestro hábitat y desconocemos su toxicidad.

Si con el próximo niño que llegue a la guardia desde su casa con la boca hinchada, disfonía y dolor abdominal preguntamos “¿cuáles son las plantas que usted cultiva?” el objetivo de este texto estará cumplido.

REFERENCIAS

- Guía Nacional de Antídotos y tratamientos en intoxicaciones 2019. Centro Nacional de Intoxicaciones. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.
- Guía de diagnóstico y tratamiento en toxicología-Silvia Cabrerizo et al., Eudeba 2014.
- Tesis de grado: Investigación sobre la toxicidad de *Melia Azederach* para los bovinos. Alonso Haller, Marcelo Federico, Luzardo Maucione, Santiago.

Agradecimientos

A nuestros asesores informáticos: *Melissa Lin* y *Lautaro Tsai*: ¡gracias por la paciencia de siempre!





USO RACIONAL DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES AMBULATORIAS MÁS FRECUENTE

Dra. Miriam Bruno^a

El presente artículo es publicado en la revista, gracias a la gestión de la Dra. Mirta Vázquez (del grupo editorial de Noticias Metropolitanas) quien fue la encargada de contactarnos con la autora.

Uno de los principales desafíos del Pediatra en la atención de un niño con fiebre, es establecer si los síntomas y signos son compatibles con una infección bacteriana o viral. Los antibióticos son uno de los medicamentos que se prescriben con mayor frecuencia en la práctica médica, correspondiendo al 20 %-35 % de las prescripciones de medicamentos. Si bien son importantes para el tratamiento de las infecciones, aproximadamente en el 50 % de las situaciones no sería necesario o se indican con dosis o tiempos inadecuados. No hay una percepción adecuada, ni por parte de médicos ni de los padres, que las resistencias bacterianas se relacionan con el uso de los antibióticos de manera indiscriminada.

Si bien el desarrollo de resistencia antibiótica es parte del proceso natural en la evolución de los microorganismos, esto se puede acelerar por la presión selectiva que se genera cuando se enfrenta a un antibiótico.

Por otra parte, cuando utilizamos antibióticos para el tratamiento de una infección supuestamente bacteriana, si las concentraciones no son adecuadas para inhibir el crecimiento de las bacterias, se puede facilitar la expresión de los genes de resistencia a dicho antibiótico y la multiplicación de cepas de la bacteria resistentes.

Además, teniendo en cuenta la microbiota natural, se desarrollará una supresión de flora sensible con la posibilidad de desarrollo de la biota con resistencia natural al antibiótico.

De esta manera, la utilización inapropiada de antibióticos determina la selección de flora resistente en las personas que, además, pueden transmitirlo a otras a través del contacto directo con el ambiente.

Las infecciones producidas por bacterias multi-

resistentes es un problema creciente y un desafío constante tanto para el abordaje clínico como para la prevención.

Este problema se presenta no sólo en el ámbito institucional, sino también en bacterias en la comunidad como los estafilococos resistentes a meticilina y bacilos gram-negativos productores de β -lactamasas de espectro ampliado o extendido. Algunas de las infecciones por agentes resistentes pueden ocasionar una enfermedad grave y como consecuencia requerir internación.

Por lo tanto, el uso apropiado de antibióticos significa no sólo la elección adecuada, sino también de la dosis y duración para no promover el desarrollo de resistencia.

¿Qué debemos conocer para la indicación de un tratamiento antibiótico?

- La localización de la infección y la posibilidad de identificar el agente etiológico.
- Consideración de los principales agentes causales y su patrón de sensibilidad antibiótica.
- Las características principales de los antibióticos elegidos.
- Los mecanismos de resistencia más frecuentes frente a los mismos.
- Posibilidad de adherencia al tratamiento.

La consideración de ciertos parámetros farmacocinético-farmacodinámicos (índices terapéuticos) permite optimizar el tratamiento de las infecciones más comunes y proporcionar una base para una dosificación más racional. Existe una relación entre cura bacteriológica y el porcentaje de tiempo (T) en suero o lugar de infección que un betalactámico permanece por encima de la concentración mínima

a. Médica Pediatra Infectóloga. Jefa de Promoción y Protección de la Salud del hospital Dr. Carlos G. Durand. Miembro del Comité de Infectología de la SAP.

inhibitoria (CIM) para la bacteria causal ($T > CIM$). Cuando las concentraciones del antibiótico exceden un 40-50 %, el intervalo de la dosis son curativas, lo cual permite, por ejemplo, que en la faringoamigdalitis estreptocócica y en la otitis media aguda, amoxicilina se pueda administrar cada 12 h en lugar de cada 8 hs, facilitando la adherencia al tratamiento. Otro parámetro farmacocinético-farmacodinámico es la relación del área bajo la curva (ABC), que indica qué cantidad de antibiótico llega a la circulación sistémica, con el tiempo sobre la CIM de la bacteria. Una relación >10 predice una buena eficacia.

También es importante conocer otras características como son el efecto post-antibiótico, el efecto inóculo, la penetración en los tejidos y la penetración intracelular.

De esta manera podemos establecer tres tipos de actividad de los antibióticos:

- La efectividad depende del tiempo de exposición al antibiótico sobre la CIM, como los betalactámicos.
- La efectividad depende de la concentración sérica y tisular del antibiótico y su persistencia en el tiempo, como los aminoglucósidos.
- La efectividad depende tanto de la concentración como del tiempo en que los niveles del antibiótico permanecen por sobre la CIM y el área bajo la curva, como los macrólidos y azálidos (azitromicina).

Las patologías en las que se evidencia, con mayor frecuencia, la prescripción de antibióticos, son las infecciones respiratorias y dentro de éstas las otitis media o bronquiolitis en los niños menores de 6 años y faringoamigdalitis, sinusitis o bronquitis en mayores de 4 años. En relación a esto, los antibióticos que se prescriben con mayor frecuencia son la penicilina o derivados, cefalosporinas de 1ª generación y los macrólidos.

En una revisión se identificaron varios determinantes culturales relacionados con la prescripción de antibióticos, no solamente del médico sino también de los pacientes que en Pediatría se trasladaría a los padres. Los principales determinantes en los médicos fueron la actitud en el abordaje de las infecciones respiratorias agudas, la capacitación inicial, el conocimiento de los antibióticos, las consideraciones legales y la percepción de las expectativas del paciente.

En la población los determinantes culturales fueron la percepción de la enfermedad, experiencia previa, conocimiento de las características de antibióticos, información de la indicación de

acuerdo al diagnóstico, percepción y confianza en el profesional.

En las faringoamigdalitis agudas las manifestaciones clínicas, por sí solas, no permiten diferenciar la etiología viral o bacteriana. Las únicas en las que está indicado el tratamiento antibiótico son las causadas por el estreptococo betahemolítico del grupo A o *Streptococcus pyogenes*, por lo que es importante la utilización de métodos de diagnóstico para su identificación. El tratamiento de elección es la penicilina o amoxicilina ya que no se ha identificado resistencia a estos antibióticos y ambas pueden administrarse cada 12 hs durante 10 días. La farmacodinamia de la amoxicilina permite su administración pueda realizarse incluso cada 24 hs. En casos de alergia a la penicilina la alternativa son los macrólidos o la clindamicina. Dependiendo de la situación, se puede iniciar el tratamiento antibiótico en casos de alta sospecha de infección estreptocócica y suspenderlo si el cultivo es negativo, o diferir el inicio de la antibioticoterapia hasta conocer el resultado del mismo.

Es necesario aclarar que la alergia a penicilina en una situación muy rara y una mala interpretación genera la indicación de otros antibióticos inadecuadamente. Se debe hacer una evaluación minuciosa analizando la situación que determinó el fenómeno de hipersensibilidad para descartar posibles confundidores. La principal contraindicación serían los episodios de alergia moderada o grave.

Las otitis medias agudas (OMA) son otras de las patologías en las que se ha identificado prescripciones inapropiadas. Se consensuado definirla como una inflamación de comienzo rápido, con presencia de líquido en el oído medio, acompañado de signos y síntomas locales como dolor de oído, tímpano eritematoso y abombado, en ocasiones perforación timpánica con drenaje de material purulento y síntomas sistémicos como fiebre, irritabilidad o dificultad en el sueño.

Es importante diferenciar la OMA de una otitis media con exudado (OME) sin certeza clínica de infección y que frecuentemente se diagnostica como OMA. Los agentes etiológicos más frecuentes son el *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* no tipificable, de los cuales el 30-50 % de las cepas son productoras de betalactamasas.

Aproximadamente un 80 % de los episodios se resuelven en forma espontánea, por lo cual es posible considerar el diferir la indicación de tratamiento antibiótico, según la evolución clínica, dentro de las 48 horas. En los niños menores de 2 años y en los mayores de 2 años con otitis bilateral, otorrea, comorbilidad o cuadro clínico grave, se recomienda

tratamiento antibiótico precoz. Mientras que en los mayores de 2 años con cuadros leves o moderados se recomienda la observación de la evolución dentro de las siguientes 48 horas. El antibiótico de elección para el tratamiento empírico es la amoxicilina 80-100 mg/kg/día, vía oral, administrada en dos dosis diarias, debido a su buena actividad antimicrobiana y cubriendo las cepas con resistencia aumentada a la penicilina.

En caso de fallo terapéutico se debe considerar la posibilidad de presencia de cepas de *H. influenzae* no tipificable o *M. catarrhalis* productoras de betalactamasas y en estos casos el tratamiento de elección es amoxicilina-clavulánico (90 mg/kg/día de amoxicilina, y 6.4 mg/kg/día de clavulanato), cada 12 hs.

Otra situación con sobre diagnóstico y uso inadecuado de antibióticos son las rinosinitis. La etiología viral es la más frecuente y solo el 0,5 % al 5 % presenta una sobreinfección bacteriana. La persistencia de obstrucción nasal y rinorrea, que puede asociarse a compromiso radiológico de los senos paranasales (engrosamiento de la mucosa, nivel hidroaéreo y oclusión infundibular) más de 10-14 días luego del episodio agudo, son elementos que podrían indicar la sobreinfección.

Además, otros síntomas asociados son la tos persistente a predominio nocturno, reaparición de la fiebre o persistencia más allá del quinto día, falta de mejoría o empeoramiento del cuadro clínico. El tratamiento de elección, en caso que fuera necesario, es la amoxicilina cada 8-12 horas por 7 a 10 días o amoxicilina con clavulánico en caso de fallo terapéutico. En niños con alergia a la penicilina, el tratamiento alternativo es claritromicina 10 días o azitromicina 5 días.

En las infecciones urinarias el objetivo del tratamiento antibiótico es fundamentalmente controlar la infección aguda, evitar las complicaciones y prevenir el daño renal. En el 80 %-90 % de los casos el agente causal es la *E. coli* y menos frecuentemente otras bacterias como *Klebsiella*, *Proteus*, *Serratia*, *Enterobacter*.

Es importante aclarar que la bacteriuria asintomática no se relaciona con la posibilidad de complicaciones, aun en presencia de reflujo vésico-uretral (RVU), por lo que no debe ser tratada con antibióticos, debido a que puede seleccionar gérmenes con mayor virulencia y resistencia. Las excepciones son: antes de procedimientos quirúrgicos en la vía urinaria, niños receptores de trasplante renal (dentro de los primeros 6 días posteriores al trasplante) y mujeres con bacteriuria adquirida por catéter o sonda crónica pero que ya fue removida.

Para el diagnóstico de infección urinaria es fundamental el urocultivo con una muestra recolectada adecuadamente. El tratamiento debe ser instaurado en forma precoz en un paciente con cuadro clínico compatible, sedimento urinario con signos de respuesta inflamatoria y una vez tomada la muestra para el urocultivo.

La elección del tratamiento se debe basar en la edad del paciente, el estado general, los patrones locales de sensibilidad antimicrobiana y adecuarse a las 48-72 h a las pruebas de sensibilidad antibiótica de los gérmenes aislados. Es importante recordar que tanto la vía oral como la intravenosa son igualmente eficaces, por lo tanto, en niños con infección urinaria que no impresionan sépticos y con buena tolerancia se indica el tratamiento por vía oral. Los antibióticos de elección son las cefalosporinas de 1a generación, amoxicilina más clavulánico o trimetoprima/sulfametoxazol. La nitrofurantoína es un agente que logra buenas concentraciones en la vía urinaria, pero no en la sangre, por lo cual no se recomienda en las IU febriles dado que podrían ser insuficientes para tratar una pielonefritis. La duración del tratamiento antibiótico debe ser de entre 7 y 14 días.

Un aspecto controvertido es la quimioprofilaxis en niños que han presentado episodios de IU. La quimioprofilaxis está indicada luego de la primer IU en menores de 1 año, hasta que los estudios correspondientes hayan concluido; en menores de 1 año con antecedente de IU febril con RVU de cualquier grado; en mayores de 1 año con antecedente de IU febril con RVU \geq grado III y en situaciones tales como vejiga neurogénica o cateterismo intermitente si presenta RVU grado III-IV-V.

En los menores de 2 meses el antibiótico utilizado para la profilaxis es la cefalexina (30 mg/kg/día) en una dosis diaria y no debería ser utilizado fuera de este período para evitar la emergencia de cepas resistentes. Desde los 3 meses, se recomienda nitrofurantoína (2 mg/kg/día) en una dosis diaria, de preferencia por la noche. También puede prescribirse Trimetoprima/sulfametoxazol (2-3 mg/kg/día) en una dosis diaria.

CONCLUSIÓN

Se observa con relativa frecuencia la prescripción de antibióticos en situaciones sin evidencia de probable infección bacteriana. El problema de la resistencia bacteriana a los antibióticos es creciente y alarmante, debido a que dificulta el abordaje de las infecciones. El efecto de selección de bacterias en la biota de los niños puede persistir hasta 12 meses. También se debe recordar que la dosis y el

tiempo de duración de un tratamiento antibiótico debe ser el adecuado. Es imprescindible reducir el uso inapropiado de medicamentos, fundamentalmente los antibióticos para mejorar la calidad de atención de los pacientes. Para lograr este propósito es importante la información y discusión con los padres de los aspectos relacionados con el proceso infeccioso y los efectos de los antibióticos.

Bibliografía recomendada

- Alvez González. Uso racional de antibióticos en las infecciones más comunes de los niños. *Anales de Pediatría Continuada*. 2010;8(5):221-30.
- Jacobs MR. Optimization of antimicrobial therapy using pharmacokinetic parameters. *Clin Microbiol Infect*. 2001;7:589-96.
- Watson JR, Wang L, Klima J, Moore-Clingenpeel M, Gleeson S, Kelleher K & Jaggi P. Healthcare Claims Data: An Underutilized Tool for Pediatric Outpatient Antimicrobial Stewardship. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;64(11):1479-85.
- Schmidt ML, Spencer MD, Davidson LE. Patient, Provider, and Practice Characteristics Associated with Inappropriate Antimicrobial Prescribing in Ambulatory Practices. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2018;39(3):307-15.
- Hürlimann D, Limacher A, Schabel M, et al. Improvement of antibiotic prescription in outpatient care: a cluster-randomized intervention study using a sentinel surveillance network of physicians. *J Antimicrob Chemother*. 2015;70(2):602-8.
- Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, et al. Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits, 2010-2011. *JAMA*. 2016;315(17):1864-73.
- Havers FP, Hicks LA, Chung JR, et al. Outpatient Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections During Influenza Seasons. *JAMA Netw Open*. 2018;1(2):e180243.
- Touboul-Lundgren P, Jensen S, Drai J & Lindbæk M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us." *BMC Public Health*, 2015;15:908.
- Andrade JV, Vasconcelos P, Campos J, Camurça T. Prescrição Antibiótica no Ambulatório em Doentes Pediátricos com Patologia Respiratória [Antibiotic Prescribing in Ambulatory Care of Pediatric Patients with Respiratory Infections]. *Acta Med Port*. 2019;32(2):101-10.
- Rossignoli A, Clavenna A, Bonati M. Antibiotic prescription and prevalence rate in the outpatient paediatric population: analysis of surveys published during 2000-2005. *Eur J Clin Pharmacol*. 2007;63(12):1099-06.
- Lopardo G, Calmaggi A, Clara L, y col. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de infecciones de las vías respiratorias altas. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2012;72:484-94.
- Comité de Nefrología. Nuevas recomendaciones frente a las actuales controversias en infección urinaria. *Arch Arg Ped*. 2013.
- Cohen R, Raymond J, Launay E, et al. Antimicrobial treatment of urinary tract infections in children. *Arch Pediatr*. 2017;24(12S):S22-S25.





ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE UNA MIRADA DE DERECHOS, SALUD INTEGRAL Y EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENCIAS (Tercera parte)

Dra. Nora Reboledo^R

En este número de la revista, la Dra. Nora Reboledo describe el tercer capítulo del tema “Consumo problemático de sustancias en la adolescencia”

(en el próximo números continuará con el mismo).

Quienes quieran releer los dos primeros capítulos, deben buscarlos en el link de la revista noticias 75 y 76:

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-75-agosto-19_1564512576.pdf

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_noticias-metropol-76_1575569646.pdf

Nosotros, pediatras y médicos de adolescentes que tenemos el privilegio y el compromiso de estar desde el nacimiento en el crecimiento y desarrollo de ese niño, debemos asumir nuestro rol comprometido y responsable; cada consulta es una instancia única e irrepetible, de nosotros depende también la prevención y de ello debemos hacernos cargo, al igual que todos aquellos agentes de salud comprometidos con la salud integral de los adolescentes

**Y en este punto nos parece de gran importancia:
La familia**

La prevención comienza desde la panza de la mamá. Luego del nacimiento con la adquisición de un buen vínculo madre-hijo, con un padre afectuoso ejerciendo firmemente su función y con una correcta puesta de límites. Comienza enseñando a los hijos a enfrentar y resolver los conflictos que se



le presentan, a usar el diálogo permanente, no la violencia. Extender la red familiar a amigos, incluir en ella al barrio y la escuela.

a. Médica Pediatra. Doctora en Medicina-ROU. Médica Especialista en Adolescencia. Recertificado por la Soc. Argentina de Pediatría (SAP) y la Academia Nacional de Medicina. Especialización en el tratamiento de las adicciones-Escuela Sistémica Argentina. Secretaria del Grupo de Trabajo en Adicciones 2006-2011, SAP. Desde 2012: Integrante del Grupo de Trabajo en Adicciones-SAP. Integrante de la Comisión Directiva. Soc. Arg. de Salud Integral del Adolescente (SASIA). Miembro Integrante de Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe. CODAJIC. Docente asesora Curso on-line Consumos Problemáticos en la Adolescencia CEPA-SAP. Integrante del curso *online*: Salud de la adolescencia: Los temas que -a veces- nos quitan el sueño. Autora del capítulo: Droga dependencias: un síntoma social. Responsable del capítulo Masculinidades desde una mirada de derechos. Libro virtual SASIA: A les pibes Salú.

Prevenir en familia no es sólo anticiparse a los problemas, también es educar. Esto implica transmitir valores y actitudes, fortalecer habilidades y comportamientos que ayuden a los hijos a crecer y desarrollarse en forma integral, plena y sana.

Las investigaciones identifican una serie de factores que disminuyen la probabilidad de que alguien del núcleo familiar comience a consumir drogas. Son los llamados **factores protectores** y entre ellos, destacan:

1. **Padres involucrados:** saben dónde están sus hijos, qué hacen, con quiénes se relacionan y adónde van; conocen sus problemas, intereses y necesidades. Hay estudios que demuestran que se disminuye hasta tres veces las probabilidades de consumo. Padres informados sobre las drogas y sus efectos. Fuertes vínculos con la escuela.
2. **Buen diálogo con los docentes,** desde una postura de respeto hacia la institución escolar.
3. **Normas claras de conducta dentro de la familia.** Los padres protegen a sus hijos cuando establecen normas claras, bien definidas y comunicadas y adaptadas a la etapa de desarrollo de los hijos/as. Los límites demuestran amor.
4. **Cercanía, apoyo emocional y trato cálido y afectuoso a los/as hijos/as.**
5. **Fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales de cada hijo/a:** autonomía, autocontrol, autoestima, resistencia a la presión del grupo y capacidad para resolver problemas y conflictos personales.
6. **Actitud y comportamientos preventivos frente al consumo de drogas por parte de los padres.** Padres y hermanos conscientes de su rol de modelos y ejemplos de vida sana.
7. **Estilos de comunicación y resolución de conflictos adecuados, no violentos, entre los miembros de la familia.** Fuertes vínculos con la familia. Cuando los padres tienen un buen nivel de comunicación, preocupación y atención con sus hijos/as, disminuye la probabilidad de consumo en los hijos.

Algunas actitudes de los padres son claves para evitar el riesgo de consumo de sustancias:

1. **Fomentar la seguridad en sí mismos:** aceptarlos como son, valorar sus avances y logros, manifestar amor y cariño, crear expectativas ajustadas a la realidad personal.
2. **Ayudarlos a madurar:** darles la oportunidad de tomar decisiones personales, darles autonomía y fomentar responsabilidades, adaptarse a las

nuevas exigencias de los hijos en función de la etapa del desarrollo.

3. **Enseñar autocontrol:** enseñarles a dirigir adecuadamente sus emociones a través del diálogo y el ejemplo, hábitos de autocuidado, estilos de vida saludables, control de los impulsos, normas y límites claros.
4. **Establecer lazos sociales y familiares:** buscar el apoyo de redes sociales y fortalecer una adecuada identidad familiar segura y cálida, pero permeable, fortalecer el diálogo y la comunicación con los parientes, la escuela y los amigos.

El rol del padre en la génesis de las adicciones es muy importante. En un intento de re-entender la creciente escalada de violencia que atraviesa lo social en todas sus áreas, y nos toca en lo individual, pensamos que una de las situaciones fundamentales estaría en relación directa con la situación actual de desocupación y fragmentación de la red social y de los vínculos familiares, generando padres que se sienten subestimados, deprimidos y, por lo tanto, imposibilitados para ejercer su función normativa.

Cuando a la desocupación se suma la falta de proyectos, surge la desesperanza. La alta incidencia de patologías como las adicciones, los trastornos alimentarios, la violencia y los actos delictivos, son una expresión de la carencia de la palabra paterna “ordenadora”, que imponga límites que premien las conductas legítimas y castiguen las transgresiones. El vacío que emerge en un mundo sin límites, puede fácilmente llenarse en algunas personalidades especiales, por objetos pulsionales excesivos: el alcohol, la comida, las drogas. Incapaz de sentirse sancionado, guiado, el adolescente puede dirigirse a situaciones de placer inmediato de auto o hetero destrucción.

Nos debatimos permanentemente ante la idea de superar un modelo “autoritario” de paternidad. Y llegamos entonces al otro extremo del “todo vale”, que no es otra cosa que su contrapartida, que suele originar restituciones fundamentalistas. A esta alternancia polar, debemos oponer un modelo paternal distante tanto del autoritarismo castrante, como de la permisividad caotizante: “yo quiero que el primer porro lo fume conmigo”, “yo prefiero que tomen en casa”, “tiene una planta de marihuana en el fondo de casa”.

Es evidente que la relación entre progreso y esfuerzo al estilo moderno, es distinta de la anterior socialización, donde se aseguraba la correlación sacrificio, postergación, no gratificación, estudio, aprendizaje, subordinación, con el resultado final del progreso económico y social en la adultez. **En la actualidad, el éxito no está correspondiendo a esta secuencia y un cierto escepticismo inclina a los jóvenes hacia lo fortuito que, obviamente, incluye el azar y lo azaroso.** En relación con lo anterior, se destaca un diferente manejo del tiempo. Parece que no hay, o se ha acortado la capacidad de espera. La típica pauta de gratificación diferida que los padres de la generación adulta actual informan como verdad revelada, no conmueve ni motiva a los jóvenes de hoy día.

No todas las situaciones de violencia surgen de la marginación y la pobreza. Quienes provienen de familias sin apremios económicos y se involucran en episodios de violencia, podrían derivar de esquemas parentales permisivos. (Lic. Adriana Narváez, Grupo de Trabajo en Adicciones-SAP).

El ocio, los video-juegos, un diálogo con el otro que se hace solamente a través del whatsapp ¿son los culpables? ¿Cuál es la responsabilidad de nosotros como padres? Y en este punto no podemos dejar de mencionar LA PREVIA, instalada en todas las adolescencias de hoy.



Hoy en día, la previa ocupa un lugar de enorme importancia, en las salidas de los adolescentes, Ese momento anterior a la fiesta se ha transformado en un requisito sin el cual no hay plan posible, pudiendo incluso ser un plan en sí mismo.

De hecho, allí se registran los mayores índices de consumo de alcohol y en muchas ocasiones la previa, no antecede a otra cosa. Sustituye a la salida; los ejemplos de los adolescentes que se desvanecen consumiendo ilimitadamente y que no pasan de la previa bastan para indicarlo, En el extremo se han conocido casos de desenlaces letales u otros de violencia extrema.

Una pregunta se impone previa con relación a

¿por qué se tornó un imperativo necesario?

Los chicos aducen que hay que ir al boliche entonado para enfrentarse y encarar al otro sexo sin inhibiciones. Sería entonces una preparación para un supuesto encuentro erótico El imperativo que subyace es: hay que intoxicarse para pasarla mejor. El mandato impele al exceso, un ideal "deber gozar" sin regulación. Debemos entender que el beber en grandes cantidades, la idea de "descontrol controlado", es un factor de cohesión entre los jóvenes y un elemento tendiente a fijarlos en un rol social. Se identifican en la transgresión. Esta identificación, los diferencia de los adultos, y les da inserción grupal.

Este tipo de consumos, ligados a la "fiesta" no reciben sanción social, no es un contravalor y no cuentan con la debida percepción del riesgo que implican, ni de parte de los adultos ni de parte de los jóvenes.

Para analizar: no poder salir de noche es vivido por los jóvenes como una forma de enorme malestar, el fin de semana es el tiempo que le da sentido al resto de la semana. Acercarse a los rituales de la noche, requiere de nosotros como adultos, aceptar la existencia de un hecho cultural: no comprendemos sus códigos. Debemos trabajar en ello para que esta brecha no nos aleje aún más y podamos pensar en nuevas formas de acercamiento, prevención y cuidado de nuestros jóvenes.

Estudios sobre factores asociados al consumo identifican, asimismo, una serie de **factores de riesgo** en el funcionamiento familiar que aumentan la probabilidad de que sus hijos inicien el uso de drogas. Lic. Adriana Narváez, Grupo de Trabajo en Adicciones-SAP.

Entre ellos, aparecen:

Desde el punto de vista analítico

En las familias de los consumidores, aparecen los siguientes puntos nodales

1. Deficiencias en las habilidades educativas y prácticas de manejo familiar de los padres.
2. Familias disfuncionales.
3. Inadecuada resolución de conflictos.
4. Conflictos y problemas de relación entre padres e hijos.
5. Trastornos mentales y comportamientos violentos de los padres y/o adultos significativos.
6. Historia de alcoholismo y de abuso de drogas en la familia.
7. Tabaquismo.
8. Predisposición genética.
9. Marginalidad.

Desde lo sistémico

1. Madre depresiva.
2. Padre ausente.
3. Falta de límites (generacionales y sociales).
4. Modelo adictivo.
5. Pacto criminoso.
6. Crisis en la autonomización adolescente.
7. Tabú del incesto.
8. Duelos no elaborados.
9. Secretos familiares.
10. Mala alianza marital.
11. Interacción simbiótica madre-hijo.
12. Coalición intergeneracional.
13. Progenitor sobre involucrado.
14. Progenitor periférico (está, pero no participa de la vida de la familia).
15. Falta de fronteras generacionales.
16. Fallas en la comunicación.
17. Incongruencia jerárquica.
18. Dobles mensajes.
19. Deseos de muerte.
20. Ciclo vital en crisis.

El consumo de marcas y objetos dadores de ilusoria identidad social reemplaza al fatigoso camino que deben transitar los jóvenes para construir su propia identidad, un fenómeno que se espeja y se reproduce en el campo de las adicciones. **Para prevenir, lo importante no es enseñar a la familia a oler la ropa, observar ojos colorados y pupilas dilatadas y a buscar sobrecitos de dudoso origen.**

La mejor prevención es poner el énfasis en la crianza y en el desarrollo global del individuo, anticiparnos al desarrollo de una personalidad adictiva brindando un contexto nutricional y contenedor, que es aquel que permite a la persona hacer un acopio de vivencias, recuerdos y situaciones ligadas a lo afectivo y a la salud. No demonicemos el consumo de sustancias, creemos que la multi causalidad del mismo debe estar siempre contemplada y no compartimos el tener una actitud punitiva que enseñe a sus padres a buscar señales de alarma.

Y debemos considerar algo instalado entre los adolescentes como factor de riesgo en los últimos años: UPD. El Último Primer Día es un festejo del que participan los alumnos del último año de las escuelas secundarias. Se organiza la noche anterior al comienzo de clases y las características del festejo

varían según los cursos, pero tienen en común que los futuros egresados pasan la noche en una fiesta y concurren, sin dormir y todos juntos, al primer día de clases.



En relación a la temática planteada compartimos el valorable aporte de la Lic. Gersberg: www.icsdp.org/lauragersberg "La droga de inicio es la que está en casa". Lo importante es hablar del abuso de las sustancias legales: "La gente se espanta con el paco porque realmente hace daño, pero está séptima en la lista. Los psicofármacos están terceros en las estadísticas. Es fácil pensar que el paco mata; pero el cigarrillo también mata y más que el paco".

Estadísticamente las primeras 4 sustancias de abuso son legales: el alcohol, el tabaco, el ibuprofeno y los psicofármacos. "Es muy común escuchar que la droga de inicio es la marihuana. No, la droga de inicio es la que está en casa: es el antidepresivo de mamá, el Rivotril, el alcohol; es lo que está en el botiquín, en la mesita de luz y en la cartera", **Las drogas "siempre estuvieron"**.

En realidad, este tema no es nuevo; no existe cosa tal como "la explosión de las drogas". "Las drogas siempre estuvieron desde el inicio de la civilización hasta hoy, y seguirán estando porque son un negocio fenomenal. Son los negocios más rentables". Ella intenta de movilizar la desnaturalización de los usos problemáticos, en el sentido en que afectan nuestra vida, nuestro ambiente laboral, familiar, de pareja. Siempre empezando por las sustancias

legales ya que, según Gersberg, es ahí donde hay más trabajo para hacer.

Hace un tiempo, se realizó una encuesta en la que se preguntaba si habían consumido en el último mes cocaína, heroína e ibuprofeno. “Yo sabía que todos iban a poner que sí porque parece la más inofensiva. El ibuprofeno tiene muchísimos efectos adversos; por ejemplo, la licuación de la sangre. No es una pavada. Y la desintoxicación más complicada, comprobada por los médicos toxicólogos es la de las benzodiacepinas: Rivotril, todos los clonazepam, lorazepam. Lo que todo el mundo toma y se encuentra en la cartera de todas las damas” Las mamás de los chicos. Agrega que la franja etaria que consume esos medicamentos no son los chicos sino la de 35 a 50: las mamás de los chicos. “Entre hombres y mujeres son más las mujeres. Si las madres no se empiezan a hacer cargo de que ellas cada vez que consumen libremente a los ojos de los chicos y comparten (porque es muy habitual compartir), la consecuencia es que la gravedad frente al abuso de sustancias crece: porque si mi mamá lo hace, lo comparte y además incurre en algo que también es un delito que es el suministro, todo vale. Es muy difícil explicarle a un chico que no consuma cuando lo que ve en la casa es el consumo permanente e indiscriminado”.

La psicóloga habla de cierto acto de hipocresía. “Trato de marcar que la diferencia entre las legales e ilegales es puramente una cuestión moralista. Conozco gente que utiliza marihuana medicinal como paliativo a patologías severísimas y les va muy bien y no los convierte en drogadictos a los

chicos. Que una mamá decida darle marihuana medicinal a un chico es una decisión fuerte y le da muchas vueltas. Pero a nadie se le ocurre no tomarse un Rivotril para dormir”. “No sirve tener toda esa información si uno no cambia. Si uno no empieza a hacerse cargo de lo que le pasa y no recurre a una sustancia como si fuese una cosa mágica que te va a quitar el hastío de vivir como vivís, ni un matrimonio infeliz, el aburrimiento o el no poder soportar la presión. Existe una gran imposibilidad de poder tolerar la espera, imposibilidad de tolerar el dolor ajeno. La gente médica. La gente está en el cine con el teléfono. ¿Qué cosa tan importante podés tener que no pueda esperar una hora y media? Deben tener acciones en la bolsa de Tokio”

Según Gersberg las sustancias van a seguir existiendo y serán mejoradas, más específicas, de mejor diseño, más eficaces; son las personas las que deben cambiar. “No es casualidad que alguien las tome. Las sustancias psicoactivas hacen que se altere nuestra percepción de la realidad, que disminuya el dolor, que permita algo del orden del disfrute. El problema es el malestar, no la pastilla. Si no trabajamos sobre el malestar o si pensamos que la única forma de resolverlo es con la inmediatez de tomarme un cuartito, es más fácil” el problema sigue.

“La mejor política preventiva es que los adultos hagan de adultos porque los chicos quieren hacer cosas reales, concretas, probar límites.

Creo que hay que darle la vuelta de tuerca a esta situación; la mejor medida preventiva es la reducción del consumo o de los hábitos de consumo en la casa, para empezar”





HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

Dra. Andrea Alejandra Rodríguez
Médica Pediatra

HOSPITAL “ISIDORO IRIARTE”, QUILMES

UN PUEBLO CON MOLINOS, TRANVÍAS Y QUINTAS

La atención sanitaria, en Quilmes, a fines de siglo XIX, era muy austera. Contaba con un centro asistencial: un hospital modesto, que empezó a funcionar el 26 de agosto de 1886, en la calle Alsina, entre San Martín y Moreno. Dependiente de la Sociedad Damas de Caridad de Santa Rosa, alcanzó un éxito transitorio, pues por motivos extraños a su funcionamiento, se cerró en mayo de 1888. Todo enfermo debía ser trasladado al Hospital Fiorito de Avellaneda, generalmente en una zorra del Tranvía Buenos Aires y Quilmes, que facilitaba la Cervecería y puede suponerse lo que esto significaba para los pacientes. A pesar del clamor público, el fracaso de las tentativas anteriores no constituía un estímulo para quienes tenían la aspiración de concretar el propósito de tener un hospital. No obstante, al promediar 1919, un grupo de prestigiosos vecinos animados de un decidido espíritu de sacrificio y sano optimismo acometió la tarea, ‘Sólo pensando en cosas grandes, se prepara el alma a ejecutarlas’.

Ya en las primeras décadas del siglo XX, Quilmes era aún la aldea grande de los molinos, calles de tierra, muy pocas con empedrado bruto, de tranvías de tracción a sangre, con tan solo un puñado de casas de altos, el río con sus bosques y pastizales

riberieños, la antigua “Confitería de la Estación” (ubicada dentro de la plaza que llevaba el nombre de Guillermo Wheelwright, era una construcción de madera, rodeada por balcones, donde estacionaban las volantas, precursoras de los actuales taxis, haciendo el servicio de pasajeros). Un Quilmes de enormes campos, casonas solariegas para reposar en las vacaciones veraniegas, una industria y comercios incipientes y promisorios y una clase trabajadora con un gran crisol de razas, pujante e ilusionada.

En ese ambiente, nació el Dr. Isidoro G. Iriarte, en el seno de una familia humilde de origen vasco, el 25 de mayo de 1882. Iriarte concluyó la escuela primaria en la N° 1 y realizó los estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires e ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Médico amigo, hombre solidario, que puso todo su saber científico en pos de una sociedad pujante. A su tenacidad y su esfuerzo se debe la fundación y la existencia del Hospital Iriarte de la ciudad de Quilmes (hoy día cuenta con más de 580.000 habitantes en su municipio, siendo el quinto distrito más poblado de la provincia de Buenos Aires), que desde hace más 90 años se dedica a la atención de todos cuantos le necesiten sin distingos.



Festejo en el Centro Vasco Quilmes de Brown y 25 de Mayo, (circa 1941, foto Al. Rodríguez)



Dr. Iriarte.

Quilmes, 1919.



La Cervecería

Fue Otto Bemberg, alemán con gran visión de futuro para estas tierras, quien en el año 1888 se instala en la zona con su maltería y cervecería, otorgando un gran empuje a estos lares, proveyendo trabajo a un gran número de pobladores y atrayendo a muchos otros desde pueblos y ciudades vecinas, con promesas de trabajo y prosperidad. Fueron años de expansión y crecimiento para el país y para sus empresas. A la continua modernización tecnológica de las instalaciones de la Compañía y al desarrollo de las materias primas nacionales, se le agregó una novedosa campaña publicitaria que convocó a los profesionales y agencias más importantes del momento. Ya en la década de 1930, la fábrica de Quilmes era considerada una verdadera ciudad industrial. Pero no era sólo la producción lo que importaba, sino también mejorar la vida cotidiana de la comunidad que rodeaba las fábricas. Por ello, colaboraron con la creación de la Sociedad

de Bomberos Voluntarios de Quilmes (1911), la construcción del hospital local (1919) y la puesta en marcha de los servicios sanitarios y del sistema de agua corriente (1931).

El Hospital

En el año 1919 se organiza la comisión pro hospital, a pedido del Dr. Iriarte y del entonces intendente Sr. Pedro Elustondo, para dotar a la ciudad del hospital, decisión que se tomó el 31 de julio del mismo año. La Sociedad Hospital de Quilmes adquirió, en 1920, la quinta La Felisa, que fue residencia veraniega del ex presidente argentino, Dr. José Evaristo



Cervecería y Maltería Quilmes. Fundada en 1888.



Residencia veraniega La Felisa, Propiedad del ex presidente José E. Uriburu. Finca de 3 manzanas sobre calles Humberto Primo, Cevallos, Olavarría y Santa Cruz (Hoy A. Bell).

Uriburu. En el mismo predio que el nosocomio ocupa hoy día, y su costo fue solventado por una colecta pública. La comisión que participó en la compra estaba integrada, entre otros, por el Dr. Iriarte y por W. Allison Bell.

El 23 de septiembre de 1923 se colocó la piedra fundamental del hospital, en un acto al que asistió el ex presidente Marcelo Torcuato de Alvear y el ex gobernador Cantilo.

EL TAMBO

El 24 de agosto de 1929, el Intendente Municipal Dr. Emilio Torre, cedió, a título precario, una fracción de terreno propiedad del municipio, para que allí fuese instalado el tambo del Hospital. Años después, en 1947, la Cabaña Santa Rosa de los señores Bemberg, fue quien comenzó a dar, sin cargo, leche y sus derivados. Por lo tanto, el municipio procedió a la venta y liquidación del mismo (hoy está allí el Club Atlético Argentino de Quilmes)

LA GUARDIA SANITARIA EN EL BALNEARIO

En la zona del balneario se estableció una guardia, atendida por personal del Hospital, pero no se pudo construir el edificio proyectado por éste, debido a cuestiones de jurisdicción entre Nación y Provincia.

EL HOSPITAL QUEDA HABILITADO

Pasarían aun tres semanas en terminarse los preparativos necesarios para poder habilitar todo y el lunes 6 de abril de 1925, se abrieron finalmente las puertas del ansiado y querido Hospital con todos los elementos para facilitar a los profesionales su labor.

El primer enfermo hospitalizado fue Rudecindo Rodríguez, de 39 años, vecino de Berazategui, quien luego de curado, ocupó una plaza de mucamo y fue, después, el primer tambero que tuvo la Sociedad. La primera intervención quirúrgica estuvo a cargo del Dr. Isidoro Iriarte, quien la realizó el 11 de abril de 1925, secundado por el practicante mayor I. Emilio Caset, con la asistencia de los practicantes Pedro Dugour, Fernando Molteni, Pedro S. Migone, Guillermo O. Craviotto. La paciente fue Ramona Blanco de Lafuente, española, de 45 años, que padecía de apendicitis. El primer cuerpo de Practicantes del Hospital estaba integrado por: practicantes mayores: Dres. Pedro Dugour, Pedro S. Migone e I. Emilio Caset y practicantes menores, los Dres. Guillermo O. Craviotto, Fernando Molteni y Alfredo Berraz. Entonces en abril de 1925 quedó oficialmente inaugurado el Hospital de Quilmes con la guía del Dr. Iriarte, quien fue su primer director. El 8 de diciembre de

1944 fue inaugurado el pabellón de Maternidad, edificado y costado íntegramente con las donaciones de la Familia Bemberg. Tiempo después, en diciembre de 1957, se inaugura el pabellón de Ortopedia y Traumatología (a raíz de la epidemia de poliomielitis, fue llamado pabellón para lisiados) con fondos recaudados en una cena, denominada por ese entonces "la cena millonaria", sumado a otras donaciones. En tanto, en el 2000 se efectuó una reforma edilicia para la comunicación de los pabellones.

El Hospital "Isidoro Iriarte" hoy

El Hospital "Isidoro Iriarte" hoy cuenta con 172 camas de internación, 39 especialidades, 784 profesionales que brindan sus servicios en forma diaria, con guardias permanentes. El área de Pediatría presta servicio con 16 plazas, con área de procedimientos, que en temporada invernal amplía a 22 unidades de internación. Su residencia en la especialidad de Clínica Pediátrica, lleva contabilizados 36 años formando médicos, algunos de los cuales decidieron seguir trabajando con los niños y adolescentes desde la misma casa-hospital que inaugurara el Dr. Iriarte. La formación de los profesionales incluye actividades de docencia y capacitación permanente de pre y posgrado. También acceden a una educación sanitaria. Cuenta con especialidades infantiles tales como: Neumonología, Cardiología, Ortopedia y Traumatología infantil, Infectología, Oftalmología y Fonoaudiología, Servicio Social, Psicología y Estimulación Temprana. La asistencia está orientada al niño y la familia de manera integral, contemplando también sus necesidades, desde una perspectiva ética y social en línea con los objetivos del hospital.

A la fecha, se despide de la jefatura de Servicio de Clínica Pediátrica, el Dr. Hugo Espínola quien escribe estas sentidas y personales palabras:

"Recordé a mis padres que con su amor acompañaron mi crecimiento y con su esfuerzo me brindaron lo necesario para alcanzar mi deseo y también el de ellos: ser médico. Recibí mi título en la UNLP e inauguré con ese logro, la primera generación de profesionales en mi familia. Tuve dos hijas, planté un árbol y me animé a continuar con mi formación. En el camino hacia la Pediatría, tarea que me nombra y apasiona, encontré mi lugar en el Hospital de Quilmes. Diré que hablar de mi especialidad no es viable sin hablar del Hospital. Mi historia personal lleva más de 35 años de servicio. Confieso que he crecido, aprendido y vivido mucho. Mi primer nom-



Guardia

Admisión y egreso

Ampliación Hospital Iriarte con Pabellón de Lisiados (Hoy Servicio de Ortopedia y Traumatología).

bramiento por concurso, como médico de guardia, lo obtuve en 1984.

Agradezco a mis maestros Dr. Moltedo, Jorge; Petinatto, Eduardo y Pastorizza, Néstor y muchos otros que mi memoria me traiciona. Todas personas generosas conmigo, y referentes, en su modo de trabajo intenso y en su voluntad ineludible. Fue a partir de 2009 que alcancé la jefatura de servicio de Clínica Pediátrica. Toda esta labor permitió reconocer en mí, a un ferviente defensor de la Salud Pública, reflejado en mis tareas cotidianas de asistencia, prevención y promoción de la salud; priorizando siempre ese propósito que considero, es un derecho de todos. Me resulta muy grato, para estas fechas, dejar la gestión del servicio en manos de los Dres. Vilatella y Kozicki, a un equipo de residentes y de

trabajadores de la salud jerarquizado, integrado a una RED pediátrica en el área sudeste del conurbano bonaerense. Siento una enorme gratitud y orgullo el haber dedicado parte de mi tiempo al ejercicio de mi profesión, en este hospital abierto a la comunidad. ¡Sinceramente gracias! a mis hijas y a mis afectos entrañables, por estar siempre a mi lado."

Dr. Hugo Sergio Espínola MP 220007

Comentario:

El Dr. Isidoro Iriarte falleció el 1 de mayo de 1963, a poco de cumplir los 81 años. Su pérdida conmovió a todo Quilmes. Guardapolvo blanco y manos limpias, que nunca se mancharon medrando con la salud. Para él los pacientes primero eran personas, individualidades y no sólo una enfermedad.





Dra. Mercedes Regina Acuña

Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)
mercedes.acuna57@gmail.com

MINICOMPENDIO DE MEDICINA LEGAL PARA EL PEDIATRA (Recopilación bibliográfica)

PARTE III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado (C.I) es la aceptación de una intervención médica por un paciente en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado la naturaleza de la intervención, con sus riesgos y beneficios, así como las alternativas posibles, también con sus posibles riesgos y beneficios.

Se debe analizar su fundamento, los actores que intervienen (médico, paciente, tutores etc.), deberes del médico, derechos del paciente, condiciones que debe tener el paciente, excepciones del mismo.

Fundamentos

Surge de los cambios del paradigma de la atención en salud, al cambiar el paternalismo médico por un paradigma que se basa en la autonomía y racionalidad. En Derecho se aplica la doctrina de los derechos personalísimos, y desde la bioética, el fundamento de la autodeterminación y autonomía del paciente. Intervienen el principio de dignidad y libertad que se le otorga a la persona enferma y su derecho a decidir sobre su salud y su cuerpo, en el contexto de su proyecto de vida. El médico debe entablar una relación médico-paciente democrática, ya que posee la sapiencia científica, y, a partir de ella, suministrar la información adecuada, siendo el paciente quien tiene potestad y la plena autoridad sobre su salud y su cuerpo, por lo cual decide o rechaza la propuesta médica.

Surge entonces el final de la época de paternalismo médico, siendo el profesional quien decidía sobre la salud de los pacientes y aplicaba los tratamientos indicados, sin consultar, sin información u ocultándola, a veces con engaño y coacción, bajo un noble propósito de beneficiar (“que eso era lo mejor para su paciente”).

Llegamos a la época donde la relación médico-paciente obliga a este paradigma de la participación del enfermo de decidir sobre su cuerpo y salud.

Deberes de los médicos

1. El médico debe obtener el consentimiento del paciente para llevar a cabo un tratamiento, un procedimiento quirúrgico o un ensayo de investigación.
2. El médico debe revelar información adecuada al paciente, de manera tal que le permita a éste participar inteligentemente en la toma de decisión sobre el tratamiento (de fármacos, tratamiento quirúrgico o ensayo de investigación) indicado.

Condiciones del paciente para aceptar el Consentimiento Informado

1. Comprender la información adecuadamente.
2. Ser competente para tomar la decisión en cuestión.
3. Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.

Cumplidas estas condiciones, el paciente debe disponer de la información suficiente, necesaria y adecuada para tomar una decisión autónoma.

Para valorar competencias hay criterios de incompetencia que pueden ser prácticas a la hora de la determinación particular:

- a. Inexistencia o ausencia de decisión: la persona no puede expresar una decisión.
- b. Falta de un motivo adecuado:
 1. La persona no puede brindar un motivo para avalar su decisión.
 2. La persona ofrece un motivo manifiestamente irrazonable.
 3. La persona ofrece un motivo razonable, pero es incapaz de valorar las consecuencias de la decisión.
- c. Ausencia de comprensión adecuada:
 1. La persona es incapaz de comprender la información solicitada.
 2. La persona es incapaz de comprender la información suministrada.
- d. Ausencia de resolución adecuada: la persona es incapaz de llegar a una decisión razonable,

utilizando criterios o el standart de persona razonable.

Se debe recordar, en este punto, sobre el ejercicio de los derechos por la persona menor de edad, que lo hace a través de sus representantes legales. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona. Acorde al artículo 26 del CC, refiere que entre los 13 y 16 años de edad, tiene aptitud para decidir por sí, respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos, que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

El consentimiento informado no es un acto formal, por lo que existe libertad de formas en cuanto a su instrumentación, excepto que la ley especifique que tal formalidad sea determinada. Existen formas verbales, escritas, y en situaciones especiales, existen signos o ademanes inequívocos con relación a la aceptación o rechazo de determinados actos médicos. Se cita situaciones en que existe obligación legal de obtener C.I. por escrito para la realización de algunos procedimientos especiales, como la amputación de miembros (Ley 17132), la serología para determinar la infección por el virus HIV (Ley 23798), la ablación e implante de órganos y tejidos (Ley 24193), la participación en ensayos clínicos (Disposición 5330/97 ANMAT), como ejemplos.

Debemos tener en cuenta que existen otros ejemplos, en los que, aunque no exista obligación legal de obtener el C.I. por escrito, es conveniente hacerlo en razón de la complejidad y riesgos de determinadas prácticas:

- a. Procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos invasivos, que conlleven riesgos frecuentes e infrecuentes pero graves (ejemplo: endoscopias, cateterismo, diálisis, cirugías de alto riesgo, cardiovasculares, neuroquirúrgicas, etc.).
- b. Procedimiento de dudosa efectividad, que se ofrecen como la última y única alternativa disponible.
- c. Las directivas anticipadas y testamentos vitales que acrediten la negativa de sometimiento a de-

terminadas medidas y procedimientos médicos, considerados desproporcionados.

- d. El consentimiento de los padres para los procedimientos de cualquier índole que conlleven riesgos, y que deban ser implementados en menores impúberes.

Los modelos de C.I. para las instituciones y equipos: se aconseja que se elaboren modelos básicos de formulario escrito de consentimiento de estructura "abierta", con la posibilidad de adecuarlos a algunos aspectos particulares de cada caso.

Se cita como sugerencia el poner a disposición de los Comités de ética o bioética hospitalarios, los modelos de C.I. a fin de contar con la evaluación y sugerencias para el consenso unificado.

Y respecto a la guarda y conservación de los instrumentos de acreditación del C.I., el principio general aconseja que los formularios deben incorporarse a la historia clínica de cada paciente.

Se plantean ciertas excepciones, tanto sobre el deber de información como sobre el deber de obtener el consentimiento propiamente dicho: se debe valorar con cautela y prudencia las excepciones que vulneren los fundamentos de la doctrina del C.I. porque su aplicación es universal y obligatoria. Se plantean ejemplos sobre las excepciones del C.I.:

1. El tiempo que demandaría suministrar información y obtener el consentimiento provocaría irremediamente un daño grave a la integridad, salud o vida del paciente.
2. El paciente necesita asistencia urgente por la gravedad del cuadro, permanece inconsciente y no hay familiares, ni allegados que puedan representarlo.
3. La asistencia al suicida, en principio constituye una excepción, en virtud de tener preeminencia la obligación de atención por sobre los deseos autolesivos y la ausencia de consentimiento de parte del suicida frustrado.
4. Cuando el paciente ha otorgado el consentimiento para una práctica quirúrgica, y en el transcurso de la misma es necesario realizar una práctica distinta a la consentida para evitar un mal mayor en la salud de dicho paciente.

El Código de Ética de Confederación Médica Argentina establece, en su artículo 9º, que el médico debe evitar, tanto en sus actos, gestos como palabras, todo lo que pueda incidir en forma negativa en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad, pero si la enfermedad es grave y se teme su desenlace fatal o se esperan consecuencias capaces de hacerlo, la notificación oportuna es de regla y el médico lo hará a quien a su juicio corres-

ponda efectivizarlo. También se plantea cuando el paciente tiene el derecho a no saber; me refiero, a que el paciente le confiesa a su médico tratante, que renuncia expresamente a su derecho a recibir su información y en su consecuencia a participar activamente del proceso del C.I.

En todos los ejemplos excepcionales, mientras no medien circunstancias de urgencia, sería conveniente, como consejería, contar con la recomendación del Comité de bioética hospitalaria para su fundamentación en el empleo de la medida de excepción. A continuación, se transcribe el artículo 59 del C.C para mayor comprensión:

Artículo 59 del Código Civil: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS MÉDICOS E INVESTIGACIONES EN SALUD.

El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud, es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:

- A) Su estado de salud.
- B) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos.
- C) Los beneficios esperados del procedimiento.
- D) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- E) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.
- F) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
- G) En caso de padecer un enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones de que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento

desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

H) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.

Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley 26994, 2014.
- Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas. Tomo I. Garay Ernesto Oscar. 2009. Editorial Errepar.
- Guía de Buena Practica Ético Legal en VIH/SIDA. Consentimiento Informado. Maglio. 2001. Arkethypo.
- La relación Médico-Paciente: El Consentimiento Informado. 2da Edición. Buenos Aires. 2003. Editorial Ad Hoc.
- El concepto de Autonomía en la ética Médica: problemas de fundamentación y aplicación. En Perspectivas Bioéticas en las Américas 1996. Costa MV.
- Derechos Personalísimos. Cifuentes S. 2da Edición. Buenos Aires. Editorial Astrea 1995.





BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

Espacio creado por el **Dr. Ricardo Straface**

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

1) ¿CUÁLES SON LOS RESGUARDOS ANTES DE TOMAR FOTOGRAFÍAS DE LOS PACIENTES?

Buenos Aires, Argentina. En el *iPhone* de un reconocido pediatra reumatólogo de Buenos Aires, detenido recientemente, acusado de tenencia y distribución de pornografía infantil, hay por lo menos nueve fotografías de dos niñas que el profesional habría tomado en noviembre de 2015 en un consultorio del hospital donde trabajaba. Y aunque el imputado alega que se trata de imágenes registradas con fines médicos, incluyendo una paciente con síndrome articular, cutáneo y neurológico crónico infantil, patología sobre la cual ya publicó reportes de casos, la fiscal y la jueza sospechan que pudo producir el material con otros fines.¹

El caso causó conmoción e incredulidad en la opinión pública del país. Y más allá de estos extremos aberrantes, reactualizó la preocupación respecto del protocolo que deben seguir los médicos cuando toman fotografías de pacientes, especialmente menores de edad, así como el papel que deben desempeñar las instituciones de salud en esas circunstancias.

El diario argentino *Clarín*, por ejemplo, citó el testimonio de la Dra. Lidia Albano, secretaria del Comité de Ética Clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría: “Las fotos de los pacientes tienen que ser con consentimiento de los padres si el niño es menor de 13 años. Además, al niño hay que explicarle por qué se hace y para qué. Y hay que garantizar que *no va a ser identificado, mantener su anonimato*”.² La Dra. Albano añadió que también es clave la “importancia docente” de que haya una foto.

En diálogo con *Medscape en Español*, César Palacios-González, Ph. D., especialista en bioética y filosofía de la medicina del *Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics, University of Oxford*, en Inglaterra, sostuvo que el caso plantea la necesidad de reforzar mecanismos que prevengan el mal uso de las imágenes médicas y resguarden la privacidad de los pacientes, una cuestión especialmente sensible en la era de la ubicuidad de los

smartphones con cámaras y de las redes sociales.

“Cuando el uso de teléfonos y la capacidad de tomar muchísimas fotos y almacenarlas se combina con la falta de procedimientos y la poca regulación en hospitales o a nivel jurisdiccional, siempre va a existir el riesgo de que las fotos se utilicen de manera incorrecta”, advirtió Palacios-González, quien se graduó en Filosofía en la Universidad Panamericana de México y completó su doctorado en ética de la ciencia en *The University of Manchester*, Inglaterra.

“Lo que hay que preguntarse es: ¿qué procedimientos tiene el hospital para que los médicos tomen fotos a sus pacientes? ¿qué medidas extras de seguridad y salvaguarda hay cuando los médicos toman fotografías a menores?”, manifestó Palacios-González, y agregó: “La doctrina clásica es que tendría que haber un consentimiento informado donde claramente los padres aceptan que se tome a su hijo o hija, en qué partes del cuerpo, si se hace explícito, cuál es el fin de las fotos y cómo esas fotografías van a ser resguardadas por el hospital o centro de salud”. Sin embargo, esa práctica parece ser muy poco habitual en Latinoamérica.

Uso primario y secundario de las fotos

La aplicación de la fotografía con fines médicos data de mediados del siglo XIX. El pionero de la neurología francés Duchenne de Boulogne (1806-1875) es considerado “el primer médico moderno que usó la fotografía científicamente” y en 1862 publicó un libro que muestra la fisiología de pacientes después de la estimulación eléctrica selectiva de distintos músculos faciales.³ Bajo la óptica del aparato científico-médico, la fotografía pasó a ser en las décadas siguientes una tecnología que permitía transformar al paciente en ‘objeto’ y percibirlo “como un espécimen bajo un microscopio, del mismo modo que los naturalistas del siglo XIX catalogaron el mundo vegetal y animal en sus viajes”, según los historiadores de la medicina chilenos César Leyton Robinson y Andrés Díaz Caballero.⁴

Con el sostenido desarrollo de la bioética, el desafío hoy consiste en conciliar los aportes evi-

dentes de la fotografía, a la enseñanza y práctica de la medicina con los derechos que asisten a los pacientes retratados.

El *General Medical Council* de Gran Bretaña discrimina entre el uso primario de las fotografías o videos, como cuando sirven para controlar una lesión en el tiempo en el contexto del tratamiento de un paciente específico, y el uso secundario, cuando esas imágenes se destinan a fines educativos o de investigación.

En cualquiera de los casos, el consentimiento informado debería obtenerse aun cuando no se registrasen el rostro o señas físicas particulares (como tatuajes) del paciente que permitieran su identificación, opinó Palacios-González. “No hay que confundir la foto como objeto con la interacción médica con el paciente. Una paciente internada en un hospital que no es escuela de medicina tiene el derecho de decidir si quiere ser vista por un grupo de estudiantes, incluso si le aseguran que van a cubrir su cara. Lo mismo se aplica a las fotografías”, afirmó.

¿Qué pasa cuando los médicos consideran meses o años después de la atención que esas imágenes que se tomaron para seguir la evolución de un paciente (uso primario) podrían servir para una presentación en un congreso o una publicación académica (uso secundario)?

El bioeticista de Oxford señaló que los formularios de consentimiento informado deberían incluir una cláusula condicional que autorice a los profesionales a contactar a los pacientes o a sus familiares para solicitar la autorización cuando el propósito de las fotografías fuera distinto al acordado originalmente.

Por otra parte, Palacios-González señaló que “algo que reduciría de manera sustancial el mal uso de fotografías de pacientes es que los médicos no deberían tomar fotografías médicas con equipo celular propio, no debería ser permisible”, tanto por la dificultad para auditar el acceso y distribución de las imágenes como por el riesgo inherente a la pérdida de esos dispositivos. En cambio, propuso que haya departamentos especializados de fotografía en los hospitales, como ocurre en Inglaterra, o que cada servicio o centro de salud disponga de una cámara que se utilice con esos fines.

Una propuesta similar para limitar las fotos que los médicos toman con sus propios teléfonos celulares formuló en 2017 un abogado estadounidense, porque advirtió que subir a las redes o mostrar a otros ese material podría violar las normas *Health Insurance Portability*

and Accountability Act de Estados Unidos que protegen la privacidad de los pacientes, como reportó *Medscape*.

Sin embargo, como se puede leer en los comentarios de esa nota, muchos médicos se oponen a ser privados de una herramienta cotidiana práctica, al alcance de la mano y de muy buena resolución para documentar patologías o intercambiar opiniones con colegas. “Hay que castigar a los médicos que hacen cosas estúpidas con los teléfonos celulares, no a los celulares”, argumentó un cirujano.

“Sería lo ideal no usar el propio teléfono celular, pero ¿qué hago cuando estoy sola en mi consultorio? ¿o en un centro de salud que no dispone de cámaras?”, señaló la Dra. Débora Reichbach, integrante del Comité de Pediatría Social de la Sociedad Argentina de Pediatría, quien además de médica es abogada y especialista en medicina legal.

“Lo que habría que hacer siempre es dejar constancia en la historia clínica de que se sacaron fotos para uso médico-científico”, expresó la Dra. Reichbach a *Medscape en Español*.

De todos modos, Palacios-González mantuvo su posición: “Habrá médicos que piensen que el uso de teléfonos ayuda, pero esas ventajas no son mayores que los posibles riesgos que conlleva usarlos.

Las fotos que no son anonimizadas son un problema para la privacidad de los pacientes. Y si esas fotos llegan a internet, no hay forma de quitarlas. No se puede reparar el daño”, advirtió.

El papel de las instituciones

En líneas generales, los hospitales y centros de salud de la región no parecen tener lineamientos escritos homogéneos que regulen los requisitos para la toma de imágenes de los pacientes. En respuesta a la requisitoria periodística, la Dra. Albano, de la Sociedad Argentina de Pediatría, dijo que “eso depende mucho de cada hospital y sus protocolos”. Las autoridades del hospital de Buenos Aires donde trabajaba el médico acusado de pedofilia declinaron señalar si las fotos tomadas con fines médicos quedan registradas en archivos del establecimiento o si los profesionales están obligados a notificar esa práctica. Todo indicaría que no.

El Código de Ética para el Equipo de la Salud de la Asociación Médica Argentina, publicado en 2016, tampoco aborda de manera específica la cuestión.⁶ Se limita a describir como “violación de normas del secreto médico” el exhibir

fotografías de pacientes en medios de difusión de carácter no médico. Y no incluye la toma de fotografías dentro de las “circunstancias de la actividad médica” que requieren de autorización o consentimiento informado de los pacientes o personas responsables.

Para la Dra. Reichbach, en Pediatría lo habitual es conversar con los padres y explicarles para qué se toma la foto. En el caso de fotografía de uso educativo, “el paciente y sus padres deberían saber para qué se va a usar la foto y por qué se va a publicar”, preservando siempre la identidad.

Sin embargo, por lo general no se solicita una autorización escrita. Incluso, a veces, también se pide a los propios padres que tomen determinada imagen (por ejemplo, lesión) y la envíen a través del teléfono celular.

“La validez del consentimiento escrito o hablado es la misma”, consideró en tanto Palacios-González, pero sugirió adoptar el registro con firma como práctica de rutina. “Para discernir posibles situaciones en el futuro, el consentimiento escrito protege tanto al médico como al paciente”.

Palacios-González y la Dra. Reichbach han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Referencias

1. Investigan si el pediatra creó pornografía infantil. Página 12. Publicado el 1 de junio de 2019. Consultado en versión electrónica. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/197504-investigansi-el-pediatra-creo-pornografia-infantil>
2. Sigal P. Investigación por pornografía infantil. Médico del Garrahan: cómo es el protocolo para que un pediatra les saque fotos a los chicos en su consultorio. Clarín. Publicado el 3 de junio de 2019. Consultado en versión electrónica. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/medico-garrahan-protocolo-pediatra-saque-fotos-chicos-consultorio_0_tDQHUS9xC.html
3. A world history of art. History of Photography. Consultado en versión electrónica. Disponible en: http://www.all-art.org/history658_photography13-4.html
4. Robinson CL, Díaz-Caballero A. La fotografía como documento de análisis, cuerpo y medicina: teoría, método y crítica—la experiencia del Museo Nacional de Medicina Enrique Laval. Publicado en julio de 2007. Consultado en versión electrónica. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300016
5. General Medical Council. Making and using visual and audio recordings of patients. Consultado en

versión electrónica. Disponible en: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/making-and-using-visual-and-audio-recordings-of-patients>

6. Asociación Médica Argentina. Código de Ética para el Equipo de Salud. Publicado en 2016. Consultado en versión electrónica. Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/CODIGO%20DE%20ETICA%20ra%20Edici%C3%B3n.pdf>

**Medscape, Matías A. Loewy;
7 de junio de 2019**

2) SIN PROTECCIÓN CONTRA LOS RAYOS X: CÓMO LA CIENCIA ESTÁ REPENSANDO LA CONVENIENCIA DE USAR LOS CHALECOS DE PLOMO

Los pacientes esperan que un técnico cubra sus torsos con un pesado chaleco de plomo cuando les toman una radiografía, pero una nueva idea está surgiendo entre radiólogos y médicos, que cambia la práctica de décadas de proteger a los pacientes de la radiación.

Algunos hospitales comienzan a abandonar el ritual de cubrir los órganos reproductivos y los fetos durante las pruebas de imágenes, después de que prominentes grupos médicos y científicos declararan que es una medida que puede afectar la calidad de las pruebas de diagnóstico, y a veces aumentar inadvertidamente la exposición de un paciente a la radiación.

El objetivo es mejorar la atención, pero requerirá de gran esfuerzo asegurar a reguladores, trabajadores de la salud, y público en general, que es mejor no proteger.

El miedo a la radiación está arraigado en la conciencia colectiva, y muchas personas se sorprenden al saber que la protección puede causar problemas. El movimiento también debe ganar fuerza entre los dentistas, ya que en sus consultorios se realiza más de la mitad de las radiografías.

“Existe este gran componente psicológico, no solo con los pacientes, sino también con el personal”, señaló Rebecca Marsh, médica física del Anschutz Medical Campus, de la University of Colorado, en Aurora, Estados Unidos, quien habló sobre protección en un foro de diciembre en la reunión anual de Radiological Society of North America, en Chicago. “¿Cómo abordas algo que está tan profundamente arraigado en la

mente de la comunidad de atención de salud y de los pacientes?”.

Desde la década de 1950 se ha recomendado cubrir los testículos y los ovarios para una radiografía, cuando estudios en moscas de la fruta generaron la preocupación de que la radiación podría dañar el ADN humano y causar defectos de nacimiento. Solo en la última década, profesionales de radiología comenzaron a reevaluar la práctica, basándose en los cambios en la tecnología de imagen y en una mejor comprensión de los efectos de la radiación.

Los escudos de plomo son difíciles de colocar con precisión, por lo que a menudo no protegen el área objetivo que deberían preservar. Incluso cuando están en el lugar correcto pueden oscurecer inadvertidamente áreas del cuerpo que un médico necesita ver, por ejemplo, la ubicación de un objeto que se haya ingerido, lo que hace que deba repetirse el proceso de imagen, según la *American Association of Physicists in Medicine*, que representa a los físicos que trabajan en hospitales.

Los protectores también pueden causar controles automáticos de exposición en una máquina de rayos X para aumentar la radiación a todas las partes del cuerpo que se examinan, en un esfuerzo por “ver a través” del plomo.

Además, el blindaje no protege contra el mayor efecto de la radiación: la “dispersión”, que ocurre cuando la radiación rebota dentro del cuerpo, incluso debajo del chaleco, y finalmente deposita su energía en los tejidos.

Aun así, la Dra. Cynthia Rigsby, radióloga del Ann & Robert H. Lurie Children’s Hospital, en Chicago, Estados Unidos, calificó el cambio como “bastante sustancial”.

“No creo que vaya a suceder de la noche a la mañana”, añadió.

Discontinuar una práctica

En abril del año anterior la Asociación de Físicos recomendó que la protección de los pacientes se “discontinúe como práctica habitual”.¹ Su declaración fue respaldada por varios grupos, incluidos el *American College of Radiology* y la *Image Gently Alliance*, que promueve pruebas de imágenes pediátricas seguras.

Casi al mismo tiempo, la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos propuso eliminar del código federal una recomendación de los años 70 para usar esta protección. Se espera una regla final en septiembre.

En el próximo año también se espera que el

National Council on Radiation Protection and Measurements, que ofrece orientación a los organismos reguladores, publique una declaración que respalde dejar de proteger de esta manera a los pacientes.

Sin embargo, expertos continúan recomendando que los trabajadores de salud en el área de imágenes se protejan con barreras de plomo, como una cuestión de seguridad laboral.

Grupos en Canadá y Australia han respaldado el cambio, y un movimiento para abandonar los chalecos de plomo está en marcha en Gran Bretaña, según Marsh.

Asimismo, Marsh, quien está ayudando a dirigir el esfuerzo educativo, dijo que quizá una docena de hospitales en Estados Unidos ha cambiado sus políticas oficiales, pero “la mayoría está comenzando a hablar sobre el tema”.

El hospital Lurie, de Chicago, lanza la campaña *Abandon the Shield* (Abandonar la protección) para educar a personal, pacientes y cuidadores antes de abandonar el uso de chalecos de plomo esta primavera, señaló la Dra. Rigsby. El blindaje se emplea para la mayoría de los 70.000 procedimientos de rayos X realizados anualmente en Lurie en una variedad de entornos, desde ortopedia hasta el departamento de emergencias.

A pocas millas de distancia, en los hospitales de medicina de la University of Chicago, la recomendación de dejar de protegerse “fue una especie de choque”, destacó la Dra. Kate Feinstein, jefa de radiología pediátrica.

La Dra. Feinstein señaló que parece lo opuesto a lo que se enseña a los radiólogos, y no está segura de cómo aplica a su departamento, que ya toma medidas para reducir la posibilidad de que esta protección interfiera con un examen. “Colocamos nuestros escudos correctamente, y nuestros técnicos están increíblemente bien entrenados”, puntualizó.

Sin embargo, el departamento está dejando de colocar esta protección como un proceso de rutina, agregó.

Algunos hospitales están preocupados por violar regulaciones estatales. A partir de la primavera pasada, al menos 46 estados, incluido Illinois, requerían la protección de los órganos reproductivos si estaban cerca del área examinada, a menos que la protección interfiriera con la calidad de diagnóstico del examen, según la asociación de físicos.

Varios estados revisan sus regulaciones. En algunos casos los hospitales han solicitado exenciones o eludieron las reglas estatales al adoptar

la postura de que un chaleco de plomo tiene el potencial de afectar la calidad del diagnóstico cada vez que se usa, indicó Marsh.

No hay evidencia de beneficio

La cantidad de radiación necesaria para una radiografía es aproximadamente una vigésima parte de lo que era en la década de 1950, y los científicos no han encontrado un daño medible a ovarios y testículos de pacientes por exposición a la radiación que proviene de imágenes de diagnóstico después de décadas de analizar datos.

“Lo que sabemos ahora es que probablemente no exista ningún riesgo (hereditario) en absoluto”, señaló el Dr. Donald Frush, radiólogo del *Lucile Packard Children’s Hospital Stanford*, en Palo Alto, Estados Unidos, quien preside *Image Gently Alliance*.

Tampoco hay evidencia de que perjudique a los fetos, incluso con una cantidad relativamente alta de exposición a la radiación, como la de una tomografía computarizada del abdomen, agregó Marsh.

Sin embargo, algunos pacientes pueden insistir en querer protegerse. El grupo de físicos sugirió que cuando los hospitales elaboren sus normas consideren que este blindaje puede “calmar y consolar”.

“No creo que ninguno de nosotros esté abogando por no usarlo nunca”, añadió el Dr. Frush.

Necesidad de consensuar

Podría haber confusión pública si los dentistas continúan usando los chalecos, y los hospitales no lo hacen. Se estima que, en 2016, en Estados Unidos se realizaron 275 millones de pruebas de rayos X con fines médicos, pero se tomaron 320 millones de rayos X dentales.

Mahadevappa Mahesh, físico jefe del Johns Hopkins Hospital, expresó que se ha llegado menos a los dentistas sobre el tema. “Ya es hora de que discutamos”, destacó.

La *American Dental Association* afirmó que la protección abdominal “puede no ser necesaria”, pero continúa recomendando el uso de collares de plomo para proteger la tiroides “siempre que sea posible”.

Pero Mahesh, quien forma parte del consejo de la asociación de físicos, advirtió que los collares de plomo para proteger la tiroides pueden no ser útiles y podrían oscurecer las imágenes tomadas por las nuevas máquinas de imágenes dentales en 3D.

Contactada para una respuesta, la Asociación

de Dentistas manifestó que sus guías sobre el uso de protección están bajo revisión.

Especialmente los técnicos necesitarán apoyo para educar a los pacientes y a sus familias, “para que no sientan que están entrando en una conversación desastrosa”, destacó Marsh.

Marsh está haciendo su parte. En la conferencia de radiología tocó un banjo y cantó su versión de la balada de Woody Guthrie “Adiós, ha sido bueno conocerte”, pero con otra letra: “Al principio, deshacerse del blindaje puede parecer extraño, pero es el momento para que aceptemos este cambio”.

Esta información fue producida por Kaiser Health News, un programa editorialmente independiente de la Kaiser Family Foundation, no relacionado con Kaiser Permanente.

**Medscape; Mary Chris Jaklevic;
5 de febrero de 2020**

Referencias

1. American Association of Physicists in Medicine. AAPM Position Statement on the Use of Patient Gonadal and Fetal Shielding. Consultado en versión electrónica. Fuente Kaiser Health News © 2020 Henry J. Kaiser Family Foundation

3) EL PROBLEMA DE LOS ALÉRGICOS IMAGINARIOS

Los antibióticos betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos son las dos causas de reacciones a fármacos referidas con más frecuencia en pediatría. Sin embargo, solo una parte de estas correspondería a reacciones de hipersensibilidad, según las nuevas recomendaciones del Comité Nacional de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría.^{1,2}

Los autores de un libro editado por el Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia señalan que, en la mayoría de los pacientes pediátricos con historia de reacción adversa a fármacos, esta nunca se ha comprobado.³ “Cuando se llevan a cabo pruebas específicas, 94% es capaz de tolerar el fármaco”, puntualizaron.

Las reacciones de hipersensibilidad a fármacos suponen aproximadamente entre 10 % y 12 % de la demanda asistencial en las unidades de aler-

gia pediátrica españolas, manifestó a Medscape el Dr. José Ángel Porto Arceo, coordinador del Grupo de Trabajo de Alergia a los Medicamentos de la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica.

Los fármacos más comúnmente implicados en estas reacciones son los antibióticos betalactámicos, seguidos de los antiinflamatorios no esteroideos.

En el caso de los antibióticos betalactámicos, tras su estudio, en solo 8 % de los casos se confirma la alergia. Resultados similares se encontraron en un estudio descriptivo retrospectivo realizado en Buenos Aires en menores de 18 años con sospecha diagnóstica de alergia a amoxicilina, que se diagnosticó en apenas 10,7 % (IC 95 %: 7-15) de los casos.⁴

“Ante la duda de reacción alérgica a un antibiótico betalactámico o un antiinflamatorio no esteroideo, en primera instancia se debe suspender la medicación”, indicó a Medscape el especialista en alergias, Dr. Claudio Parisi, jefe de la sección Alergia Pediátrica y de Adulto del Hospital Italiano de Buenos Aires, que participó en la redacción de las recomendaciones argentinas. “Pero lo mejor sería derivar al paciente para ser estudiado y definir si realmente es necesario evitar ese fármaco o no. Dejar al paciente con un diagnóstico que puede ser incorrecto tiene impacto en su calidad de vida”.

La etiqueta permanente e innecesaria de alergia a estos fármacos con frecuencia llevaría a prescripción de tratamientos menos eficaces y más costosos.

Confusión diagnóstica

La confusión diagnóstica se debe a la semejanza con los síntomas propios de los procesos que motivan el consumo del fármaco. “Los brotes maculopapulares son habituales en los cuadros virales durante los primeros años de vida”, ejemplificó el Dr. Parisi. “El niño tiene fiebre, le damos el remedio, aparece el brote cuando está tomando la medicación, y lo primero que se hace es sospechar del fármaco”.

La prevalencia real de las reacciones adversas a fármacos en la población pediátrica se desconoce debido a subdiagnóstico, subregistro y poca bibliografía.³ Hay estudios que indican que la prevalencia de reacción a antiinflamatorios no esteroideos en niños es de 0,3 %, cifra que aumenta a 5 % en niños con asma.¹

Si bien la percepción de alergia a fármacos puede parecer mayor, otros estiman que la pre-

valencia en la población pediátrica se encuentra por debajo de 0,6 %.²

El elemento más importante para establecer el diagnóstico de alergia a fármacos es la historia clínica, y las pruebas solo ayudan a identificar la causa cuando esta no es muy clara. Una historia clínica detallada debe incluir el fármaco implicado (dosis y vía de administración), las manifestaciones clínicas que llevaron a su uso, los síntomas previos y ulteriores a la toma, el tiempo transcurrido hasta el inicio de los síntomas, y los fármacos concomitantes.

Asimismo, se deben registrar trastornos crónicos subyacentes, como asma bronquial, rinosinusitis crónica, pólipos nasales, urticaria y/o angioedemas crónicos.

“El entrenamiento para realizar la historia clínica, así como la posibilidad de hacer pruebas en el paciente en un ambiente controlado, suele estar en manos del especialista”, indicó el Dr. Parisi.

Para confirmar el diagnóstico de hipersensibilidad a antiinflamatorios no esteroideos el estándar de oro es la prueba de reto o prueba de provocación controlada. El valor predictivo positivo es cercano a 100 %, y en la mayoría de los casos un procedimiento abierto o simple ciego es suficiente. Tiene un valor predictivo negativo muy alto (97,8 %), por lo que su negatividad permite el uso seguro del fármaco involucrado, y también es útil para identificar un fármaco alternativo tolerada.

El Dr. Parisi añadió que la prueba no se efectúa a todos los pacientes “Si por la historia clínica se ve que tiene alto riesgo de presentar una reacción alérgica (por ejemplo, toma el analgésico y minutos después le falta el aire o pierde el conocimiento) y no hay ningún otro factor confundidor, se hace el diagnóstico de alergia sin necesidad de la prueba”.

Las pruebas de punción cutánea no están exentas de riesgo, por tanto, además de ser realizadas por un especialista experimentado en un entorno apropiado, deben estar bien seleccionados el momento y el paciente. No se pueden realizar inmediatamente tras el problema agudo, y están contraindicadas en pacientes que presentaron anafilaxia, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, y asma con flujo espiratorio forzado en el primer segundo < 1,5 litros.

Algunos fármacos, entre las que se destacan antihistamínicos, β_2 agonistas inhalados, anticolinérgicos, corticoesteroides y antileucotrienos, pueden enmascarar la reacción, por lo que deben ser suspendidas antes de realizar la prueba.

“Hacemos pruebas de provocación únicamen-

te en aquellos en quienes la historia clínica nos genera alguna duda, pensamos que el riesgo de presentar alergia es bajo, o estamos buscando una alternativa terapéutica”, puntualizó el Dr. Parisi.

Si al realizar la prueba en algún momento el paciente muestra algún síntoma, no importa la severidad, esta se interrumpe y se concluye el diagnóstico de alergia al fármaco.

Cuestionado sobre las preguntas habituales de los padres, el Dr. Parisi respondió con ejemplos: “Los excipientes rara vez dan alergia; apenas tuve un caso en quince años de práctica. El saber popular dice que, si una marca dio alergia y otra no, no es una reacción alérgica. Antecedentes familiares en general no cuentan; no suele haber herencia de alergia a un fármaco”.

Pruebas *in vitro* o cutáneas

Para diagnosticar la causa de una alergia a fármacos, las pruebas *in vitro* representan un procedimiento potencialmente seguro y se recomiendan en pacientes que han tenido reacciones graves. Una limitación importante es que sensibilidad, especificidad y valores predictivos no están bien establecidos en los niños.

Si hay sospecha de anafilaxia, para su confirmación se puede medir la triptasa sérica dentro de las primeras 2 a 5 horas después de la administración del fármaco, y repetirse a los 2-7 días para detectar disminución a la normalidad en los días posteriores. “Es una medición de un elemento que nos va a confirmar si el paciente tuvo o no anafilaxia. No dice la causa, pero confirma alergia. Y da mayor sospecha con respecto a la causa”, señaló el Dr. Parisi.

Las pruebas cutáneas son los procedimientos más utilizados para confirmar la sensibilización a un fármaco. Hay dos tipos de pruebas cutáneas que hace el especialista, habitualmente en el hospital, una prueba epicutánea y una inyección intradérmica. “Se busca presencia de anticuerpos contra la medicación, pero para estos fármacos no están muy estandarizadas, por lo que generalmente terminamos haciendo la prueba de provocación en caso de necesitarlo”.

Pasaporte de alergia

En Argentina muchas personas llegan a la vida adulta pensando que tienen alergia a algún fármaco porque no se estudiaron, y algún pediatra tomó la decisión de que su paciente era alérgico, lamentó el Dr. Parisi. “En los últimos diez años esto se modificó bastante, en parte porque son las familias las que piden saber si se puede hacer

algún estudio, y los pediatras derivan más a los especialistas”.

A veces se deriva por preferencia de la familia del paciente, sin indicación concreta desde el punto de vista médico, pero porque es necesario para la relación médico-paciente, señaló el Dr. Juan Dartiguelongue, del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires. El especialista consideró que la conducta a seguir depende de la magnitud del evento adverso y de la situación clínica del paciente.

“En general, en niños sanos un único evento alérgico no alcanza para definir una conducta y proyectar una estrategia diagnóstica terapéutica. La cromodinámica, el tiempo y la magnitud, son las que definen la necesidad de derivar a un especialista. Pero los médicos a veces no nos damos ese tiempo de seguimiento del paciente”.

El Dr. Dartiguelongue destacó que la consulta con alergólogo es válida “en los casos contados que lo ameritan”, que serían pacientes con morbilidades para quienes la reacción adversa es más grave o con factor predisponente a tener reacciones adversas más frecuentes o más graves.

En España es habitual que cuando un niño presenta una supuesta reacción alérgica a algún fármaco o vacuna, sea remitido para su estudio a la unidad de alergia pediátrica que le corresponda en su área sanitaria, añadió el Dr. Porto Arceo. El pediatra-alergólogo sería el responsable de confirmar o descartar su sensibilización al fármaco, “y con ello evitar etiquetas diagnósticas infundadas y el consiguiente uso de fármacos alternativos que no siempre son los de primera elección”.

El Dr. Porto Arceo destacó que, en su congreso anual, la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica desarrolla jornadas de alergia pediátrica para médicos de atención primaria, “haciendo hincapié en la actitud a tomar ante un niño con sospecha de alergia medicamentosa”.

En caso de confirmación diagnóstica, el informe escrito detallado es importante para prevenir futuras reacciones. Las indicaciones deben ser comprendidas por el paciente y sus cuidadores, y difundirse en los ambientes familiar, escolar, social y lúdico. Se deberá identificar específicamente el fármaco involucrado, las marcas comerciales que la contienen y si existen reacciones cruzadas con alimentos, a fines de evitar su ingesta.

Se deben especificar los síntomas que provoca la reacción, la indicación de la medicación inicial en caso de anafilaxia, y el contacto telefónico de acceso a la atención médica específica. Se

propone que el paciente siempre lleve consigo una historia clínica que consigne toda esa información. Internacionalmente se la ha denominado pasaporte de la alergia a fármacos.¹

Los doctores Parisi, Arceo y Dartiguelongue han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

**Medscape; Roxana Tabakman;
24 de febrero de 2020**

Referencias

1. Comité Nacional de Alergia. [Allergy and intolerance to nonsteroidal anti-inflammatory drugs in children]. Arch Argent Pediatr. Feb 2020;118(1):S1-S11. doi: 10.5546/aap.2020.S1. PMID: 31984719. Fuente
2. Comité Nacional de Alergia. [Allergic Reactions to Betalactams in Pediatrics: Recommendations for diagnosis and treatment]. Arch Argent Pediatr. Feb 2019;117(1):S24-S36. doi: 10.5546/aap.2019.S24. PMID: 31833344. Fuente
3. Lozano JSS, Del Río Navarro BE, Sacre JAH, Ortega JAM. Alergia, Asma e Inmunología Clínica en Pediatría. Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia. 2019. doi: 10.24245/aaicp.v2id.3110. Fuente
4. Morelo Torres C, Eymann A, Petriz N, Parisi CA. Diagnostic confirmation of amoxicillin allergy in children treated at the Division of Pediatric Allergy. Arch Argent Pediatr. 2020 Feb;118(1):47-51. doi: 10.5546/aap.2020.eng.47. PMID: 31984698.

4) ¿CUÁLES MÉDICOS TIENEN MÁS DESGASTE PROFESIONAL: “MILLENNIALS”, GENERACIÓN X O “BABY BOOMERS”?

Cada generación de médicos enfrenta diversos grados de desgaste profesional, y los de la generación X (40 a 54 años de edad) informaron las máximas tasas de desgaste profesional en una nueva encuesta de *Medscape*.

En el *Burnout and Suicide Report 2020*, llevado a cabo por *Medscape* con respuestas de la encuesta a médicos estadounidenses a mediados del año 2019, 48 % de los miembros de la generación X dijo que tenía desgaste profesional, en comparación con 39% de los *baby boomers* (edades 55 a 73 años,) y 38 % de los *millennials* (25 a 39 años de edad).

“La etapa media de la profesión suele ser la época de máximo desgaste profesional”, comentó a *Medscape* la Dra. Carol A. Bernstein, vicepresidenta de desarrollo del cuerpo docente de *Montefiore Medical Center*, en la Ciudad de Nueva York, Estados Unidos. Ese grupo probablemente está enfrentando variados papeles extra laborales; muchos atienden a niños y padres de edad avanzada en forma simultánea.

Más de 15.000 médicos de 29 especialidades respondieron a la encuesta.

En general, las cifras de desgaste profesional han disminuido en las encuestas de *Medscape*: de 46 % hace cinco años, a 44 % el año pasado, y 42 % en la nueva encuesta.

Algunas especialidades siguen ocupando los lugares más altos en la escala de desgaste profesional

Sin embargo, algunas de las mismas especialidades se han mantenido en la parte superior en ese período: neurología, urología, medicina familiar, cuidados intensivos, medicina interna, y medicina de urgencias.

Urología y neurología ocuparon el lugar superior en la última encuesta (54 % y 50 % informaron desgaste profesional, respectivamente), lo mismo que el año pasado.

Salud pública y medicina preventiva informaron la tasa más baja de desgaste profesional (29 %), seguidas de oftalmología (30 %).

La tendencia de las mujeres a referir más desgaste profesional que los hombres también continuó (48 % y 37 %).

Mayor número de médicos estaba satisfecho con sus profesiones (59 % aproximadamente, “muy satisfecho” o “algo satisfecho”). Pero esta cifra es más baja que en muchas otras profesiones.

El año anterior, una encuesta de *CNBC* mostró que 85 % de trabajadores estadounidenses estaba al menos “algo satisfecho” con sus trabajos.¹

Disposición a intercambiar remuneración por equilibrio

En las tres generaciones, casi la mitad (49 %) indicó que estaría dispuesta a recibir menos salario por un mejor equilibrio en su vida laboral. De una cuarta parte (*millennials*) a una tercera parte (*baby boomers*) señalaron que estarían dispuestos a renunciar a 20.000 o 50.000 dólares de salario por más tiempo personal.

“Las expectativas con respecto a lo que es la profesión de médico a partir de la década pasada está cambiando”, expresó a *Medscape* la Dra. Ha-

lee Fischer-Wright, directora general del Medical Group Management Association.

“Los médicos reconocen que atender menor número de pacientes puede brindarles más tiempo con estos, así como la capacidad para ejercer la medicina en el momento cumbre de su ejercicio profesional, reduciendo horas no clínicas y mejorando la satisfacción personal lo cual, en última instancia, puede reducir el desgaste profesional y prolongar su vida profesional”, destacó.

El principal factor determinante lo constituyen las tareas administrativas

Una vez más, el principal factor determinante del desgaste profesional para las tres generaciones fue realizar demasiadas tareas administrativas (54 %-57 % las ubicó en la parte superior). Los *baby boomers* fueron la única generación en enumerar “la computarización creciente de la práctica médica” entre sus tres principales inquietudes. Los *millennials* enumeraron las exigencias del registro médico electrónico en penúltimo lugar, al seleccionar de una lista de 10 problemas principales.

Las tres generaciones mencionaron invertir demasiadas horas en el trabajo entre sus principales tres factores estresantes.

Los *baby boomers*, que han sido parte de las tendencias del autoempleo al empleo y de los registros impresos a los registros electrónicos, constituyen el grupo con más probabilidades (50 %) de referir que el desgaste profesional ha afectado gravemente su calidad de vida, en comparación con 46 % de los miembros de la generación X, y 36 % de los *millennials* que respondieron de esa manera.

Sin embargo, los *millennials* tuvieron más probabilidades de referir que el desgaste profesional ha sido motivo de sus relaciones tensas. Entre ellos, 77 % indicó que había afectado las relaciones frente a 69 % de los *baby boomers*.

Al preguntarles cómo hacen frente al desgaste profesional, los médicos en general respondieron que se aislaban y hacían ejercicio, entre sus principales estrategias (45 % cada uno), seguidos de hablar con amigos cercanos o familiares (42 %), y dormir (40 %).

Desafortunadamente, en algunos informes se afirma que cada año alrededor de 300 a 400 médicos optan por el suicidio. Esta encuesta indica que 1 % de los médicos del género masculino, y 2 % del género femenino, lo han intentado.

Casi una cuarta parte de los médicos (23 % género masculino, y 22 % género femenino) han tenido pensamientos suicidas, pero no lo han intentado.

Los porcentajes de quienes habían tenido pensamientos suicidas o habían intentado el suicidio fueron muy similares en los miembros de las tres generaciones.

Arreglar el sistema, no al médico

No obstante, pocos miembros de cualquier generación buscan ayuda. Solo 12 % a 14 % expresaron que en la actualidad están buscando ayuda; de 61 % a 64 % señalaron que no habían buscado ayuda en el pasado, y no planeaban hacerlo.

Asimismo, solo 28% de los médicos en general dijeron que en su trabajo se ofrecían programas para ayudar a reducir el desgaste profesional o el estrés; la mitad respondió negativamente.

Un cardiólogo que respondió a la encuesta señaló: “No creo que el desgaste profesional sea un problema psiquiátrico, o mi problema personal. Me parece que es inherente a la forma actual de proporcionar atención médica, por lo menos en Estados Unidos”.

La Dra. Wendy Dean, psiquiatra y fundadora de *moral injury healthcare*, una organización de defensa que trabaja para contrarrestar el “daño moral” de los profesionales de la salud, está de acuerdo. En la parte superior del sitio *web* de la organización aparece el texto:

“Daño moral - NO es desgaste profesional”.

Asimismo, la especialista manifestó a *Medscape* que aun cuando las organizaciones sanitarias suelen centrarse en el bienestar de los médicos (yoga y autocuidado), “encontrar soluciones exige que abordemos el problema como lo que realmente es: un reto inherente a la estructura de la industria de la salud”.

***Medscape; Marcia Frellick;
3 de febrero de 2020***

Referencias

- Spiegel D. 85 % of American workers are happy with their jobs, national survey shows. CNBC. Publicado el 2 de abril de 2019. Consultado en versión electrónica. Fuente.



ADENDUM

“Si se quiere viajar lejos, no hay mejor nave que un libro. .

EMILY DICKINSON

10 de diciembre de 1830-15 de mayo de 1886.

Nacida y fallecida en el mismo lugar: Amherst, Massachusetts, EE.UU.

Poetisa estadounidense, su poesía apasionada la ha colocado en el reducido panteón de poetas fundamentales estadounidenses junto con Edgar Allan Poe, Ralph Waldo Emerson y Walt Whitman.



