



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: regionmetropolitana@sap.org.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

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 / Dra. 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
• Curso.....	3
• Dr. Jorge Alberto Buraschi	4
• Café Metropolitano.....	5
• Pandemia, ¿aislamiento y después? Abordaje pediátrico de un evento inédito	6
• Diversidad en las configuraciones familiares actuales	7
• La pandemia y el espejo.....	11
• Comunicación de un caso grave por Covid 19 en recién nacido. Hospital Mercante.....	13
• Profilaxis de Covid 19 con Carragenina.....	20
• “Tapabocas”: ¿Un ataque a la salud mental de los nacidos en tiempos de Covid 19?	28
• ¿Qué debe saber el pediatra sobre casas seguras? ¿Llegó el calorito! ¿Vamos afuera?	30
• Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”	34
• Peritas legales	47
• Boletín bibliográfico	50

EDITORIAL

¿ESENCIAL ES SINÓNIMO DE DESCARTABLE?

*“Cuando tus oídos escuchan una cosa,
pero tus ojos ven otra... usa tu cerebro*

Frank Sonnenberg

Lo primero que surge para expresar en este espacio, es el pesar y la indignación por todos los compañeros del equipo de salud fallecidos en el transcurso de la pandemia.

Pesar, porque sin dudas cumplieron con su deber, sabiendo lo que les podía esperar. Y fueron muchos. Cuando se escriba la crónica de esta tragedia anunciada, las anécdotas que podrán contar quienes lucharon a su lado, nos mostrarán el heroísmo y la dedicación de estos colegas.

Indignación porque seguramente muchas de esas muertes fueron evitables o hubieran ocurrido en un número menor, si hubieran luchado con los elementos de protección adecuados, con el apoyo real de quienes eran responsables de dirigir la salud pública y privada. Por lo menos tratando de aliviar sus temores y angustias, escuchando, además, su opinión sobre cómo se desarrollaban los hechos, y tratando de corregir lo que “la primera trincherá” contaba y pedía. El “escritorio” o sea, la teoría aislada de lo que ocurre en la realidad, no conduce a un buen resultado.

Vaya para todos los integrantes del personal de salud fallecidos por Covid 19, el más sincero y sentido homenaje y reconocimiento por parte de todos los integrantes de la Región Metropolitana.

>>> (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)

Permítanme agregar un concepto que leerán repetido en otro artículo de esta revista: escuchar palabras como “el personal de salud se contagia porque no saben usar los EPP” (¿quiénes y cuándo los adiestraron en ese aspecto? ¿tenían, realmente, los elementos de protección en calidad y cantidad suficiente?) o “los funcionarios no se bajan el sueldo porque trabajan todo el día...” (el personal de salud ¿cuánto tiempo trabaja y que remuneración recibe...?); escuchar, al inicio solamente, el aplauso de las 21 hs y luego saber del “escrache” a médicos, enfermeras, etc. por parte de sus vecinos; transgredir normas expresas desde un principio, como la realización de reuniones sociales explícitamente prohibidas (casamientos, cumpleaños, *baby shower*, etc.) y muchos hechos más, por todos conocidos, hablan de una hipocresía y un egoísmo sin límites. Ni siquiera hay pudor.

Hace poco escuché el audio de un médico del interior del país, que trabajaba a destajo, como tantos, en la terapia intensiva, relatando que salía agotado de su guardia (para descansar unas horas, ver a su familia y luego retomar la lucha) y observaba como sus vecinos, que, cuando les tocaba contagiarse suplicaban pronta y eficaz atención, asistían a bares y restaurantes, sin las medidas de protección mínimas por todos conocidas. Recorría el camino a su domicilio con toda la indignación que se puedan imaginar.

O sea: la hipocresía y la falta de conciencia ciudadana, sumada a un egoísmo sin límites y el abuso hacia el personal de salud, con promesas incumplidas por parte de las autoridades sanitarias, que están llevando a un aumento de las protestas públicas de todos los colegas, nos muestra que nuestra sociedad no va a cambiar su forma de pensar y proceder, que los médicos debemos unir nuestra vocación a un peligroso juego con riesgos evitables (a los que igual seguiremos afrontando... está en nuestra esencia)

Pensemos si debemos cumplir con nuestro trabajo sin cambiar las condiciones en el que se desarrolla, aunque no haya pandemia. Y esperemos encontrar el punto justo de equilibrio necesario para saber exigir, sin arriesgarnos más de lo necesario, pero cumpliendo nuestro deber.

Pido disculpas por lo sombrío de los sentimientos expresados en este editorial, los tiempos y sentimientos van cambiando en el transcurso de este hecho inédito. De cualquier manera, con ganas y fe, esperemos un nuevo año, para el que los integrantes de la Región Metropolitana, les deseamos nuevamente paz, unión y toda la sensatez necesaria para un buen proceder.

Dr. Carlos Luzzani

Director Titular Región Metropolitana SAP



Cursos

ENCUENTROS PEDIÁTRICOS METROPOLITANOS. ACTUALIZACIÓN

La Región Metropolitana los invita a participar del **Curso “ENCUENTROS PEDIÁTRICOS METROPOLITANOS. ACTUALIZACIÓN”** a realizarse por plataforma virtual (Zoom) los **terceros sábados de cada mes desde Marzo a Octubre 2021 de 9.30 horas a 10.45 horas.**

Esta actividad pertenece a la Red Nacional de Educación Continua.

Otorga 1 Crédito para la Recertificación.

Temas:

1. **Neurodesarrollo:** Pautas de desarrollo normal. Pautas de alarma. Detección precoz de TEA. TGD. Autismo. Retraso motor sugestivo de Enfermedades Neuromusculares.
2. **Baja Talla:** Detección de la misma en el consultorio pediátrico. Diagnóstico y Tratamiento.
3. **Nutrición:** Alimentación saludable en preescolares, escolares y adolescentes. Síndrome X Metabólico y Covid 19.
4. **Odontopediatría:** Salud bucal del Bebé
5. **Discapacidad:** Todo sobre el Certificado Único de Discapacidad (CUD)

Responsable docente: *Dra. Claudia Vaccarelli*

Para informes e inscripción comunícate a: encuentrosmetropolitanos@gmail.com

APS Y ABORDAJE EN NIÑOS CON ENFERMEDADES MUSCULARES Y DEGENERATIVAS EN EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA

Se realizará desde la **REGIÓN METROPOLITANA**

Horario: días miércoles de 18 a 20 horas.

5 encuentros, desde el 31 de marzo al 28 de abril de 2021.

Sede: Modalidad virtual por plataforma Zoom.

Temas:

- Enfermedades Neuromusculares y Degenerativas Infantiles.
- Atención Primaria de la Salud de patologías crónicas complejas en crisis sanitarias. Discapacidad
- Abordaje Integral: médico. Terapias. Recreación.
- Cuidador Principal del paciente con Enfermedades Neuromuscular/ Degenerativas infantiles. Sobrecarga e impacto en este contexto.

Curso correspondiente a Educación continua. Otorga 2 créditos.

Inscripción e informes:

cursos2021fmetropolitana@gmail.com

Responsable docente: *Mgt. Dra. María del Carmen Martínez Perea*

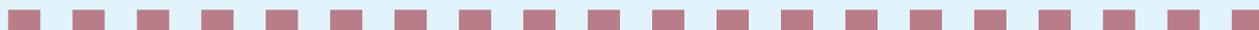
EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA LOS PEDIATRAS (modalidad zoom)

Horarios: 2^{do} y 4^{to} jueves, de 18,45 a 20 hs, del 8 de abril hasta 28 de octubre 2021.

Con presentación de monografía en noviembre 2021

Incluida en la Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Le corresponden 4 créditos.

Docente responsable: *Dra. Mercedes Acuña*





Dr. JORGE ALBERTO BURASCHI

El 20 de septiembre pasado falleció el Dr. Jorge Alberto Buraschi.

Triste noticia. Lo conocí a Jorge cuando llegué al Hospital Fernández allá por 1969, a la Sala 7 de Pediatría, donde él era encargado de Sector y además Pediatra de Guardia. Desde ese momento nos unió una relación profesional y de amistad que se fue consolidando con el tiempo.

Santafecino de nacimiento, pero, como él decía: “de General Pacheco por adopción”. Se recibió de Médico en 1957, de Pediatra en 1969 y se doctoró en Medicina en 1972.

En lo personal: siendo muy joven se casó con Mirta Facio, ya fallecida, y pronto nacieron María Fernanda (Médica Pediatra y Neonatóloga), Jorge Alberto (Cirujano Pediatra) y María Gabriela (Lic. en Ciencias de la Educación), que a su vez contribuyeron a alegrar su vida con trece nietos. Fue siempre muy familiar, pero se supo tomar tiempo para participar activamente en la comunidad, llegando a ser Presidente del Rotary Club de General Pacheco.

En lo profesional sería muy extenso lo que habría que decir, pero sintetizando: en el Hospital Fernández fue ascendiendo, por concurso, en todos los cargos de conducción hasta llegar a ser Jefe de División Pediatría en 1980, y hasta 1993, año de su jubilación y retiro. Fue durante esta jefatura donde, dando rienda suelta a su capacidad intelectual, escribió numerosos trabajos científicos, dándonos lugar a participar en los mismos a quienes éramos más jóvenes, y como consecuencia de ello, hemos tenido la oportunidad de ganar juntos varios premios de la SAP y del mismo Hospital.

Riguroso para trabajar como a pocos he conocido. Siempre le preocupó la problemática familiar y la del niño, niña y adolescente incluidos en ella.

Pediátricamente consideraba sus maestros a Florencio Escardó, Julio Calcarami y Carlos Gianantonio.

Con Jorge y otros colegas, gestamos el Consultorio Multidisciplinario de Crecimiento y Desarrollo en el Hospital Fernández y su humildad hacía que él fuera y trabajara como uno más, aun siendo nuestro Jefe.



Durante los años 70 ejerció la investigación en Hematología, con una beca de la Fundación Viviana Luckhaus, en la Sección Hematología del Hospital Fernández.

En la SAP fue Director Titular de nuestra Región Metropolitana (1996/1999) y Secretario del COEME (1999/2002). Recibió el Título de Miembro Honorario Nacional en 2015. Además, fue el primer Editor, junto con el Dr. Ángel Plaza, de **Noticias de la Región Metropolitana** en 1994, durante la gestión del Dr. Miguel Ángel Naser.

En la UBA se desempeñó en numerosos cargos docentes: fue Profesor Regular Adjunto de Pediatría hasta 1996, siendo designado en 2000 Profesor Consulto Adjunto. Colaboró en la redacción de varios libros de Pediatría.

Su meta más importante siempre fue optimizar la enseñanza de la Medicina y en especial la Pediatría, siendo un pionero en aplicar modelos para mejorar las competencias médicas teórico/prácticas, teniendo como referencia a las principales universidades del mundo.

Su sensibilidad la volcó en la lectura de Historia Universal pero fundamentalmente la Argentina. Amante de la poesía, siempre se mostró atraído por el tango, del que era un gran conocedor. Ha dejado muchos discípulos y amigos, entre los que me cuento.

Con Buraschi desaparece un gran Pediatra, un gran docente y fundamentalmente una gran persona.

Jorge, las últimas líneas me las reservo para agradecer tu amistad, que fue recíproca. Te agradezco haberme abierto las puertas de tu casa para disfrutar de tu linda familia, te agradezco los consejos que oportunamente me diste, pero sobre todo te agradezco la rigurosidad con que me exigiste laboral y científicamente, siempre con una cordialidad que sentí en todo momento, porque de ese modo me ayudaste a ser mejor en muchos aspectos. Te recordaré siempre con el mayor de los afectos.

Dr. Leonardo Vázquez

Asesor-Ex Director de la Región Metropolitana





CAFÉ METROPOLITANO

Un nuevo grupo virtual, en tiempos de pandemia

Dra. Irene Dechiara
Médica Pediatra

Desde hace muchos años, los miembros de Región Metropolitana hemos sumado paulatinamente múltiples herramientas virtuales, muy útiles para extendernos más allá de nuestros encuentros presenciales.

La revista **Noticias de la Región Metropolitana** –que, actualmente, es exclusivamente de edición digital– publica todas las novedades de la Región y artículos de investigación y formación profesional.

En el grupo privado de Facebook **Pediatras Metropolitanos Argentinos** sus miembros pueden compartir artículos científicos interesantes, novedades académicas, difundir cursos y jornadas y realizar, también, intercambio de opiniones. Cuenta con más de novecientos miembros.

Por otro lado, a través de mensajería instantánea de WhatsApp, en el grupo **Región Metropolitana SAP**, se comparten comunicados oficiales, organizacionales e institucionales y se difunden diferentes actividades laborales y académicas.

Además, contamos con una cuenta de Instagram, @pedmetarg, para promoción de actividades, novedades y publicaciones de la región y de la SAP.

También compartimos todos los meses un **Encuentro Metropolitano** virtual, organizado por el grupo de trabajo de Educación Continua, para repasar, actualizar y compartir diversos temas médicos y casos clínicos de interés.

En este contexto, el 2020 nos sorprendió con una pandemia. Las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio nos desafiaron a mantener nuestra comunicación exclusivamente a través de medios virtuales.

Así fue como nuestras reuniones presenciales en el Centro Gianantonio se convirtieron en reuniones de plataforma Zoom, y los saludos y abrazos, fueron reemplazados por emoticones y gifts.

La “recompensa gastronómica” que compartíamos en cada reunión, se transformó en desayunos individuales, cada uno en su casa.

Y las charlas informales de cada encuentro, más allá del “orden del día”, aquellas charlas que tenían lugar durante ese ratito de “café con medialunas”, cuando nos poníamos al día con novedades personales e inquietudes laborales, cuando “hacíamos

catarsis” de preocupaciones, festejábamos cumpleaños y nos deseábamos un buen fin de semana al despedirnos en cada reunión... esas charlas, sin quererlo, se quedaron sin espacio y sin tiempo. Mal momento para prescindir de ese contacto social, afectuoso y distendido.

Hoy nos invaden muchas preocupaciones e incertidumbres por la pandemia de COVID19 y nos estamos enfrentando a desafíos nuevos y únicos.

Los profesionales de la salud, somos bombardeados por información y actualizaciones permanentes, debemos adaptarnos a distintos modos de trabajar a distancia y con otros formatos tecnológicos y, muchas veces, nos exigen respuestas que aún no tenemos. Es una situación de stress y ansiedad.

Cuán necesario es sentirse acompañado, comprendido y contenido...

Por eso, desde la dirección de la Región Metropolitana, surgió la idea de crear un nuevo espacio para compartir no sólo “información oficial” sino, además –y principalmente–, para mantener un contacto más informal y recreativo, compartir experiencias y dudas, enviar buenos deseos y fuerzas a quien lo necesite o para, simplemente, saludarse o enviar un archivo “buena onda”, que nos alegre un ratito el trabajo diario.

Esas pequeñas cosas, ese sentido de pertenencia a un grupo de colegas que se conecta y acompaña en este momento, sin duda, nos fortalecen, alivian y gratifican.

Fue bautizado **Café Metropolitano**. Es un grupo de WhatsApp como tantos otros y distinto, a la vez. Vale mensajear todas aquellas cosas que compartiríamos en una mesa, tomando un cafecito, entre colegas y amigos.

Rápidamente, decenas de mensajes llenaron el grupo. Eso sí, siempre respetando ciertas normas, que ya habíamos acordado previamente entre los miembros de la Región. Normas sencillas, que facilitan la comunicación y evitan incomodidades.

Una necesidad, ¡un éxito!

Bienvenido a la Región, **Café Metropolitano!**

Administrador: **Dr. Carlos Luzzani**
cluzzani@yahoo.com.ar



XIV Jornadas de la Región Metropolitana

PANDEMIA, ¿AISLAMIENTO Y DESPUÉS? ABORDAJE PEDIÁTRICO DE UN EVENTO INÉDITO

Se atenuaba el último hilo de luz que pasaba por la claraboya principal de mi consultorio. Las aves ya no cantaban y se comenzaba a sentir el frío del anochecer por debajo de las pantorrillas. En las calles no pululaban personas y la noche del 28 de mayo de 2020 llegaba paulatinamente a la taciturnidad absoluta, interrumpida por los numerosos ladridos caninos del partido de Hurlingham.

Luego de un día de arduo trabajo, llegaba a mi casa, cansado pero contento, saludando a mi esposa, a mi hija Paloma y a mi hijo Lázaro, que extrañamente observaba con detenimiento su pierna. Mientras charlábamos y reíamos, mi pequeña comentaba que se sentía como Rapunzel, encerrada en una torre aislada, esperando su rescate.

Al continuar con la conversación, ésta se iba poniendo cada vez más interesante. Sin comprender todavía la razón por la que mi muchacho miraba tanto sus tobillos, proseguí preguntándole:

- Lázaro, ¿qué mirás tanto abajo?
- Estoy buscando en que pierna tengo la tobillera electrónica...

Estupefacto, al no esperarme esta respuesta, sonreí y pregunté nuevamente:

- ¿Porqué?

Mi hijo respondió: –¡esto es una prisión domiciliar! Se quedó pensando y reanudó-. No, ¡es incluso más cruel que eso! Una persona en prisión domiciliar puede recibir visitas y ver a sus amigos... ¡y yo no!

Los hechos de este año nos fuerzan a reflexionar sobre las futuras secuelas que deberemos afrontar. Estamos viviendo un 2020 en el que el aislamiento social provoca que nuestros niños, niñas y adolescentes no tengan clases ni posibilidades de socializar personalmente con sus compañeros y amigos; solo en forma virtual. Un año en el cual muchos padres no vacunaron a sus hijos por miedo de sacarlos a la vereda y ni siquiera hicieron sus controles de salud. Un tiempo en el que los medios de difusión estuvieron constantemente hablando sobre el Covid-19. Desde los periodistas más serios hasta los de chimentos, hablan queriendo demostrar un falso *expertis* en infectología y muestran la cantidad de infectados, muertos, recuperados y que país va a la cabeza, como si fuera un partido de fútbol. Me-



dios de comunicación donde tienen el descaro de opinar sobre las vacunas y dudar de ellas frente a una población con miedo generando más miedo. Lamentablemente, parece ser, que el descaro de los ignorantes es incluso mayor a la honestidad de los que saben.

Tenemos que hacerle frente al daño producido por la sensación de incertidumbre en los padres y sus hijos.

Es un hecho inédito, nadie hace unos meses atrás, se lo hubiera imaginado. Los pediatras debemos de conocer los errores y los aciertos en esta pandemia, que herramientas tenemos para poder diagnosticar y tratar las secuelas, no solo de los pacientes pediátricos, sino de toda la familia.

Todos nosotros también sufrimos esta situación atendiendo a nuestros pacientes con el protocolo correspondiente, cuidándonos, con el miedo de contagiarnos y ser los responsables de que nuestras familias se contagien debido a nuestro trabajo.

Los pediatras cumplimos y cumpliremos un rol muy importante durante y después de esta pandemia en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Los invitamos a nuestras **XIV Jornadas de la Región Metropolitana, los días 12 y 13 de agosto de 2021**. Oportunamente informaremos la fecha límite de presentación de trabajos, entre los que priorizaremos aquellos que sean de investigación. También está prevista una actividad para la comunidad. Es nuestra intención que todos juntos podamos enriquecernos y hacerle frente a este nuevo desafío, por un niño sano, en un mundo mejor.

Dr. Alberto Antonio Libanio

Presidente XIV Jornadas Región Metropolitana SAP



Ecós de las XIII Jornadas

Difundimos la ponencia de la participante de la mesa coordinada por la Dra. Mariana Rodríguez Ponte

DIVERSIDAD EN LAS CONFIGURACIONES FAMILIARES ACTUALES.

Parte I

Dra. Mónica Oliver

Medica Psiquiatra Infanto Juvenil. Doctora en Medicina. UBA.
Psicoanalista de Niños y Adolescentes. Miembro adherente de APA.
Miembro del Comité de Salud Mental y Familia. SAP.

Directora Asociada del Curso Superior de Psiquiatría Infanto Juvenil. Fac. de Medicina. UBA.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los pediatras se ven enfrentados ante la situación que sus pacientes pertenecen a familias con variadas configuraciones familiares

Los profundos cambios en el mundo contemporáneo, en la comunicación humana, en los vínculos, en el avance de la ciencia y la tecnología, ocasionan que la familia se transforme de acuerdo a los paradigmas de la época que vivimos.

Del concepto de “la familia” pasaríamos al de “las familias” y con frecuencia hay una yuxtaposición de diversas modalidades. La familia pasa de ser una familia única, desde modelos heredados, a ser una experiencia múltiple del ensayo y el error.

En realidad, la idea que el matrimonio es el embrión constitutivo y base cuasi inmutable de la familia del mundo judeo-cristiano, ha ocultado la infinidad de relaciones humanas establecidas fuera del patrón matrimonial y de las relaciones entre padres e hijos, consideradas parte inherente e insustituible de un grupo familiar.

El fenómeno universal de la familia se consideraba constituido, por un lado, por una alianza (el matrimonio) y por otro una filiación (los hijos). Esto ha sufrido una importante transformación.

Existen debates e interrogantes en torno a la problemática de la subjetividad, de las relaciones familiares, intergeneracionales y los procesos psicosociales a partir de estas transformaciones. Pluralidad de situaciones, contextos y pertenencias familiares. Evitando un dogma regularizante se propone una metodología inclusiva.

Es importante pensar con flexibilidad, tolerancia a lo nuevo y ambiguo. Nada está totalmente cerrado y elaborado

Más allá de la configuración familiar elegida, el

lazo social garantiza el sentimiento de pertenencia. La escena temida es el sentimiento de soledad, desgarramiento y fragmentación. Existe una necesidad humana de aferramiento, tener de donde agarrarnos sin que haya posibilidad de caerse. El lazo social debe demostrar que es capaz de civilizar o socializar.

Lo dicho anteriormente nos lleva a la necesidad de revisar el concepto de familia para poner en el centro la relación de filiación y no la relación de alianza matrimonial.

La familia comienza a transformarse a sí misma reorganizándose, reposicionándose, pero ya no socialmente, sino en su interior, redefiniendo roles, vínculos y estrategias de alianza.

La familia

Los siguientes conceptos están presentes y atraviesan las diferentes configuraciones familiares:

Hay una familia en la medida en que alguien de una generación se hace cargo de alguien de otra o incluso cuando los vínculos generan una asimetría en la cual, alguien toma a cargo las necesidades de otro, para establecer sus cuidados autoconservativos y su subjetivación. (Bleichmar)

La familia es el medio natural por el cual se genera, organiza y mantiene la vida del ser humano.

Asistimos a una proliferación de modelos familiares que nos incita a reflexionar sobre el fundamento implícito de nuestra concepción de la familia: familias adoptivas, mixtas, de acogimiento, homoparentales, padres en pareja de hecho o que recurren a la procreación asistida.

El parentesco es el sistema que atribuye unos hijos a unos padres y unos padres a unos hijos.

Combina tres elementos en forma diferente: el matrimonio, la filiación y la residencia. Los estudios de etnología mostraron que diferentes sociedades no organizaban ni designaban su parentesco de la misma forma que la sociedad occidental.

El enlace matrimonial, el reconocimiento del hijo y la adopción determinan la filiación y una vez afiliado el hijo a unos padres, sigue siendo necesario que estos últimos ejerzan prerrogativas propias de su estatus: darle un nombre y apellido al hijo, alimentarlo, proporcionarle una vivienda, cuidarlo, educarlo, asimismo deben socializarlo reafirmando su pertenencia al grupo familiar y social. El matrimonio ya no es necesario para la filiación. La filiación se independiza, se expresa, se desea. El niño se desea y se construye a través de un proyecto parental.

El niño depende absolutamente de individuos maduros para preservar su vida. El cuidador primario adulto es el que atiende las necesidades físicas y emocionales del niño, posee empatía, capacidad lúdica, sensibilidad, plasticidad y capacidad de decodificar las necesidades del niño.

La humanización se produce en el intercambio íntimo entre el niño y las personas que lo crían y es posible la construcción de la subjetividad. La familia contribuye en primer lugar al desarrollo emocional del niño a través de la calidad de la interacción afectiva entre sus miembros, proporcionando un clima emocional adecuado que permite las expresiones de afecto y apoyo mutuo.

La familia aporta al niño estímulos intelectuales y unas condiciones apropiadas para el aprendizaje imprescindibles para el desarrollo cognitivo normal. Por último, cumple el papel de transmitir al niño los valores culturales socialmente aceptados, así como las pautas de conducta social apropiadas. Esta transmisión de valores se hace de un modo explícito, directo, mediante las palabras de los padres, pero también de modo implícito, indirecto, a través de las actitudes paternas ya que el niño aprende mediante la observación y la imitación.

La familia no es solo el lugar de obligaciones y responsabilidades; es también el lugar donde construir la propia felicidad. Lugar para amar y aprender a amar y luego poder amar a otros. La familia es percibida como el ámbito del amor. No es la Ley la que sirve para vincular sino el afecto.

La familia es un laboratorio de experiencias de socialización, cuidado y transmisión. Nuevas experiencias emocionales hacen a los vínculos de alianza y filiación.

Hogar

El dispositivo natural de la familia no es la familia nuclear sino el hogar, espacio protector, acogedor, regazo que alimenta, al que siempre se puede volver o salir. En el hogar se crean climas emocionales como punto de atravesamiento de elementos estructurales: el vínculo, lo generacional, lo paterno, lo materno, lo filiatorio, la división entre el adentro y el afuera. Elementos que se caracterizan por su polisemia y capacidad de transformación. La idea de hogar como refugio está en el centro de una sensación de seguridad. Protección frente a la sociedad, la crueldad del mundo o las fatigas de la rutina cotidiana. La convivencia, la intimidad, lo privado nos acerca a la idea de "hogar", el lugar de reunión de los miembros de un grupo familiar, del ámbito en donde se toman las decisiones de la vida cotidiana y donde se comparten los alimentos, el lecho para reposar, las actividades domésticas o económicas, el medio en que aparecen y se expresan el afecto y las relaciones sexuales. También constituye un ámbito en el que se manifiestan simbólicamente las relaciones de género y los conflictos y violencias entre los hombres y las mujeres y entre los padres e hijos.

Se debe considerar a la familia como un continuo o un largo recorrido que parte del rito del matrimonio o no, y que incluye los hijos y sus cónyuges, parientes cercanos y lejanos, co-sanguíneos y políticos y una serie de individuos de las más diversas identidades, parientes o como los agregados domésticos que conviven o mantienen fuertes y solidarios vínculos interpersonales.

En la modernidad la familia era, desde el punto de vista de la agencia social, un gran rompecabezas donde todas las piezas se encajaban (o parecían encajar). Que era complementaria con el sentimiento de autenticidad con uno mismo. En la postmodernidad estas piezas no encajan, estamos presionando y apretando para que encajen.

Uno de los grandes debates del contrato social tradicional ha sido la cuestión de la alteridad versus la homogeneidad, buscando respetar la alteridad del otro, aunque manteniendo un marco común de identidad compartida.

Las familias contemporáneas se han enriquecido en experiencias afectivas por más participación paterna. También se realizan narrativas adecuadas a la realidad, existe diálogo y se busca la verdad. Hay mayor libertad de expresión y respeto por el niño como sujeto. El contexto social acepta la diversidad. Los padres son más flexibles y aparece el concepto de paternidad ética.

Parentalidad

Se piensa en este momento la parentalidad desde una perspectiva, como mínimo, triádica, generalmente multivincular. Del vínculo temprano madre-hijo, tan descripto y estudiado se pasó a pensar que el niño en realidad desde que nace, se relaciona con varias personas y esencialmente la situación triádica se establece desde el comienzo, más allá de los vínculos biológicos y de alianza conyugal.

Si bien esa triangularidad vincular podría establecerse entre madre-padre-bebé, vemos que en la actualidad pueden ser diferentes actores los que participen de esa tríada y en la trama vincular inicial, que el niño necesita para su desarrollo y la emergencia de su subjetividad.

La parentalidad implica la capacidad de los cuidadores, padres biológicos u otros, de desarrollar una intensa relación de involucramiento afectivo, estable y seguro, con el niño.

Una madre con buena capacidad de vincularse triádicamente es aquella que reconoce al padre u otro cuidador también, como un vínculo tan importante con el niño como el que ella establece, sin sentirse por ello excluida o desvalorizada.

La buena dinámica de la pareja parental incluye la capacidad de diálogo, la flexibilidad. El diálogo entre dos adultos significa una dinámica de intercambio cognitivo y afectivo, así como las ideas y fantasías que tienen los padres sobre ese niño son importantes.

Estudios de investigación han demostrado que la capacidad parental triádica predice un ambiente familiar favorable.

Para su desarrollo saludable el niño necesita tener encuentros humanos, establecer vínculos afectivos estables y previsibles (rutinas) dentro de un contexto seguro con libertad y respeto de su iniciativa e interacción humana, con involucramiento afectivo. Juego, palabras, contacto corporal, miradas, contención emocional. También incluirlo dentro de un sistema de reglas que permita la socialización.

La familia contemporánea se presenta horizontal y fraternal, aporta a los hombres y las mujeres los beneficios de una alteridad libremente consentida. Los hombres tienen un papel maternante y, por otro lado, las mujeres no están obligadas a ser madres porque pueden controlar la procreación.

La pluriparentalidad

Solemos escuchar a personas diciendo: Mi madre no es mi “verdadera madre”, es “como mi hermano”, “el tío que me crió”. Se diferencia, en estos casos, la “familia afectiva” y “familia de origen”. Puede ser que existan varias figuras parentales, las

“verdaderas biológicas” y las más verdaderas de todas, por motivos educativos o de vida cotidiana

Se puede tener varias figuras paternas y varias figuras maternas, como es el caso de las familias de acogimiento, de familias con padres divorciados y ensambladas o mixtas.

DIFERENTES CONFIGURACIONES FAMILIARES

La familia adoptiva

Es la formada por una sola persona o una pareja con o sin hijos. Se basó en un principio para dar un hijo a una pareja estéril, pero actualmente se considera para encontrar padres para un niño sin ascendencia.

La adopción plena confiere al hijo una filiación que sustituye a la filiación de origen. Permite una filiación sin vínculo biológico. Se evalúa la capacidad de la pareja para responder a una función de parentalidad (cuidar, educar y amar al niño). El proyecto parental de criar un hijo y no la procreación, es el principio esencial para acceder a la filiación

Familias con padres divorciados y mixtas

El matrimonio está constituido por una pareja conyugal y una parental. Si los padres comprenden que la pareja parental no se separa, aunque ya no exista el vínculo conyugal, el proceso de divorcio es menos traumático para los niños.

El exceso de lo inédito en estas familias genera enigmas. Lo seguro se sustituye por la incertidumbre es decir no existen garantías.

La pareja parental es aquella que ejerce la función de velar por la prosecución y buen fin de toda la trama familiar, logrando una identidad familiar singular y propia. El hijo fue investido por los anhelos y los proyectos de ambos padres. Cuando los padres se separan siguen invirtiendo al hijo de forma separada.

La pareja parental separada de la conyugal sigue interesada en la continuidad vital del hijo que representa para cada uno su trascendencia en el tiempo.

La parentalidad en la crisis de divorcio se altera en general. Los hijos pueden servir como depositarios de hostilidades dirigidas hacia el ex cónyuge. Los padres al sentirse desvalidos no pueden reconocer en su desamparo al hijo como tal, ni pueden ejercer su parentalidad. Por eso algunos progenitores tienden, al divorciarse, a desligarse de sus funciones parentales. Las estadísticas existentes de procesos judiciales por incumplimiento de la función parental dan cuenta de este proceso.

En la familia mixta o ensamblada, el niño puede

vivir con uno de los padres y su nuevo cónyuge. Por otro lado, el nuevo cónyuge, así como su linaje, puede desempeñar un papel parental importante en la educación y trasmisión de valores

El niño en la familia mixta sigue filiado a sus progenitores, pero se rompe el esquema de parentesco de un solo padre una sola madre, al constituirse una nueva familia mixta.

Frente al fallecimiento de un cónyuge, el otro cónyuge puede contraer matrimonio en segundas nupcias. Es habitual que el niño viva con un padrastro o una madrastra. Figura que se basa en la sustitución completa del progenitor fallecido.

Con el divorcio seguido de matrimonio en segundas nupcias nos encontramos frente a una construcción familiar diferente. La nueva pareja de la madre o padre no ocupa el lugar del progenitor desaparecido sino el de madre o padre existente. El par de términos ausencia/presencia puede manifestarse de un modo distinto de la simple alternativa entre uno y otro, dado que coexisten dos personas en posición semejante de padre y madre. A la sociedad con frecuencia le cuesta plantearse o pensar la cuestión de esa coexistencia. La nueva familia se define ante todo como una familia "reconstituida" o una "segunda familia". La cuestión fundamental es cómo se convierten en grupos primarios esas familias recién formadas ya que lo que en la familia nuclear se hace espontáneamente, aquí debe ser pensado y cuidadosamente cultivado. El término familia mixtas o ensambladas tiene en cuenta la historia de la familia, su surgimiento y los personajes que la forman. Es importante observar la transformación familiar y la diversidad de la composición.

Observamos aquí la conformación de una **pluri parentalidad** manifestándose de distintas formas:

1. La sustitución, el padrastro ocupa el lugar del otro progenitor.
2. Una negociación permanente entre los excónyuges. La ruptura de la alianza y de la residencia, no cuestiona la perennidad de la filiación. La

convivencia amistosa entre el padre que tiene la custodia y una nueva pareja favorece la construcción de un vínculo de pseudo filiación con los hijos de aquel. Cada vez se reconoce más el parentesco ejercido cotidianamente por el padrastro o madrastra.

3. Debe tenerse en cuenta la residencia y la alianza, ser padre no es solo reconocer un hijo como propio. sino tenerlo presente en todo momento en los actos de la vida cotidiana, de la mañana a la noche, ser padre es convivir. Esta relación de convivencia ha sido asimilada a la nueva alianza. Aunque la legislación propone incluir los vínculos de la familia mixta, esta coexistencia parece dolorosa y compleja tanto para los niños como para los padres, pues a veces se concibe como una negación del parentesco biológicos, generalmente inscripto en la competencia y la rivalidad. El padrastro puede ser un tercero digno de confianza.

Observamos entonces dos tipos de parentescos:

1. Uno tradicional basado en el vínculo biológico, no depende de la convivencia dado que ambos progenitores tienen los mismos derechos y deberes independiente de quien dé alojamiento al hijo.
2. El parentesco adicional ejercido por las nuevas parejas de los padres, que consagra un interés por el hijo basado en el cuidado en la vida cotidiana.

El niño se vincula con todas las personas que constituyen su identidad y que inciden en su transformación en adulto y para todas ellas el niño es el punto de encuentro y el nexo que las relaciona.

El niño puede tener diversos "padres": padres y madres, progenitores, putativos, educadores, otorgadores de estatus y de apellido. En nuestra cultura nos hemos acostumbrado a que el niño solo tiene un padre y una madre, cuando en un número importantes de familias no es así.





LA PANDEMIA Y EL ESPEJO

Dra. María José Tavella

Médica especialista en Cardiología (UBA) y Medicina del Trabajo (UNTref)
Jefa de Sección Holter y Presurometría del Hospital Aeronáutico Central
Referente de CABA de REDIMA (Red Integrada de Médicos Argentina)

Había una vez un grupo de chicos que admiraban a un “superhéroe” que tenía el poder de hacerlos sentir bien cuando se sentían mal, de hacerles desaparecer el dolor con solo darles un jarabe y de devolverle la sonrisa a su mamá con solo decirles “Tranquila, en un rato se le va a pasar”. Esos chicos decidieron que cuando fueran grandes querían ser como su superhéroe, al que todo el mundo llamaba “Doctor”.

Los años pasaron y esos chicos fueron a la Escuela de Superhéroes (llamada Facultad de Medicina) y se convirtieron ellos también en doctores. Allí les enseñaron a curar, pero también les dijeron que ellos no se podían enfermar o que, si se enfermaban, tenían que ir a trabajar igual porque la salud del paciente está por encima de la suya y, además, si no iban, eran malos compañeros porque los otros superhéroes tenían que curar a dos en lugar de a uno.

Durante muchos años todo estuvo bien porque, a pesar de que trabajaban mucho y se cansaban bastante, amaban lo que hacían y eso les bastaba para ser felices. Pero, siempre hay un pero, los vaivenes de la economía hicieron que, a pesar de trabajar más que casi ninguna otra persona, primero no pudieron tener una casa propia, después apenas y con un poco de suerte pudieron comprarse un auto y, por último, que se les hiciera difícil pagar el alquiler.

Como en todos los órdenes de la vida, hay individuos a los que les va mejor que a otros y estos superhéroes, como la mayoría de los superhéroes, estaban acostumbrados a trabajar solos, no tenían “espíritu de cuerpo” y cuando a alguno le iba mal, siempre aparecía otro que hacía el mismo trabajo por menos dinero, porque para los superhéroes el dinero no es importante. Lo importante es la vocación y el reconocimiento de los pacientes.

Los años siguieron pasando y se fueron formando nuevos Doctores, pero la sociedad fue cambiando y se acostumbró a que ellos siempre estaban para solucionarles los problemas de salud. La gente empezó a pensar que lo que hacían los Doctores era su obligación y que, como lo hacían por amor, tenían que hacerlo gratis, a cualquier hora del día o de la noche y en cualquier lugar donde estuvieran. Entonces, cuando los Doctores iban a una reunión familiar o con amigos, siempre aparecía alguien que

les preguntaba: “Hace un mes que me duele acá, ¿qué puedo tomar?” o “Ayer Kevin se despertó sin ganas de ir a la escuela y como yo no tenía ganas de discutir tan temprano, lo dejé que se quedara, ¿me hacés un certificado para que no le pongan inasistencia injustificada?” Durante muchos años muchos Doctores aceptaban esto como algo natural, pero de repente algunos empezaron a darse cuenta de que no estaba bien. Por un lado, porque no era legal hacer certificados “mentirosos” y corría riesgo su trabajo y por otro, porque estaban todo el tiempo trabajando gratis. Lo que pasó entonces fue que, cuando empezaron a decir “Te espero mañana en mi consultorio para ver por qué te duele” o “Lo siento mucho, pero no puedo firmar un certificado médico si no está enfermo”, a la gente no le gustó.

Algunos Doctores estaban empezando a darse cuenta de que las cosas ya no eran como ellos creían cuando eran niños, ni tampoco como les habían contado en la Escuela de Superhéroes. Para poder trabajar de Doctores no alcanzaba con haber ido a la Facultad y después especializarse, y seguir estudiando toda la vida. Además, había que pagar un “derecho al trabajo” llamado matrícula y la jubilación, aunque muchos no llegaban a jubilarse porque se morían bastante antes que el resto de la gente. También había que pagar un impuesto “a las Ganancias”. Pero ¿qué ganancias, si el sueldo apenas les alcanzaba para sobrevivir y para pagar todo lo anterior? Sin embargo, todavía eran muchos los que aceptaban mansamente lo que les habían inculcado desde siempre, en nombre de la vocación.

Y un día, a finales de 2019, apareció un virus nuevo en una remota ciudad de China llamada Wuhan. Nadie sabe muy bien cómo fue que apareció, pero el asunto es que era muy contagioso. No era muy “mortal”, pero al contagiar tanto se moría mucha gente igual, incluso algunos Doctores. Rápidamente los Doctores de todo el mundo se pusieron a investigar de qué se trataba y cómo se podía resolver el problema, pero SARS-CoV-2 (así lo llamaron) se expandía rápidamente y salió de China para pasear por Europa primero y venirse para América después, a pesar de que algunos creían que le iba a costar llegar, porque nosotros estamos lejos de donde surgió.

Los Doctores aprendían muy rápido y salvaban muchas vidas, pero también muchas iban quedando en el camino; entre ellas, las de muchos superhéroes.

Al principio la gente reconocía su trabajo y su esfuerzo, y en Europa salían a los balcones a aplaudirlos todos los días a las 21 horas. Pero cuando el virus llegó a la Argentina, algunos aplaudían, pero otros ponían cartelitos en los edificios donde vivían los Doctores pidiéndoles que se fueran porque eran “peligrosos” y podían contagiar a los vecinos. Y los Doctores empezaron a sentirse tristes. No entendían cómo podían desconfiar de ellos, que dedicaban su vida a cuidar la de los demás, pero seguían adelante porque un enemigo invisible acechaba a la humanidad.

Ellos estaban dispuestos a darlo todo, pero empezaron a darse cuenta de que su uniforme no los protegía como a otros superhéroes y quienes debían darles los elementos de protección para que se cuidaran, no les daban los adecuados y los Doctores empezaron a enfermarse y algunos murieron. Al principio murieron los que eran mayores y tenían alguna enfermedad previa, pero después empezaron a morir los más jóvenes e incluso algunos previamente sanos. Es que el agotamiento y la exposición incesante los hacían más vulnerables.

Algunos, además, empezaron a tener enfermedades no provocadas por el SARS-CoV-2 sino por la pandemia. La sobreexigencia a la que estaban sometidos les estaba ocasionando problemas como si fueran simples mortales. Y ahí empezaron a darse cuenta de que lo eran.

Este relato es una parábola que intenta ejemplificar el proceso de descubrimiento que hemos experimentado muchos médicos a lo largo de los años y particularmente durante la pandemia del SARS-Cov-2. Desde hace tiempo venimos percibiendo que la sociedad cada vez nos valora menos y nos exige más. Nos exigen como si fuéramos seres todopoderosos y que en nuestras manos estuviera la resolución de todos sus problemas, desde los sanitarios hasta los económicos, pasando por los emocionales y familiares. Y si no podemos resolverlos nos llaman malos médicos, insensibles, comerciantes e incluso, asesinos.

La pandemia vino a confrontarnos, a ponernos un espejo delante para que viéramos lo que habíamos permitido que hicieran con nosotros. En nombre de nuestra vocación, que no es poca, dejamos que nuestro trabajo y nuestro esfuerzo perdiese valor tanto económico como social. Ya no solo no se nos pagan honorarios dignos, sino que ante cualquier

frustración provocada por una enfermedad o incluso por alguna molestia, se nos agrede verbal y hasta físicamente. Y quienes deberían asegurar nuestras condiciones de trabajo no lo hacen, tanto sea en el ámbito público como en el privado.

Todo esto no es nuevo. Viene sucediendo desde hace décadas, pero nuestro “Síndrome del Superhéroe” y nuestra falta de formación en otras áreas del conocimiento distintas de la Medicina (por ejemplo: Derecho Laboral o Economía) hizo que mantuviéramos una actitud pasiva frente al maltrato que recibíamos.

El SARS-CoV 2 y la COVID 19 hicieron que, de repente, viéramos que realmente arriesgamos la vida en esta profesión y no solo cuando trabajamos en ambulancia cortando semáforos. De pronto empezamos a ver que se enfermaban y morían compañeros de la Facultad, de la residencia, del Curso Superior, de alguna guardia, amigos.

Y como si todo esto fuera poco, el nivel de sobreexigencia y sobrecarga de trabajo a los que estamos sometidos es mucho mayor al que hemos sufrido a lo largo de toda nuestra carrera, aun cuando siempre fue mucho.

Estamos agotados, tristes, en muchos casos con insomnio, trastornos de ansiedad y *burnout*. Pero todo esto no debe quedar en un mero análisis descriptivo o quejoso, sino que debe servirnos para ver que ya no queremos seguir así, que tenemos que empezar unírnos, a respetarnos entre nosotros para lograr que otros nos respeten. Tenemos que dejar de salir corriendo a ocupar el lugar que otro colega dejó, ya que seguramente lo hizo porque las condiciones de trabajo no eran buenas.

La profesión médica se elige cuando somos niños y tal vez por eso nos resulte tan difícil cambiar ciertas estructuras mentales de manera que nos permitan trabajar en mejores condiciones laborales. Crecimos con ciertos modelos que “funcionaban” en otro tipo de sociedad, que no es la actual, y que ahora solo son funcionales a quienes detentan el poder político y económico. Ellos son quienes se llevan el rédito de nuestro trabajo, sea en forma de prestigio por los resultados o sea por el porcentaje de dinero que obtienen por nuestra prestación. Para salir de esta “encerrona” debemos ser creativos y empezar a cambiar nuestras propias estructuras mentales.

Almafuerte dijo “No te des por vencido ni aun vencido”. De eso nosotros sabemos mucho, pero solo en el ámbito médico. Si nos unimos y aplicamos nuestra capacidad de lucha contra “imposibles” al terreno laboral, todavía tenemos oportunidad de cambiar las cosas.





COMUNICACIÓN DE UN CASO GRAVE POR COVID 19 EN RECIÉN NACIDO. Hospital Mercante

*Dr. G. Fredy Zea Melodías, Dra. Gabriela Klinge Giatti (†), Dra. Sonia Montiel,
Dra. Haydee Lastarria, Dra. Julieta Martínez Marissi, Dr. Julio Gobet, Dr. Elio Rojas,
Dr. Jorge Pentenero, Dra. Elizabeth Berutti, Dr. Chiang Hau Cheng,
Dra. Mercedes Acuña, Dra. Evelin Álvarez, Dra. Ysandra Fuenmayor Ramírez,
Dra. María Acurero, Dra. María Salina, Dra. Lourdes Lugo.*

Servicio de Neonatología del Hospital Domingo Mercante, de José C. Paz. Pcia. de Buenos Aires

Nota de los Editores: posteriormente a la presentación de esta comunicación, se produjo el lamentable fallecimiento de la Dra. Gabriela Klinge. Vaya el homenaje de todos para nuestra querida colega y amiga.

El caso siguiente, contemplado inicialmente como un cuadro de un Recién Nacido Pretérmino con Síndrome de Dificultad Respiratoria, derivado de Campana, ciudad situada al nordeste de la Provincia de Buenos Aires, en el mes de junio del 2020, a nuestro Servicio de Neonatología del Hospital Mercante, ubicado en la ciudad de José C. Paz, provincia de Buenos Aires. Posteriormente, nos produjo un dilema diagnóstico en medio de la Pandemia Mundial por el Coronavirus, ya que comprobamos, que el cuadro clínico se presentaba con distintas características clínicas, bioquímicas y radiológicas, a las habituales en nuestros pacientes prematuros con dificultad respiratoria, además de la interpretación de las pruebas serológicas diagnósticas para el coronavirus.

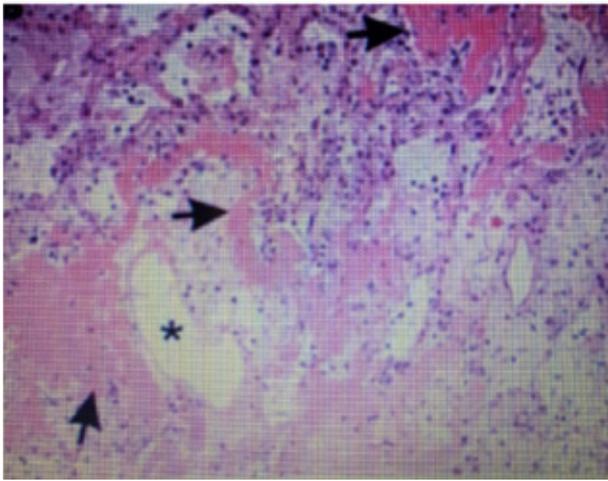
INTRODUCCIÓN

En la fecha en la que se realiza esta publicación, la Pandemia por el Coronavirus, que se inició en la ciudad de Wuhan, China a mediados de diciembre de 2019, ha provocado 41.584.690 de infectados y una mortalidad de 1.135.767 personas y en la Argentina el número de infectados es de 1.053.650 (de los cuales 27.957 fallecieron por efecto del Coronavirus).²⁵ Este Beta Coronavirus es filogenéticamente parecido al Coronavirus que ocasionó el SARS del 2002 en China y al Coronavirus del MERS del 2012 en Arabia y Medio Oriente. Una vez que ingresa el virus determina tres fases: la primera de replicación y aumento de la carga viral, que dura 1 a 7 días, la segunda fase o de diseminación pulmonar, gastrointestinal y comunicaciones de compromiso neurológico, que dura del día 7 al 14 y la tercera fase de hiperinflamación, SDRA y fase pro coagulante, con múltiples comunicaciones de

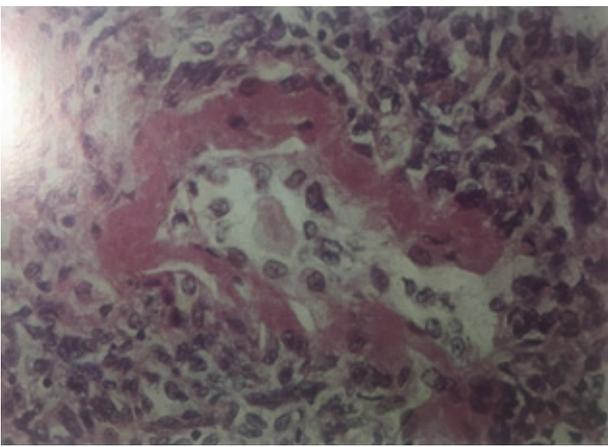
trombosis arterial, que dura del día 14 al 21 o más, y en últimas comunicaciones existe una cuarta etapa, que son los cuadros secuelares o post Covid, que duran semanas y quizás meses, principalmente pulmonares, cardiovasculares y neurológicos. La mortalidad en todas las series por grupo etario, es más elevada en los mayores de 60 años.⁵ Hay en el mundo, muy pocos casos de infecciones en edad pediátrica y menos aún en Recién Nacidos.^{28,29} La afectación fue solo del 3 % del total de la población pediátrica y de ellos solo el 10 % requirieron internación, siendo especialmente los menores de un año, los que presentan cuadros más complicados, que requieren mayor cuidado. Se ha demostrado una transmisión directa de la madre al recién nacido, (esto fue confirmado por estudios anatomopatológicos de la placenta de madres infectadas por el Coronavirus). En el informe la placenta fue extremadamente positiva para ambos genes SARS-COV-2 y en el recién nacido igualmente, (Hospital Universitario de Dakota del Norte publicación del 24-03-2020), la segunda forma de transmisión,¹⁻³ es en el post parto en forma casi inmediata por el contacto del Recién Nacido con la madre, el padre o los familiares, además del personal sanitario que interviene durante el parto y en la internación posterior al parto. Nuevos estudios de investigación refieren que más del 45 % de los contagios se dan por las personas que cursan la infección en forma asintomática.¹⁰ A la fecha aún no se han registrado publicaciones de estudios anatomopatológicos de la placenta de madres Covid 19 positivas en la Argentina. Otro dato que nos llama la atención es que en los estudios anatomopatológicos de los fallecidos por Insuficiencia Respiratoria del Adulto, existe la presencia de depósitos de fibrina,²⁴ en los

alveolos y la presencia de membranas hialinas en la luz alveolar, en una imagen casi similar al patrón anatomopatológico de los Recién Nacidos que fallecen por Enfermedad de Membrana Hialina,²⁶ como se puede observar en las siguientes microfotografías con imágenes muy similares de pacientes adultos severamente afectados, que requirieron ventilación asistida²⁶ vs. la imagen histopatológica de la Enfermedad de Membrana Hialina de los RN prematuros.²⁶

Anatomopatología adulto²⁶



Anatomopatología EMH prematuros²⁴



Por otro lado, las imágenes radiológicas²⁷ de los pacientes afectados por el SARS-COV-2 que presentaron Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto, muestran imágenes similares en “vidrio esmerilado”, el patrón generalizado de atelectasia masiva, similares a nuestros pacientes portadores de Enfermedad de Membrana Hialina. Resta preguntarnos y/o confirmar la presencia de estudios bioquímicos que nos confirmen si en el Recién Nacido ocurre la respuesta de liberación de citoquinas.

Recientemente se demostró una fase pro coagulante en los pacientes graves adultos, que empezamos a observar en los RN; estas fases aun no muy estudiadas en pacientes pediátricos y también neonatales, como ocurre en los adultos. Deberíamos preguntarnos si el sistema inmunológico, aun inmaduro, será capaz de realizar esta respuesta o estas fases. Nuestra comunicación desea abrir un interrogante en una de las posibles presentaciones de infección por el SARS-COV-2 en el Recién Nacido.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de un Recién Nacido Pretérmino, que nació el 12-06-2020 a las 21.33 hs, en el Hospital de Campana, producto de un embarazo de 36 semanas, por cesárea al presentar antecedente de Sufriamiento Fetal Agudo. Tuvo un APGAR 9-10, peso al nacer 2610 gr., talla 47 cm y perímetro cefálico 34cm, LA claro. Antecedentes maternos: edad 32 años, GIV P III, grupo sanguíneo O +, VDRL – HIV – (12-06-20) RN grupo O+.

Recién Nacido que a los pocos minutos empieza con un cuadro de dificultad respiratoria, evidenciado por taquipnea y quejido audible. Por dicho motivo se lo coloca en incubadora con halo y oxígeno, con FiO₂ 100 %, siendo sus signos vitales: FC de 140 x' y FR de 100 x', la TA fue de 54/42/36, una SAT de 94 % y relleno capilar de 2". Se realizó laboratorio que muestra Hto 48 %, Hb 16, GB 13670, Ns 41 % Ly 37 % Eo 9 % Mo 19 %, plaquetas 273 000, glucemia 62, urea 31, VDRL no reactiva. Se indica PHP a 70/0/0 y se inicia medicación ATB con Ampicilina-Gentamicina, sin mejoría a las 30 hs. Se incrementa su dificultad respiratoria, se presenta EAB: Ph 7.26 PCO₂ 45 PO₂ 115 HCO₃ 20.5 Sat. 97 %. Con dicho cuadro ingresa en ARM por presentar episodios de deatauración y es trasladado a nuestro Hospital a las 38 hs de vida, en ambulancia en ARM (*Figuras 1*).

14-06-2020

Ingresa a nuestro servicio, y siendo un Hospital afectado por la pandemia, se lo ingresa por protocolo de COVID 19 a sala de aislamiento, donde se interna con las normas de bioseguridad establecidas. En muy mal estado general, reticulado, pálido con leve ictericia, hipo reactivo, con labilidad, en ARM con tiraje y esfuerzo respiratorio evidente, relleno capilar lento, saturación 90 %. Se plantean los siguientes diagnósticos: RNPT-PAEG, cesárea x SFA, SDR-EMH severa, sospecha de Shock Séptico, se realiza Rx de tórax que muestra imágenes compatibles con EMH severa, imagen en vidrio esmerilado con borramiento de la silueta cardiovascular, por

lo que se indica la primera dosis de Surfactante, se canaliza arteria y vena umbilical, con adecuación hemodinámica con Dopamina y Dobutamina, adecuación respiratoria con Fentanilo y por su antecedente de SFA se realiza impregnación con Fenobarbital a 20 mg. x Kg. Presenta EAB Ph 7.13 PCo2 65 PO2 138 HCO3 21.6 EB -8.3 Sat. 98 %. En nuevo control Rx de tórax tiene persistencia de la imagen en "vidrio esmerilado" y se insinúa levemente la imagen cardiovascular; en las dos radiografías no se evidencia bronco grama aéreo. Luego de 6 horas se le aplica la segunda dosis de Surfactante. Posteriormente presenta el siguiente EAB: pH 7,28 PCo2 41 Po2 57 HCo3 17.9 EB -7.1 Sat. 85 %. Continúa con *setting* de hiperventilación y por su estado crítico se rota medicación ATB a Cefotaxime Amikacina a dosis de sepsis, obteniéndose hemocultivos previos (Figuras 2).

15-06-2020

Durante su segundo día de internación se mantuvo en ARM con igual *setting* y esquema ATB. Continúa con su adecuación hemodinámica con Dopamina y Dobutamina, presentando el siguiente EAB: pH 7,40 PCo2 35 PO2 288 HCO3 21.7 EB -2.5 Sat. 100 %, GB7300 Plaquetas248000. Con dichos valores se disminuyen progresivamente la FiO2 y los parámetros de ARM, se realiza Ecocardiograma que no evidencio presencia de Cardiopatía Congénita, presentando una buena función sistólica del VI y VD (Figura 3).

16-06-2020

El tercer día de internación se realiza prueba para COVID 19 al niño y a ambos padres.

Durante ese día se disminuyen progresivamente

los parámetros de ARM y se mantiene las dosis de Inotrópicos, continua con igual esquema ATB, FNB y Fentanilo con Midazolán para su adecuación respiratoria. EAB: pH7.30 pCO2 48 pO2 76 HCO3 23 EB -3.7 SAT 93 %. Se realiza Ecografía Cerebral que informa hiperecogenicidad puntiforme en matriz subependimaria derecha, hemorragia intracraneana grado I sin dilatación ventricular.

17-06-2020

Al cuarto día se disminuye *setting* de ARM y dosis de inotrópicos hasta su suspensión, se inicia alimentación por sonda oro gástrica a 10 mlxkgx día, PHP 100/3/2. EAB normal, GB 6770 Hto 39 % Rcto de Plaquetas 256000. ATB Cefotaxime-Amikacina

18-06-2020

En el quinto día se indica la tercera dosis de surfactante por presentar un incremento de su dificultad respiratoria y además hidrocortisona EV, siguiendo tratamiento ATB similar con Cefotaxime Amikacina. Aporte PHP 120/3/2 y por vía oral se progresa a 20 mlxkgx día.

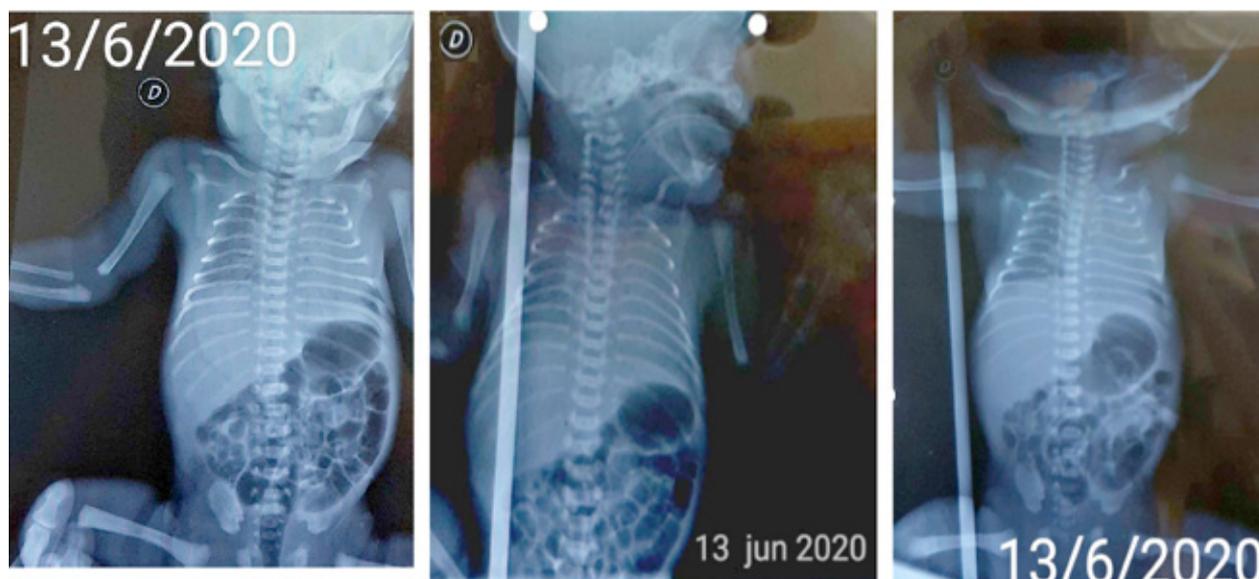
19-06-2020

Durante el sexto día de internación se recibe informe de la prueba PCR para SARS-COV-2 positiva, siendo el resultado de la madre negativo y el del padre positivo (a quien se lo aísla en la CABA), se realiza su extubación programada, quedando con halo y oxígeno FiO2 25 %.

20-06-2020

El séptimo día, por presentar incremento de su esfuerzo respiratorio, se decide colocar cánula nasal, se le aporta Hidrocortisona EV y se inicia puff

Figuras 1



de Salbutamol y Budesonide, continua con PHP 120/3/2 y por vía oral un aporte a 20mlxkgx día.

21-06-2020

Al octavo día continua con cánula nasal, por hiperbilirrubinemia a predominio indirecto ingresa en luminoterapia, se agrega Dexametasona EV a 0,15 mgxkgx día por tres días y continua con PHP a 110/3/2. Se incrementa vía oral a 27xkgx día por SOG (Figura 4).

22-06-2020

En el noveno día se recibe hemocultivo positivo 2/2 a *Stafilococo Aureus*, por lo que se rota ATB a Vancomicina a dosis de sepsis, continua con alimentación por SOG 50 mlxkgx día + PHP 110/3/2,

continua en luminoterapia, con primer valor en descenso.

23-06-2020

Al décimo día: PHP en descenso 80/3/2 y progresión de la alimentación por vía oral a 80 mlxkgx día, continua con igual esquema ATB y en luminoterapia. Se agrega puff de B2 y Budesonide.

24-06-2020

Undécimo día: se toma la segunda muestra para SARS-COV-2, continua con PHP en descenso a 70/3/2 y alimentación VO por succión a 90 mlxkgx día, Vancomicina segundo día, puff de B2 y Budesonide, se suspende luminoterapia y la cánula nasal.

Figuras 2

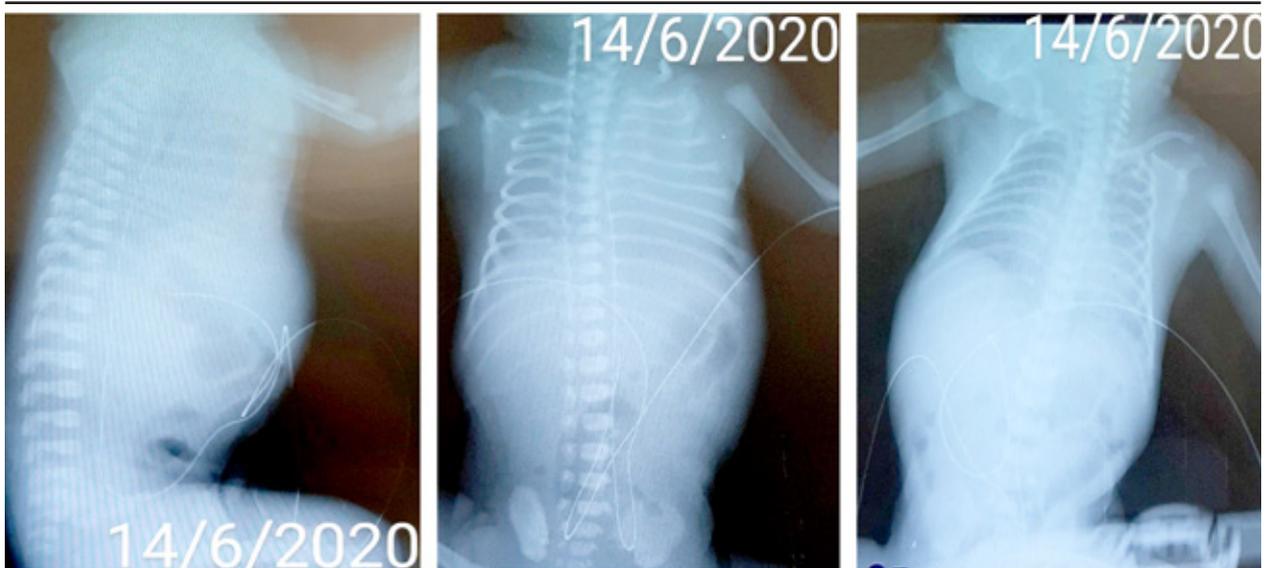


Figura 3

Figura 4



25-06-2020

Durante el décimo segundo día de internación el PHP se mantiene a 60/3/2, continua con medicación ATB vía EV Vancomicina tercer día y alimentación por succión a 110 mlxkgx día. Continúa con los puff de B2 y Budesonide.

26-06-20

Décimo tercer día de internación: se mantienen iguales indicaciones y se toma prueba para SARS-COV-2 al personal que atendió al Recién Nacido en Campana.

27-06-2020

Décimo cuarto día de internación: se recibe informe de las pruebas para COVID 19 negativas para el paciente, la madre y el padre. Se toma la tercera muestra para el paciente, continua con Vancomicina, quinto día, y puff de B2 y Budesonide, alimentación por VO por succión a 110 mlxkgx día y se suspende el PHP.

28-06-2020

Décimo quinto día de internación: Vancomicina EV., puff de B2 y Budesonide, por vía oral Líquidos a 136 mlxkgx día.

29-06-2020

Décimo sexto día de internación: iguales indicaciones.

30-06-2020

Décimo séptimo día de internación: cumple igual esquema ATB con Vancomicina octavo día y puff de B2 y Budesonide más aporte vía oral.

01-07-2020

Décimo octavo día de internación: continua con igual esquema ATB; se mantiene el aporte por VO. Se recibe informe de la prueba para COVID 19 tercera muestra tomada el 27/06/20 Negativa del Recién Nacido.

02-07-2020

Décimo noveno día de internación: décimo día de Vancomicina EV, puff de B2 y Budesonide y alimentación oral.

03-07-2020

Vigésimo día de internación: se rota medicación ATB a Teicoplanina IM, pasa a sector de bajo riesgo, continua con puff de B2 y Budesonide y alimentación oral con buena tolerancia.

04-07-2020

Vigésimo primer día de internación, continua con Teicoplanina, resto iguales indicaciones.

05-07-2020

Vigésimo segundo día de internación, Teicoplanina segundo día, puff de B2 y Budesonide mas aporte oral.

06-07-2020

Vigésimo tercer día de internación, Teicoplanina tercer día, puff de B2 y Budesonide, continua con aporte oral.

07-07-2020

Egreso hospitalario.

14-09-2020

Concurre a control para su evaluación clínica y cardiológica, peso 4,750 grs. Examen físico normal con buen desarrollo psicomotriz, ECG trazado normal Ecocardiograma que no evidencia C, cardiopatía estructural ni funcional, continua con lactancia materna. Vive actualmente en Campana.

COMENTARIO

En esta presentación, se asume que no presentó transmisión vertical de Madre a Hijo, dado que la mama dio prueba para SARS-COV 2 negativa y el Recién Nacido dio positivo, el padre presentó la prueba para SARS-COV 2 positiva. Además, la atención por personal sanitario, que presentó pruebas PCR para SARS-COV 2 positivas en tres de los cinco profesionales que estuvieron en contacto con el Recién Nacido, nos dan la explicación de la transmisión horizontal por contacto directo y nos explican el alto índice de infectividad por el Coronavirus RO 3.^{2,28,29} Es aquí donde hacemos énfasis en extremar los cuidados en el contacto con medidas innovadoras para la recepción y puesta en contacto con el personal de salud y el núcleo familiar, donde se va a integrar al Recién Nacido, donde el testeo de todo interviniente en el acto médico, juega un rol importante en la cadena de acontecimientos futuros del RN. Durante su evolución se demostró que el Período de Incubación por el Coronavirus del Recién Nacido en cuestión, se redujo a la mínima expresión de tiempo,³¹ lo que se puede probar por la rápida evolución de su agravamiento en el lugar de nacimiento (Hospital de Campana) de no requerir al inicio ARM y que en menos de 36 horas presenta un cuadro catastrófico de Insuficiencia Respiratoria y Shock séptico. En este ítem queremos referirnos al compromiso de la inmunidad que rá-

pidamente y en forma progresiva le ocurrió a este Recién Nacido, cuadro clínico que no es habitual de nuestros prematuros y menos aún en un Recién Nacido de 36 semanas y un peso al nacer de 2,610 grs, una EMH Grave y con rápido compromiso hemodinámico e infeccioso, que podríamos atribuir a la temida tormenta de citoquinas que prevalece en los enfermos de mayor edad por COVID 19 de todo el mundo y de todas las publicaciones al respecto. Con relación a la expresión radiológica de esta patología no observamos el patrón en parche y progresivo del adulto,²⁷ las imágenes fueron similares a las de EMH Grave de nuestros prematuros³² y algo que observamos es la persistencia por más días de la imagen de “vidrio esmerilado” que presentaba el paciente, sin que requiera más dosis de las habituales de surfactante de las que se utiliza en la EMH. Con relación al laboratorio, a pesar de la inmunidad disminuida con el primer Hemocultivo (+) 2/2 para *Stafilococo Aureus*, no se asoció a leucopenia ni neutropenia y no se observó plaquetopenia, no se observaron fenómenos de CID ni de trombosis, solo se detectó una HIC de grado I atribuible a la gravedad de su estado durante el traslado y a su grave estado general de los primeros días. Con relación al tratamiento que realizamos fueron medidas de soporte hemodinámico en la etapa de shock; las tres dosis de surfactante por los signos de Distress Respiratorio, la medicación antibiótica acorde al resultado de los cultivos. Luego del diagnóstico para SARS-COV 2 se dieron pulsos de Hidrocortisona y tres días de Dexametasona que se suspendieron por su buena evolución, iniciándose alimentación precoz y progresivamente acorde a su buena tolerancia.

CUADRO DE LABORATORIO (ver pág siguiente)

CONCLUSIONES

En el marco de la pandemia mundial por COVID 19, una nueva presentación de esta enfermedad, nos puso en una disyuntiva diagnóstica. Nos resta aun aprender mucho más, de lo que hasta ahora se ha conocido por publicaciones de todo el mundo, queremos aportar esta experiencia que se va a presentar en nuestra práctica diaria en los Servicios de Neonatología. Creemos que todo es prevenible, solo si todos los miembros de la sociedad cumplieran el rol que ella nos pide; nuestro sistema sanitario tiene aún mucho que ordenar en todos los niveles de atención, las sociedades médicas tienen la obligación de instituir los protocolos de prevención, y no como ahora lo hacen los funcionarios sin ninguna formación al respecto. El Estado, la Provincia y los

Municipios nos tienen que proveer de los elementos de prevención, protección y tratamiento para todos los integrantes del acto médico, para el público, asistentes hospitalarios, camilleros, maestranza, administrativos, enfermeros, médicos, directivos de los distintos niveles de atención sanitaria. Proveernos de la infraestructura necesaria, ya que estamos ante una nueva enfermedad pandémica con múltiples presentaciones clínicas, por lo que deberíamos tener nuevas conductas innovadoras acorde a los requerimientos de la misma, para prevención y tratamiento de esta enfermedad y porque no, también pensar, en crear una nueva infraestructura hospitalaria, por la característica propia de esta nueva enfermedad pandémica del nuevo milenio en el que nos toca vivir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aylward B, et al. WHO-China Mission 2020.
2. Zou, et al. New England Journal Medicine 2020.
3. Wang W, et al. JAMA 2020.
4. Huang C, et al. Lancet January 24; 2020.
5. Zhang, 2020. China CDC W.
6. Zhou F, et al. Lancet March 9; 2020.
7. Siddiku HK. Mehra Journal Heart Lung.
8. Sheihan TP. De Wit Nature Rev. Microbiologic 2016.
9. CDC Fred Murphy.
10. Bouroniba L. JAMA 26-03-20.
11. Van Dormalen N, et al. New England J. Med. 2020.
12. Zhou P, et al. 2020 De Wit Nature. Revi. Microbio. 2016.
13. De Wilde AH, et al. AAC 2014.
14. Chu CM, et al. Thorax 2004.
15. Sheahon TP, et al. SCI Trans Med 2017.
16. Ho JC. AJRCCM 2003. Sung JY. Thorax 2004.
17. Russell CD, et al. Lancet.
18. Xioching Xu, et al. China R XIV Mar 2020.
19. Samping CVI. Shuo Chen Hematology.
20. Journal Thromb Haemost. 2020 Mar 27.
21. SarsCov 2 Josep Maria Miro Barcelona.
22. Savorino A, et al. Lancet Infect. Dis. 2003.
23. Gautret P, et al. Int. J. Antimicrob. Agents.
24. Tse GMK, et al. J. Clini. Pathol. 2004.
25. Estadísticas del Jhon Hopkins University Sars Cov 2 Global Cases, de Baltimore.
26. Atlas de Histopatología Neonatal, Moragas Ballabriga Vidal, Edit. Salvat 1974 pag.17.
27. Guang W, et al. New England Journal Medicine 101056-20202.
28. Lancet Infection Disease. Pen 2020.
29. Chen 2020 Lancet.
30. Bai, et al. JAMA 2020 Feb. 21.
31. Lauer SA, et al. Ann. Inter. Med. 2020.
32. Wesenberg RL. El Tórax del Recién Nacido. Edit. Salvat 1977.

CUADRO DE LABORATORIO

LAB.	14-jun	14-jun	14-jun	14-jun	15-jun	16-jun	17-jun	18-jun	19-jun	19-jun	19-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun
PH	7.13	7.11	7.28	7.33	7.40	7.33	7.32	7.35	7.29	7.29	7.30	7.39	7.35		
PCO2	65	62	41	34	35	48	42	40	41	41	30	30	40		
PO2	138	52	56	266	28	76	158	95	55	55	90	114	163		
HCO3	21	19	15	17	21	23	21.6	22	21	19	20	18	22		
E/B	-8	-10	-8	-8	-2	-3	-3	-3	-3	-7	-4	-5	-3		
SAT O2	98%	73%	80%	80%	100%	93%	98%	97%	90%	83%	98%	98%	99%		
GR	4.3				4.03		5.73					3.3	4.35		
HB	14				14		13.3					12	12		
HTO	42.5%				40%		39%					37%	38%		
GB	11.3				7.3		7.3					15.0	21.7		
LIN	41%				35%		55%					46%	62%		
MON	10.5%				9%		7.7%					13.7%	13%		
SEG	47%				40%		30%					41%	41%		
PLAQUET	164				248%		269					498	610		
GLUCEMIA	0.81				0.78		0.23					0.51	0.51		
CALCEMIA	7.6						7.9					8.8			
NA	130				138								133		
K	4.3				4.9								3.7		
CL															
UREA	0.23														
CREATININA												0.61			
PROT/ TOL	3.7														
ALB/ TOL															
BT	7.8				9.03		13.8		16			15.7	17.4		
BD	0.26				0.36		0.59		0.31			0.3			
CPK	684												81		
HMC	1° X2												1°(+)	STAFILO AURUS	
HISO COVID-19							1°MUESTRA						1°BB(+)	MAMA(-); PAPA(+)	
LAB.	24-jun	25-jun	26-jun	27-jun	28-jun	29-jun	30-jun	1-jul	2-jul	3-jul	4-jul	5-jul	6-jul	7-jul	8-jul
PH					7.35										
PCO2					37										
HCO3					22										
E/B					-2										
SAT O2					95%										
GR					3.3										
HB					11										
HTO					30%										
GB					15.3										
LIN					56%										
MON					26%										
SEG					41%										
PLAQUET					570										
NA					135										
K					4.5										
UREA					0.1										
CREATININA					0.67										
HMC			2° X2												
HISO COVI	2° MUESTRA		2°BB(-)	3° MUESTRA		2°MAMA(-); PAF3° BB(-)									





PROFILAXIS DE COVID 19 CON CARRAGENINA

Los niños deberían ser tratados aún en ausencia de síntomas

Dr. Roberto Raúl Hirsch

Director Carrera Especialista en Infectología, U.B.A.;
Jefe Depto. de Infecciosas, Htal. Muñiz; Ex Prof. Reg. Titular Infectología, U.B.A.

Dr. Héctor Eduardo Carvallo

Ex Prof. Adjunto Medicina Interna, U.B.A.; Prof. Asoc. Med. Interna U.A.I. y U.M.

RESUMEN

A la luz de las nuevas enseñanzas producidas por el comportamiento de la pandemia de Covid 19, los niños (en particular los de primera infancia, de 0 a 5 años) –en su inmensa mayoría asintomáticos– parecen ser portadores de una carga viral de SARS 2 Co V hasta 10 veces mayor que la de los adultos.

Este hecho, se constituye como de una importancia sanitaria enorme, ya que son portadores “sanos”, que pueden transformarse en inocentes diseminadores de esta enfermedad.

Es por ello que los autores enfatizan la necesidad de emplear en ese grupo etario carragenina nasal y bucal (de uso tópico), a fin de escindir la cadena de contagio.

SUMMARY

The current pandemic by COVID 19 leaves new teachings at every moment.

One of them is that children (especially those under five years) have a viral load of COVID 19 up to 10 times higher than adults, even though they are, in their vast majority, asymptomatic.

This is of enormous sanitary importance, since they are “healthy” carriers, who can transmit the disease.

For this reason, the authors emphasize the need to treat this group with nasal and oral carrageenan, in order to cut the chain of contagion.

INTRODUCCIÓN

La temprana asociación identificada entre SARS-CoV con SARS-CoV-2 fue avalada con los análisis hechos a la proteína S (espiga) que caracteriza a estos dos virus, donde se dejó en claro una similitud importante en estas estructuras transmembranales, haciéndolas prácticamente superponibles entre sí.

La única porción significativamente distinta es un dominio de unión a furina en la proteína S de

SARS-CoV-2, el cual podría expandir el tropismo o incrementar la transmisión del virus, en comparación del SARS-CoV de 2003.

Asimismo, una de las porciones más conservadas de la proteína está constituida por el dominio de unión a receptor (RBD), el cual presenta una afinidad similar (o según reportes, mayor) a la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA2) en comparación con SARSCoV.

Este receptor funcional se encuentra en tejidos, incluyendo epitelio alveolar del pulmón, endotelio arterial y venoso, músculo liso, epitelio tubular renal y epitelio del intestino delgado y tejido graso, explicando en gran medida la presentación clínica de los pacientes con COVID-19.

Se ha demostrado, asimismo, que la activación de la unión virus-ACE2 requiere también de la participación de los receptores TMPRSS2, cuya hiperexpresión justificaría la mayor severidad en los varones, en especial aquellos con alopecia androcronogenética.

La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudios de laboratorio, los cuales pueden realizarse en una gran variedad de muestras biológicas.

En los pacientes pediátricos, la fiebre y la tos son los síntomas comunes de COVID-19 como así también odinofagia, fatiga excesiva o diarrea (*Figura 1*).

En general, se trata de cuadros leves, incluso asintomáticos (lo que no impide que sean transmisores, y que acrecienten el riesgo de contagio extendido a la comunidad).

Las tasas de enfermedad grave descritas fueron más bajas en los niños mayores, pero sucedieron presentaciones clínicas inhabituales en ciertos grupos, según edad, que requirieron hospitalización.

Un pequeño número de niños entre 2 y 15 años de edad, han experimentado un síndrome multi-sistémico inflamatorio pediátrico, o PIMS, por su sigla en inglés.

Los PIMS que causan vasculitis, tienen caracte-

rísticas en común con el síndrome de shock tóxico y la enfermedad de Kawasaki.

Los adultos jóvenes de 18 a 34 años hospitalizados con COVID-19 experimentaron tasas sustanciales de resultados adversos:

- 21 % requirió cuidados intensivos
- 10 % requirió ventilación mecánica
- 2,7 % murió

Esta tasa de mortalidad hospitalaria para el COVID-19 fue más baja en los jóvenes que la informada para los adultos mayores, pero aproximadamente el doble de estos últimos, si los comparamos con quienes padecieron infarto agudo de miocardio.

La obesidad mórbida, la hipertensión y la diabetes fueron comunes y se asociaron con mayores riesgos de eventos adversos.

Los adultos jóvenes con más de una de estas afecciones, enfrentaron riesgos comparables a los observados en adultos de mediana edad sin ellos.

Más de la mitad de estos pacientes que –en los EEUU– requirieron hospitalización, eran negros o hispanos, en consonancia con hallazgos previos de gravedad desproporcionada de la enfermedad en estos grupos demográficos.

Dado el marcado aumento de las tasas de infección por COVID-19 en adultos jóvenes, estos hallazgos subrayan la importancia de las medidas de prevención de infecciones en este grupo de edad.

Los niños son susceptibles a la infección por coronavirus del síndrome respiratorio agudo (SARS-CoV-2) pero generalmente presentan síntomas leves en comparación con los adultos, pasando las más de las veces desapercibidos (congestión nasal y mucorrea), por lo que pueden erigirse en grandes propagadores de enfermedades respiratorias y gastrointestinales en la población.

Actualmente los datos de niños como fuentes de transmisión del SARS-CoV-2, son escasos.

Los primeros informes no aportaron pruebas sólidas sobre la propagación del SARS-CoV-2 y los niños, pero el cierre de las escuelas al principio, como respuestas al aislamiento ante la pandemia, frustraron las investigaciones sobre este hecho, en la transmisión comunitaria.

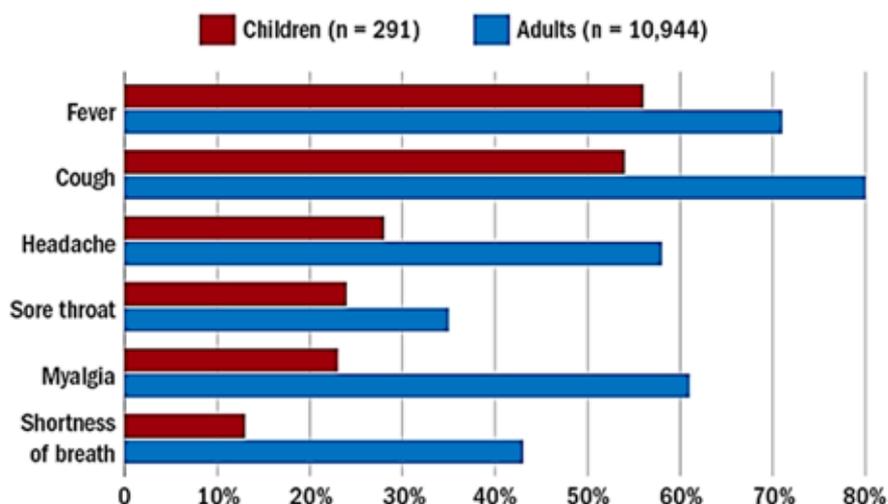
A medida que los sistemas de salud pública busquen reabrir los jardines y las guarderías, será importante comprender el potencial de transmisión entre y por los niños, para guiar las medidas de profilaxis en la salud pública.

En hisopados de niños mayores, se identificaron niveles similares de ácido nucleico viral al de los adultos, pero se detectaron cantidades significativamente mayores de ARN viral en niños menores de 5 años (*Figura 2*).

Los hábitos de comportamiento de los niños pequeños y las habitaciones cerradas en las escuelas y las guarderías, a las que asisten los pequeños,

Figura 1. Proporción de síntomas entre niños y adultos

Leading signs and symptoms of COVID-19: Children vs. adults



Note: Based on data for 11% of pediatric cases and 9.6% of adult cases reported as of April 2.

Source: MMWR. 2020 Apr 6;69(early release):1-5

constituyen motivo de preocupación para la amplificación del SARS-CoV-2 en esta población, a la par que se alivian las restricciones a la cuarentena pública. Además de las implicancias epidemiológicas para la salud pública, esta población será importante como blanco para dirigir los esfuerzos de inmunización a medida que las vacunas contra el SARS-CoV-2 estén disponibles.

Lo ocurrido en Israel se constituye en un ejemplo de los riesgos que la puede causar la reapertura escolar si no se toman las medidas adecuadas.

En un principio, el manejo de la pandemia en Israel fue considerado exitoso.

Había cerrado las escuelas en marzo y rápidamente implementó el aprendizaje remoto para sus dos millones de estudiantes.

Pero, tras la reapertura presencial, la secundaria Gymnasia Ha'ivrit de Jerusalén, pronto se convirtió en el mayor brote a partir de una sola escuela en ese país y se extendió como un reguero de pólvora.

Hubo 154 estudiantes y 26 miembros del personal infectados.

Pese a que el Ministerio de Educación había emitido instrucciones de seguridad como el uso de tapabocas, la apertura de ventanas, el lavado frecuente de manos y la distancia de seguridad, un aspecto clave falló: el distanciamiento social.

Fue así que, indefectiblemente, el coronavirus pasó primero de niños a niños; luego, de niños a docentes; y luego, de las escuelas a los hogares y a sus vecinos.

Los docentes, a su vez, lo transmitieron a otros estudiantes, y llegó a más institutos educativos.

El Ministerio de Educación cerró más de 240 centros y puso en cuarentena a más de 22.520 maestros y estudiantes.

El saldo al término del año escolar fue de 977 alumnos y maestros contagiados.

Muchos señalaron a la reapertura anticipada de las escuelas como el detonante de una segunda ola de contagios de Covid-19.

Siegal Sadetzki, quien renunció como Director de Servicios de Salud pública de Israel, reconoció que las insuficientes precauciones en las escuelas tuvieron que ver con el nuevo brote.

Eli Waxman, profesor del Instituto de Ciencia Weizmann y presidente del equipo que asesora al Consejo de Seguridad Nacional de Israel sobre la pandemia, calificó la reapertura precipitada y la vuelta a clases presenciales, como un gran fracaso.

También advirtió a otros países para que no siguieran el ejemplo.

COVID 19 Y SALIVA

La saliva contiene líquido crevicular, células epiteliales orales descamadas y microorganismos.

El 90 % de la saliva es segregada con un pH de 6 a 7. El 99 % de la saliva es agua y el 1 % restante contiene un gran grupo de componentes.

Se sabe que la saliva desempeña un papel en el diagnóstico precoz y la transmisión por contacto cercano en COVID 19.

Chen et al., encontraron ácido nucleico COVID-19, lo que sugiere que las glándulas salivales se hallan infectadas por el nuevo virus. Varios estudios han demostrado que la glándula salival y la lengua expresan el receptor ACE2, lo que sugiere que la cavidad oral es una perfecta anfitriona para la invasión de Sars Co V 2.

En un estudio previo sobre el síndrome respiratorio agudo severo -coronavirus (SARS-CoV), se infectaron células epiteliales de las glándulas salivales con alta expresión de ACE2. El COVID-19 generaría saliva infecciosa de manera sostenida.

La expresión de ACE2 en las glándulas salivales fue mayor que en los pulmones, lo que sugiere que las glándulas salivales se constituyen en un objetivo potencial para COVID-19.

La tasa positiva de COVID-19 en la saliva de los pacientes, puede alcanzar el 91,7%, y las muestras de saliva también pueden cultivar el virus vivo.

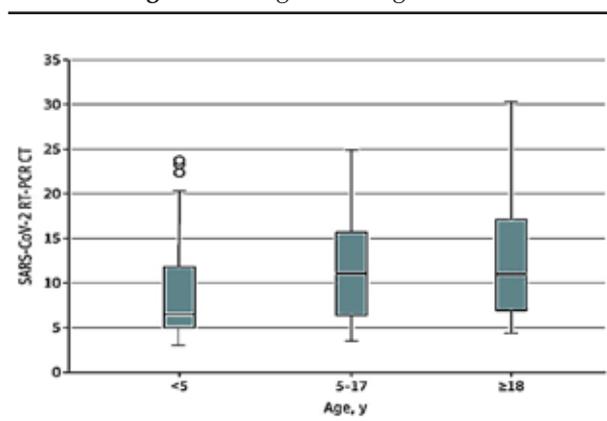
Se han detectado algunas cepas de virus en la saliva hasta 29 días después de la infección por coronavirus.

FORMA DE CONTAGIO

La estimación de la prevalencia y el contagio de nuevas infecciones por coronavirus indocumentadas es fundamental para comprender la prevalencia general y el potencial pandémico de esta enfermedad.

Se ha intentado, en observaciones de infecciones

Figura 2. Carga viral según edad



reportadas en China, junto con datos de movilidad, un modelo de metapoblación dinámica en red e inferencia bayesiana, para inferir características epidemiológicas críticas asociadas con el SARS-CoV-2, incluida la fracción de infecciones indocumentadas y su contagio.

Se estima que el 86 % de todas las infecciones eran indocumentadas [intervalo de confianza (IC) del 95 %: 82-90 %] antes de las restricciones de viaje, del 23 de enero de 2020.

La tasa de transmisión de infecciones indocumentadas por personas fue del 55% de la tasa de transmisión de infecciones documentadas (IC 95 %: 46-62 %), sin embargo, las infecciones indocumentadas fueron la fuente del 79 % de los casos documentados.

Estos hallazgos explican la rápida propagación geográfica del SARS-CoV-2 y pronostican que la contención de este virus sea particularmente difícil.

Según los estudios realizados a mayor escala, del 100 % de las personas infectadas, un 30 % no presentará ningún síntoma, lo que implica que no consultará en ningún momento, pero será tan infectante como los casos manifiestos. Del restante 70 %, más de la mitad (cerca del 38 %) se presentará oligosintomático, por lo que es doble que tampoco consulte (aunque la infectividad y contagiosidad estén presentes).

En tanto los testeos no sean realmente masivos (no limitados a pacientes plurisintomáticos), se desconocerá el verdadero impacto del COVID 19 en nuestra sociedad.

Además de las restricciones de movilidad de las personas, la Organización Mundial de la Salud y los gobiernos han aconsejado mantener una distancia interpersonal de 1,5 o 2 m de uno a otro, para minimizar el riesgo de contagio a través de las gotas de fludge que generalmente difundimos a nuestro alrededor por nariz y boca.

Estudios publicados recientemente respaldan la hipótesis de la transmisión del virus, persona a persona, en condiciones particulares, a distancias superiores a 2 m.

Los investigadores han demostrado la mayor estabilidad en aerosol y en la superficie del SARS-COV-2 en comparación con el SARS-COV-1 (con el virus siendo viable e infeccioso en aerosol durante horas) y que la transmisión de SARS-CoV en el aire puede ocurrir a más de la distancia prevista entre contactos. De hecho, existe evidencia razonable acerca de la posibilidad de transmisión por vía aérea del SARS-COV-2, debido a su persistencia en gotitas de aerosol en una forma viable e infecciosa. Según el conocimiento disponible y las observaciones epidemiológicas, es plausible que las partículas pequeñas que contienen el virus puedan difundirse en ambientes interiores que cubren distancias de hasta 10 m de las fuentes de emisión, lo que representa un tipo de transmisión por aerosolización (*Figura 3*).

Los estudios de campo realizados dentro de los Hospitales de Wuhan mostraron la presencia de ARN del SARS-COV-2 en muestras de aire recolectadas en los hospitales y también en los alrededores, lo que lleva a la conclusión de que la ruta aérea debe considerarse una vía importante para la difusión viral.

La distancia interpersonal de 2 m puede considerarse razonable como una protección efectiva solo si todos usaran máscaras faciales en las actividades de la vida diaria, pero no es suficiente en el caso de aerosolización de secreciones, y menos aún, si condiciones externas (viento, etc.) vehiculizan dichas secreciones a mayor distancia.

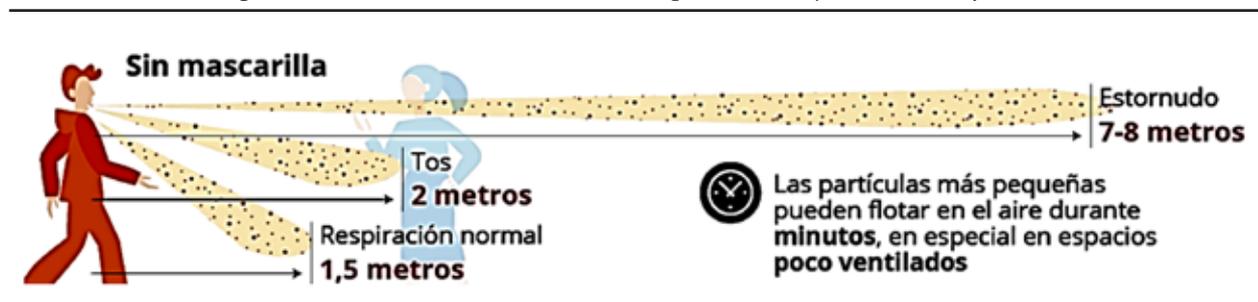
PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA LA POBLACIÓN INFANTIL, DESTINADA A ABORTAR LA CADENA DE CONTAGIOS. CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE CARRAGENINAS (CARRAGENANOS)

Las carrageninas son extractos de las algas marinas *Rhodophyceas*.

Existen 3 tipos básicos de carrageninas: Kappa, Iota y Lambda.

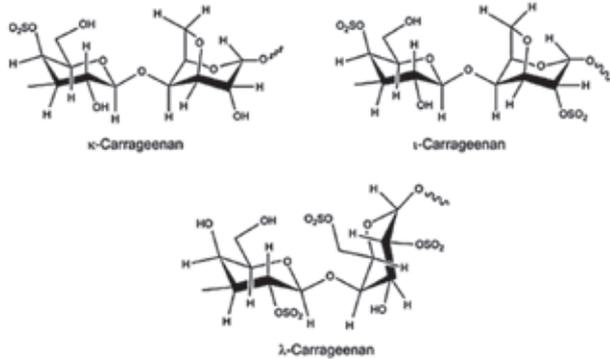
Se utilizan en la industria alimentaria ya sea como estabilizante, espesante y/o gelificante. Los alimentos más comúnmente tratados con carrage-

Figura 3. Alcance de las secreciones según tamaño y forma de expulsión



nina son: productos lácteos, cárnicos, de pastelería y confitería (Figura 4).

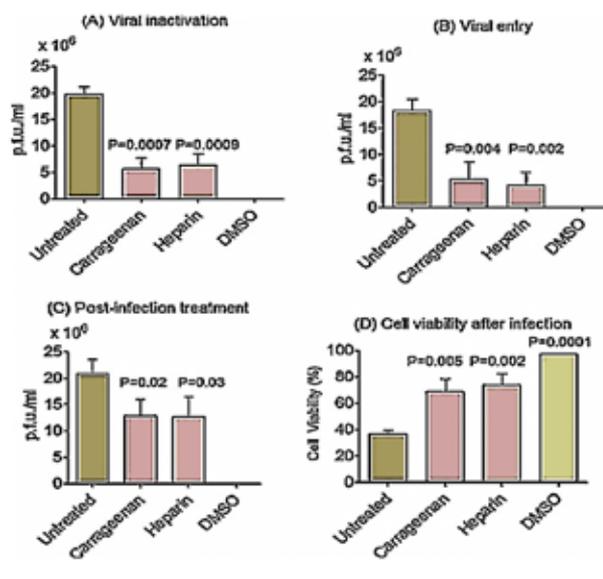
Figura 4. Estructura molecular de las carrageninas



Recientemente, se ha reportado la capacidad viricida de la carragenina, resultante de la interferencia con los pasos tempranos de la replicación viral, por acción inhibitoria sobre el acoplamiento viral a la célula huésped.

Se supone que este efecto es mediado por la interacción de los polisacáridos sulfatados con dominios de carga positiva, sobre la envoltura glucoproteica involucrada en la unión con proteinglicanos de la superficie de la célula huésped. Así, la iota-carragenina demuestra una potente actividad antiviral in vitro, reduciendo la reproducción del rinovirus y sus efectos citopáticos (Figura 5).

Figura 5. Acción viricida comparada de las carrageninas



Iguals resultados se obtuvieron ante el virus del herpes simplex, y el virus de la encefalitis japonesa.

La unión y la entrada de coronavirus, incluido el SARS-CoV-2, está mediada por la glicoproteína de pico (SGP).

Recientemente, se desarrolló un lentivirus pseudotipado con pico de SARS-CoV-2 (SSPL) que permite estudiar la entrada de células mediada por picos a través de la actividad del indicador de luciferasa en un entorno BSL2.

El iota-carragenano puede inhibir la entrada celular de SSPL de una manera dependiente de la dosis.

Las partículas de SSPL se neutralizaron eficazmente con un valor de CI50 de 2,6 µg/ml de iota-carragenina. Los datos in vitro sobre iota-carragenina frente a varios rino y coronavirus mostraron valores de IC50 similares y se tradujeron fácilmente en eficacia clínica cuando un aerosol nasal que contenía iota-carragenina demostró una reducción en la gravedad y duración de los síntomas del resfriado común causado por varios virus respiratorios.

En consecuencia, nuestros datos in vitro sobre SSPL sugieren que la administración de iota-carragenina puede ser una profilaxis o un tratamiento eficaz y seguro para las infecciones por SARS-CoV-2 (Figura 6).

La acción antiviral de la carragenina se debería a que este compuesto polimérico funcionaría como una barrera eléctrica que, gracias a su carga negativa, se uniría a las partículas virales, cuya envoltura contiene proteínas con carga positiva, impidiendo así que el virus se una a la superficie de las células y bloqueando su ingreso a las mismas.

La carragenina puede también capturar las partículas virales que liberan las células que ya fueron infectadas.

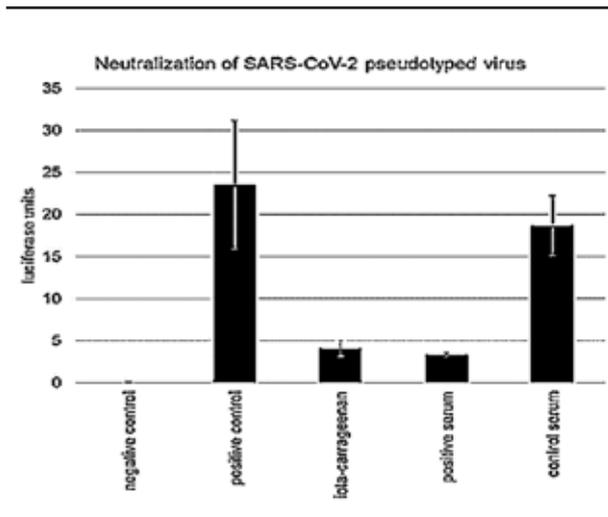
La carragenina tópica tiene dos efectos diferentes en relación con el SARS-CoV-2.

Por un lado, frena la infección por la vía nasal en individuos sanos, mediante el blindaje de las células que forman el epitelio de la mucosa nasofaríngea.

Por otro, en el caso de pacientes infectados que fueron recientemente diagnosticados, impide que las partículas virales liberadas por las células que mueren, colonicen nuevas células, por ejemplo, del epitelio olfatorio, y que eso le permita al patógeno esparcirse hacia nuevas vías, para terminar, llegando al sistema nervioso central; o que infecten más células del epitelio respiratorio, en el camino hacia el aparato respiratorio inferior.

Al evitar que el virus llegue a los bronquios y pulmones, el aparato respiratorio no se vería comprometido, reduciendo la cantidad de pacientes con COVID-19 en estado grave o incluso moderado.

Figura 6. Eficacia viricida de la carragenina sobre Covid 19



MODO DE USO DE LA CARRAGENINA EN SPRAY

La carragenina tópica es de fácil aplicación; carece de efectos secundarios y otorga una resistencia especial a la entrada, proliferación ulterior y diseminación del virus.

Se halla en la farmacopea argentina desde hace casi 10 años, y en otros países (Reino Unido, Austria, Australia, etc.) desde hace casi dos décadas.

Las carrageninas han sido objeto de críticas, ya que algunos reportes afirman que puede causar daño potencial al sistema digestivo.

Mientras tanto, la FDA junto con la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen a la carragenina como un ingrediente seguro para el consumo y un estudio más reciente aún, apoya esta idea.

El debate sobre la carragenina no es nuevo; ha estado bajo investigación cuidadosa desde la década de 1960.

La carragenina es un ingrediente clave en alimentos y bebidas, ya que ofrece la estabilidad, la textura y la sensación en la boca deseada.

Algunos, incluso consideran que es el “estabilizador perfecto”.

También se ofrece como una alternativa vegetariana y vegana a la gelatina en productos de confitería.

La crítica que rodea el ingrediente implica el hecho de que es un aditivo “poco saludable” y que se encuentra en los productos orgánicos y naturales.

Algunos expertos de la salud opinan que causa la inflamación gástrica, y que en casos severos puede conducir a úlceras, sangrado, e incluso cáncer.

Sin embargo, J. McKim realizó un estudio durante dos años para el análisis de los posibles resultados de salud de la carragenina.

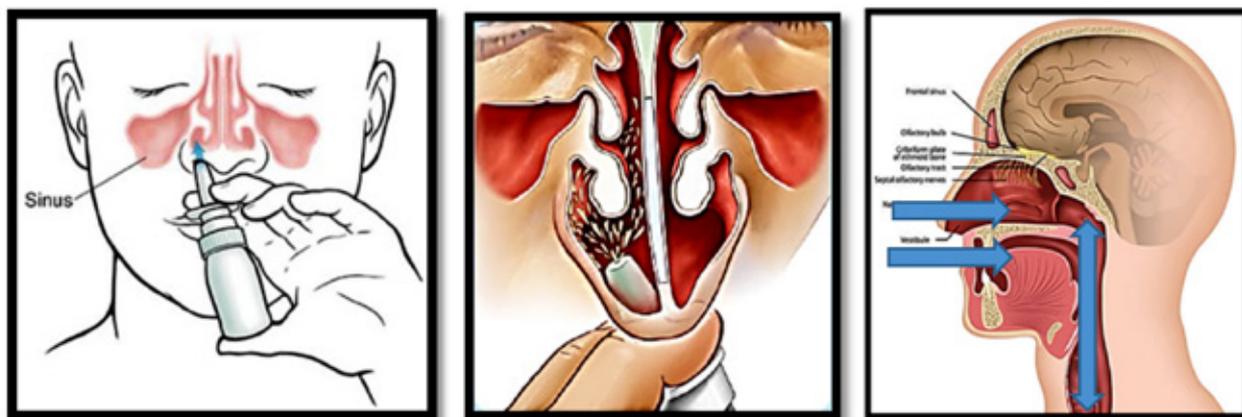
La investigación de McKim confirma que la carragenina no tiene un impacto en el cuerpo humano a largo plazo cuando se consume en los alimentos y menos aún, cuando se usa como medicación, a corto y/o mediano plazo.

Además de los principios activos antivíricos la composición incluye al menos un vehículo farmacéuticamente aceptable y, opcionalmente, otros aditivos o principios activos.

Un vehículo adecuado puede ser un diluyente, por ejemplo, agua o disolución salina, un excipiente u otro vehículo útil para la administración de sus principios activos.

La carragenina puede usarse en forma de cualquier sal farmacéuticamente aceptable, por ejemplo, en forma de sales de sodio de carragenina (Figuras 7, 8, 9).

Figuras 7, 8 y 9. Modo de aplicación y área de distribución oro-naso-faríngea de la carragenina



Las carrageninas de los tipos iota están disponibles en la farmacopea argentina, y pueden usarse tanto por aplicación nasal como bucal.

La carragenina no es tóxica en administración por vía oronasal, incluso si se aplica a dosis extremadamente altas y, por lo tanto, ha sido reconocida como segura (GRAS) por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.UU.

La preparación farmacéutica antivírica se prescribe para el tratamiento o profilaxis en individuos especialmente susceptible o con riesgo incrementado de infección por rinovirus, como paciente de alto riesgo seleccionado del grupo conformado por asma, con alergias o que sufre enfermedad inflamatoria.

Habitualmente, la composición se proporcionará como una preparación estéril no pirógena.

Sin embargo, la composición farmacéutica podría, también ser usada para recubrir superficies sólidas de artículos de higiene o sanitarios, por ejemplo, elementos para la higiene o el cuidado facial que se usan tópicamente en las regiones oral y/o nasal, pañuelos o toallitas de papel para la nariz y pañuelos de bolsillo (potenciales fómites).

Más específicamente, la composición farmacéutica puede aplicarse o pulverizarse de manera muy similar a los desinfectantes sobre guantes, pañuelos o toallitas de papel, incluyendo pañuelos de papel para la nariz, para ejercer un efecto víricida, contribuyendo a reducir la repetida autoinfección por contaminación de las puntas de los dedos y la propagación vírica entre individuos diferentes que estén en estrecho contacto entre sí, –mano a mano–.

En función de la naturaleza del artículo sanitario o de higiene, el mencionado puede estar cubierto, humedecido o impregnado de otra manera con la composición farmacéutica.

Tales artículos tratados con carragenina pueden incluir también, aunque sin restringirse a estos, bastoncillos de algodón, máscaras antipolvo o máscaras faciales.

Incluso los lápices labiales pueden formularse de modo que contengan una cantidad antivírica eficaz de iota-carragenina.

Estos artículos de higiene o cuidado sanitario pueden usarse profilácticamente o asociados con un tratamiento terapéutico contra una infección vírica y pueden ser de apreciable ayuda en la prevención o reducción del riesgo de infección.

Por consiguiente, la composición antivírica se aplica por recubrimiento o impregnación sobre la superficie sólida de un artículo de higiene o cuidado sanitario, en particular de un guante, toallita o pañuelo de papel de higiene o sanitario, espe-

cialmente un pañuelo o toallita de papel utilizado para la nariz.

CONCLUSIONES

El beneficio de la aplicación de carragenina

Si consideramos que:

- 1) Las gotas y los aerosoles son una fuente importante de contagio entre los seres humanos.
- 2) Las fuentes mencionadas anteriormente dependen de diferentes tamaños de gotas de saliva.
- 3) El contagio proviene de pacientes sintomáticos y asintomáticos.
- 4) La proporción de pacientes asintomáticos supera el 90 % de todos los casos pediátricos.
- 5) La concentración de carragenina es adecuada en la mucosa nasal y las glándulas salivales.
- 6) La solución oral puede ofrecer una doble protección: por un lado, reduce la diseminación y, por otro lado, reduce la carga viral.
- 7) La carragenina se halla en la farmacopea argentina, y su uso está aceptado por ANMAT.
- 9) Su aplicación inocua no implica riesgo alguno.

Concluimos que:

Al usar carragenina en forma de spray, para aplicación nasal y bucal asociadas, ofrecemos un medio económico, seguro y efectivo para proteger a las personas del contagio y minimizamos la evolución a las formas graves de la enfermedad.

En los niños, especialmente en los menores de 10 años, se comporta como un efectivo e inocuo viricida, que evita la propagación del Covid 19.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kam K, Yung CF, Cui L, Tzer Pin Lin R, Minn Mak T, Maiwald M, Li J, Chia Yin Chong CY, Nadua K, Hui Tan NW. A Well Infant With Coronavirus Disease 2019 With High Viral Load. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 71, Issue 15, 1 August 2020, Pages 847-849, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa201> 28 February 2020.
2. De Rose DU,1 Piersigilli F,1,2 Ronchetti MP,1 Santisi A,1 Bersani I,1 Dotta A,1 Danhaive O,2 Auriti C and The Study Group of Neonatal Infectious Diseases of The Italian Society of Neonatology (SIN): Novel Coronavirus disease (COVID-19) in newborns and infants: what we know so far. *Ital J Pediatr.* 2020; 46: 56. Published online 2020 Apr 29. doi: 10.1186/s13052-020-0820-x PMID: PMC7190200 PMID: 32349772
3. Han MS,1 Seong M,1 Kim N, Shin S, Cho SI, Park H, Kim TS, Park SS, and Choi EH. Viral RNA Load in Mildly Symptomatic and Asymptomatic Children with COVID-19, Seoul EMERGING INFECTIOUS DISEASES Volume 26, Number 10-October 2020

4. COVID-19 in children - Ministry of Health [www.health.govt.nz › publications](http://www.health.govt.nz/publications) 2 may. 2020.
5. Heald-Sargent T, MD, PhD^{1,2}; Muller WJ, MD, PhD^{1,2}; Zheng X, MD, PhD^{1,2}; et al., Jason Rippe, JD¹; Ami B. Patel, MD, MPH^{1,2}; Larry K. Kociolek, MD, MSCI^{1,2}: Age-Related Differences in Nasopharyngeal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Levels in Patients With Mild to Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) *JAMA Pediatr.* Published online July 30, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3651 July 30, 2020
6. Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: transmission dynamics and clinical characteristics. *J Formos Med Assoc.* 2020; 119(3):670-673. doi:10.1016/j.jfma.2020.02.009 PubMed
7. Morokutti-Kurz M, Graf P, Grassauer A, Prieschl-Grassauer E. SARS-CoV-2 in-vitro neutralization assay reveals inhibition of virus entry by iota-carrageenan doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.28.224733> MEDRXIV
8. Liu Y, Yan LM, Wan L, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20(6):656-657. doi:10.1016/S1473-3099(20)30232-2 PubMed
9. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Culture-competent SARS-CoV-2 in nasopharynx of symptomatic neonates, children, and adolescents. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26(10):26. PubMed
10. González ME, Alarcón B, and Carrasco L. Polysaccharides as antiviral agents: antiviral activity of carrageenan. *Antimicrob Agents Chemother.* 1987 Sep; 31(9): 1388-93. doi: 10.1128/aac.31.9.1388 PMID: PMC174948 PMID: 2823697
11. Girond JM, Crance, Cuyck-Gandre HV, Renaudet J, Deloince R2. Antiviral activity of carrageenan on hepatitis A virus replication in cell culture. *Research in Virology Volume 142, Issue 4, 1991, Pages 261-270* [https://doi.org/10.1016/0923-2516\(91\)90011-Q](https://doi.org/10.1016/0923-2516(91)90011-Q)
12. Ghirardi P, Carvallo HE. Ivermectina y carragenina: según pasan los años. In *Vet (en prensa)*.
13. McKim JM. Food additive carrageenan: Part I: A critical review of carrageenan in vitro studies, potential pitfalls, and implications for human health and safety. *Crit Rev Toxicol.* 2014 Mar; 44(3):211-43. doi: 10.3109/10408444.2013.861797. Epub 2014 Jan 24. PMID: 24456237 DOI: 10.3109/10408444.2013.861797

In Memoriam

En homenaje a todo el personal de salud que perdió la vida en la pandemia Covid-19

*Quando se hundieron las formas puras
bajo el cri de las margaritas,
comprendí que me habían asesinado.
Recorrieron los cafés y los cementerios y las iglesias,
abrieron los toneles y los armarios,
destrozaron tres esqueletos para arrancar sus dientes de oro.
Ya no me encontraron.
¿No me encontraron?
No. No me encontraron.
Pero se supo que la sexta luna huyó torrente arriba,
y que el mar recordó ¡de pronto!
los nombres de todos sus ahogados.*

Federico García Lorca

Fragmento del Poema "Fabula y Rueda de los tres amigos"
de Poeta en Nueva York, 1929-1930.



“TAPABOCAS”: ¿UN ATAQUE A LA SALUD MENTAL DE LOS NACIDOS EN TIEMPOS DE COVID 19?

Los bebés nacidos en 2020 no saben que detrás de cada “tapaboca” hay un rostro humano

Dra. Patricia Cirigliano

Investigadora científica en la Infancia temprana. Periodista Profesional.

Doctora en Psicología Clínica. Doctora en Sociología.

Profesora Nacional de Educación Física. Licenciada en Educación Física y Deportes.

Creadora del método, pionero en el mundo, de Matronatación, para la iniciación acuática de bebés normales y en desventaja.

Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría. Autora de 8 libros.

En 2020 “International Swimming Hall of Fame (USA) le otorgó el Premio Hunt Neumann.

Estoy, como seguramente la mayoría de los lectores, preocupada también por los niños pequeños, más sensibles a los probables efectos enfermantes que podría ocasionar sobre su crecimiento y desarrollo sanos, el prolongado aislamiento.

Hoy se conjugan negativamente, por omisión, tres aspectos esenciales para la salud infantil: el juego libre, la actividad física y el intercambio social.

Deseo que estas reflexiones sean de alguna utilidad y se transformen, quizás, en otra alerta, al ampliar la visión prospectiva que poseen, tanto los profesionales psicoanalistas, como los estudiosos de otras disciplinas.

Esta comunicación se basa en los sustentos de la obra de cuatro enormes investigadores creativos y de mi humilde aporte personal.

Me refiero a Sigmund Freud, Jacques Lacan, René Spitz y Berry Brazelton.

En cuanto a mí, hablo desde la transdisciplina en la que me he formado, la investigación y la experiencia directa de 60 años, con más de 17.000 familias cuyos hijos, desde los 15 días de vida, aprendieron a nadar jugando con su madre y mi método Matronatación.

T. Berry Brazelton, notable Pediatra estadounidense nos dejó en marzo 2018. Su trabajo, según consenso mundial, marcó un antes y un después en la comprensión del desarrollo infantil. Estructuró en 1973, su Escala Neonatal, test aplicable a los bebés desde recién nacidos. Gracias a sus investigaciones científicas y en especial a los resultados obtenidos en la fase social-interactiva de su test, hace años que puso en evidencia que existen algunos comportamientos sociales tempranos del bebé y que cuanto más contacto tiene, mejor crecimiento y desarrollo.

El test muestra, entre otras necesidades, cómo el

bebé reconoce la voz de su madre y le encantan los rostros humanos, que le llaman mucho más la atención que los objetos inanimados. También prefieren las voces humanas frente a cualquier estímulo auditivo.

Brazelton señalaba que, al alzar y abrazar a su pequeño, la madre debería colocar el dorso del bebé contra su pecho, ya que esa posición y no la de “frente a frente”, daba a su hijo la posibilidad de observar a la sociedad y aprender el mundo.

En todos los países, muchos fabricantes de cochecitos de paseo para bebés, han atendido a estas recomendaciones... pero... ¿cuál es el mundo que, al enfrentarlo, descubren los bebés 2020?

Se trata de pensar sobre el registro de la ausencia. Quienes vivimos otros tiempos, adultos y niños, hoy sabemos por incorporación familiar y social, de los registros que nos proveen todos los sentidos.

Reconocemos lo visto y observado, lo que olemos, lo que gustamos, las idas y vueltas del tacto y el contacto y desde ya, lo oído y a quién el sonido remite.

¿Qué hay hoy de lo percibido, lo sentido, por los bebés nacidos este año?

Entender que lo familiar no alcanza es elemental. Indispensables, naturalmente, los rostros y voces, gestos y contactos familiares.

Pero, ¿dónde encontramos, como en el afuera, la referencia social, ese “¿YO SOY”, parecido, aunque jamás igual a los otros?

Ese es el primer aspecto al que no ayuda el contexto de hoy. A la construcción del “YO SOY”, silenciosa hasta la llegada simbólica de la auto-referencia de “el nene” o “la nena” previo a referirse al “sí mismo” en primera persona.

¿Dónde aprender similitudes y diferencias, sino en la observación, el encuentro y el intercambio social?

¿Adónde? En todos lados: en la puerta de casa, en la calle, en todos los lugares adónde el niño “es llevado” hasta que pueda, por sí mismo, ir.

Con esos encuentros, fortuitos, sorprendentes, cambiantes, progresivamente decodificados en la mente infantil, se nutre y se cimenta, nada más, ni nada menos, que la construcción de la personalidad y del ser social.

La socialización, hoy, en tiempos del COVID 19, está atacada en sus raíces.

¿Qué podemos hacer en el caso de los pequeños nacidos este año y con aquellos que apeteciendo salir y jugar, correr, saltar y encontrarse con otros, quedaron reclusos y redujeron a unos pocos rostros amorosos familiares su posibilidad de conocimiento? ¿Nunca la presencia familiar ha sido tanto y, a la vez, tan poco!

Los autores mencionados al inicio, iluminaron desde la Psicología ciertas pautas fundantes para la comprensión del desarrollo humano.

Sigmund Freud, con su famoso descubrimiento a través de observar el juego del “Fort-da” de su nieto, con el que todos los niños, interpretó, elaboran la ausencia de la madre.

Jacques Lacan elaboró la Teoría del Desarrollo en la cual el estadio del espejo marcaba el hallazgo del niño, a través de la observación de la imagen especular, al descubrirse como un ser separado, un individuo.

Y más modernamente René Spitz al postular los tres principios organizadores de la personalidad desde el nacimiento, marcó en una estructuración indeleble como Primer Organizador Social a la sonrisa, antes que al tacto y el contacto.

Quizás muchos adultos recuerden el juego famoso de “aquí está... no está... ¡AQUÍ ESTÁ!” que todos hemos jugado cuando niños, sobre todo con nuestra madre. Ella se cubría el rostro para “escondersé” y luego se quitaba la cobertura para sonreírnos y disfrutar de nuestra sorpresa. Y también nos cubría el rostro ocultándonos y luego nos quitaba el pañuelo o el manto con que jugábamos. A éste juego equivale el del carretel enlazado a un hilo que interpretó magistralmente el padre del psicoanálisis Sigmund Freud. Este juego tiene la característica no común a todos los juegos, de ser definitorio en la estructuración de la personalidad.

Hoy día, COVID 19 por medio, se ha dado en la modalidad –considero ya– demasiado extendida, en que sólo una de las fases de aquel juego, el “NO ESTÁ” está exageradamente expuesta en el “afuera de casa” y no se captan, a nivel infantil, porque no existen las dos fases faltantes para completar el juego, o sea, el primer y el último “¡AQUÍ ESTÁ!”.

Los niños que ya están ingresando, o han completado, el acceso al lenguaje como ejercicio simbólico de la personalidad, pueden recibir explicaciones.

Por ejemplo: “–¿Has visto? Todas las personas se tapan la boca al salir a la calle igual que nosotros, porque ahora eso es bueno para la salud.”

Pero, ¿qué pasa con los bebés? ¿Los “in-fants”?

Recordábamos que el aprendizaje social comienza con el doble juego de la recepción y la devolución de la sonrisa.

¿Qué sonrisa?

Oculto bajo el “tapaboca” la sonrisa no solicita, no interpela, no responde.

La voz carece de un concreto vehículo de emisión, la boca del adulto que habla al niño, no se ve.

Dentro de casa habrá horas de rostros descubiertos, pero, ¿qué pasa con “el afuera”, la fuente de la socialización? ¿Es, acaso, un llamado acorde con las capacidades que el desarrollo infantil permite y reclama?

El “tapaboca”, necesario, indispensable hoy, impacta de lleno, al ocultar elementos imprescindibles para la construcción del desarrollo infantil.

La ausencia es, engañosamente, la presencia.

La ausencia que no es significativa, porque la presencia no se ha mostrado.

Los bebés nacidos en 2020 no saben que detrás de cada “tapaboca” hay un rostro humano.

Conocemos, hoy más que nunca, del valor del abrazo, del apretón de manos, de la caricia oportuna y del beso amoroso.

Nada de eso es compatible con los cuidados exigidos para evitar el contagio del COVID 19.

Deberíamos sugerir, o quizás proponer, una medida preventiva del atraso en el desarrollo y la formación errónea o desdibujada de la imagen corporal y de la socialización para los más pequeños nacidos en la época de la pandemia

¿Qué pasaría, si los propietarios de algunos de los rostros ocultos, al cruzarse con un niño que no habla, quitando un instante el “tapaboca” con la “distancia física”, correcta... le regalara una sonrisa y esperara a que el bebe se la devolviese?

No sería otra cosa que jugar unos segundos al: “aquí está, no está, ¡AQUÍ ESTÁ!”

Estimo que sería una estrategia preventiva simple y practicable contra impredecibles impactos nocivos a futuro, saliendo al paso del trauma y la enfermedad mental.

Si el pequeño devuelve la sonrisa, “¡misión cumplida”!

Tal vez, debería esta sugerencia, difundirse universalmente. Por fortuna, ¡todos los niños del mundo son iguales!



¿QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA SOBRE CASAS SEGURAS?

¡Llegó el calorcito! ¿Vamos afuera?

Dra Silvia Cabrerizo,

Médica Pediatra y Toxicóloga (Comité Nacional de Prevención de Lesiones SAP).

Dra M. Cecilia Rizzuti,

Médica Pediatra ((Coordinadora Distrito Oeste Región Metropolitana-Comité Nacional de Prevención de Lesiones SAP)

PLANTAS

Conocer el jardín y sus plantas es fundamental para ubicar y advertir a los niños sobre las que pinchan, como los Cactus o la Corona de Cristo, o cortan, como las Cortaderas, o son tóxicas (algunas fueron descritas en el capítulo anterior de la revista). https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-abril-20_1586203793.pdf
Abril 2020:77:15-23

Algunas muy peligrosas, como el Floripondio, deberían ser eliminadas del jardín si hay niños pequeños en la casa.

Las ramas frágiles y bajas de los árboles deben ser podadas para disminuir el riesgo de lesiones.

JUEGOS DE JARDÍN

Los juegos de madera no deben astillarse ni acumular agua. Mantener las partes metálicas libres de óxido. Los movimientos del juego deben ser fácilmente predecibles por los niños. Comprobar que ninguna parte móvil del equipo puede aplastar o cortar. Buscar y reparar partes punzantes como clavos o astillas.

TERRAZAS

Deben tener baranda perimetral a una altura mayor a 1 m, con barrotes verticales, nunca horizontales.

Su acceso será restringido para los niños, que podrán subir acompañados de adultos.

Piso antideslizante, preferentemente refractante al calor (especial cuidado con las membranas plásticas, pueden quemar los pies e intensificar quemaduras solares por el rebote de los rayos del sol.)

MASCOTAS

El aislamiento con niños en espacios reducidos aumenta la posibilidad de actitudes peligrosas hacia los animales. Pueden ser tratados como juguetes y generar situaciones de riesgo cuando los niños están en etapa pre escolar. Desde los 6 años los

pequeños son capaces de asumir progresivamente el cuidado de las mascotas y compartir la responsabilidad con sus padres. Los cuidadores responsables de los niños deben enseñarles el respeto hacia los animales y reconocer las señales y situaciones que pueden generar peligro de ataque.

Si se ejerce una tenencia responsable las mascotas fomentan la autoestima, mitigan la soledad, promueven el juego compartido y la creatividad



PILETAS

- Cerco perimetral completo de 1,30 m de alto como mínimo, enterizo o con barrotes verticales separados por una distancia máxima de 10 cm (NO transversales debido al “efecto escalera”).
- Puerta única con un mecanismo de apertura-cierre no accionable por niños pequeños.
- No dejar objetos próximos al cerco que faciliten su escalamiento.
- Los “cobertores de piscina” de material rígido o flexible, manuales o automáticos, no excluyen en absoluto la presencia del cerco.
- Los bordes y el piso de la piscina deben ser de material antideslizante.
- Las escalinatas de acceso deben ser de poca pendiente y tener escalones anchos, rectos, con baranda al menos de un lado y piso antideslizante.
- Las piletas “inflables” o “desarmables” y los recipientes de “tipo piletón” (especialmente para menores de 2 años) como bañeras inflables, palanganas, baldes y tambores deben permanecer siempre vacíos.
- Las bocas de succión de piletas medianas o grandes deben estar recubiertas por una rejilla de trama estrecha (deben impedir que entre la mano o el pie de un niño).
- Para uso nocturno, la piscina debe tener una iluminación aérea “a giorno”. Las luces en las paredes de la piscina requieren una instalación eléctricamente segura.

INTOXICACIONES

Es notable el aumento de intoxicaciones accidentales cuando llega la época estival con plaguicidas, productos de limpieza y mantenimiento de piscinas. Entre los más frecuentes está el **cloro** ya sea líquido, en pastillas o granulado es un producto irritante que puede producir lesiones según el tipo de exposición. Produce dermatitis irritativa por vía cutánea, conjuntivitis al contacto ocular, ardor de mucosas hasta broncoespasmo si la vía de ingreso es inhalatoria y síntomas como ardor, odinofagia, disfagia, sialorrea, náuseas, vómitos y dolor abdominal si se trata de casos de ingesta vía oral.

En los casos de contacto cutáneo y ocular hay que lavar con abundante agua fría. En casos de ingesta, después de enjuagar la boca, se probará tolerancia con líquidos claros. En casos más graves se indicará un control clínico pues puede requerir tratamiento con broncodilatadores o corticoides según el grado de dificultad respiratoria o tratamiento sintomático para aliviar los síntomas digestivos. También es recomendable un control oftalmológico en casos de persistencia de irritación ocular.

PLAGUICIDAS

Cuando nos referimos a plaguicidas, no basta con conocer el nombre comercial. Debemos conocer la fórmula química, es decir la composición del producto para poder conocer su toxicidad y consultar a un centro de intoxicaciones y recibir asesoramiento de un especialista.

Aunque todos son tóxicos nos referiremos a los que por ser de uso más frecuente generan más intoxicaciones accidentales:

Piretroides

Entre los más comunes podemos mencionar a la cipermetrina, la deltametrina y la d-aletrina. En ingestas accidentales podemos ver síntomas gastrointestinales y alérgicos como dermatitis, o rinitis y broncoespasmo. En intoxicaciones graves pueden producirse síntomas neurológicos como convulsiones, pero esto es poco frecuente en exposiciones accidentales.

Una consulta muy frecuente es el contacto accidental con espirales, líquidos y tabletas termo evaporables anti mosquitos. En estos casos lo primero que hay que hacer es lavar la boca y la zona de contacto cutáneo, (previo retiro ropa en caso de derrame de productos líquidos) y ofrecer líquidos para evaluar tolerancia oral. En caso de síntomas alérgicos se pueden indicar antihistámicos vía oral.

Organofosforados

El **Clorpirifós** es el compuesto organofosforado más común en hormiguicidas de uso doméstico. También lo podemos encontrar en acaricidas, cucarachicidas, productos para eliminar pulgones y cochinillas y en pulguicidas y garrapaticidas de uso veterinario. El mecanismo de toxicidad de estos compuestos es la inhibición de la acetilcolinesterasa, enzima que normalmente se encarga de metabolizar la acetilcolina. En esta intoxicación, el exceso de acetilcolina es responsable de los síntomas característicos actuando tanto sobre receptores muscarínicos como nicotínicos.

El paciente puede presentar vómitos, diarrea, broncorrea, rinorrea, bradicardia, miosis (síntomas colinérgicos o muscarínicos) y/o fasciculaciones, taquicardia, hipertensión arterial (síntomas nicotínicos).

En intoxicaciones graves pueden presentarse convulsiones o coma. Además de las medidas de estabilización, debemos realizar descontaminación cutánea y medidas de rescate: lavado gástrico y /o carbón activado para evitar la absorción del tóxico.

Si se presentan secreciones o bradicardia se debe atropinizar al paciente con el objeto de revertir los síntomas colinérgicos, indicar oxígeno suplementario y monitorización en una unidad de cuidados intensivos. También es necesario el uso de un reactivador enzimático llamado pralidoxima que facilitara la eliminación del organofosforado mejorando la funcionalidad de la acetilcolinesterasa.

Sulfluramida

Desde el punto de vista químico, se trata de una sulfonamida fluorada y se comercializa en forma de cebos granulados hormiguicidas. Su etiqueta con la línea verde de la clasificación de baja toxicidad de la OMS hace referencia a la toxicidad aguda. En la misma podemos esperar que el paciente presente síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea e irritación de mucosas en casos de contacto cutáneo u ocular. Están indicadas las medidas de descontaminación habituales: lavado con abundante agua ante casos de exposición cutánea y ocular y medidas de rescate gastrointestinales: lavado gástrico y administración de carbón activado ante la consulta precoz. Respecto a la toxicidad crónica la sulfluramida se metaboliza a un compuesto persistente: el **Ácido Perfluorooctanosulfónico (PFOS)**. Debido a que se trata de una molécula estable, hidrofóbica y de baja volatilidad el problema radica en que estas sustancias persisten en el medioambiente y se bioacumulan en distintos organismos. El PFOS está **incluido** en el listado de Compuestos Orgánicos Persistentes.

Al actuar como disruptor endócrino no se recomienda como plaguicida de uso doméstico.

Se recomiendan prácticas de cultivo ecológico para lograr alimentos saludables respetando el ciclo vital de cada una de las especies.

ALGUNOS INSECTOS

Al salir a parques y jardines es frecuente encontrarnos con insectos venenosos como abejas, avispas.

Nos referiremos a un insecto no venenoso, es decir que no posee glándulas productoras de veneno, sino que su hemolinfa es tóxica: el PAEDERUS. Se trata de un coleóptero alargado, que mide apenas más de 1 cm de largo y su cefalotórax es de color negro y rojo brillante. Se lo conoce como "bicho rojo", "latiguillo" o "bicho de fuego". Su aplastamiento contra la piel permite el contacto de ésta con su hemolinfa que contiene una sustancia irritativa: la paederina.

Esta es responsable de la dermatitis paederiana,

una erupción eritematovesiculopustulosa que se presenta más frecuentemente en primavera y verano, coincidiendo con un clima cálido y húmedo. El contacto puede ocurrir de día y también de noche, porque estos insectos son atraídos hacia la luz artificial. Por eso se conoce como enfermedad de los vigilantes, ya que estos se paraban frecuentemente debajo de focos de luz artificial.

La lesión con vesículas y pústulas, presenta mucho ardor desde el inicio y evoluciona durante 4 a 5 días hasta formar costras descamativas.

Una característica constante es la presencia de ardor desde el momento del inicio.

Es frecuente ver lesiones en espejo en zonas de



pliegues, especialmente el cuello. El tratamiento inicial es lavar con abundante agua y jabón, anti-séptico local y se pueden usar corticoides tópicos y antihistamínicos vía oral.

Hay que tener la precaución de no tocar la lesión y con la misma mano tocar otras áreas para evitar lesiones secundarias.

Erucismo

Denominamos así a los cuadros producidos por los estadíos larvarios de las mariposas o polillas, comúnmente conocidas como "gatas peludas". Hay distintos géneros, cuyos cuerpos están recubiertos por cerdas que poseen glándulas secretoras de sustancias urticantes, responsables de dejar una impronta eritematosa sobre la zona de contacto. Siempre es recomendable lavar con agua fría la zona afectada y administrar un antihistamínico y corticoides para alivio de los síntomas. En nuestro país en la zona del noreste podemos encontrar orugas del género LONOMIA, en cuyo caso podrían registrarse casos de sangrado, en estos casos se debe citar al paciente a las 48hs para descartar esta posibilidad.

Lepidopterismo

Nos referimos al cuadro producido por los estadíos adultos del género HYLESIA conocidas como "mariposas negras". Las encontramos en la zona del delta del Paraná, donde se han reportado brotes en Zárate, Campana, Tigre y otras ciudades.

Las hembras de HYLESIA poseen cerdas urticantes en su abdomen, estas pueden dispersarse con el viento, persistiendo su actividad urticante, motivo por el cual es frecuente que se produzcan brotes epidémicos de Lepidopterismo en los meses de enero y febrero cuando aparecen los ejemplares adultos.

Se trata de una dermatitis eritemato papulosa, pruriginosa que predomina en zonas de piel expuestas. El tratamiento es sintomático. La dermatitis evoluciona en 7 a 14 días sin dejar secuelas. Estas mariposas son atraídas por fuentes de luz artificial, motivo de brotes en las ciudades. Es importante usar mosquiteros, no dejar ropa colgada en exteriores ya que las cerdas pueden depositarse y ser ésta una forma de aparición de nuevos casos. Se aconseja baldear y no barrer los pisos para evitar la dispersión de cerdas en el ambiente y el uso de luces amarillas, en lugar de luz blanca, para evitar el acercamiento de las mariposas a las viviendas.

REFERENCIAS

- Manual de Prevención de accidentes. 1ª ed. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2001.
- Manual de prevención de accidentes. 2ª ed. Revisada. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2005.
- Consenso: Niños y Mascotas. Arch. Argent. Pediatr. 2020;118(3).
- Consenso Nacional de Prevención del ahogamiento, 1 parte. Arch. Argent. Pediatr. 2009; 107(3):271-276 / 271.
- Microcontaminantes emergentes: PFOS y PFOA: Alejandro Gimenez Martín CT 10 (2018) 215-228 disponible on line en Dialnet-Microcontaminantes Emergentes-6573034.pdf
- Dermatitis de contacto por Paederus en un niño de 12 años disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n3a14.pdf>
- Accidentes por lepidópteros: Hylesia nigricans o "mariposa negra" disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n2a17.pdf>

PARA COMPARTIR CON LA COMUNIDAD

En el exterior de la casa

Cuidado con las plantas que pinchan, cortan o son tóxicas
Educa a los niños y las mascotas para que se respeten mutuamente

¡Mantén el pasto corto y descacharrá!



Te invitamos a difundir esta información en tus redes.

¡Ayúdanos a prevenir las lesiones en los niños!

La educación siempre es la mejor herramienta.

Silvia y Cecilia,

Comité Nacional de Prevención de Lesiones

Disfrutando el aire libre

Si hay pileta o cualquier espejo de agua...

¡Cercos adecuados y adultos atentos! Mantén los plaguicidas lejos de los niños

Guardalos muy bien y asesorate sobre los menos tóxicos Si los niños tocan, chupan o comen un plaguicida :

- 0800-333-0160 Centro Nacional de Intoxicaciones

- 0800-444-8694 Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Centro de Toxicología





Historia de nuestros hospitales

Dr. Claudio Mauritzen

Médico Pediatra

Dr. Carlos Luzzani

Médico Pediatra

HOSPITAL MATERNO INFANTIL “RAMÓN SARDÁ”

La **Maternidad Sardá** nació como el segundo Instituto de Asistencia Materno Infantil, bajo la organización de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, dentro de la populosa barriada obrera del sur de Buenos Aires, a mediados de la década de 1930. Fue esta Sociedad la encargada de administrar los recursos provistos por la sucesión testamentaria de la Sra. Delfina Marull de Sardá, para la construcción de una maternidad que perpetuara el nombre de Ramón Sardá, su difunto esposo.

El edificio fue proyectado por los arquitectos Miguel Madero y E. Fontecha y fue construido por la compañía Siemens-Baunnion. Al acto de inauguración asistieron las más altas autoridades nacionales, municipales y eclesiásticas, entre ellas el Presidente de la Nación, Gral. Agustín Pedro Justo y el Ministro de Relaciones y Culto, Carlos Saavedra Lamas. Se hicieron presente también representantes de la Academia Nacional de Medicina y autoridades del Banco Nación, del Jockey Club y diversas empresas privadas. En la mayoría de estos medios se publicó la noticia del importante acontecimiento.

La maternidad contaba con 108 camas: 32 para embarazadas en planta baja, 64 para púerperas en el primer y segundo piso, 4 en asilo maternal y 8 en un pabellón de aislamiento.

La selección para cubrir los nuevos cargos se inició a fines de 1934. A mediados de enero de 1935 se realizaron las inscripciones para cubrir los cargos de jefaturas de las diversas especialidades y demás profesionales de planta vacantes.

En marzo de 1935 se abrió al público el Consultorio Externo de Obstetricia y Ginecología. El 1º de abril del mismo año se habilitó el establecimiento y el día 11 recibieron el bautismo los dos primeros bebés nacidos en la maternidad, a los que se les dio el nombre de Delfina Antonia Adelia y Enrique Ramón. Fueron sus padrinos la Presidente de la Sociedad de Beneficencia y el Dr. Enrique Thwaites Lastra, primer director de la Maternidad “Ramón Sardá”.

El plan asistencial consideraba los aspectos médicos y sociales de los vecinos del sur de la ciudad, a la que estaba destinado (la Maternidad del Hospital Rivadavia, también a cargo de la Sociedad de Beneficencia, contemplaba las necesidades de la población de la zona norte).

Un organigrama establecía los servicios a prestar por la Asistencia Médica y la Asistencia Social de la Maternidad.

La supervisión estaba a cargo de una Comisión Inspectora que, junto al Director y a las Hermanas de Nuestra Señora del Huerto, velaban por el correcto funcionamiento de la Maternidad. Las Hermanas eran las encargadas de “vigilar la administración de los servicios internos de orden doméstico, la higiene del establecimiento” así como “la moralidad y cultura”, aunque debían de “abstenerse de ejercer presión por cualquier medio sobre la voluntad de las enfermas, en cuanto se refiere a actos de conciencia” según el reglamento de la nueva institución.



En el primer mes de su habilitación, abril de 1935, se internaron 40 pacientes produciéndose 26 nacimientos.

En junio de 1935 la Sociedad de Beneficencia aprobó las tarifas para los diversos servicios. Para incrementar los ingresos de la Maternidad, se aprobó la instalación de una sección de pensionistas, que fue habilitada a mediados de 1936 (24 camas en habitaciones dobles). Cada pensionista pagaba \$ 5 m/n por día, con acompañante \$ 5 m/n más.

El artículo 126 del Reglamento de la maternidad se refería a los partos ocultos: "Cuando una mujer exija el secreto, se le proporcionará un formulario en el que deberá hacer constar los datos de identidad, nombre, apellido, etc., que será escrito y firmado por la interesada, haciendo entrega del mismo, en sobre cerrado al Director del establecimiento hasta su egreso, en que le será devuelto. Deberá, sin embargo, suministrar en la forma más conveniente y sin menoscabo del secreto necesario, los datos tendientes a la investigación de su situación pecuniaria". Los niños debían ser retirados inmediatamente al alta. En caso contrario, pasados los ocho días, la Sociedad de Beneficencia podía ponerlos a disposición del Defensor de Menores o pasarlos a la Casa de Expósitos (actual Hospital Gral. de Niños "Pedro de Elizalde").

El 12 de agosto de 1936 se inauguró la "Escuela de Madres". Se dictaba allí los siguientes talleres: Alimentación; Analfabetismo; Higiene de la madre y el niño; Corte y confección; Lavado y planchado; Cocina; Economía doméstica; Cuidados del niño; Moral dentro y fuera del hogar y Conceptos para madre, esposa e hija.

Ordenar la vida de la madre, especialmente de la desamparada incluía, además del aspecto legal, encontrarle alguna actividad con la cual pudiera ganarse su sustento en forma decente.

El gobierno que se instaló en el país a partir de 1943, trajo nuevos aires en materia de política asistencial: Se reestructuró dando lugar al Refugio Maternal N° 2 "María del Carmen Chiclana de Espora". A partir de estos años el estado comienza a hacerse cargo de la institución.

La Biblioteca nació y evolucionó con el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Funciona desde hace ochenta años en el primer piso del Hospital y cuenta con un amplio acervo bibliográfico, especializado en perinatología, obstetricia, neonatología y ginecología.

Las intervenciones neonatales del Modelo Maternidades Centradas en la Familia han sido reconocidas como ejemplo de "Buenas Prácticas" por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para su replicación.



El Hospital ha llevado siempre a cabo una importante labor docente y científica. Tiene residencias y concurrencias propias:

- Residencia de Tocoginecología: Creada en 1968, funciona desde entonces en forma ininterrumpida en el Hospital. Duración: 4 años.
- Residencia de Neonatología (pos básica): Creada en 1968, funciona desde entonces en forma ininterrumpida en el Hospital. Duración: 2 años. A partir de 2014 se creó la Residencia articulada de Pediatría y Neonatología de 5 años de duración que otorga ambos títulos de especialista.
- Residencia de Enfermería Perinatal: Creada en 1991. Duración: 3 años.
- Residencia de Obstétricas: Funciona desde 1994. Duración: 3 años.
- Concurrencia de Psicología Clínica.

El Hospital Sardá ha sido nombrado hospital asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1997 (Cátedra de Obstetricia de pregrado). Se cursa además la Carrera de Especialista Universitario de Tocoginecología, la Carrera de Especialista en Neonatología y la Carrera de Especialista en Neurodesarrollo (todas dependientes de la UBA).

Está asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP/OPS/OMS) desde 1999. El HMIRS cuenta con un sistema informático perinatal (SIP, CLAP/OPS/OMS) en una base de datos con tecnología de avanzada.

Desde el año 1970 cuenta con una publicación de aparición periódica: La "Revista del Hospital



Ramón Sarda”, de amplia distribución e intercambio con bibliotecas nacionales y latinoamericanas (incluida en la Base Lilacs del BIREME y Scielo).

Actualmente, en la institución tienen lugar alrededor de 6.000 partos por año y se realizan 150.000 consultas ambulatorias de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Ochenta años después de su inauguración, el actual Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” es el principal receptor de la demanda de atención médica perinatal de la Ciudad de Buenos Aires, centro de derivación Nacional de patología de Alto

Riesgo Perinatal, escuela a través de sus residencias y generadora de información científica a partir de su vasta producción bibliográfica.

Un hito trascendente en la historia del sistema de Salud de la Argentina, por el prestigio perdurable que ha consolidado su desarrollo, fundamental para la Neonatología Argentina, fue la creación, en 1968 del Servicio de Pediatría y Neonatología. De la historia y desarrollo de ese paso, tenemos el honor que nos cuenten en primera persona, dos de sus eminentes protagonistas: los Dres. José María Ceriani Cernadas y Miguel Larguía.

ALGUNOS DATOS DE LA MATERNIDAD SARDÁ

Dr. José María Ceriani Cernadas

Jefe Honorario del Departamento de Pediatría
y del Servicio de Neonatología
del Hospital Italiano de Buenos Aires

En mayo de 1968, dirigidos por el Dr. Alfredo Larguía, un grupo de Pediatras que lo acompañaba (la mayoría de ellos habían realizado la Residencia completa en Clínica Pediátrica en el Hospital Ricardo Gutiérrez) llegó a la Maternidad Sardá. Desde ese año, todos comenzamos a trabajar intensamente para poder mejorar el lugar donde estaban los recién nacidos que tenían algún trastorno o enfermedad. Lentamente, se fue armando una terapia intensiva, y para ello estudiábamos todos los días para poder comprender que era la Neonatología.

Esta Sección de la Pediatría, se fue realizando en EE.UU., en los primeros años de 1960. El momento que surgió con más intensidad, fue cuando luego de fallecer un hijo prematuro del Presidente John F. Kennedy, se generó la posibilidad que la Neonatología creciera notoriamente. Por lo tanto,

nosotros estudiábamos los artículos publicados en EE.UU., que iban aumentando. En el junio de 1969, ya siendo médico de planta en la División Neonatología, del Hospital Maternidad Ramón Sardá, empezamos a generar un libro para que pudiéramos conocer diversos problemas y trastornos en los neonatos, especialmente en los prematuros, que tenían una muy elevada mortalidad. En esos años, los prematuros de muy bajo peso fallecían en un 90 %.

De esa forma, a principios de 1970, ya estuvo realizado el primer libro de Neonatología, que fue de muchísimo valor para seguir mejorando. Luego de ese año pudimos generar otros libros, casi uno por año, con el fin de poder lograr, que los recién nacidos que estaban graves, pudieran estar en una mejoría permanente.

Asimismo, ya en 1975 se pudo lograr la Presión Positiva Continua en la vía Aérea (CPAP en inglés) que en 1972 apareció en EE.UU., y sin duda, para el grupo Sardá, fue algo que le cambió la vida a los neonatos que tenían la Enfermedad de Membrana Hialina, ya que producía una elevada mortalidad en los mismos. Antes de que tuviéramos CPAP, el fallecimiento alcanzaba entre 35-45 %, y luego

que lo pusimos en marcha, disminuyó aproximadamente a 6-8 %.

Otros factores se fueron agregando y, entre otros, pudimos mejorar la Fototerapia con diversas luces, y así se podía reducir la ictericia en forma adecuada, con el fin de que no aumentara la bilirrubina.

Ya en junio de 1977, pasé como Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, y todo lo que pude hacer ahí, durante muchos años, se lo debo a lo que aprendí en la Maternidad Sardá.

EL PASADO, PLATAFORMA DEL PRESENTE Y DESPEGUE DEL FUTURO

Capítulo I. La Maternidad Sardá, primer Centro Perinatológico de la Argentina

Dr. Miguel Larguía

Médico Pediatra Neonatólogo
Miembro Honorario Nacional de
la Sociedad Argentina de Pediatría
Miembro de número de la
Academia Nacional de Medicina
Ex Jefe de la División de Neonatología del HMIR Sardá

Este título podría parecer el final de una historia, sin embargo, no fue así.

El verdadero relato demuestra que no hubo una secuencia ordenada de hechos programados para alcanzar el objetivo enunciado. Un Secretario de Salud Pública, llamado Dr. Carlos García Díaz, bien intencionado, sin sesgos político partidarios y mucho menos sin intención de beneficiar a un amigo, efectuó la siguiente propuesta.

El profesor Alfredo E. Larguía desempeñaba la jefatura de la Sala 2 del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Con un staff de médicos pediatras y con un futuro de crecimiento institucional asegurado, sin intención de dejar las “comodidades” del prestigioso Hospital de Niños... recibió una invitación del Secretario de Salud Pública. La misma consistía en trasladarse con todo su equipo, reiteramos pediátrico, a la Maternidad Sardá, lejana institución en Parque Patricios, para mejorar sus resultados asistenciales. En esos tiempos no existía una Neonatología moderna, acorde a los conocimientos científicos y tecnología contemporánea.

El Dr. Alfredo Larguía, con sus virtudes de aceptar desafíos y con una cuota enorme de ingenuidad e inocencia, aceptó dejar las garantías académicas del Hospital de Niños y emigrar a la Maternidad Sardá. Aunque no verbalizado, su equipo de médicos desaprobaba esa mudanza desde “las comodida-

des” a lo desconocido. El profesor Larguía, solicitó una serie de condiciones para garantizar el éxito: nombramientos de médicos y de enfermería, equipamiento moderno e insumos para una especialidad en gestación: la Neonatología.

La historia, si no conociéramos el final, podría definirse como trágico-cómica... Larguía y su gente, en fecha prevista por la Secretaría de Salud Pública llegó a la lejana maternidad, hace ya más de 46 años... En la escalinata fue recibido por un grupo de médicos que, sin posibilitarle un ingreso con honores, le anunció “Dr. Larguía, Usted y su gente no son bienvenidos a esta Maternidad, y, es más, son personas no gratas para la entidad que represento: la Asociación de Profesionales de la Maternidad Sardá”. Idéntico pensamiento expresó el Jefe de Neonatología, Dr. Visillac padre, y entiéndase que el servicio de Neonatología consistía en unas cunas agrupadas en una habitación calefaccionada y un equipo de luminoterapia de insólito diseño.

Ningún equipamiento del prometido llegó con la mudanza. Tan solo las mismas antiguas cunas para lactantes de la sala 2 y los insumos absolutamente insuficientes para una población vulnerable y de exigencias no reconocidas, como son los recién nacidos y especialmente aquellos nacidos prematuramente. Fueron los médicos más jóvenes, que, como médicos residentes en formación, en sus autos particulares, realizaron peregrinaciones en búsqueda de lo faltante. Los médicos pediatras del Hospital de Niños rápidamente se refugiaron en lo que para ellos era conocido, es decir, los consultorios externos de Pediatría. Otros, pertenecientes a la generación más joven, descubrieron la posibilidad de avanzar en el terreno desconocido, pero potencialmente fértil.

El Dr. Alejandro O Donnell, creo la primera unidad metabólica del país, investigó y avanzó en el desarrollo de fórmulas para prematuros, con el apoyo de sus discípulos y de la empresa nacional Kasdorf.

El Dr. Juan Carlos Buscaglia, médico con un criterio clínico excepcional, además con conocimientos de ingeniería asombrosos, producto alguno del contagio de la formación de su hijo ingeniero del Instituto Balseiro, estudió y comprendió el funcionamiento de incubadoras, respiradores y cuanto equipo apareció en el mundo desarrollado.

Del Hospital de Niños, vinieron también por circunstancias casi milagrosas, un excelente Jefe de Médicos Residentes, el Dr. José Luis Nicolini, y un grupo “de elite” de médicos residentes tales como: el Dr. Jorge César Martínez, el Dr. Jorge Urman y otros. A ellos se agregaron luego el Dr. José María

Ceriani Cernadas, el Dr. Osvaldo Stolliar y el repatriado Dr. Luis Prudent.

La simple lectura de estos nombres, explica fácilmente el salto impensable para muchos, al presente.

Ejemplo de esta afirmación fue la rápida publicación de las “Guías de Práctica Clínica: orientación diagnóstica y tratamiento en neonatología”, documentación inédita en nuestro medio. Tan fue así que, en un Primer Congreso de Neonatología realizado en Córdoba, hubo un invitado especial, referente de la neonatología en Estados Unidos y autor de un libro como los de entonces: enorme y enciclopédico.

Por circunstancias personales, concurrí a ese congreso y le ofrecí humildemente al vendedor de libros más importante de evento, que colocara un par de nuestras Guías. Con una expresión de entusiasmo mínimo, por no decir desprecio, aceptó colocarlas en un rincón muy lejos del gran elefante norteamericano. Rato más tarde, mientras presenciaba una conferencia del ilustre invitado, se acerca el librero y me pide si le entregaba otros 10 manuales... Nuevamente su expresión era de poco entusiasmo. ¡Solo pasaron dos horas y exultante me pidió que le entregara todos los libros que había llevado en mi auto... Eran 1.000 ejemplares!!! Y se vendieron todos, antes de finalizar el Congreso.

Del gran libro made in USA, solo regaló 10 ejemplares por pedido de los organizadores.

No todas fueron dificultades y hubo aliados impensables. Debemos mencionar a los Dres. Uranga Imaz (padre), Director entonces de la Maternidad, que me honró con la confianza de asistir como médico pediatra de cabecera a su hija. Y el hijo, jefe de guardia de los días miércoles y reconocido por su inmenso prestigio, me incorporó como médico interno de neonatología con un trato igualitario y de respeto mutuo, que contagió inevitablemente a los demás médicos obstetras.

Mención especial, la enfermería a cargo de la Sra. Haydee Peñalba, persona de un compromiso incondicional para con la gente, fueran padres o pacientes, que produjo un acelerado aprendizaje en todos nosotros, los médicos. Su famosa frase “Dr. Miguel (Dr. Larguía era mi padre), desde que ustedes vinieron, a los RN prematuros no les va mejor...”.

El mensaje fue clarísimo, le solicité trabajar con ella de enfermero durante dos meses, en los que aprendí lo que nadie me había enseñado, ni siquiera durante mi entrenamiento en la Universidad de Illinois. Por primera vez, me sentí más “completo” y comprendí que el éxito asistencial de un servicio de neonatología depende del compromiso y capacidad de sus enfermeras y enfermeros.

Tecnologías apropiadas

El Servicio de Neonatología formaba parte del Departamento de Pediatría. La Neonatología recién comenzaba a ser conocida como especialidad. La infraestructura y el equipamiento en sus inicios eran imperfectos, insuficientes y desactualizados en comparación con los países del primer mundo. La mortalidad neonatal era muy elevada y superaba el 25 por mil recién nacidos vivos. Las incubadoras prometidas llegaron muchos meses más tarde y en “cuentagotas”. Lo mismo ocurrió con los insumos específicos para la asistencia de una población tan vulnerable y tan diferente de la pediátrica, como eran y son los prematuros. Necesariamente hubo que utilizar la creatividad, y la aplicación de ideas innovadoras, originales, eficientes, eficaces y costo efectivo. Un verdadero desafío ante la ausencia de modelos regionales y la imposibilidad de adoptar los del mundo desarrollado. Así surgieron las llamadas tecnologías apropiadas, es decir, intervenciones y estrategias que reunían las condiciones de gestión y calidad enumeradas. Solamente a título enumerativo, las mencionamos a continuación:

1. Administración de calostro humano para interferir con la colonización/infección por *Escherichia Coli toxigénica*, también llamada enteropatógena, por producir diarrea y deshidratación con la consiguiente necesidad de colocar accesos endovasculares.
2. Alimentación integral precoz y progresiva con leche humana, como alternativa de alimentación parenteral de alto costo y frecuentes complicaciones (colestasis, sepsis por catéter, atrofia intestinal, etc.).
3. Luminoterapia efectiva con máxima intensidad lumínica y rotación de decúbito.
4. Promoción de lactancia materna siguiendo la iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño de OMS y UNICEF.
5. Gastroclisis alternativa de venoclisis.
6. Sabanita de plástico para disminuir las pérdidas insensibles de agua en el RN pretérmino.

Por razones de prioridades asistenciales, se capacitó al staff médico en las maniobras de reanimación cardiopulmonar en recién nacidos asfixiados y prematuros que lo requiriesen, incluyendo intubación endotraqueal, técnicas desconocidas por los médicos pediatras de entonces. Asimismo, se avanzó en la técnica de reanimación con bolsa/máscara autoinflable con reservorio, verdadero progreso por lo novedoso de entonces.

Simultáneamente Neonatología asumió la técnica de exanguíneotransfusión en RN con hiperbilirrubinemia y/o enfermedad hemolítica (por

isoimmunización al factor RH positivo, de incidencia predominante, previo a la administración de gammaglobulina anti RH a puérperas RH negativas).

Por las exigencias de la internación pediátrica, jerarquizada por el perfil de los médicos de la Sala 2 del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el staff de la Sardá debió ofrecer intervenciones complejas como diálisis intraperitoneal para niños con síndrome urémico hemolítico y asistencia respiratoria a lactantes con bronquiolitis, amén de los cuidados propios de las patologías habituales en pediatría (deshidratación, desnutrición, neumopatías, infecciones diversas, etc.)

Los médicos avanzaron en lo que hoy llamaríamos Guía de Práctica Clínica (GPC) o más recientemente Procedimientos Operativos Estándar (POE). Estos protocolos se transformaron en nuevas publicaciones que recibieron los títulos de "Procedimientos Neonatológicos" y "Actualizaciones Neonatológicas". Los autores incluían a todos los miembros del staff y la venta de los manuales se generalizó en la Argentina y países limítrofes. Impensable en tan poco tiempo.

Manejos Integrales en Neonatología

Aún sin la existencia de modelos locales modernos o extranjeros replicables, el equipo de neonatólogos, rápidamente comprendió la necesidad de manejar los RN no por su patología específica del momento, sino que en forma integral. De otra manera los resultados eran negativos. Así surgió el concepto de "Manejos Integrales", que se convirtió en el principio conceptual abarcativo de la nueva modalidad de asistencia y motivó, como era de esperar, una nueva publicación con ese título, que más adelante se convirtió, con el apoyo de la empresa MEDICS, en un cd multimedia repartido en forma gratuita a miles de médicos. Nuevamente en forma enumerativa presentamos a continuación la secuencia:

1. Mantener al RN normotérmico y en el límite de la termoneutralidad.
2. Mantener al RN normohidratado y con su medio interno dentro de límites normales.
3. Aportar lo más precozmente posible los requerimientos calóricos y proteicos de mantenimiento y luego los de crecimiento. Intentando reproducir las curvas de crecimiento fetal.
4. Mantener al RN con una adecuada oxigenación y ventilación controlando la concentración de oxígeno y la normalidad de los gases en sangre.
5. Mantener al RN bien perfundido y con su volemia normal.
6. Asegurar las medidas de control de infección

intrahospitalaria y de prevención de errores.

7. Priorizar la participación activa de los padres y de las familias.

El control de infecciones intrahospitalarias

Los RN se comportan como huéspedes comprometidos, por lo cual la incidencia de infecciones es comparativamente más elevada que en otras edades. Además, están expuestos a patógenos no usuales y, por colonización facilitada, a patógenos muchas veces de alta letalidad. Sumemos a estas condiciones desfavorables la constante utilización de procedimientos invasivos en la UTIN, tales como colocación de accesos endovasculares, tubos endotraqueales, etc. Por lo tanto, los servicios de neonatología deben tener bien organizados y supervisados los sistemas de control de infección intrahospitalaria y las pesquisas de infecciones congénitas, precoces o tardías. La Maternidad Sardá tuvo la persona indicada para esta misión. La Dra. María Alda Sarubbi era la suma del conocimiento científico actualizado y la sublime obsesión para llevar adelante su tarea cotidiana, que comenzaba nada menos con el "lavado de manos". Actualmente la Dra. Marcela Ortiz de Zárate, con su equipo de enfermería, mantiene la misma mística. Las infecciones en la Sardá existen y existirán, pero, como corresponde, en una dimensión acotada.

Salud Mental en Neonatología

Muchos creen que los servicios de Salud Mental debieran estar reservados para los hospitales psiquiátricos y para el tratamiento de sus pacientes. Nada más equivocado. Salud Mental cruza todas las especialidades y todos los servicios. Además de objetivos terapéuticos, existen otros igual o más importantes que son los preventivos y los de contención de personas en crisis o afectadas por situaciones de stress, depresión y ansiedad. Todas estas situaciones no son frecuentes, si no que constantes en los servicios de neonatología. Afectan a todos. A los RN y a sus familias, que están igual o más enfermos que ellos, y a los agentes de salud expuestos al conocido desgaste emocional denominado Burn Out. Nuevamente la Maternidad Sardá brindó las personas adecuadas, capacitadas y con gran capacidad para avanzar en un terreno desconocido por mucho tiempo. Salud Mental liderada por la Lic. María Aurelia González concretó el concepto de Maternidades Centradas en la Familia otorgándoles el protagonismo que les corresponde. El ingreso a la familia a la UTIN y a los demás sectores de la Sardá no es una rutina, ni un privilegio. Es un derecho.

Las primeras investigaciones en Neonatología

Imposible aprender sin estudiar e imposible enseñar sin aprender. Este concepto se hizo extensivo con la original propuesta de que cada uno eligiere su línea de capacitación. De esta manera todos sabían “un poco” de Neonatología y “mucho” de sus subespecialidades (Neurodesarrollo, infectología, nutrición, terapia intensiva, genética, epidemiología, bioestadística, ética, salud mental, asistencia social, etc.).

Así entendido lo que se constituyó fue un verdadero EQUIPO, multidisciplinario, intersectorial, articulado, en resumen, inigualable hasta hoy en día. ¿Intuición? Para nada tan solo, sentido común, el menos común de los sentidos.

Estudiar, enseñar, aprender tienen como necesario correlato investigar y los Sardá investigaron... mucho y bien. Demostración de ello fue nuestra incorporación a la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP), en la cual anualmente presentamos trabajos de gran aceptación por la misma, de nuestros investigadores cada vez más numerosos y más jóvenes.

Ecografía para todos

El diagnóstico por imágenes en su principal expresión: la ecografía, era un recurso diagnóstico de difícil acceso, sobre todo para los RN internados en los servicios de neonatología dentro de sus incubadoras. Fue fundamental que médicos neonatólogos adquirieran las capacidades para el manejo de los ecógrafos y estos fueran incluidos como parte del equipamiento y disponibilidad continua. Esto ocurrió y la Dra. Nora Balagnan, además de cantar bien el tango, maneja los transductores como extensiones de sus manos.

Asociación Argentina de Perinatología

Médicos, Obstetras y Neonatólogos, pronto descubrieron la necesidad de trabajar juntos compartiendo conocimientos y responsabilidades para un mejor resultado de las personas durante su gestación, luego RN. Surgió entonces, el concepto de un enfoque perinatológico y la utilidad de una sociedad que los agrupara. Así fue fundada la primera Asociación Argentina de Perinatología (ASA-PER), de la cual, participaron en forma protagónica médicos de la Sardá bajo la primera presidencia del Profesor Dr. Miguel Margulles. La Asociación produjo publicaciones, actualizaciones y una revista y cuenta con más de 1.000 socios de todo el país. Perinatología pasó a ser de una propuesta a una realidad, ocupando el espacio académico que le corresponde.

La Revista Sardá

No mucho después de la llegada del grupo pediátrico del “Niños” a la Sardá se comenzó a publicar la revista de la Maternidad. Su crecimiento fue rápido, su permanencia constante y su “clientela” cada vez mayor. Recibió el apoyo de empresas importantes del país y actualmente se editan 3 a 4 números por año, con cada vez mayor calidad en los artículos que la componen y su distribución incluye toda esta región de América.



La Unidad Metabólica

La sobrevivencia cada vez mayor de RN prematuros de cada vez menor edad gestacional, produjo la evidencia de mayores conocimientos en su nutrición para un adecuado crecimiento y fórmulas originales diferentes de las pediátricas. Para ello, primero fue necesario investigar los requerimientos nutricionales y las condiciones absortivas del aparato digestivo de los RN. Para ello el Dr. Alejandro O'Donnell con su equipo de colaboradores los Dres. Hugo Sola, Enrique Abeya y Elvira Calvo organizaron la primera unidad metabólica de la Argentina, de la cual surgieron fórmulas tales como LK, Bonalac y Prelak industrializadas por la empresa argentina Kasdorf de tremenda repercusión nacional. Como resultado de estos avances con nuevos nutrientes el equipo recibió numerosos premios. Los prematuros agradecidos.

La experiencia presión positiva continua en la vía aérea

La principal patología y de mayor impacto en la mortalidad neonatal es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), también llamada enfermedad membrana hialina por déficit de surfactante. Su tratamiento previo a la síntesis del surfactante que ocurrió años después, requería de asistencia respiratoria mecánica, extremadamente compleja por las condiciones de los respiradores mecánicos de entonces, poco adaptables a las condiciones de los RN.

Surgió entonces como alternativa una modalidad muy simple para el tratamiento del SDR con la administración de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) con pieza nasal. Fue el Dr. Osvaldo Stoliar quien trajo la técnica aprendida en USA. Su difusión fue rápida y la Sardá publica los primeros 120 casos asistidos con esta estrategia.

El “Ingeniero” Juan Carlos Buscaglia

Cualquier lector sabe por supuesto que Juan Carlos Buscaglia no es un Ingeniero sino un excelente Médico Pediatra Neonatólogo, sin embargo, avanzó sobre temas físicos como la pérdida insensible de agua (PIA), tan importante en los RN prematuros por las características de su piel y su “capa límite”.

En investigaciones originales J.C.B. pudo cuantificar la pérdida e implementar el sistema más simple para disminuirla (tecnología apropiada): la sabanita de plástico y se terminó el problema. Pero aparecieron los respiradores, esta vez más adecuados para su uso en Neonatología. Alguien tenía que saber que es Compliance Pulmonar, que son las constantes de tiempos inspiratorios y espiratorios, la resistencia en la vía aérea, el volumen corriente, etc. J.C.B. tenía y tiene un hijo entonces estudiando en el Instituto Balseiro en Bariloche (Ingeniería Nuclear) que lo introdujo en esta temática. Primero, sólo ellos lo entendían, finalmente aprendimos todos.

Avances en Bilirrubina

Todos los RN presentan algún grado de ictericia. Algunos, en realidad bastantes, alcanzan cifras altas de bilirrubina, como sobre todo aquellos con alimentación materna o con problemas de isoimmunización a los factores A/B/RH. Fue necesario esta vez conocer la historia natural de esta condición. El Dr. Jorge C. Martínez y su equipo: los Dres. Horacio García, Lidia Otheguy, Silvia Spinelli y otros investigaron la temática alcanzando resultados de repercusión internacional. La historia continuó con el uso de equipos de luminoterapia cada vez más efectivos, acceso a curvas de riesgo y seguimientos especializados para finalmente ofrecer una normativa resolutive para este tema de tanta frecuencia. Las investigaciones avanzaron más aún con el uso de una mesoporfirina que bloqueaba la enzima que iniciaba la transformación de la hemoglobina a bilirrubina. Única experiencia mundial. ¿Encefalopatía bilirrubínica (kernicterus) en la Sardá? ¡Nunca! Además, el equipo registró las exanguíneotransfusiones que se realizaban en la Sardá, entonces cientos de ellas. Ahora excepcionales.

Avances en Terapia Intensiva Neonatal

Nuevamente la sobrevivida de RN pretérmino cada vez más pequeños o cada vez más enfermos, obligó al equipo Sardá a avanzar en cuidados intensivos, sin dejar de lado las tecnologías apropiadas, ni los manejos integrales. La asistencia respiratoria mecánica se convirtió en una estrategia asistencial cotidiana que todos debían conocer y manejar. La Dra. Cristina Bocaccio publica el Primer Manual

ARM, con gran éxito editorial por su enfoque fisiopatológico y propuestas prácticas en algoritmos. A ella la siguieron primero el binomio de los Dres. Miguel Gallo y Claudio Solana (Jefes de Médicos Residentes) y luego todo el servicio “contagiado” de la necesidad de conocer estas terapias. La posibilidad de la medición primero transcutánea de oxígeno, luego la saturimetría y el registro tensión arterial por métodos oscilométricos y otros monitores posibilitaron una mejor terapia intensiva, siempre con la madre al lado (Maternidad Centrada en la Familia).

La Residencia Médica en Neonatología

En la Maternidad Sardá existía la Residencia Médica en Pediatría proveniente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Sin embargo, el perfil cada vez más neonatólogo de la internación y el alto número de RN que se producía (más de 6.000) motivó a que la residencia reconsiderara su currícula para cubrir los componentes e incumbencias de la especialidad Neonatología. Es así como actualmente ingresan médicos con dos o tres años de residencia en Pediatría para hacer la especialidad Neonatología durante 2 años. Rinden, con éxito los exámenes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de la Sociedad Argentina de Pediatría para acreditar la especialidad. Los ex Sardá han colonizado el país, en la mayoría de los casos, con cargos de responsabilidad de conducción. La condición de ex Sardá actúa como mecanismo de selección asegurada por su capacidad y formación integral.

El Salto Informático

Hemos comentado que Sardá investiga y que Sardá integra con otros la Sociedad Argentina de Perinatología. También señalamos que la Sardá publica libros y su revista periódica. Nos falta ahora señalar que Sardá dio también el “salto” en informática. De la mano, es decir del cerebro del Dr. Diego Enríquez en poco tiempo se prepararon sistemas informatizados amigables para cálculos de todo tipo, para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras y para la prevención del error, especialmente en la preparación de medicamentos. La publicación Neocálculo con el apoyo empresarial, se difundió por todo el país y se alojó en los bolsillos de los delantales y ambos de cuanto neonatólogo circulaba.

COAS

En el mundo de la salud siempre existen problemas relacionados de difícil solución. A veces

sucedan pequeños/grandes milagros. Para la Maternidad Sardá, la existencia de la Cooperadora de Acción Social (COAS) fue un suceso más que positivo. COAS responde a las necesidades de los hospitales con criterios racionales y con un sistema operativo eficiente y oportuno. Actualmente para COAS los hospitales somos una familia numerosa, pero la Maternidad Sardá, en los primeros tiempos, se comportó como “hijo único”, ya que, fue la primera institución que recibió el apoyo de esta organización. Los responsables llamados enlaces entre COAS y la Sardá fueron y son personas irremplazables por su permanente compromiso.

EL PRESENTE RESULTADO SUPERADOR DEL PASADO

Capítulo II

Hospital Amigo de la Madre y el Niño

El respeto, el fomento y la protección de la lactancia materna es una prioridad indiscutida y constituye una impostergable política en salud. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF elaboraron una iniciativa de 10 pasos para que las instituciones sean acreditadas como HAMN. A nadie debe asombrar que el primer Hospital Público acreditado fue la Maternidad Sardá. Mérito especial merece la Dra. Mónica Waisman, por su contagioso entusiasmo en llevar adelante la iniciativa y publicar la política institucional para el cumplimiento de la misma. Actualmente ya hemos aprobado la tercera recertificación. Solamente a título de ejemplo, podemos mencionar que el 90 % de los RN de muy bajo peso (menores de 1500 gr.) son dados de alta alimentados a pecho. Una hipótesis válida sería que este porcentaje es imposible de alcanzar en RN que durante 2 o 3 meses son alimentados por sonda nasogástrica por su incapacidad de una succión-deglución adecuada al pecho. La explicación es simple: las madres de los RN enfermos y prematuros acceden a una Residencia/Hogar para madres con 40 camas, lo cual permite su permanencia continua en la Maternidad. Además, concurren diariamente a los sectores de extracción de leche humana y de esta manera mantienen la lactancia hasta el momento oportuno de la puesta al pecho de sus hijos.

Remodelaciones en las Neonatologías de Cuidados Especiales y Transicionales

Así como evolucionó la tecnología por la mayor complejidad de la asistencia neonatológica, también fue necesario adecuar la planta física de los servicios. Hubo que incluir instalaciones eléctricas

seguras y múltiples por lo numeroso del equipamiento, acceso a una oferta amplia de oxígeno (con sus respectivos reductores de presión y flumeters) de aire y de aspiración central. Por supuesto que el acondicionamiento de la temperatura según sectores fue un requisito necesario, así como sectores para almacenar equipos, e insumos y oficinas para médicos, enfermeras y salas para el ingreso y educación de los padres y familia. Tampoco pudimos reproducir modelos de países desarrollados por la necesidad de respetar la idiosincrasia y cultura de nuestra población. Nada fue casualidad, pero los recursos llegaron primero de la generosidad de la Señora Rosine Bemberg y luego de la donación de la Fundación Aguas Argentinas. El requisito que siempre nos propusimos es que el diseño fuera funcional a médicos, enfermeras y familia y además fuera “indestructible”. Es por eso que hoy en día sigue vigente y en excelente estado de conservación.

Ejemplo de buenas prácticas

En forma contemporánea a estos hechos relatados, el servicio de Neonatología con la participación de toda su gente, avanzaba en el Modelo de Maternidad Centrada en la Familia:

- Internación conjunta-Madre e hijo RN sano sin interferencias y con horarios de visita múltiples para la familia.
- Ingreso irrestricto de los padres a los servicios de Neonatología durante las 24 horas del día, con permanencia continua y participación activa.
- Acceso a una Residencia/Hogar para madres.
- Salida transitoria de incubadora para contacto piel a piel, madre/padre/hijo prematuro.
- Asistencia de padres en crisis (incluyendo muerte digna sin encarnizamiento terapéutico).

Este modelo fue evaluado por la Organización Panamericana de la Salud y considerado un ejemplo de buenas prácticas, es decir con la recomendación de su replicación en esta región e América. Los responsables de esta evaluación fueron la Dra. Graciela Uriburu y el Dr. Raúl Mercer, actualmente aliados incondicionales.

Los nuevos consultorios externos y su gente

La necesidad de controlar los RN sanos durante el primer mes para confirmar su normalidad, crecimiento y la lactancia materna exigió una planta física de consultorios externos, amplia, funcional y confortable. Se agregaron además consultorios de especialidades como infectología, genética, neurología, neurodesarrollo, fonoaudiología, lactancia materna, estimulación, adolescencia y otros más. Los agentes de salud calificados estaban con una

capacitación y entusiasmo de excelencia. Faltaba construir la planta física. Otra vez una donación más que generosa, lo hizo posible. La Fundación Quilmes, además de sala de espera, oficinas y baños, edificó los 28 consultorios que actualmente funcionan a pleno asistiendo más de 200 pacientes por día. Muchas veces, los consultorios externos, no son valorados por una falsa comparación con los cuidados intensivos y su costosa tecnología. Sin embargo, los consultorios externos con su gente, son la vidriera de la maternidad. Un lujo detenerse a mirarla.

El Servicio de Voluntariado

Un Hospital Materno Infantil de la complejidad de la Maternidad Sardá no puede funcionar integralmente sin la participación activa de la comunidad. Esta vez representada por el Servicio de Voluntariado "Damas Rosadas". Este magnífico grupo de personas con el común denominador de su condición solidaria para con el prójimo pertenece originalmente al Servicio dirigido por la Señora Eloísa Colardín de Mihura de San Isidro. Reprodujeron su modalidad ejemplar de trabajo y organización como filial en la Maternidad Sardá. Son más de 60 personas "una mejor que la otra" tal cual expresó una madre durante una entrevista de evaluación de calidad. Las Rosadas como así las denominamos están por todo el hospital. Con un perfil aparentemente bajo que no impide visualizar su grandeza, tienen como ocupaciones principales la Residencia para Madres, la recepción en consultorios externos de pediatría, el acompañamiento de madres en trabajo de parto solas y las diferentes salas de internación. Este resumen de responsabilidades explica su condición de indispensable. Su modelo de trabajo ha sido replicado en la Maternidad Otto S. Bemberg del Hospital Iriarte de Quilmes. Por si esto fuera poco continuamente reciben donaciones de particulares y de empresas que destinan con entusiasmo al hospital.

La Doctora Celia Lomuto (Chely)

La historia de la Maternidad Sarda sería incompleta sino hiciéramos referencia a la incomparable "Chely" Lomuto. Brillante medica pediatra y neonatóloga asumió por sus condiciones de heroína la secretaria del comité de docencia e investigación (CODEI) Bajo su responsable dirección pasaron por la Sarda centenares de estudiantes de pregrado y otros tantos centenares de médicos en formación de posgrado. Supervisó decenas de trabajos de investigación y ordenó lo imposible, decenas de cursos de todo tipo con gran competencia por las

aulas, eludiendo conflictos entre los interesados. Por si esto fuera poco con "sangre, sudor y lágrimas", logro hacer funcionar la biblioteca, misión imposible para cualquiera excepto para ella. Biblioteca que hoy en día funciona y es motivo de orgullo. Luego de Chely, la Doctora Sussacasa asumió la dirección del CODEI, esperando el nombramiento como jefa de división, como estaba prometido, pero nunca sucedió.

El banco de leche humana

La maternidad Sardá siempre se caracterizó por sus sectores de preparación de fórmulas y extracción de leche humana. Ambos fueron ejemplos pioneros en la Argentina, de una organización superlativa, para objetivos prioritarios como son proveer formulas estériles y leche humana fresca. Sin embargo, para la jefa de nutrición Lic. Odelza Vega y su equipo, faltaba un escalón más: la creación de un banco de leche humana para responder a otras prioridades actuales en la alimentación de recién nacidos. Con el apoyo incondicional de las doctoras Lidia Otheguy y Mónica Waissman este objetivo no solamente se cumplió, sino que recibió un merecido premio a la calidad institucional.

Anatomía patológica

Imposible avanzar en el conocimiento científico sin contar con la información relevante que ofrece la anatomía patológica. Esta afirmación es más valida aun cuando se refiere a la neonatología, especialidad reciente y con avance vertiginosos. Nuevamente la Sardá conto con la persona adecuada. La doctora Rosa Fuksman (Rosita) por vocación y compromiso, trabajo incansablemente, con tanta rigurosidad que motivo publicaciones y reconoció entidades hasta entonces desconocidas. Los ateneos anatomo clínicos fueron actividades centrales del hospital con concurrencia masiva por el interés que provocaba. El servicio continúa aun con el mismo nivel de excelencia que Rosita dejo.

Servicios centrales y el laboratorio

Una asistencia optima, integral y de calidad requiere indispensablemente de servicios centrales. Radiología contó con un médico que se comprometió con la Sardá con el entusiasmo de quien avanza en terreno desconocido. El Doctor Alfredo Camargo, de origen sanjuanino, dedicaba tanto tiempo a su trabajo, que frecuentemente se quedaba a dormir en el hospital... hasta que se casó, por supuesto. Por otra parte, el laboratorio contaba con la mejor bioquímica de todos los tiempos la Doctora María del Rosario Castiñeiras, que, a su reconocida ca-

pacidad, le agregaba su obsesión por la perfección que contagió a sus sucesoras: las Doctoras Perego, Briozzo y Votto, esta última en bacteriología. Nos mal acostumbramos a trabajar con un laboratorio absolutamente confiable, comprometido y autor de múltiples publicaciones científicas. Hoy en día sigue siendo un laboratorio modelo con las últimas y mejores tecnologías.

Acompañante para madre puérpera de cesárea

La incidencia de operación cesárea en las embarazadas en la Maternidad Sardá es de alrededor del 25%, coherente con la frecuencia de diversas patologías maternas que la justifica. Pero multiplicar 25% por los 6000 partos anuales resulta en 1500 pares de madres/hijas/hijos que son separadas durante periodos variables de tiempo.

Esta conclusión resulta inaceptable para el modelo de maternidades centradas en la familia y así lo entendió la Doctora Alicia Benítez que propuso un permiso especial para las madres puérperas de cesárea de manera que contaran con un acompañante femenino. De esta manera no fue más necesario separar a las madres de sus hijos. La Dra. Benítez es actualmente la jefa de cuidados neonatales transicionales y no deja de tener nuevas ideas (y de las buenas).

Internación conjunta

La internación conjunta madre/hijo recién nacido sano es uno de los principales sectores de la Maternidad sarda al punto tal de ser la “vidriera” del Hospital. Alrededor del 80 al 90% de los recién nacidos sanos, luego de la primera hora sagrada en contacto piel a piel con sus madres, son internados en habitaciones destinadas a tal fin.

El concepto principal es que para los recién nacidos sanos no hay sectores de internación transicional, como tradicionalmente eran las nurseries, verdaderas aéreas de secuestro. Internación conjunta es exactamente lo contrario. No hay separación alguna y los cuidados se realizan sin interferencias en momentos tan trascendentes para el vínculo y el apego y el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Madres e hijos reciben en sus lugares las visitas de sus familiares organizadas por la mañana y por la tarde e incluyen visitas nocturnas para los padres que trabajan. Las madres reciben sus comidas en sus propias camas y los médicos pediatras y puericultoras realizan sus controles y educación para la salud sin separación alguna del binomio.

El Dr. Horacio García es jefe de dicha unidad y cuida celosamente estos principios como en realidad derechos, sean respetados integralmente.

Los especialistas

Hemos comentado que el progreso de la neonatología es vertiginoso y seguirá siéndolo por los próximos años. Esta afirmación implica reconocer la necesidad de poder acceder a otras especialidades esta vez con perfiles también neonatológicos. Es así como la Dra. Cristina Martinoli se convirtió en una excelente cardióloga (desgraciadamente para nosotros emigrada a España). El Dr. Víctor Feld es el mejor neuropediatra del momento como la Dra. Mónica Rittler lo es en genética. Todos comprenderán que este es el concepto racional de trabajo en equipo.

La aparición y crecimiento de los jóvenes terapeutas

La sobrevivida cada vez mayor de prematuros y RN enfermos produjo la necesidad de contar como miembros del staff médicos neonatólogos con habilidades para el manejo de las nuevas tecnologías y terapias de rescate. Médicos ex residentes de nuestra propia institución por méritos válidos, trabajos y publicaciones, ganaron con justicia concursos de vacantes producidas. Rápidamente guiados por el staff intermedio, liderados por el Dr. Claudio Solana, ahora en niveles de conducción, adquirieron las destrezas necesarias para convertirse en verdaderos expertos en terapia intensiva neonatal. Ejemplo de las nuevas responsabilidades fueron el avance de la asistencia respiratoria mecánica hacia la alta frecuencia, la ventilación con presión de soporte y con volumen predefinido, la administración de óxido nítrico inhalado, las formas más complejas de alimentación parenteral, el uso de drogas vasoactivas y más recientemente la hipotermia corporal con monitoreo cerebral. Un poco en broma y un poco en serio, algunos los llamamos “los fantásticos”. Seguro que no querrían ser nombrados, pero ellos son: Nora Balagnan, Juan Colares, Javier Meritano, Ricardo Nieto, Gastón Pérez, Sandra Machado y Mara... (todos ellos bajo la supervisión de los Dres. Claudio Solana y Alejandro Dinerstein).

Maternidad Segura y Centrada en la Familia

Si tuviéramos que elegir un hito que resuma todos los escalones relatados sin duda nombraríamos a esta nueva concepción filosófica y ética de asistencia con enfoque de derechos e intercultural de las mujeres embarazadas y de sus hijos antes y después de nacer, en el contexto de sus grupos familiares. MSCF es un cambio de paradigma y estos cambios surgen muy de vez en cuando, ya que nada es más difícil que cambiar. Pero este cambio fue para mejorar en el sentido pleno de desear lo mejor al

otro, amor al prójimo, como le dicen. MSCF tiene cinco ejes:

1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.
5. Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

Además de estos cinco ejes, quince principios fundamentan el cambio de paradigma para el cual se necesitan cumplir diez pasos.

Este modelo fue precedido por la publicación de la "Guía para la transformación de maternidades convencionales en maternidades centradas en la familia", en la que fueron coautores la Dra. Celia Lomuto y la Lic. María Aurelia González. Esta propuesta mereció su publicación por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, Dirección de Maternidad e Infancia.

MSCF, a su vez, mereció reconocimiento de la Academia Nacional de Medicina de Sociedades Científicas, también del Ministerio y por UNICEF, que edita la primera y luego la segunda edición con 30.000 ejemplares para su distribución gratuita, MSCF está siendo replicada por **Funlarguía** con la colaboración de organismos internacionales en las principales maternidades del país.

No solamente Internet, ahora Intranet en la Sardá

En la era de las comunicaciones el acceso facilitado y contemporáneo a la información es un prerrequisito para alcanzar calidad en instituciones complejas. No fue fácil, pero la Dra. Lidia Otheguy, además de su sólida formación científica, tuvo para la instalación de Intranet en la Maternidad Sardá un aliado excepcional: su marido. Demás está decir... muchas gracias.

COPAP

Sería injusto no incluir en el presente una intervención de impacto excepcional y de costo cero. Se trata de la salida transitoria de las incubadoras de personas nacidas prematuras, como muchas veces, muy prematuras (menores de 1000 gr). La salida es ni más ni menos, que para ser abrazados en contacto piel a piel por sus madres y sus padres. De ahí surge la sigla COPAP, que significa Contacto Piel a Piel... Los padres recuperan su rol protagónico y su autoestima y sus hijos también recuperan... a sus padres. Esos ratos son de progreso enorme en aspectos emocionales y del neurodesarrollo.

Muchas personas se involucraron en el COPAP, pero de elegir una en representación de todas sería nuestra ex Jefa Lic. Lidia Pozas.

El manejo del dolor en el recién nacido

Durante muchos años, demasiados, no se tuvo en cuenta con la importancia debida el manejo del dolor en el recién nacido, tan frecuentemente expuesto a procedimientos e intervenciones invasivas. Actualmente se sabe que el recién nacido percibe el dolor, en realidad en mayor medida que los adultos. Los RN son personas "hiperálgicas" y el dolor produce graves trastornos inmediatos y a largo plazo. En conocimiento de esta nueva condición de vulnerabilidad el equipo de agentes de salud de la Maternidad Sardá abordó esta temática con preocupación y ocupación. Varios fueron los médicos y enfermeros que estudiaron el tema, aunque la revisión más reciente y completa la realizó la Dra. Constanza Soto Conti. Actualmente conocemos el manejo farmacológico del dolor y también priorizamos el manejo no farmacológico, representado fundamentalmente por el abrazo de la madre. Mucho por hacer, pero con conciencia de su trascendencia.

LA MATERNIDAD SARDÁ PROTAGONISTA DEL FUTURO DE LA NEONATOLOGÍA

Comenzaremos con una afirmación personal necesaria: *El amor es desear lo mejor al otro*. Así entendido puedo decir que amo a la Sardá y a toda su gente, y este amor le ha dado sentido a mi vida. Y como todo amor verdadero trascenderá los límites del tiempo...

Así entendido, avanzaremos en enumerar acontecimientos que anticipo sucederán en el futuro.

En lo inmediato, la remodelación del centro obstétrico con la inclusión de las salas UTPR, permitirá finalmente alcanzar el objetivo integral del concepto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con el ingreso del acompañante elegido.

Más alejado en el tiempo concibo un nuevo hospital, un centro perinatólogo de máxima complejidad moderno e inteligente. Funcional y racional. Adecuado a la concepción filosófica y ética de instituto al servicio de la familia y por ende de la sociedad. Lo visualizo enfrente al Hospital Garrahan, y motivo de envidia no solamente para esta región de América sino para el mundo. Si para la OPS el modelo Sardá es un ejemplo de Buenas Prácticas, el nuevo hospital será nuevamente un cambio de paradigma.

Más puntual en mis opiniones, anticipo un progreso notable en imágenes y en informática. La

educación continua con simuladores, plataformas como aulas virtuales con procesos computarizados, decisiones asistenciales ajustadas por procedimientos operativos estándar y guías de práctica clínica actualizadas, eficientes y eficaces. También el acceso de consulta por redes world wide web, interactivas, formando parte del concepto de prevención del error y del reconocimiento de las imperfecciones de los seres humanos.

Constantemente aparecerán nuevas terapias de rescate y sin dudas las más interesantes serán las regenerativas y las génicas con modificaciones positivas del genoma, corrigiendo sus defectos. La Epigenética será tenida en cuenta cada vez con mayor énfasis y los 1000 días serán los de oportunidades priorizadas.

Para no omitir avances predecibles, por ejemplo, las nuevas incubadoras tendrán ambientación

uterina, es decir de acuerdo a la edad gestacional de las personas y los micro prematuros accederán a tratamientos con placentas artificiales.

El recientemente “redescubierto” microbioma es decir la presencia de bacterias en nuestro organismo, será motivo, ya no de investigaciones, sino de intervenciones. Si por cada célula humana hay diez bacterias, estas sin duda, estarán presentes como un “standard care”. Se lo llama ahora el segundo genoma y también el segundo cerebro.

Todas estas predicciones serían riesgosas si no tomáramos en cuenta la necesidad de revisar conductas éticas que jerarquicen el valor único de la condición y dignidad humana.

Para cerrar permítanme una propuesta con sentido del humor: creo que pronto deberíamos desarrollar además del botón antipánico, el botón antiestrés y proamistad.



Agradecemos la colaboración del Dr. Carlos Llama Figueroa para la realización de este artículo.





EL FINAL DE LA VIDA (Recopilación bibliográfica)

Siempre festejamos el inicio de la vida, cuando nacemos a este mundo, con un primer llanto y la emoción de los que en ese momento comparten este sublime instante.

Pero nos es difícil pensar en el final de la vida. A pesar de que existen diversas creencias religiosas, culturales, étnicas que tienen un sentir diferente de este momento, también a través de la historia se evidenciaron cambios de cómo se transita esta última etapa de la vida y estos últimos instantes.

La cultura, la política, la economía, la salud, la sociedad toda se fue transformando en lo que hoy tenemos como transitar esta última etapa en este universo físico.

Y como Pediatras también nos cuesta asumir estos instantes, porque fuimos formados para cuidar la vida, desde el nacimiento (la neonatología) y seguimos con los niños de primera, segunda infancia y llegamos a la adolescencia (los hebiatras), pero no nos enseñaron para afrontar los últimos momentos de la vida de nuestros pacientes.

Esta compilación bibliográfica orienta sobre las herramientas legales que últimamente nos da nuestra legislación, que fueron avanzando sobre la Muerte Digna y el Final de La Vida.

Varios organismos internacionales y de derechos humanos* exponen la problemática de las inequidades en el acceso a la salud, al trato digno en la enfermedad y al respeto de los derechos y la autonomía de los pacientes a lo largo de la vida.

El final de la vida puede ser observada como

un cristal que se rompe, una etapa de la vida con fragilidad físico-psico-social-familiar. Y desnuda otras fragilidades o grupos vulnerables como son los niños, niñas, adolescentes, que aumentan su vulnerabilidad en condiciones de situación de calle, habitantes en villas de emergencia y barrios carenciados, LGBT, ancianos en situación de pobreza o con problemas de salud mental, ni hablar de discapacitados.

Focalizándonos en los niños, niñas y adolescentes, tenemos que recordar que, en el Código Civil, en la reforma del 2014, en su artículo 25 establece:

... Este Código denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió 13 años.

Y al principio del artículo establece que menor de edad es la persona que no ha cumplido 18 años...

Y le da la potestad de ejercer sus derechos a través de sus representantes legales a esas personas menores de edad. Sigue aclarando el artículo 26 CC: ... No obstante la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente, puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. Es decir, los que están permitidos por este código y los que no están prohibidos por el mismo. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente, entre trece y dieciséis años, 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 fuese el caso 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 de ese acto.

Lo que debemos no olvidar, y recalco, que el final de este artículo aclara:

* Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos en las personas mayores; Plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las Personas Mayores (2009), Derechos del niño, niñas y adolescentes (Ley 26061). Carta de San José sobre los derechos de las personas de América Latina y el Caribe (2012). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; (Aug. 6, 2010).

A PARTIR DE LOS DIECISEIS AÑOS EL ADOLESCENTE ES CONSIDERADO COMO UN ADULTO PARA LAS DECISIONES ATINENTES AL CUIDADO DE SU PROPIO CUERPO.

La legislación argentina, nos ha dado una respuesta parcial en el campo de los problemas que se desarrollan en el área del espacio público, respecto a los procesos de finalización traumática y prolongada de la vida. Se debe señalar a la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente (LDP) que luego fue modificada por la Ley 26.742 (Muerte Digna) en su artículo 2° e) 5g) 6) 7f) y 10, que establece:

e) AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD: El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26061, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas, en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podría rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa, o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Artículo 5). Definición: entiéndase por **Consentimiento Informado** la declaración de voluntad suficientemente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en

igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de este estado terminal irreversible e incurable.

6) OBLIGATORIEDAD. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el objeto de prelación allí establecidos.

... deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

7f) En el supuesto previsto lo explicado en el punto g) **DEBERÁ DEJARSE CONSTANCIA DE LA INFORMACIÓN POR ESCRITO, EN UN ACTA, QUE DEBERA SER FIRMADA POR TODOS LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO.**

10. REVOCABILIDAD. La decisión del paciente en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsible que la decisión implica.

11. DIRECTIVAS ANTICIPADAS. Toda persona capaz, mayor de edad, puede disponer medidas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse

por escrito y ante escribano o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

Se incorpora el artículo 11 bis a la Ley de los Derechos del Paciente que dice:

Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

Está ordenado en nuestro Código Civil, en el artículo 59, lo que atañe a Consentimiento Informado, que la Ley de Derechos del Paciente y La ley de Muerte Digna, refieren en similitud. Solo agregó el último párrafo de este artículo para completar el proceso del Consentimiento Informado:

... 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.

Y por último cito el artículo 60 del Código Civil, de Directivas Médicas Anticipadas... La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto a su salud y en previsión de su propia incapacidad...

Las Directivas Anticipadas son instrucciones precisas que toda persona capaz deja por escrito sobre, qué tipo de cuidados desea recibir o no, cuando no pueda tomar decisiones o expresar su voluntad.

La planificación anticipada de la atención médica se puede aplicar a pacientes que sufren enfermedades crónicas o que reciben cuidados paliativos. También pueden expresarlas personas que no padecen enfermedad alguna o en caso de padecerla no amenace su vida, sin embargo, desean dejar expresados sus deseos respecto a tratamientos médicos en caso de padecer en algún momento de su vida una enfermedad o situación irreversible, incurable y no puedan expresarse en ese momento.

A la fecha no está sancionada la Ley de Cuidados Paliativos, el 15/10/2020 se aprobó en el Senado un proyecto de ley de Prestaciones sobre Cuidados Paliativos. El Senado aprobó por unanimidad y giró

el proyecto a Cámara de Diputados. Es un proyecto de ley que asegura el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en el ámbito público, privado y de seguridad social, así como el acompañamiento a sus familias.

Con el avance tecnológico en la medicina, farmacéutica, biología, genética, y otras disciplinas, cambió la expectativa de vida, que variadas enfermedades se transformen en realmente crónicas, con disfunciones y discapacidades, y también toca el límite de la vida, la supervivencia, la agonía, y la muerte. Por eso están planteadas las herramientas legales descriptas, con lo que se cuenta a la fecha para garantizar la autonomía y dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

Referencias

- Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley N° 26994/2014.
- Ley de Derechos de los Pacientes. N° 26529. Sancionada: Octubre 21 del 2009. Promulgada: noviembre 19 de 2009.
- Ley de Muerte Digna. N° 26742. Sancionada mayo 9 de 2012.
- Ley N° 26742. Mayo 24 de 2012. Publicada en el Boletín Oficial. Incorporada a la ley 26529. "Derechos del Paciente, Historia C clínica y Consentimiento Informado"
- Documento emitido por el CONICET. RIOSP "Cuidados, derechos y decisiones en el fin de la vida". Coordinación Científica: Eleonora Lamm, Graciela Jacob y Marisa Aizenberg. 2020.
- Bioética Clínica. Toma de decisiones. Final de la Vida. Legislación Internacional. Dinah Magnante. Editorial Corpus. 2020.
- La autonomía del paciente pediátrico: ¿Mito, utopía o realidad? Dra. Ciruzzi María Susana. Editorial Cathedra Jurídica Buenos Aires. Septiembre 2011.
- Bioética. Elizai Basterra. Madrid. Editorial Paulinas 1991.
- Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas. La vida negativa de acceso a la dignidad y la expresión "muerte digna". Rodolfo Vásquez. Pág. 20-26. Año 21. Número 44. 1° semestre 2017.
- Cuidados Paliativos: consideraciones éticas y clínicas en la toma de decisiones en el final de la vida. Gustavo G. De Simone. Buenos Aires, noviembre 28 de 2012- JA 2012-IV, fascículo 9.
- Maglio, Ignacio y Wierzba, Sandra M. El derecho en los finales de la vida. Muerte digna. Revista Jurídica La Ley. Año IXXIX N° 167. Tomo 2015-E. Buenos Aires, 7 de septiembre de 2015.



Boletín bibliográfico

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

1) RECESO DEPORTIVO DE 14 DÍAS PARA LOS NIÑOS DESPUÉS DE COVID-19

Los niños no deben realizar deportes durante 14 días después de la exposición a COVID-19, y en los que tienen síntomas moderados se ha de obtener un electrocardiograma antes de reanudarlos, de acuerdo con la *American Academy of Pediatrics*.

Las recomendaciones, que actualizan la guía de la academia del 23 de julio, se derivan de nuevas inquietudes de que la enfermedad pueda causar miocarditis, indicó la Dra. Susannah Briskin, pediatra especialista en medicina del deporte en *Rainbow Babies and Children's Hospital*, en Cleveland, Estados Unidos.¹

“Existen nuevos datos de casos de miocarditis que se presentan en deportistas, inclusive deportistas con COVID-19 que no tienen síntomas”, manifestó a *Medscape Noticias Médicas*.

La actualización alinea las recomendaciones de la *American Academy of Pediatrics* con las del *American College of Cardiology*, señaló.²

Investigación reciente con estudios por imágenes ha mostrado signos de miocarditis en deportistas que se restablecen de COVID-19 leve o asintomática, y han dado lugar a llamados para que se elaboren guías más claras sobre los estudios por imágenes y la reanudación del deporte.

La miocarditis vírica plantea riesgo para los deportistas por cuanto puede dar lugar a arritmias potencialmente mortales, destacó la Dra. Briskin.

Aunque los niños se benefician de participar en deportes, estas actividades también les plantean el riesgo de contraer COVID-19 y de transmitirla a otros, señala la guía.

Para equilibrar riesgos y beneficios la academia propuso recomendaciones que varían dependiendo de la gravedad de la presentación.

En la primera categoría se encuentran pacientes con cuadro clínico grave (hipotensión, arritmias, necesidad de intubación o apoyo con oxigenación por membrana extracorpórea, insuficiencia renal o cardíaca) o con síndrome inflamatorio multisistémico.

Los médicos han de tratar a estos pacientes como si tuvieran miocarditis. Asimismo, se les

debe restringir la práctica de deportes y otro tipo de ejercicio durante 3 a 6 meses, destaca la guía.

Los médicos de atención primaria de estos deportistas y “el subespecialista médico pediátrico pertinente, de preferencia en interconsulta con un cardiólogo pediatra”, deben dar su aprobación antes de que reanuden estas actividades.

Al analizar a pacientes para determinar la conveniencia de que reanuden el deporte, los médicos deben enfocarse en síntomas cardíacos, tales como dolor torácico, disnea, fatiga, palpitaciones o síncope, señala la guía.

En otra categoría están pacientes con síntomas cardíacos, aquellos con hallazgos inquietantes en el examen, y aquellos con síntomas moderados de COVID-19, incluida la fiebre prolongada. A estos pacientes se les ha de realizar un electrocardiograma y posiblemente deban remitirse a un cardiólogo pediatra, afirman las guías.

Los síntomas no deben presentarse por un mínimo de 14 días para que estos pacientes puedan reanudar el deporte, además de que deben obtener la aprobación de su médico de atención primaria antes de reanudarlo, señala la academia.

En una tercera categoría están los pacientes que se han infectado con SARS-CoV-2 o que han tenido contacto cercano con una persona que estuvo infectada, pero no presentó síntomas. Estos deportistas deben abstenerse de practicar deportes por un mínimo de 14 días, según la guía.

Los niños que no entran en alguna de estas categorías no deben someterse a pruebas de virus o anticuerpos contra el mismo antes de participar en los deportes, señala la academia.

Las recomendaciones no varían dependiendo del deporte. Sin embargo, la academia ha emitido una guía diferente para padres y tutores, a fin de ayudarlos a evaluar el riesgo de transmisión de COVID-19 a través del deporte.³

Aquellos que participan en “deportes que tienen mayor grado de tiempo de contacto o cercanía con las personas tendrían más riesgo de contraer COVID-19. Pero creo que todo esto es cuestión de bastante sentido común, dadas las recomendaciones para la actividad no relacionada con el deporte solo en lo que respecta a distanciamiento social y uso de mascarilla”, agregó la Dra. Briskin.

La nueva guía hace un llamado a los organizadores de deportes para minimizar el contacto, por ejemplo, modificando ejercicios y acondicionamiento. Recomienda que los deportistas utilicen mascarillas, excepto durante el ejercicio vigoroso o al participar en deportes acuáticos, lo mismo que en otras circunstancias en las cuales la mascarilla podría ser un riesgo para la seguridad.

También recomiendan el uso de estaciones de lavado de manos o desinfectante de manos, y evitar el contacto con superficies compartidas, así como cuartos pequeños y áreas con escasa ventilación.

La Dra. Briskin ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente...

Referencias

1. American Academy of Pediatrics. COVID-19 Interim Guidance: Return to Sports. Consultado en versión electrónica. Fuente
2. Dean P, Jackson LB, Paridon SM. Returning To Play After Coronavirus Infection: Pediatric Cardiologists' Perspective. ACC. 14 jul 2020. Fuente
3. American Academy of Pediatrics. Youth Sports and COVID-19: Understanding the Risks. Consultado en versión electrónica. Fuente

Laird Harrison

Medscape Noticias Médicas © 2020 WebMD, LLC, 30 de septiembre de 2020

2) EN SARS-COV-2 LAS PRUEBAS SON LO MÁS IMPORTANTE

¿Recuerdan el evento súpercontagador de SARS-CoV-2 en el condado Skagit, en Washington? Intensamente investigada por *Centers for Disease Control and Prevention*, la propagación de SARS-CoV-2 se vinculó directamente con una sola persona con síntomas de "resfriado leve" que no se había percatado de que había contraído la enfermedad. Como era habitual, asistió a una práctica del coro, dando lugar a que 87 %, de un total de 52 personas, contrajera SARS-CoV-2, falleciendo dos de ellas.

Se han comunicado otros eventos súpercontagadores: un grupo de Chicago de 16 casos, que incluyó tres decesos, derivados de un funeral y una fiesta de cumpleaños, y un pastor de Arkansas y su esposa, que transmitieron el virus a más de 30 asistentes a eventos de la iglesia, lo que culminó en tres fallecimientos. Si se hubiera contado con pruebas diagnósticas oportunas para estas personas, sus episodios podrían haber tenido finales más felices.

Necesitamos más pruebas, no menos

Ahora que algunos lugares de Estados Unidos y Latinoamérica están reabriéndose, y el virus todavía se está propagando, la necesidad de pruebas escalables sigue siendo tan urgente como lo fue en los primeros días de la epidemia. Las pruebas de anticuerpo precisas para determinar infección previa y respuesta inmunitaria tras la primera ola de infecciones tendrán la misma importancia (si no es que más) en la preparación para los brotes futuros y también para comprender el curso de la enfermedad.

Las pruebas de virus y anticuerpos son solo una parte de la historia. De hecho, cuanto más aprendemos de las experiencias de pacientes con diagnóstico de COVID-19, más nos percatamos del papel crucial que desempeñan otras pruebas de laboratorio en fundamentar las decisiones de tratamiento durante todo el curso de la enfermedad. No hay un paradigma uniforme para el tratamiento de los pacientes que contraen SARS-CoV-2 y presentan COVID-19. Cuando un paciente recibe un diagnóstico de COVID-19, ¿qué es lo que sigue? ¿Qué indica la presentación o el antecedente del paciente en torno al curso de la enfermedad?

Detección del virus: el primer paso

Las pruebas precisas y accesibles del virus y de anticuerpos son cruciales para controlar esta pandemia. A nadie debería culparse de introducir sin intención el virus a colegas, amigos y familia, creando un grupo de SARS-CoV-2 que pueda causar enfermedad e incluso muerte. El personal sanitario expuesto a SARS-CoV-2 en el ámbito de trabajo teme contraer y propagar la enfermedad a otros sin saberlo, mientras está presintomático o asintomático.

Estos escenarios subrayan la importancia de medidas en materia de comportamiento, como distanciamiento físico y empleo de mascarillas para maximizar la seguridad, independientemente del estado sintomático.

El uso de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para detectar ARN vírico es inestimable para la confirmación de casos de COVID-19, el rastreo de contactos y la orientación para el aislamiento. Sin embargo, una vez que el paciente se ha restablecido, el virus ya no es detectable mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (*Figura 1*).¹

Pruebas de anticuerpos: el segundo paso

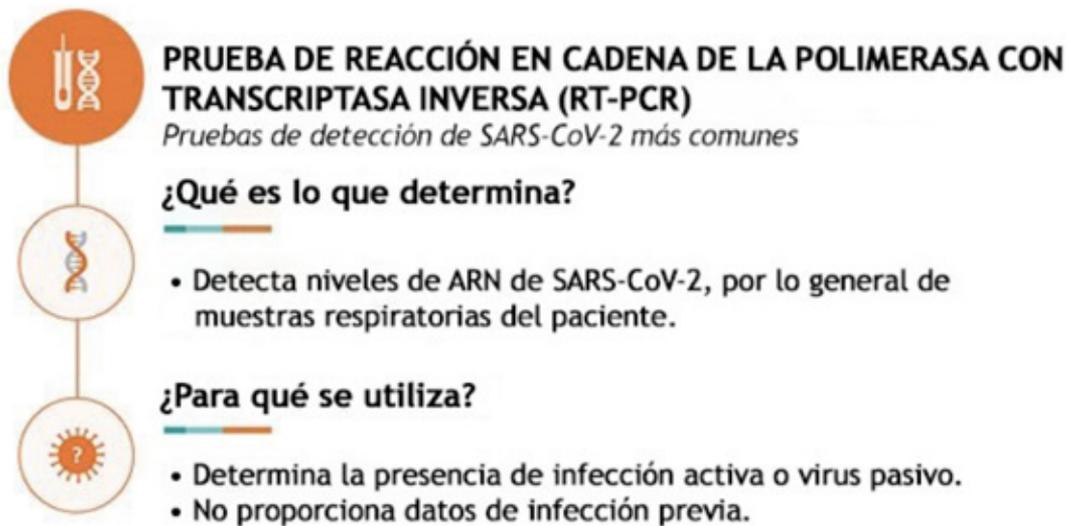
Una prueba de anticuerpos retoma el camino donde lo dejaron las pruebas de diagnóstico me-

dante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa. Los anticuerpos producidos en respuesta a una infección suelen ser detectables al cabo de una a tres semanas después de la infección. El tipo de anticuerpo (por ejemplo, inmunoglobulina M o inmunoglobulina G) y su valor cuantitativo puede ser útil para determinar la etapa de la infección. Todavía no se sabe por cuánto tiempo los anti-

cuerpos permanecen detectables después de la COVID-19 ni el grado de inmunidad que confieren estos anticuerpos. En pacientes con COVID-19 se ha observado la generación rápida de respuestas de anticuerpos neutralizantes que inhiben la replicación del virus *in vitro*.^{2,3} (Figura 2).

Las pruebas de anticuerpos sumamente precisas proporcionan información decisiva sobre la pan-

Figura 1. Prueba de prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa



PRUEBA DE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA CON TRANSCRIPTASA INVERSA (RT-PCR)
Pruebas de detección de SARS-CoV-2 más comunes

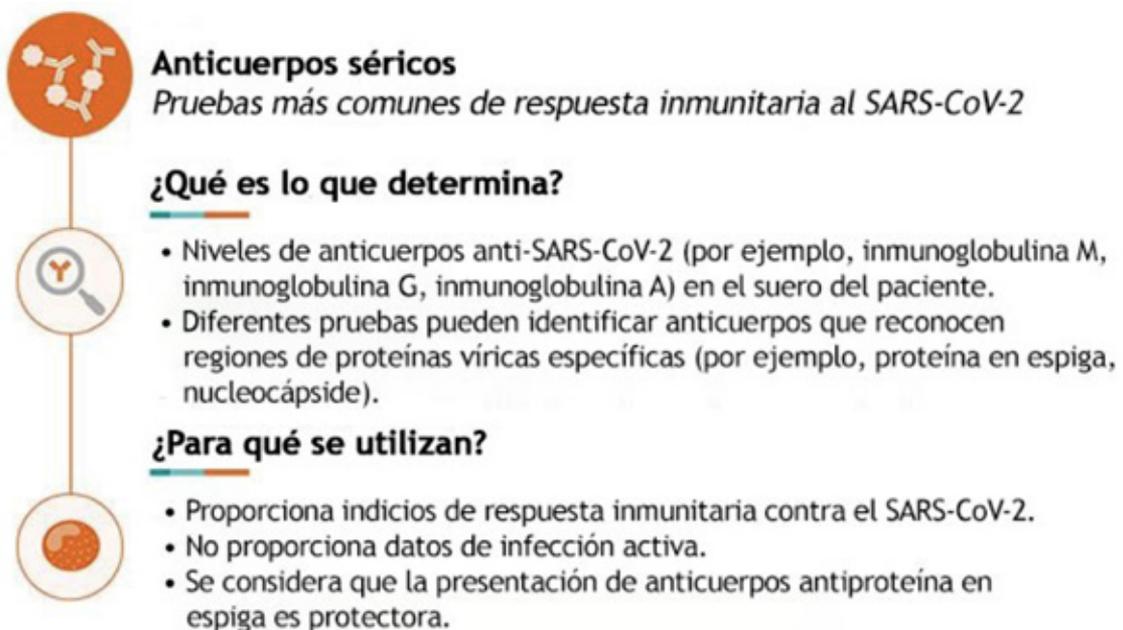
¿Qué es lo que determina?

- Detecta niveles de ARN de SARS-CoV-2, por lo general de muestras respiratorias del paciente.

¿Para qué se utiliza?

- Determina la presencia de infección activa o virus pasivo.
- No proporciona datos de infección previa.

Figura 2. Pruebas de anticuerpos



Anticuerpos séricos
Pruebas más comunes de respuesta inmunitaria al SARS-CoV-2

¿Qué es lo que determina?

- Niveles de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 (por ejemplo, inmunoglobulina M, inmunoglobulina G, inmunoglobulina A) en el suero del paciente.
- Diferentes pruebas pueden identificar anticuerpos que reconocen regiones de proteínas víricas específicas (por ejemplo, proteína en espiga, nucleocápside).

¿Para qué se utilizan?

- Proporciona indicios de respuesta inmunitaria contra el SARS-CoV-2.
- No proporciona datos de infección activa.
- Se considera que la presentación de anticuerpos antiproteína en espiga es protectora.

demia.⁴ Pueden esclarecer aspectos de la epidemiología y del curso de la enfermedad, permiten mejor comprensión de la verdadera prevalencia, contagiosidad y mortalidad de la COVID-19. Estas pruebas pueden indicar qué tanta proporción de la población tuvo SARS-CoV-2 con o sin síntomas y, por tanto, es probable que sea inmune durante algún periodo.

Los estudios epidemiológicos se basan en el empleo de pruebas serológicas altamente precisas para generar datos de seroprevalencia robustos, que permiten tener un panorama clínico de COVID-19 a largo plazo más claro y mejor comprensión del grado en que estos anticuerpos confieren inmunidad. Por otra parte, las pruebas de anticuerpos pueden ayudar a verificar la efectividad de las vacunas que inducen anticuerpos contra SARS-CoV-2.⁵

Sin embargo, la detección de anticuerpos solo es tan buena como lo es la fiabilidad de la prueba.⁶ Una medida del desempeño de la prueba es la especificidad. Pruebas con especificidad inferior a 100 % conllevan probabilidad de positivos falsos, lo que puede dar lugar a que las personas crean que han producido anticuerpos cuando de hecho no es así. La alta especificidad de una prueba es muy importante en regiones con baja prevalencia de la enfermedad (*Figura 3*).

En términos prácticos, las pruebas de anticuerpos altamente específicas rápidas y fácilmente disponibles serán inestimables para el seguimiento de las personas infectadas en determinado lugar geográfico.⁶ Esta información puede ayudar a tomar decisiones clave relacionadas con reapertura más general de diferentes regiones y para evaluar el riesgo de una segunda ola de COVID-19. Para muchos las pruebas de anticuerpo pueden proporcionar respuesta a la interrogante apremiante: “¿Lo tuve?” (pregunta que probablemente ha atormentado a individuos durante toda la pandemia).⁷

Por otra parte, las pruebas de anticuerpos pueden ser útiles para decidir cuándo los profesionales de la salud y otros en contacto con poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, personal de atención geriátrica, personal encargado de la respuesta inicial) pueden volver sin riesgo al trabajo después de una prueba de COVID-19 positiva.⁸ Otro tema candente consiste en saber si las pruebas de anticuerpo pueden guiar la reapertura segura de escuelas y negocios cerrados.⁸

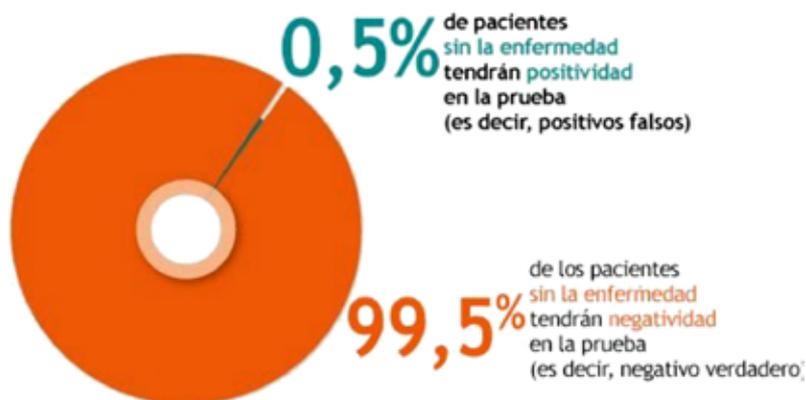
Las pruebas de anticuerpo pueden contribuir a descubrir tratamientos eficaces para COVID-19. Por ejemplo, en los programas de plasma de convaleciente se llevan a cabo pruebas de anticuerpos para detectar anticuerpos contra COVID-19 en la sangre de posibles donadores de plasma.

Figura 3. Especificidad de pruebas de anticuerpo contra el SARS-CoV-2

Especificidad de pruebas de laboratorio-explicación

Especificidad

Ejemplo: 99,5%



En el caso de las pruebas de anticuerpo contra el SARS-CoV-2, Centers for Disease Control and Prevention recomienda especificidad muy alta ($\geq 99,5$) para evitar falsos positivos.

Marcadores de tormenta de citocinas

Durante esta pandemia hemos escuchado historias de individuos por lo demás sanos cuya enfermedad rápidamente avanzó de leve a grave. Por ejemplo, un médico de Nueva Jersey sano de 46 años de edad presentó síntomas de COVID-19 leves al principio, pero luego evolucionó a fiebre elevada que dio lugar a su hospitalización.⁹ Sus radiografías torácicas demostraron que tenía neumonía bilateral, y continuó deteriorándose. Un fenómeno conocido como “tormenta de citocinas” puede ser la causa. En una tormenta de citocinas el sistema inmunitario tiene respuesta exagerada a la infección, liberando docenas de citocinas, pequeñas proteínas que sirven de mensajeros para guiar las respuestas inmunitarias normales del organismo.¹⁰ Esto puede dar lugar a que el sistema inmunitario ataque no solo al virus, sino también a los propios tejidos del cuerpo, lo que conduce a insuficiencia multiorgánica, y en muchos casos, a la muerte.

Las pruebas de marcadores tempranos de una tormenta de citocinas en pacientes con COVID-19 son cruciales para salvar vidas y evaluar qué in-

dividuos pueden tener más riesgo de respuesta acentuada al virus.

Las pruebas de sangre del paciente de Nueva Jersey mostraron inflamación grave, con elevación de los niveles de ferritina y proteína C reactiva, ambos biomarcadores de tormenta de citocinas, el proceso subyacente a su deterioro.¹¹

Después del diagnóstico rápido, este paciente se trató con un fármaco que inhibe la interleucina-6, citocina que interviene en las tormentas de citocinas. Luego de este tratamiento su estado mejoró y se restableció por completo. Este caso resalta la importancia de las pruebas de inmunoensayo para detectar niveles sanguíneos de ferritina, proteína C reactiva, e interleucina-6, que pueden ser signos tempranos de que se está formando una tormenta. Tenemos la esperanza de que estas pruebas ayuden a salvar vidas que por lo demás se perderían ante un virus incesantemente cambiante desde el punto de vista clínico.

Pruebas de coagulación sanguínea

Es asombroso percatarse de cómo muchos pacientes muy graves con COVID-19 forman coágulos

Figura 4. Pruebas de laboratorio para complicaciones de COVID-19

Prueba	¿Qué detecta?
 Coagulación	<ul style="list-style-type: none"> • Dímero D, un biomarcador de la coagulación.
 Inflamación (tormenta de citocinas)	<ul style="list-style-type: none"> • Ferritina. • Proteína C reactiva. • Interleucina-6. • Factor de necrosis tumoral-alfa. • Amiloide A sérica. • Procalcitonina.
 Daño cardíaco	<ul style="list-style-type: none"> • Biomarcadores de daño cardíaco. <ul style="list-style-type: none"> - Troponina de alta sensibilidad. - NT-proBNP.
 Gases sanguíneos	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de oxigenación: <ul style="list-style-type: none"> - Permite vigilar la dificultad respiratoria de un paciente.
 Hígado*	<ul style="list-style-type: none"> • Biomarcadores de daño hepático: <ul style="list-style-type: none"> - Bilirrubina. - AST/ALT.

AST: aspartato aminotransferasa; ALT: alanina aminotransferasa; NT-proBNP: pro péptido natriurético cerebral N-terminal.

*Importante para la vigilancia de pacientes con síntomas graves o trastornos hepáticos preexistentes.

sanguíneos.¹² Una mujer presentó síntomas característicos de COVID-19 durante algunos días antes que se le trasladara apresuradamente al hospital. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa confirmó la infección por el SARS-CoV-2, y la mujer fue hospitalizada. Sus antecedentes personales patológicos eran relevantes para fibrilación auricular y trombosis venosa profunda. Después del ingreso su estado respiratorio se comenzó a deteriorar con rapidez. Finalmente, se le inició ventilación mecánica, mientras su familia estaba reunida fuera de la unidad de cuidados intensivos.

Las pruebas de laboratorio para esta paciente mostraron niveles muy elevados de dímero D, un biomarcador indicativo de formación de trombos. El intensivista notó el antecedente de trombosis venosa profunda de la paciente y pensó que un anticoagulante sería útil en esta situación, pero no estaba exento de riesgo. Los anticoagulantes pueden dar lugar a hemorragia incontrolada que puede ser letal. No obstante, la situación de la paciente se estaba deteriorando rápidamente, por lo que el médico tomó la difícil decisión de administrar el anticoagulante. Al cabo de 30 minutos la paciente comenzó a mejorar. Sus signos vitales se estabilizaron y continuó restableciéndose durante las siguientes dos semanas antes de que se le diera de alta. Una prueba de anticuerpo antes del alta fue positiva, indicando que desarrolló respuesta inmunitaria al SARS-CoV-2.

Este caso y muchos otros resaltan la importancia de que los médicos y sus equipos evalúen el riesgo de desenlaces desfavorables en un paciente con COVID-19 a través de sus antecedentes personales patológicos y pruebas de laboratorio. Consideramos que esto garantizará que cada paciente individual con COVID-19 reciba el tratamiento óptimo adaptado.

La curva de SARS-CoV-2

La curva de aprendizaje sobre SARS-CoV-2 ha sido pronunciada en los últimos meses. Sin embargo, ahora hemos adquirido mucho conocimiento difícil de obtener, que debería mejorar las perspectivas para los pacientes con COVID-19. Hemos llegado a entender que no hay un paciente "típico" con SARS-CoV-2. Algunos pacientes nunca presentan síntomas, mientras que otros requieren un respirador para mantenerse vivos y, en última instancia, pueden no sobrevivir pese a recibir cuidados intensivos durante semanas. Algunos pacientes llegan al hospital con un trastorno preexistente que vaticina evolución de la enfermedad difícil,

mientras que pacientes previamente sanos son dados de alta con lesiones orgánicas que los dejan vulnerables a otras enfermedades en el futuro.

Por estos motivos son esenciales diversos tipos de pruebas en diferentes etapas de la enfermedad (desde aquellas que detectan el virus hasta las que identifican si una persona tiene anticuerpos, y aún otras que permiten evaluar complicaciones letales) para guiar a los profesionales clínicos en la toma de decisiones de tratamiento informadas que generen mejores desenlaces. Consideramos que el uso de estas pruebas de laboratorio continuará ayudándonos a obtener más conocimiento sobre esta enfermedad todavía enigmática, permitiéndonos controlar la propagación de la pandemia actual y mitigar futuros brotes.

Ravina Kullar, Pharm. D., M. P. H., es consultora en investigación de enfermedades infecciosas y epidemióloga. Cuenta con más de 10 años de experiencia como investigadora de enfermedades infecciosas y ha fungido como consultora para la Organización Mundial de la Salud y Centers for Disease Control and Prevention. En relación con COVID-19, la Dra. Kullar ha asesorado a varias compañías farmacéuticas e investigadores en proyectos de investigación y análisis de datos. Es oradora de TED invitada en tres ocasiones para abordar temas relacionados con enfermedades infecciosas.

Ross J. Molinaro, Ph. D., M. S., es profesor adjunto en el Departamento de Patología en la Emory University y director médico y vicepresidente de calidad médica global, bioestadística y diseño en Siemens Healthineers Laboratory Diagnostics. Es científico de laboratorio médico certificado por la American Society for Clinical Pathology, certificado por consejo en química clínica por la American Board of Clinical Chemistry y miembro de la Association of Clinical Scientists y la American Association for Clinical Chemistry Academy.

Referencias

1. Bohn MK, Lippi G, Horvath A, Sethi S, y cols. Molecular, serological, and biochemical diagnosis and monitoring of COVID-19: IFCC taskforce evaluation of the latest evidence. *Clin Chem Lab Med.* 25 Jun 2020;58(7):1037-1052. doi: 10.1515/cclm-2020-0722. PMID: 32459192. Fuente
2. Brouwer PJM, Caniels TG, van der Straten K, Snitselaar JL, y cols. Potent neutralizing antibodies from COVID-19 patients define multiple targets of vulnerability. *Science.* 7 Ago 2020;369(6504):643-650. doi: 10.1126/science.abc5902. PMID: 32540902. Fuente

3. Roegers TF, Zhao F, Huang D, Beutler N, y cols. Isolation of potent SARS-CoV-2 neutralizing antibodies and protection from disease in a small animal model. *Science*. 21 Ago 2020;369(6506):956-963. doi: 10.1126/science.abc7520. PMID: 32540903. Fuente
4. Petherick A. Developing antibody tests for SARS-CoV-2. *Lancet*. 4 Abr 2020;395(10230):1101-1102. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30788-1. PMID: 32247384. Fuente
5. Deng W, Bao L, Liu J, Xiao C, y cols. Primary exposure to SARS-CoV-2 protects against reinfection in rhesus macaques. *Science*. 14 Ago 2020;369(6505):818-823. doi: 10.1126/science.abc5343. PMID: 32616673. Fuente
6. How Reliable is Laboratory Testing? *LabTest Online*. Publicado el 28 de septiembre de 2015. Modificado el 3 de junio de 2019. Consultado en versión electrónica. Fuente
7. Rana P, Frosch D, Kamp J. Antibody Tests and Accuracy Issues Leave Some Americans With More Questions Than Answers. *WSJ*. Publicado el 28 de mayo de 2020. Consultado en versión electrónica. Fuente
8. KHN. Antibody Testing Is Touted As Crucial To Reopening, But Scientists Warn Results Can Be Flawed. Publicado el 27 de abril de 2020. Consultado en versión electrónica. Fuente
9. Doctor Shares Recovery From Cytokine Storm Brought On By Coronavirus|TODAY. *YouTube*. Publicado el 24 de abril de 2020. Consultado en versión electrónica. Fuente
10. Ye Q, Wang B, Mao J. The pathogenesis and treatment of the 'Cytokine Storm' in COVID-19. *J Infect*. Jun 2020;80(6):607-613. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.037. PMID: 32283152. Fuente
11. Wang Z, Han W. Biomarkers of cytokine release syndrome and neurotoxicity related to CAR-T cell therapy. *Biomark Res*. 22 Ene 2018;6:4. doi: 10.1186/s40364-018-0116-0. PMID: 29387417. Fuente
12. Goodman B. Blood Clots Are Another Dangerous COVID-19 Mystery. *WebMD*. Publicado el 24 de abril de 2020. Consultado en versión electrónica. Fuente

Ravina Kullar; Ross J. Molinaro

15 de octubre de 2020 Noticias y perspectivas.
Medscape © 2020 WebMD, LLC

ADENDUM

“QUIEN NO CONDENA EL MAL, LO ALIMENTA”

LEONARDO DA VINCI

Anchiano, Italia, 15 de abril de 1452-Castillo de Clos-Lucé, Amboise, Francia, 2 de mayo de 1519.
Fue un polímata florentino del Renacimiento italiano, a la vez pintor, anatomista, arquitecto, paleontólogo, artista, botánico, científico, escritor, escultor, filósofo, ingeniero, inventor, músico, poeta y urbanista..



