



# NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**AÑO XXXII**

**Abril 2021**

**N° 80**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318

E-mail: [regionmetropolitana@sap.org.ar](mailto:regionmetropolitana@sap.org.ar) • Facebook: [Pediatras Metropolitanos Argentinos](#) • Instagram: [@pedmetarg](#)

## Director Titular

Dr. Carlos Luzzani

## 1er Director Asociado

Dr. Alberto Libanio

## 2do 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

## Grupo Editorial Región Metropolitana

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

## ÍNDICE

- Editorial. Un año de pandemia ..... 2  
*Carlos Luzzani*
- XIII Jornadas de la Región Metropolitana 2021. Cursos... 3
- Ecos de las XIII Jornadas. Diversidad en las configuraciones familiares actuales (Parte II) ..... 8  
*Mónica Oliver (†)*
- Reflexiones de un pediatra.  
Ampliando las áreas de intervención  
*Cándido Roldán* ..... 11
- Hallazgos de laboratorio en pacientes pediátricos Covid-19 positivos Internados en Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", durante la pandemia 2020..... 14  
*Débora Berdecio, Agustina Gasha, Belén Gismondi, Miyuki Takata y Carol Saslavsky*
- Vacunas covid-19: actualización, estrategias y futuro de las campañas de vacunación ..... 18  
*Ángela Gentile y Vanesa E. Castellano*
- Comentario. Sobre el artículo "profilaxis de Covid-19 con carragenina. Los niños deberían ser tratados aún en ausencia de síntomas" ..... 23
- ¿Qué debe saber el pediatra sobre movilidad segura, desde recién nacidos?..... 25  
*Lucas Navarro, Axel Dell'olio y Belén Ehuletche*
- Historia de nuestros hospitales.  
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero ..... 31  
*Patricia Julia Molina y Violeta Cristina Rivas*
- Perlas legales. Certificado médico..... 35  
*Mercedes Regina Acuña*
- Boletín bibliográfico ..... 41  
*Carlos Luzzani*
- Adendum..... 45

**"El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente"**

NOTICIAS METROPOLITANAS es una publicación de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.  
El contenido de sus artículos no expresa, necesariamente, la opinión de los editores.

EDITORIAL

# UN AÑO DE PANDEMIA

*“Negar un hecho es lo más fácil del mundo.  
Mucha gente lo hace, pero el hecho sigue siendo un hecho”*  
**Isaac Asimov**

Vivimos un año, hasta ahora, en medio de una situación inédita desde hace un siglo. Debimos adaptarnos a un modo de subsistencia que nuestra memoria (y la de casi toda la humanidad) no registraba, acomodando nuestra vida diaria a situaciones y costumbres nunca pasadas. Se hicieron realidad muchos films y series del género “catástrofes de la humanidad” y nosotros, y nuestros afectos, como primeros actores. Una verdadera pesadilla.

A la incertidumbre y tensión inicial (que no se ha acabado), se agregaron medidas de prevención y tratamiento, protocolos, consensos, que variaban casi diariamente. El equipo de salud trató de adaptarse y pasó a ocupar un lugar preponderante en el mundo, pero, creo, todos tenemos la sensación que el respeto y homenaje de la sociedad y la clase dirigente, los agradecimientos y felicitaciones, solo fueron una muestra del miedo que dominaba a quienes querían una atención rápida y eficiente, con poca colaboración, sobre todo cuando se pedía el cumplimiento de las medidas de protección. “Eso es para los otros, yo me siento bien y deseo una vida habitual”: sin tapabocas o barbijos, falta de distanciamiento interpersonal, reuniones multitudinarias, etc. Y las autoridades bajo el lema: “haz lo que digo, pero no lo que hago”.

La negación total del hecho.

Tengo la sensación que hemos aprendido muy poco, que tenemos una población (no todos) socialmente mal educada a la que le importa sólo lo individual. Por ello, a pesar que se insiste en la repetición de medidas de prevención (más el inicio de la vacunación), vemos que la variación del número de casos se mueve por “olas” de descenso y ascenso, en algunos lugares más acentuadas que en un comienzo. Y la vacunación no significa, por lo menos durante los próximos años, dejar de lado las medidas simples de prevención.

Además, la forma de atención médica ha cambiado: me eduqué en la profesión escuchando y diciendo: “al paciente hay que verlo, la consulta debe ser presencial”. Ahora se impone la telemedicina...

Es una situación cuyo futuro sigue en una nebulosa.

Durante este año pandémico, además, se agregó la atención dilatada, por miedos de los pacientes y de los propios médicos, de patologías simples que se agravaron por la falta de concurrencia a guardias y consultorios. Espero que, por lo menos, ese déficit de atención no se repita.

En nuestras XIV Jornadas, a realizarse en agosto 2021, trataremos de interpretar, a través de prestigiosos disertantes, lo ocurrido y sus consecuencias.

Entretanto esperamos que nuestros pacientitos sean vacunados de acuerdo a su calendario nacional de inmunizaciones. Y que no se cierren las escuelas (situación que debe evitarse, de acuerdo a lo probado por la Sociedad Argentina de Pediatría de manera rotunda). Aunque signifique la reaparición de los cuadros virales habituales y la difícil diferenciación con casos de COVID. Todo un desafío.

La pandemia continua con el equipo de salud agotado, tensionado, con miedo (propio y por nuestras familias) recibiendo muy pocas recompensas. **Total, doctor/a: usted está habituado a que esto sea así.**

**Dr. Carlos Luzzani**

Director Titular Región Metropolitana SAP



# XIV JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA 2021



## Pandemia, ¿aislamiento y después? Abordaje pediátrico de un evento inédito

Cursaba el 20 de marzo del 2020 cuando en Argentina comenzó el aislamiento social preventivo y obligatorio, algo impensado hasta pocos días atrás; una situación que habían comenzado a vivir Asia y Europa y que veíamos desde lejos con la esperanza de que no llegue a nuestro país. Un evento provocado por un virus que no conocíamos y al cual le tendríamos que dar batalla.

Nos encontramos con que solo nos podíamos aislar, un evento social que nunca habíamos experimentado.

Los que pudimos, y no éramos de riesgo, seguimos con nuestro trabajo, con nuestra vocación de Pediatras, cuidando y tratando a los niños, poniendo en riesgo nuestras propias vidas. Vimos y seguimos viendo como ante el aislamiento y los cuidados extremos la población se contagia, enferma y muchos mueren, y con una angustia extrema: ver como nuestros compañeros también enferman y mueren en el cumplimiento de su trabajo.

Esta situación nos obligó a cambiar nuestra forma de vida, la forma de relacionarnos, la forma de saludarnos... nuestra vida diaria cambió drásticamente, con las consecuencias que estas modificaciones provocan.

Lo que marco este año fue y sigue siendo la incertidumbre de cómo cuidarnos ¿quién es el más vulnerable para contagiarse? ¿alcanzan los respiradores? ¿alcanzan las camas? ¿qué medicación es efectiva? ¿el plasma es efectivo? ese paciente ¿tiene COVID? esa persona que paso al lado mío ¿tiene COVID? ¿qué vacuna sirve? ¿qué efectos adversos tienen? ¿alcanzan las vacunas? ¿llegan las dosis suficientes? ¿esperamos el nuevo rebrote?

Los niños han experimentado esta situación de diferentes maneras: el aislamiento provocó el uso excesivo de las pantallas, cambios de horarios principalmente en los adolescentes que se quedan frente a las pantallas toda la noche, problemas de alimentación (principalmente el exceso de consumos de harinas) y falta de actividad física, que tiene como consecuencia el aumento de peso, obesidad y trastornos posturales, además de cuadros psicológicos, por lo cual muchas familias nos consultan.

Esperamos su participación, para juntos enriquecer nuestros conocimientos y formación y poder hacer frente a este desafío, por un niño sano, en un mundo con una nueva normalidad, que entre todos podemos construir mejor.

**Dr. Alberto Antonio Libanio**

Presidente de las XIV Jornadas de la Región Metropolitana



## XIV JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA 2021

**FECHA:** 11, 12 y 13 de agosto del 2021.

**MODALIDAD VIRTUAL.**

**PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:** fecha límite 15-6-2021.

### TEMAS Y DISERTANTES:

- **Desarrollo:** Novedades en detección oportuna de trastornos del desarrollo: *Dra. Victoria Sevesi.*  
Impacto de la pandemia en el neurodesarrollo: *Dra. Viviana Enseñat.*  
Telemedicina y desarrollo: *Dra. Paula Pedernera.*
  - **COVID:** vacunas y tratamientos: *Dra. Ángela Gentile.*
  - **Prevención de lesiones (un deber del Pediatra):**  
Quemaduras: *Dra. Virginia Bertone.*  
SRI y movilidad sustentable: *Dr. Lucas Navarro, Lic. Axel Dell 'olio.*  
Consumo problemático, detección: *Dra. Silvia Cabrerizo.*
  - **Efectos de la pandemia en la alimentación:**  
Trastornos gastrointestinales funcionales en lactantes. *Dra. María del Carmen Toca.*  
Alimentación saludable. Cómo lograrla en los niños. *Dra. Macarena Farías Sáenz.*  
Recomendaciones nutricionales para familias veganas o vegetarianas. *Dra. Verónica Módica*
  - **Comunicación durante la pandemia:** *Dra. Ángela Nakab, Periodista Sr. José María Oribe.*
  - **Problemáticas del adolescente:** *Dr. Javier Indart. Dr. Jorge Cabana.*
- 

## Región Metropolitana y Subcomisión de Ejercicio Profesional

### Curso regular: sincrónico online (a través de zoom)

#### El ABC de la Medicina Legal para los Pediatras

**Coordinadora:** *Dra. Mercedes Regina Acuña.*

**Día y hora:** Los 2<sup>dos.</sup> y 4<sup>tos.</sup> miércoles de cada mes, del 14 de Abril al 24 de Noviembre 2021, de 18:45 a 20:00 hs.

#### Principales temas que serán desarrollados:

- Generalidades del derecho sanitario. Responsabilidad profesional. Secreto médico. Buena praxis médica. *Dra. Acuña Mercedes R., Dra. Morabito Elisa.*
- Buzón de preguntas, Ejercicios referente a clase anterior. *Dra. Acuña Mercedes R., Dra. Morabito Elisa.*
- Bioética. Pacientes crónicos y en Uti pediátrica. Autonomía del paciente pediátrico. Ejemplos del Comité de Bioética del Hospital Garrahan. *Dra. Ciruzzi M.S.*
- Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. *Dra. Ciruzzi, Dra. Acuña.*
- Derechos del Paciente. Práctica en pacientes internados o en la atención en la guardia y consultorio. Pacientes pediátricos que sin el alta se retira del hospital. *Dra. M. Cristina Cortesi.*
- Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. *Dra. M. Cristina Cortesi, Dra. Acuña M.R.* Toma de Decisiones en el final de la vida. Protocolos de adecuación del Esfuerzo Terapéutico. *Dra. Dinnah Magnante.*
- Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. *Dra. Dinah Magnante, Dra. Acuña M.R.* El paciente en ambulancia para traslado, derechos y obligaciones del medico derivante, del médico que acepta derivación. Competencias del servicio de ambulancia. Servicios de ambulancia sus normativas. *Dr. Lucas Andrés Orlando.*
- Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. *Dr. Lucas Andrés Orlando. Dra. Acuña M.R.* Derechos de los niños, niñas y adolescentes en el contexto actual de pos pandemia. Violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. *Dra. Braier Marcia V., Dra. Acuña Mercedes R.*
- Buzón de preguntas. Ejercicios referentes a clase anterior. *Dra. Braier Marcia V., Dra. Acuña M.R.* Telemedicina, impacto pos pandemia. Receta digital. Historia Clínica informatizada. Conocimiento de las implicancias legales. *Dra. Marisa Aizenberg.*
- Buzón de preguntas de clase anterior. Ejercicios referentes a la misma clase. *Docente Marisa Aizenberg, Dra. Acuña M.R.*

**NOVIEMBRE:** Presentación de Monografía.

Con Cierre del curso por zoom en la semana última de Noviembre.

**Destinado a:** Pediatras, Residentes (fuera del horario de la Residencia).

**4 créditos (31 hs. con evaluación).**

link de inscripción: <https://www.sap2.org.ar/i2/index.php?Id=989>

#### Aranceles:

- Médicos Socio SAP \$ 1.000.
- Médicos No Socio SAP \$ 3.000.
- Otros Profesionales Socios SAP \$ 800.
- Otros Profesionales No Socios SAP \$ 2.400.

#### INFORMES:

Sociedad Argentina de Pediatría

**E-mails:** [paula.cursos@sap.org.ar](mailto:paula.cursos@sap.org.ar) / [marcela.recepcion@sap.org.ar](mailto:marcela.recepcion@sap.org.ar) / [santiago.salguero@sap.org.ar](mailto:santiago.salguero@sap.org.ar)

**Web:** [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)



# ENCUENTROS DOCENTES PEDIATRICOS METROPOLITANOS. ACTUALIZACION

ACTIVIDAD PERTENECIENTE A LA RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA. OTORGA 1 CRÉDITO PARA LA RECERTIFICACIÓN



## TEMAS

- **NEURODESARROLLO**
- **BAJA TALLA**
- **NUTRICIÓN**
- **ODONTOPEDIATRIA**
- **DISCAPACIDAD**



Los terceros sábados de cada mes desde Marzo  
a Octubre 2021 de 9.30 horas a 10.45 hs

Por plataforma virtual (Zoom)

Para informes e inscripción comunicate a  
[encuentrosmetropolitanos@gmail.com](mailto:encuentrosmetropolitanos@gmail.com)



**CURSO Región Metropolitana 2021.**

Actividad perteneciente a la RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA. Otorga 2 créditos para Recertificación.



## **APS Y ABORDAJE EN NIÑOS CON ENFERMEDADES MUSCULARES Y DEGENERATIVAS EN EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIAS- NIVEL 1.**

**WEBINAR 2021.**



**Objetivo: Capacitar a los Agentes de Salud, para mejorar la calidad de vida de: NNyA con Discapacidad, sus cuidadores y familias.**

**MIÉRCOLES DE 18 A 20 HS. Desde 31 MARZO al 28 ABRIL 2021**

**TEMAS: - ¿Qué aprendimos en la Crisis sanitaria por COVID 19?**

**-Dificultades en Diagnóstico desde APS.**

**- Enfermedades Neuromusculares, estrategias de Abordaje y seguimiento.**

**- Discapacidad Motora en su contexto. -Evaluaciones y Escalas funcionales. Técnicas**

**-TIC: Discapacidad e integración.**

**-Sobrecarga del Cuidador. -Impacto Emocional. - Aspectos Bioéticos.**

**- Coordinador: Mgtr. Dra. Martínez Perea, María del Carmen**

**- Secretarios Académicos: Dra. Claudia Vaccarelli; Dr. Alberto Libanio.**

**Docentes:** - Dra. Acuña, M; -Dra. Convertini, G; -Dr. Kines. Coloma, L; -Mgtr. Martínez Perea, M; Lic. Mattarozzi, E; -Lic. Pugliese, N; - Mgtr. Taboada Carrillo, E.

**Inscripción:** [cursos2021fmetropolitana@gmail.com](mailto:cursos2021fmetropolitana@gmail.com) **SIN CARGO**





## ECOS DE LAS XIII JORNADAS

Hace pocos días nos enteramos de la triste noticia del fallecimiento de la **Dra. Mónica Oliver**. Gran docente y colaboradora de nuestra Región, participó de varias Jornadas Metropolitanas, mostrando generosa y desinteresadamente sus vastos conocimientos.

Nuestro sincero homenaje y deseo de descanso en merecida paz a la estimada **Dra. Oliver**.

*Comité Editorial*

*Difundimos la ponencia de la participante de la mesa coordinada por la*

**Dra. Mariana Rodríguez Ponte**. La primera parte de esta exposición puede leerse en:

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_revista-metropol-79\\_1607622532.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-79_1607622532.pdf):7-10

## DIVERSIDAD EN LAS CONFIGURACIONES FAMILIARES ACTUALES

### Parte II

**Dra. Mónica Oliver (†)**

Médica Psiquiatra Infanto Juvenil. Doctora en Medicina. UBA.  
Psicoanalista de Niños y Adolescente. Miembro Adherente de APA.  
Miembro del Comité de Salud Mental y Familia. SAP.

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

### FAMILIAS HOMOPARENTALES

El reciente dictado de la ley sobre matrimonio igualitario ha dado legalidad a la unión conyugal entre personas del mismo sexo y las ha habilitado para la adopción de niños.

La homosexualidad se retiró en 1981 de la lista de enfermedades mentales de la Organización Mental de la Salud

Hoy sabemos que la elección sexual de una persona del mismo sexo no constituye una perversión ni se considera una manifestación de psicopatología. Las personas homosexuales están atravesadas por las mismas posibilidades de sufrir padecimientos de orden emocional que las personas heterosexuales.

La homosexualidad ha sido aceptada y repudiada en diferentes períodos históricos, pero siempre existió y de eso da cuenta la historia y la literatura.

La relación de homosexuales con niños no representa ningún riesgo ya que en general un niño está en riesgo si el adulto hetero o homosexual lo considera su destinatario erótico u objeto de maltrato.

Numerosos estudios han descripto que los niños criados en el seno de familias homoparentales

no presentan más problemas psicopatológicos que los criados en el seno de familias heterosexuales. El sufrimiento emocional de los niños se relaciona con la condena social, la estigmatización y las situaciones de violencia social.

Si la comunidad acepta la homosexualidad de sus padres el niño estaría preservado de la estigmatización.

Las parejas homosexuales manifiestan su deseo de familia como una fuerte voluntad de integración social. La homoparentalidad alude a los roles parentales desempeñados por los adultos homosexuales

Por muchos años se asoció heterosexualidad a familia y homosexualidad a no familia. La posibilidad de ser padres luego de declarar la homosexualidad constituye un paso más allá todavía novedoso en nuestros días.

### La familia homosexual puede configurarse a través de cuatro formulas:

- 1) A raíz de una nueva formación familiar mixta luego de un divorcio con un compañero del mismo sexo.
- 2) Con un sistema de coparentalidad en el que gays y lesbianas que viven solos o en pareja

se ponen de acuerdo para tener un hijo que se criará entre las dos unidades familiares, materna y paterna, la primera exclusivamente femenina y la segunda solo masculina.

3) Gracias a la adopción de un niño.

4) Por el nacimiento de un hijo engendrado con técnicas de procreación asistidas, inseminación artificial con donante o madre de alquiler.

La sociedad solo dispone de un vocablo para denominar a la madre y al padre. Es necesario denominar **pareja parental** cuando se forma la pareja homosexual.

Estas familias homoparentales deben crear su lugar dentro de las configuraciones familiares y lo hacen a partir de los vínculos que existen, al igual que las familias adoptivas, mixtas, parejas de hecho o las que recurren a la procreación asistida, pues todas ellas han construido e instituido ya socialmente un distanciamiento del modelo familiar de referencia y una apertura hacia el multiparentesco.

La **coparentalidad** es el encuentro de un hombre y una mujer homosexual que desean tener un hijo sin vínculo de alianza. Unos quieren compartir la educación con la otra persona y otros quieren asumirla solos. Cada uno puede tener una pareja interesada o no en el proyecto de hijo. Intervienen dos personas idénticas en relación a sus deberes y derecho cada una de ellas vive en forma independiente.

## FAMILIAS DE ACOGIMIENTO

En este caso el hijo no nace de ninguno de los adultos que lo crían, ni tiene vínculo jurídico con ellos. Sin embargo, los padres de acogimiento y los hijos acogidos, construyen a menudo, vínculos afectivos semejantes a los de la relación materno filial. Comparten una cotidianeidad y una memoria familiar.

Para la familia de acogimiento se trata de un parentesco secundario, sin vínculo de filiación entre el niño y sus tutores, pues el parentesco oficial del niño sigue siendo con sus progenitores.

## FAMILIAS Y LA PROCREACIÓN ASISTIDA

Cuando el niño se concibe gracias a la procreación asistida, la sexualidad, el engendramiento y la filiación coinciden, pero la concepción del niño no es natural.

En la actualidad, la procreación asistida se basa en los últimos conocimientos científicos sobre el

cuerpo y las posibilidades de intervención en la reproducción de la especie humana. La técnica puede amparar a la naturaleza para permitir que hombres o mujeres poco fértiles conciban un hijo.

### Formas de concepción:

- A través de la fecundación in vitro.
- Con donación de ovulo y transferencia de embrión.
- A través de la madre de alquiler.

Cuando se recurre a un donante de esperma, la filiación pertenece al marido. No es el esperma lo que hace al padre si no el proyecto de paternidad.

Los caminos de la procreación son sinuosos como es la construcción de la paternidad con una persona interpuesta. La sexualidad no es reproductora y luego, la reproducción es por vías que no son la de las relaciones sexuales. La reproducción está al margen de la relación sexual.

A veces se observa que mujeres homosexuales desean la maternidad. Criar juntas un hijo. Desde lo biológico se trata de una gestación común por inseminación de una de ellas. Puede ser una gestación común cuando una dona un ovulo a la que gestara el hijo, se reparten en ese caso el lugar de madre progenitora y madre que gesta. A veces se turnan para tener un hijo y aportarlo a la pareja.

En el caso de parejas de hombre homosexuales desean frecuentemente ser padres a tiempo completo, vivir con el niño. Algunos hombres homosexuales sin pareja pueden casarse con una mujer lesbiana, adoptar o recurrir a una madre de alquiler. También realizar un acuerdo de coparentalidad con una madre heterosexual o lesbiana, con la que mantienen un vínculo amistoso.

**El estatus de parentesco, marco simbólico de inscripción en un linaje, puede garantizarse tanto en una familia hetero u homoparental**

## RECOMENDACIONES A LOS PEDIATRAS

Dado la enorme complejidad y diversidad de las configuraciones familiares de los niños, sería importante comprender las diferentes estructuras de parentesco en caso y respetar su singularidad.

Es importante observar cómo funciona la pareja parental y si el ejercicio de la parentalidad es el adecuado para permitir el desarrollo saludable del niño más allá de las alianzas conyugales, divorcios, distintas formas de procreación y de la inclinación sexual de los padres.

No es conveniente definir como normal o patológico un modelo determinado de configuración familiar. Es conveniente siempre acompañar, aceptar lo nuevo, lo distinto sin discriminar, aceptar el intercambio con las familias y aceptarlas en su forma de autoconstruirse y observar si existe el conjunto de funciones esperables para la constitución subjetiva del niño.

Entre lo visible de una familia, la imagen, el mostrar para afuera y la vida hacia adentro en la intimidad puede haber grandes contradicciones y oposiciones. Tratar de acercarse a la intimidad de la familia para conocer el modo de funcionamiento familiar y evaluar la comprensión del niño de la configuración familiar a la que pertenece para ayudarlo a expresar sus dudas.

A decir de la Dra. Aurora Pérez, ningún pediatra atiende a un niño, sino a un niño con su familia. Por su función puede penetrar en las situaciones familiares identificando problemas, riesgos, factores protectores y realizar sugerencias para optimizar los vínculos con el niño y modificar situaciones que son adversas para el bienestar emocional del niño.

Es importante conocer la pareja parental y las familias de origen, la integración familiar. Quienes son los cuidadores del niño. Si existe separación, como son los encuentros familiares, como desempeñan el rol de cuidado del niño las nuevas parejas, reforzar los vínculos con ambas familias de origen si son adecuadas. Como se organiza la familia.

Conversar con el niño para ayudarlo a comprender que, estar en familia, no significa pertenecer a una familia nuclear. Que hay variadas configuraciones familiares, donde se cuida, ampara y se ama al niño.

Desculpabilizar a los padres, empoderarlos, pensar junto con ellos estrategias de solución a varios problemas del área psicosocial.

Ayudar a armar narrativas realísticas y verdaderas sobre la historia y la organización familiar.

Los pediatras atienden niños con variados orígenes, forma de concepción, diferentes situaciones de alianza entre los padres y diferentes elecciones de orientación sexual.

**El niño está ahí, esperando que, como pediatras, lo ayudemos comprender su origen y formas de parentesco singular y promover los cuidados y un ambiente de amor, de educación, alegría y vitalidad.**

Aceptar sin prejuicios la parentalidad lograda por esa familia y reconocer la múltiple parentalidad armónica como factor protector del desarrollo del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Klein Alejandro. Subjetividad, Familias y Lazo social. Ed. Manantial. 2013.
2. Pérez Aurora, Familia: Enfoque interdisciplinario. Lugar Editorial. 2009.
3. Kai von Klizing, The triadic perspective for parenting and early child development: from research to prevention and therapy. En: Early parenting and prevention of disorders Ed. Karnac. 2014.
4. Roudinesco Elisabeth. La familia en desorden. Ed Fondo de Cultura Económica. 2003.
5. Kaes R. - Faimberg HM. En: Baranes RJ. Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones. Amorrortu editores. 2006.
6. Moreno José Luis. Historia de la familia en el Río de la Plata. Ed Sudamericana. 2004.
7. Oliver, Mónica. Cap. Separación de los padres en Estrés en la infancia. Fundasap. Ed Gedisa. Cadoret Anne. Padres como los demás.



# REFLEXIONES DE UN PEDIATRA. AMPLIANDO LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN

**Dr. Cándido Roldán**

Médico Pediatra especializado en temas de adolescencia y juventud.  
Master Internacional en Drogadependencia: Universidad de Deusto, España,  
Universidad del Salvador, Argentina.

Director de Posgrado. Facultad de Medicina. Instituto de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló.

Motiva esta presentación, reflexionar sobre lecciones aprendidas y recogidas a lo largo de más de cinco décadas y con ellas poder reflexionar sobre el ejercicio del rol de la Pediatría.

Comenzaron mis primeros conocimientos en la guardia del ex Hospital Alvear, donde realicé la carrera del practicantado, llegando a culminar esa etapa como Practicante Mayor. Se asistía a población de adultos y niños en el departamento de Emergencias.

La consulta con niños me obligaba al contacto con los colegas del Servicio de Pediatría, de quienes recibí los primeros conocimientos sobre el tratamiento de la diarrea estival, la deshidratación y en invierno las bronquiolitis. Este contacto despertó en mí el interés por los niños y concurrí al Servicio de Pediatría diariamente. Esos primeros conocimientos se enriquecían con los cursos nocturnos que brindaba la querida y respetada Sociedad Argentina de Pediatría y a la que tanto le debo.

En 1980 renuncié a la vida hospitalaria, al cargo de médico interno de Pediatría, y me dediqué a la medicina privada y al trabajo grupal en la SAP, buscando, junto a unos pocos y excelentes colegas, despertar el interés por la etapa adolescente, participando como co-fundador del Comité Nacional de Estudios Permanente de la Adolescencia (CEPA, 1977).

Así como realicé mi reconocimiento a la SAP, debo expresar lo mismo a los profesionales que integraban en aquel momento el plantel del Servicio de Pediatría del Hospital T. de Alvear, de los cuales puedo nombrar, en representación de todos, al Dr. Raúl Ruvinsky y a los ex residentes, Dr. Manuel Katz (hoy en Israel, donde se desempeñó como Presidente de la Sociedad de Pediatría de ese país) y al actual Director de la Región Metropolitana, Dr. Carlos Luzzani.

Un orgullo de capacitación y compromiso. Época pre residencia.

En la SAP, en 1986, fui elegido como secretario del CEPA. En ese período, se produce un enfrentamiento violento entre estudiantes de los colegios Carlos Pellegrini y Nacional Sarmiento, con heridos de armas blancas.

Tuvimos una reunión de urgencia en el Comité, ya que la población involucrada era de adolescentes, y nos planteamos cuál era nuestro rol: asistir a los heridos o trabajar al mismo tiempo, por la prevención de la violencia estudiantil. Nace como consecuencia en ese momento, el **Primer Programa de Prevención de la Violencia Estudiantil en la Ciudad de Buenos Aires.**

Trabajamos en los barrios de Belgrano y Urquiza, con sede en el colegio Roca y con acuerdos con el Ministerio de Educación. El programa abarcaba 10 escuelas secundarias con 10 mil alumnos y 800 docentes. Se formó un grupo de trabajo con los Rectores, profesores tutores, un representante del Hospital Pirovano del área de Salud Mental y un miembro de la Policía Federal. La mayor cantidad de incidentes ocurrían en la vía pública. Los integrantes del Comité coordinábamos, destacando la labor del sociólogo Rubén Narváez, integrante del mismo.

Podrán encontrar el programa desarrollado en ese entonces (1986/1996) en el **Blog adolescenciayjuventud.com Dr. Cándido Roldán.**

Dicho blog fue creado para ayudar a escuelas de fronteras, rurales, comedores populares, voluntarios y profesionales interesados por esta población. Por ahora consta de 18 publicaciones. Es de acceso gratuito, se pueden bajar, copiar los trabajos y no hay necesidad de nombrar al autor.

Este programa fue premiado por OMS en 1991 (publicada la resolución en WHO/ADH/91 y en *Boletín de SAP* de esa época).

El éxito de ese programa dio la oportunidad de ser convocado por la Universidad del Salvador, para dirigir durante nueve años, un programa de prevención y asistencia a la droga dependencia como Director Regional de la zona oeste del conurbano.

Con posterioridad fui convocado por el Instituto de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de la Fundación Barceló para dirigir el Programa de Médicos Comunitarios en la zona sur de la Región Metropolitana, desde Ezeiza al municipio de Cañuelas. Realizamos capacitación en servicio en los puestos de APS, tres veces por semana y un seminario por mes de ocho horas en sede universitaria. El desarrollo completo lo podrá ver en el **blog** antes mencionado. Estas experiencias nos muestran la ampliación de las áreas de intervención de la Pediatría.

También dirigí durante cinco años un hogar, el Bernardino Rivadavia, en Máximo Paz, con población de jóvenes adolescentes judicializados por delitos y consumo de drogas. Tarea compleja donde mi principal objetivo era capacitarlos para el trabajo, junto a los requerimientos terapéuticos de cada uno de los internados. Se los capacitó con docentes del Ministerio de Educación de la Provincia, que colaboró, además, con la certificación final de aprobación del curso. Se los capacitó en:

1. Operador de PC en las áreas administrativas contables. 11 semanas. 450 horas.
2. Reparador de electro-domésticos. 10 semanas. 400 horas.
3. Soldadura variada. 9 semanas. 359 horas.
4. Panadero. 10 semanas. 400 horas.
5. Confitero. 10 semanas. 400 horas.
6. Práctico apicultor. 10 semanas. 450 horas.
7. Capacitación en ventas. 11 semanas. 450 horas.
8. Capacitación en marketing de productos. 11 semanas. 450 horas.

La capacitación laboral-profesional, hoy día, hay que indicarla en jóvenes que no completan el ciclo primario y/o secundario. Esta oferta está desarrollada en todo el país y la sigla para la búsqueda es CFP (Centros de Formación Profesional).

Les cuento que en el programa de drogas era el único pediatra entre psiquiatras y psicólogos y en el de Médicos Comunitarios, el único pediatra entre especialistas en Salud Pública. En todos los cargos estuve como director.

Existen diferentes enfoques en el trabajo **en** la comunidad y **con** la comunidad. En el primero

brindamos información (charlas, conferencias en instituciones de la comunidad). En el trabajo en la comunidad es aprender a **ESCUCHAR** a los vecinos participantes, sus problemas, sus necesidades, sus angustias, sus fracasos, ya que no consiguen respuestas por parte de las autoridades. Ayudamos a construir juntos, con pequeños aportes como el saneamiento de un arroyo donde los vecinos tiraban la basura y los animales muertos. El escucharlos nos permite conocer realidades que no encontramos en los medios corrientes, y debemos apelar a nuestra creatividad y a informarnos en fuentes de autores reconocidos e instituciones científicas de otras especialidades (sociología, antropología, trabajo social, etc.). Sobre el tema el Dr. Lejarraga publicó, en Archivos Argentinos de Pediatría 2005, un artículo titulado **“La Actividad Asistencial y los Conocimientos”**. Recomendando su lectura completa.

Aquellos que tenemos estudios superiores debemos enriquecernos con nuevas experiencias, imaginación y creatividad y lecturas de otras disciplinas para hacer crecer y renovar el campo en que nos desempeñamos.

En las reuniones con la comunidad emergen situaciones que afectan a vecinos y la intervención temprana de los equipos de salud locales, podrían dar respuestas y no esperar los agravamientos de las situaciones en casos como:

- \* violencia familiar,
- \* violencia hacia la mujer,
- \* abuso sexual,
- \* abandono o negligencia hacia menores,
- \* embarazo adolescente,
- \* adicciones. Abuso de sustancias legales e ilegales,
- \* familias con integrantes con enfermedad mental y/o discapacidad,
- \* familias con integrantes con situaciones penales,
- \* prostitución y trata de personas,
- \* delitos y asociaciones para delinquir,
- \* alcoholismo crónico,
- \* enfermedades crónicas,
- \* familias multiproblemáticas y vulnerables,
- \* incidencias graves de determinantes sociales y económicos,
- \* calidad de la atención y maltrato del personal profesional/o administrativo,
- \* localización de locales contaminantes del medio ambiente.

ESTE momento de acercamiento al vecindario con el equipo de salud, nos brindó otra mirada sobre el concepto de salud:

### “LA SALUD SE ORGANIZA Y SE DETERIORA EN LA COMUNIDAD”

Esta experiencia me plantea, y les planteo, una serie de interrogantes:

1. La situación que viven los pobres ¿es un producto de sus elecciones de vida?
2. ¿Es realmente una elección?
3. ¿Qué otra situación o situaciones se dan?
4. ¿Cuando hablamos de salud, de qué hablamos?
5. ¿Hablamos de interrogantes sociales, económicos, políticos?
6. ¿Porqué y quiénes lo generan?

### CONCLUSIÓN

Lo relatado y publicado en el Blog nos muestra la labor y el reconocimiento por parte de autoridades y la población, al PEDIATRA, más allá de la asistencia. Reconozco que no todos la/os colegas deben asumirlo. Es una cuestión de compromiso y preparación, para aquellos que sientan vocación por lo social.

### REFERENCIAS

Por cuestiones de espacio, todos los trabajos están en el BLOG [adolescenciayjuventud.com](http://adolescenciayjuventud.com) Dr. Cándido Roldan (el servidor es [wix.com](http://wix.com) con sede en Israel).

**Comunicación:** [candidoroldan36@gmail.com](mailto:candidoroldan36@gmail.com)



# Hallazgos de laboratorio en pacientes pediátricos covid-19 positivos internados en Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”, durante la pandemia 2020

*Dras. Débora Berdecio, Agustina Gasha, Belén Gismondi, Miyuki Takata y Carol Saslavsky*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es causada por el SARS-CoV-2, un nuevo coronavirus emergente, que se reconoció por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019.<sup>1</sup> En marzo 2020 se registró el primer caso confirmado en Argentina. En población pediátrica se manifestó de manera asintomática u oligosintomática, siendo de excepción los casos severos.<sup>2</sup>

Según la bibliografía disponible, la mayoría de los niños con formas leves o moderadas de COVID-19 no presentan alteraciones significativas en los parámetros de laboratorio, pudiéndose observar el recuento de glóbulos blancos normal o reducido, progresiva linfopenia en casos graves. La proteína C reactiva (PCR) es normal o incrementada; prolongación del TP, TPT, elevación de dímero D, fibrinógeno, ferritina, y datos de laboratorio sugestivos de linfocitosis hemofagocítica. En casos graves ocurre acidosis metabólica, elevación de transaminasas, bilirrubinas, LDH, CPK, CPK MB, fallo renal agudo, hipoalbuminemia, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca.<sup>1</sup>

**Palabras Clave:** Covid 19, resultados de laboratorio, niños.

## OBJETIVO

Describir resultados de laboratorio de pacientes pediátricos COVID 19 positivos.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Se revisaron historias clínicas de pacientes pediátricos de edades comprendidas entre 1 mes y 15 años, que fueron hospitalizados en el

Servicio de Pediatría del Hospital Fernández de CABA, con diagnóstico de infección por Sars Cov-2 confirmado por técnica de PCR, desde el 1/3/2020 al 31/12/2020 inclusive, a quienes se les realizó laboratorio (hemograma, recuento de plaquetas, coagulograma, dímero D, fibrinógeno, función renal, reactantes de fase aguda: PCR, VSG y ferritina, hepatograma, ionograma plasmático, glucemia, proteínas totales y albúmina. Se utilizó tabla de datos en Excel para el análisis comparativo de resultados con tabla de valores normales de laboratorio según edad del paciente (tabla Garrahan de valores normales de hematología y química), y realizar posteriormente análisis estadístico.

## RESULTADOS

n = 70.

Rango etario: desde 1 mes a 191 meses (media 72 meses).

### Hematología (n = 66)

Con respecto al recuento de glóbulos blancos se vio que 21% presentó leucopenia, 26% neutropenia y 20% linfopenia. Se vio 4% de trombocitosis.

### Coagulación (n = 58)

Se observó en 10% alteración en tiempo de Quick (disminuido 7%, aumentado 3%), APTT alterado 9% (acortado 7%, prolongado 2%).

### Dímero D (n = 38)

18% aumentado.

### Parámetros inflamatorios

- n = 63 el valor de PCR se vio aumentado en un 8%.

- n = 27 VSG 44% aumentado.
- n = 54 Ferritina alterado 18% (aumentado 11%, disminuido 7%).

### Química

- Función renal (n = 64): Uremia 41% alterado (1% aumentando/40% disminuida). Creatinemia 4% aumentado.
- Glucemia (n = 64): 11% hiperglucemia.
- Hepatograma (n = 64): 3% hiperbilirrubinemia, alteración en transaminasas en TGP 45% (5% aumentado/40% disminuido),

TGO 17% (aumentado 17%), FAL 10% (aumentado 6%/disminuido 4%).

- (n = 21) Proteínas totales 9% aumentando, Albúmina 9% disminuido.
- (n = 64) CPK 6% aumentando. LDH 100% normal.
- Ionograma sérico (n = 62): No se vio alteraciones significativas del ionograma plasmático: Natremia 4% (3% aumentando y 1% disminuido), Kalemia 8% (6,5% aumentando/1,5% disminuido); Cloro 100% normal.

### Tabla Hematología

Descripción	Aumentado	Disminuido	Normal	Con criterio de exclusión
GB (n = 66)	6% (4)	21% (14)	73%	5% (4)
Neutrófilos (n = 65)	6% (4)	26% (17)	68%	7% (5)
Linfocitos (n = 65)	4,5% (3)	20% (13)	75,5%	7% (5)
Plaquetas (n = 66)	4,5% (3)	1,5% (1)	94%	6% (4)

### Tabla coagulación

Descripción	Aumentado	Disminuido	Normal	Con criterio de exclusión
Quick (n = 58)	3% (2)	7% (4)	90%	17,14% (12)
APTT (n = 58)	2% (1)	7% (4)	91%	14,28% (12)
dimero D (n = 38)	18% (7)	0%	82%	45,7% (32)

### Tabla Parámetros inflamatorios

Descripción	Aumentado	Disminuido	Normal	Con criterio de exclusión
PCR (n = 63)	8% (5)	0%	92%	10% (7)
VSG (n = 27)	44% (12)	0%	56%	61% (43)
Ferritina (n = 54)	11% (6)	7% (4)	82%	22% (16)

### Tabla Química

Descripción	Aumentado	Disminuido	Normal	Con criterio de exclusión
Uremia (n = 64)	1,5% (1)	40% (25)	58,5%	10% (7)
Creatininemia (n = 64)	4% (3)	0%	96%	8,5% (6)
Glucemia (n = 64)	11% (7)	0%	89%	8% (6)
BT (n = 64)	3% (2)	0%	97%	8,5% (6)
TGP (n = 61)	5% (3)	40% (24)	55%	12,8% (9)
TGO (n = 64)	17% (11)	0%	83%	8,5% (6)
FAL (n = 64)	6% (4)	4% (3)	90%	8,5% (6)
CPK (n = 63)	9,5% (6)	0%	90,5%	10% (7)
LDH (n = 61)	0%	0%	100%	13% (9)
PT (n = 21)	9% (2)	0%	91%	70% (49)
Albúmina (n = 21)	0%	9% (2)	91%	70% (49)
Na (n = 62)	3% (2)	1,6% (1)	97%	11,4% (8)
K (n = 62)	6,4% (4)	1,6% (1)	92%	11,4% (8)
Cl (n = 50)	0%	0%	100%	28% (20)

### DISCUSIÓN

• En nuestra población estudiada se ha observado principalmente leucopenia con neutropenia, aumento de parámetros inflamatorios como ferritina y VSG, aumento de dímero D y alteración en parámetros de coagulación en menor frecuencia. Otros valores a destacar: alteración de uremia y de transaminasas. Se observa en muchos casos alteraciones en el

coagulograma y elevación significativa del valor de Dímero D, que no se correlaciona con la clínica de ingreso ni evolutiva de los pacientes, ya que la mayoría presentaron síntomas leves, a excepción de sólo un caso grave asumida como PIMS.

• Los criterios de exclusión que se presentaron al momento de elaborar este trabajo fueron: falta acuerdo de padres a colaborar, extracción

difícil, coagulación de la muestra, falta de reactivos en laboratorio para procesar muestra.

## CONCLUSIÓN

La incidencia de casos de niños covid positivos sigue en aumento, y aun así todavía se continúa avanzando con el estudio de los perfiles de laboratorio característicos que nos ayude a predecir la evolución de la enfermedad. Los resultados de alteración en laboratorio en la mayoría de los casos no se correlacionaron con las manifestaciones clínicas al ingreso ni con la evolución de la enfermedad.

## Abreviaciones utilizadas:

COVID-19: Coronavirus.  
 PCR: Proteína C reactiva.  
 TP: tiempo de protombina.  
 TPT: tiempo parcial de tromboplastina.  
 TTSS: transaminasas.  
 BBSS: Índice de bilirrubinas.  
 LDH: deshidrogenasa láctica.  
 CPK: creatina-fosfoquinasa.  
 PCR: Proteína C Reactiva.  
 VSG: eritrosedimentación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Infectología Pediátrica, 2020 Hospital Roosevelt.
2. Manifestaciones clínicas de COVID-19 en Pediatría Archivos Argentinos de Pediatría 2020; Suplemento COVID:c23-c28.





# VACUNAS COVID-19: ACTUALIZACIÓN, ESTRATEGIAS Y FUTURO DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

**Dra. Ángela Gentile**

Médica Infectóloga Pediatra, Epidemióloga  
Jefa del Departamento de Epidemiología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
Miembro del Comité Asesor COVID 19 del MSAL de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría (2013-2015)

**Dra. Vanesa E. Castellano**

Médica Pediatra, Departamento de Epidemiología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Las vacunas para COVID-19 constituyen una herramienta fundamental para reducir el impacto de la pandemia, junto con los programas jurisdiccionales de búsqueda de casos, su identificación con técnicas adecuadas y rastreo de contactos, al igual que, el cumplimiento por parte de la comunidad de los protocolos establecidos.

Se deberá continuar con las medidas de protección implementadas hasta controlar la transmisión sostenida del SARS-CoV-2, que se calcula que será cuando los dos tercios de la población estén vacunados.

Las vacunas han demostrado seguridad y eficacia, pero aún se desconoce el grado en que las mismas protegen, no solo contra la enfermedad grave y la muerte, sino también contra las formas clínicas leves y moderadas, la infección y la transmisión por otras variantes.

Países como Israel han presentado los primeros informes de reducción sustancial de casos y hospitalizaciones posterior a la vacunación con altas coberturas en los grupos de mayores de 60 años. Estos resultados demuestran la importancia de acelerar la administración de vacunas a través de campañas con una asignación justa y equitativa.

La respuesta inmune humoral y celular, especialmente con producción de anticuerpos neutralizantes contra la proteína S, presente en la superficie del SARS-CoV-2, son fundamentales para la protección, independientemente del tipo de plataforma.

Se han diseñado distintos tipos de plataformas, las más novedosas son las vacunas basadas en

vectores virales con el uso de un adenovirus inactivado, que ha sido modificado para transformarlo en un vector que transporta el gen de la proteína S. Una vez que el vector viral ingresa al organismo, las células comienzan a sintetizar esta proteína codificada en el genoma de estos virus, permitiendo la expresión de la misma. Así el sistema inmune detecta los antígenos virales y es posible generar inmunidad a través de la síntesis de anticuerpos específicos y estimulación de linfocitos citotóxicos responsables de eliminar las células infectadas con el virus.

Otras son aquellas basadas en ácido ribonucleico (ARN) mensajero, cuyo mecanismo de acción consiste en introducir al organismo material genético a través de nanopartículas lipídicas sintéticas que permitirán el ingreso del ARN a la célula que codifica la proteína S, y así lograr la expresión de la proteína en la célula y desencadenar la respuesta inmune.

No se ha observado que las vacunas de vectores virales no replicativos o las basadas en ARN mensajero modifiquen el material genético humano.

Otras parten de diseños más tradicionales, como las vacunas de subunidades proteicas, que incluyen los antígenos que mejor estimulan el sistema inmune como la proteína S o las vacunas inactivadas, capaces de generar respuestas inmunes protectoras. Estos diseños generalmente requieren la utilización de adyuvantes para lograr una respuesta adecuada.

Todas estas vacunas, provenientes de diferentes plataformas son en base a antígenos no replicati-

vos lo cual confiere buenas evidencias en cuanto a la seguridad.

Una vez que se han desarrollado las primeras etapas de investigación para demostrar seguridad (fase I y II) e inmunogenicidad (fase II) en seres humanos, es necesario contar con estudios de fases III a gran escala, y así comenzar la introducción en los diferentes países. Los productores deberán someterse a exámenes independientes sobre eficacia y seguridad, en particular un examen del cumplimiento de la normativa legal y la autorización pertinente en el país de fabricación.

Los países interesados, a través de los entes regulatorios, como lo es ANMAT en nuestro país, deberán autorizar su uso a partir de evaluaciones rigurosas. Las presentaciones de las vacunas candidatas para su uso a ANMAT surgen por iniciativa del Ministerio de Salud, como la vacuna Sputnik-V o Covishield, o bien por la de los fabricantes de las vacunas como Astra Zéneca S.A, Pfizer S.R.L., Janssen Cilag Farmacéutica S.A, entre otros. En ambos casos el análisis sobre su seguridad y eficacia tiene la misma rigurosidad.

Es importante señalar que a la fecha todas las vacunas autorizadas en el mundo no han completado la fase III, pero tienen autorización de uso por condiciones de emergencia en base a los resultados de eficacia y seguridad de los estudios preliminares presentados. Es de esperar en los próximos meses más información a medida que avanzan los ensayos clínicos.

Un interrogante que surge de estas nuevas vacunas es su tiempo de protección y si existe un umbral o correlato de protección es decir el tenor de anticuerpos neutralizantes que confieran protección. Lo que se conoce hasta el momento es que, tanto en la infección natural como con la vacunación, los anticuerpos descienden en el tiempo y es posible la reinfección. Un estudio reciente de modelo predictivo ha mostrado la relación entre los títulos de anticuerpos y la eficacia vaccinal. Futuros modelos predictivos basados en la evidencia disponible permitirán realizar un análisis para la estrategia de vacunación a largo plazo.

Un aspecto que ha generado preocupación en los últimos meses es la aparición de nuevas variantes de cepas SARS-CoV-2 y la posibilidad de evadir la respuesta inmune de las vacunas utilizadas entre otros cambios como la virulencia o la capacidad de transmisión. Por el momento se

están realizando diferentes pruebas de respuesta serológicas de sujetos vacunados a los fines de evaluar la neutralización in vitro de las variantes de interés, así como evaluaciones de eficacia en los estudios de fase III. Al momento se ha observado que el impacto para la protección de la cepa del Reino Unido no se vería afectada con la vacuna de ARNm y Aztra Zéneca y en relación a la cepa sudafricana se ha observado una menor eficacia con la vacuna de Aztra Zéneca.

Todas las vacunas aprobadas se distribuyen a través de un proceso logístico complejo, con pautas rigurosas para la gestión de la campaña y el control de temperatura.

Un aspecto relevante en los inicios de la vacunación es el escenario de dosis limitadas por las dificultades de los productores para abastecer una demanda mundial. Es por ello que los países realizan acuerdos con diferentes fabricantes a los fines de lograr avanzar con la cobertura esperada. Se espera que coexistan varios tipos de vacunas, como ocurre en nuestro país, lo que genera un desafío desde el punto de vista programático.

Por otro lado, también se realizará la priorización en etapas de la población objetivo a vacunar de acuerdo a la situación de riesgo.

A continuación, se detallan las principales características de las vacunas que se encuentran en uso en este momento en Argentina (*ver Tabla 1*).

## SE HA DEFINIDO EN LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES:

1. Dado que el número de casos de reinfección documentada es muy bajo en los 6 meses posteriores al diagnóstico, se recomienda la postergación de la aplicación de la primera dosis de vacuna en aquellas personas recuperadas de COVID19, posponiendo su administración entre 3 y 6 meses posterior del alta clínica.
2. Se recomienda así mismo, la postergación de la aplicación de la segunda dosis de vacuna en aquellas personas recuperadas de COVID-19, posponiendo su administración entre 3 y 6 meses posterior del alta clínica.

En cuanto a la seguridad de las vacunas y el uso en grupos especiales, a medida que se avanza con la Campaña, se generan datos de seguridad post implementación, al igual que el resto de las vacunas, lo que permite nuevas tomas de decisiones sobre la seguridad y riesgo/beneficio en

algunos grupos poblacionales. Es por ello que el Ministerio de Salud junto con la Comisión Nacional de Inmunizaciones, desde el 10 de febrero de 2021 y dadas las características particulares de las vacunas utilizadas (vacunas no replicativas), excluye el concepto de “contraindicación para la vacunación contra la COVID-19” a embarazadas, mujeres en período de lactancia, personas inmunocomprometidas o con enfermedades autoinmunes que formen parte de los grupos que pertenecen a la población objetivo a vacunar, como por ejemplo los trabajadores de la salud.

Así mismo, se considera contraindicación absoluta a recibir vacunas COVID-19: a:

1. Hipersensibilidad a cualquier componente de una vacuna o a una vacuna que contenga componentes similares.
2. Edad menor de 18 años (debido a la falta de datos sobre eficacia y seguridad en este grupo etario).
3. Contraindicación temporal: enfermedades

agudas graves (infecciosas y no infecciosas) o exacerbación de enfermedades crónicas, que impliquen compromiso del estado general (ejemplo: asma grave no controlado).

4. Contraindicación absoluta para recibir segunda dosis: anafilaxia y reacciones alérgicas graves inmediatas a la primera dosis de vacuna contra COVID-19.

No se considera una contraindicación en este momento una reacción anafiláctica previa a alimentos, medicamentos o factores ambientales. Estos pacientes pueden recibir las vacunas correspondientes en un ambiente cuidado y con medicación antihistamínica previa.

Desde el inicio de la Campaña Nacional de Vacunación contra COVID-19 se han notificado, hasta el de 03 de marzo de 2021, al Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina, 23.642 eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización (ESAVI) posteriores a la vacunación tras la aplicación de 1.181.292

**Tabla 1.** Principales características de las vacunas que se encuentran en uso en este momento en Argentina

Vacuna	Sputnik-V	Covishield (AZ)	Sinopharm
Fabricante	Instituto Gamaleya	Serum Institute de India	Instituto de Productos Biológicos de Beijing
Plataforma	1° dosis: rAd26-S 2° dosis: rAd5-S	ChAdOx1nCoV-19 (recombinante)	SARS-CoV-2 (células vero) inactivada  Adyuvante: Hidróxido de Aluminio
Esquema	2 dosis con diferentes formulaciones	2 dosis	2 dosis
Intervalo entre dosis	21 días	4 a 12 semanas	3 a 4 semanas
Edad	≥ 18 años	≥ 18 años	≥ 18 años y ≤ 60 años
Almacenamiento	- 18°C	2 a 8 °C	2 a 8 °C
Reactogenicidad	+++	+++	+
Eficacia para infección sintomática (análisis interino)	91,6% (IC95% 85,6-95,2)	63,09% (IC95% 51,81; 71,73)	79,34% (IC 95% 59,17% -89,55)

dosis (Sputnik V 951.722; Covishield 228.665 y Sinopharm 905) reportadas en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado. De los eventos notificados, el 99,4% fueron leves y moderados, 143 eventos (0,60%) fueron hospitalizados para tratamiento sintomático con recuperación. Los síntomas locales, fiebre, la cefalea, las mialgias y artralgias son el diagnóstico más frecuente de los eventos relacionados.

En Argentina se está llevando a cabo tanto la vigilancia activa de los ESAVI en centros centinelas y eventos adversos de especial interés (AESI por sus siglas en inglés), como pasiva de los ESAVI., estos eventos son analizados por la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CONASEVA) para su clasificación de causalidad.

Con respecto a la notificación de casos de trombosis en algunos países de Europa posiblemente asociados a la vacuna producida por el laboratorio AstraZeneca (AZ), informes recientes del Comité de Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia de la Agencia Europea del Medicamento, no ha encontrado una relación causal entre la vacunación y los trastornos de coagulación, los cuales pueden producirse por diferentes causas.

Estos eventos se pueden presentar en las personas que ya han sido vacunadas, así como en aquellas que aún no han recibido la vacuna. A la fecha, este Comité ha evaluado que la incidencia de eventos tromboembólicos en la población vacunada no es mayor que en la población general.

Es de destacar que, los sistemas de vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) de otros países de la Región que están administrando esta vacuna, no han reportado señales de alarma con respecto a la seguridad.

Es de esperar que con la implementación de la campaña y las nuevas vacunas se genere en la población diferentes grados de aceptación o rechazo a la vacunación que pueden estar influenciadas por los medios de comunicación, la confianza en las autoridades o en los productores y el mensaje de los profesionales de la salud, entre otros puntos.

Como todos los casos de reticencia a las vacunas es fundamental en la consulta con el profesional de la salud, mantener un diálogo abierto y de escucha activa para reducir el impacto de los mitos o la desinformación. Para ello se deberá

estar adecuadamente capacitado para responder en forma empática a las preocupaciones y con la solidez científica disponible en la actualidad. Por otro lado, será necesaria la vigilancia de la aceptación de la vacuna, generar estrategias de comunicación y sostener la farmacovigilancia.

## CONCLUSIONES

- La vacunación para COVID es la única estrategia que permitirá poner fin a la pandemia, mientras tanto es clave continuar con las medidas de protección individual y comunitaria.
- En la actualidad contamos con vacunas seguras y eficaces. Los sistemas de vigilancia, tanto internacionales y de los países continúan evaluando la seguridad de las vacunas COVID-19 mientras se avanza con una campaña mundial de vacunación sin precedentes.
- La aparición de nueva evidencia relacionada a la eficacia de las vacunas en la finalización de la fase III, protección para nuevas cepas, correlatos de protección de los anticuerpos post vacunales y seguridad de las nuevas vacunas para COVID-19 son aspectos pendientes.

Argentina ha comenzado la vacunación en diciembre de 2020 y se espera para los próximos meses avanzar con las poblaciones objetivo, implementando diferentes estrategias, acorde a las características y disponibilidad de las vacunas, situación en cada jurisdicción y grupos poblacionales.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines. 28 October 2020 | Q&A. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)). (Acceso 18-03-2019).
- Hagai Rossman, Smadar Shilo, Tomer Meir, Malka Gorfine, Uri Shalit, Eran Segal. Patterns of COVID-19 pandemic dynamics following deployment of a broad national immunization program. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.08.21251325v1.full.pdf> (Acceso 16-03-2021).
- Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Cell*. 2020 Apr 16; 181(2):281-92.
- GAVI. The COVID-19 vaccine race-weekly update. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covid-19-vaccine-race>. (acceso 18-03-2019).

- Creech CB, Walker SC, Samuels RJ. SARS-CoV-2 Vaccines. *JAMA*. Published online February 26, 2021. doi:10.1001/jama.2021.3199.
- Kim JH, Marks F & Clemens JD. Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. *Nat Med* 27, 205–211 (2021).
- Khoury DS, Cromer D, Reynaldi A, Schlub TE, Wheatley AK, Juno JA, Subbarao K, Kent SJ, Triccas JA, Davenport MP. What level of neutralising antibody protects from COVID-19? medRxiv 2021.03.09.21252641; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21252641>.
- Centers of Disease Control and prevention. How CDC is responding to SARS-CoV-2 variants globally. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/variant-surveillance/global-variant-map.html>. (Acceso 19-03-2021).
- Wang P, et al. Increased Resistance of SARS-CoV-2 Variants B.1.351 and B.1.1.7 to Antibody Neutralization. bioRxiv (2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos técnicos para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en Argentina. Diciembre 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-para-la-campana-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en>. (Acceso 17-03-2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. Actualización del manual del vacunador de Sputnik V. Febrero 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/actualizacion-del-manual-del-vacunador-de-sputnik-v>. (Acceso 18-03-2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. Manual del Vacunador- Vacuna Covishield. Año 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-del-vacunador-vacuna-covishield>. (acceso 18-03-2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. Manual del Vacunador Sinopharm. Año 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-vacunador-sinopharm>. (acceso 18-03-2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19. 9° Informe de vigilancia de seguridad en vacunas. 15 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/noveno-informe-de-seguridad-en-vacunas.pdf> (acceso 16-03-2021).
- WHO. COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual Module: COVID-19 vaccines: description and general safety considerations for implementation.
- WHO. COVID-19 VACCINES: SAFETY SURVEILLANCE MANUAL. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/covid-19-vaccines-safety-surveillance-manual/covid19vaccines\\_manual\\_surveillance\\_systems.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/covid-19-vaccines-safety-surveillance-manual/covid19vaccines_manual_surveillance_systems.pdf). (Acceso 19-03-2021).
- Danchin M, Biezen R, Manski-Nankervis JA, Kaufman J, Leask J. Preparing the public for COVID-19 vaccines: How can general practitioners build vaccine confidence and optimise uptake for themselves and their patients? *Aust J Gen Pract*. 2020 Oct;49(10):625-9.
- Actualización de los lineamientos técnicos. Campaña de vacunación COVID-19. Ministerio de Salud de la Nación. (26 de marzo 2021).



## COMENTARIO

### Sobre el artículo “Profilaxis de Covid 19 con Carragenina. Los niños deberían ser tratados aún en ausencia de síntomas”.

Publicado en *Noticias Metropolitanas XXXI*; diciembre 2020; 79:20-27

El último número de *Noticias Metropolitanas*<sup>1</sup> incluyó un manuscrito titulado “*Profilaxis de COVID-19 con carragenina. Los niños deberían ser tratados aún en ausencia de síntomas*”.

En él los autores, desde el título, apoyan el uso de una medicación para el COVID-19 sin ningún fundamento científico. Si bien parten de una hipótesis que podría propugnar el desarrollo de una investigación, olvidan que sólo un estudio clínico aleatorizado y debidamente controlado es el camino adecuado para proveer tratamientos seguros y eficaces.<sup>2</sup> En los niños, estas investigaciones deben incluir los recaudos éticos correspondientes a una población vulnerable.

El artículo parte de algunas premisas que ya han sido superadas: los niños no son supercontagiosos,<sup>3</sup> la mayoría de los niños se contagiaron de adultos,<sup>4</sup> la tasa más alta de contagio en nuestro medio se dio en el grupo de 30 a 40 años, que pueden considerarse eventualmente adultos jóvenes, pero que decididamente no son niños.<sup>5</sup>

El caso de Israel mencionado en esa publicación es muy particular, pero, aun así, debido al brote ocurrido en agosto, ese país cerró sus escuelas a mediados de septiembre 2020,<sup>6</sup> y comenzó a abrirlas al comenzar diciembre (algo más de 2 meses de cierre frente a un año escolar completo perdido en nuestro país).<sup>7</sup> Es más, algunas escuelas religiosas de ese país no cerraron nunca.<sup>8</sup>

En el resto del mundo, y siempre considerando las medidas apropiadas, la importancia de mantener las escuelas abiertas y el riesgo de cerrarlas, ha alcanzado cierto consenso en la comunidad científica.<sup>9-11</sup>

Por otra parte, si bien *Noticias Metropolitanas* no se trata en el sentido estricto de una publicación científica sino de divulgación, el hecho de ser el órgano oficial de una rama de una sociedad científica hace que deba cubrir aspectos mínimos de las formalidades propias de las mismas. En el

mismo no se incluyen referencias bibliográficas citadas en el texto para apoyar las afirmaciones que cimantan el informe. Además, se incluyen figuras claramente tomadas de otras fuentes sin referir las mismas (y en otro idioma) y sin acurar si poseen permiso para replicarlas.

Particularmente peligrosas son, al igual que el título, las conclusiones presentadas tanto en el Resumen (“*Es por ello que los autores enfatizan la necesidad de emplear en ese grupo etario carragenina nasal y bucal, a fin de escindir la cadena de contagio.*”) como al final del manuscrito (“*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.*”). Ambas carecen de cualquier fundamento científico y avanzan sobre dos premisas fundamentales (eficacia y seguridad) que sólo pueden ser probadas en investigaciones *ad-hoc*, cosa que no ha ocurrido con la carragenina hasta el momento. No debe olvidarse que la pandemia originó un sinnúmero de investigaciones explorando la eficacia frente al SARS-CoV-2 de drogas autorizadas para otras indicaciones, muchas de las cuales se han mostrado ineficaces y eventualmente peligrosas.<sup>12,13</sup>

Además, este manuscrito no declara los potenciales conflictos de interés que podrían surgir al considerar que sólo existe una empresa que comercializa tal producto en nuestro medio, la cual promociona un webinar de los mismos autores del artículo, que incluye el tópico “Uso de carragenina en la profilaxis de COVID-19. Los niños como vectores de contagio”.<sup>14</sup>

En el mar de desinformación que nos inundó en esta pandemia, la voz de las sociedades científicas debe ser una guía clara sólo apoyada en la mejor evidencia disponible.

**Subcomisión Investigación Pediátrica  
Comisión Directiva  
Sociedad Argentina de Pediatría**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hirsch R, Carvallo H. Profilaxis de Covid-19 con Carragenina. Los niños deberían ser tratados aún en ausencia de síntomas. *Noticias Metropolitanas XXXI*; diciembre 2020; 79:20-27.
2. Sociedad Argentina de Pediatría, Subcomisión de Investigación Pediátrica. Investigación en pediatría. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/pediatriaSAP\\_12jun2014.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/pediatriaSAP_12jun2014.pdf). Visitado el 17/12/2020.
3. Munro APS, Faust SN. Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child*. 2020; 105(7):618-619.
4. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Initial results on how COVID-19 spreads within Dutch families. Disponible en: <https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/research/families-and-young-people>. Visitado el 29/12/2020.
5. Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. COVID-19. Situación epidemiológica. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos/situacion-epidemiologica>. Visitado el 17/12/2020.
6. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. A large COVID-19 outbreak in a highschool 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Euro Surveill*. 2020; 25(29):2001352.
7. Staff, T. Report: Health Ministry to back full return to schools in low-infection areas. *The Times of Israel*. Publicado el 20/11/2020. Disponible en: <https://www.timesofisrael.com/report-health-ministry-to-back-full-return-to-schools-in-low-infection-areas/>. Visitado el 17/12/2020.
8. Arlosoroff M. How Did Schools Become the Israeli Economy's Coronavirus Babysitter? *Haaretz*. Publicado el 04.11.2020. Disponible en: <https://www.haaretz.com/israel-news/business/premium-how-did-schools-become-the-israeli-economy-s-coronavirus-babysitter-1.9289107>. Visitado el 17/12/2020.
9. Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health*. 2020; 5(5):e243-e244.
10. Masonbrink AR, Hurley E. Advocating for Children During the COVID-19 School Closures. *Pediatrics*. 2020; 146(3):e20201440.
11. Viner RM, Bonell C, Drake L, Jourdan D, Davies N, Baltag V, Jerrim J, Proimos J, Darzi A. Reopening schools during the COVID-19 pandemic: governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure. *Arch Dis Child*. 2020 Aug 3: arch dischild-2020-319963.
12. Organización Panamericana de la Salud. Noticias. La OPS advierte contra el uso de productos de cloro como tratamientos para COVID-19. Publicado el 05/08/2020. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/5-8-2020-ops-advierete-contra-uso-productos-cloro-como-tratamientos-para-covid-19>. Visitado el 29/12/2020.
13. Food and Drug Administration. Drug safety and availability. FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems. Published 01 Jul 2020. Disponible en <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-use-hydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>. Visitado el 29/12/2020.
14. Laboratorio Cassará. Profilaxis COVID-19: Cómo cuidarnos ante la inminente nueva ola de contagios. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VekU4w9yLL8&feature=youtu.be>. Visitado el 17/12/2020.



# ¿QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA SOBRE MOVILIDAD SEGURA, DESDE RECIÉN NACIDOS?

*Dr. Lucas Navarro*

Comité Nacional de Prevención de lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

*Lic. Axel Dell'olio*

Presidente de la Asociación para la disminución de siniestros viales (ADISIV)

Responsable del programa @mamaseguras

*Lic. Belén Ehuletche*

Relaciones Institucionales ADISIV

Se estima que 2 niños –menores de 14 años– pierden la vida en siniestros viales por día, en la Argentina. Si bien las butacas de auto reducen, en torno al 70%, las muertes y lesiones, en nuestro país sólo 3 de cada 10 niños viajan de forma segura en auto.

## ¿Qué deben saber los pediatras sobre traslados seguros? ¿cuáles son los principales riesgos en el tránsito?, y ¿cómo podemos contribuir a evitar lesiones graves o incluso fatales?

Es importante que los pediatras, quienes participan de forma activa en la incorporación de hábitos saludables y de seguridad, a partir de la información que brindan a madres, padres y cuidadores, cuenten con un análisis actualizado sobre traslados seguros.

En la Argentina, los siniestros viales se cobran cerca de 6.000 vidas al año. Los mismos se encuadran dentro de las denominadas causas externas de defunción en las estadísticas vitales de los países. En el caso de los niños de 0 a 4 años, las causas externas son la cuarta razón de fallecimiento luego de cuestiones perinatales, congénitas y respiratorias. Mientras que en los menores de 5 a 14 años son la principal causa de mortalidad y esto se mantiene en el rango de 15 a 34 años. Además, la inseguridad vial genera perjuicios en los sistemas de salud y a la economía del país, ya que el Estado destina cerca del 3% del PBI anual, en reparar daños y asistir a los involucrados en los siniestros. Es decir, que estamos frente a una situación grave de salud pública, que supera las muertes por enfermedades

tumorales, respiratorias o infecciosas, pero no es visible o presentada en toda su dimensión. La problemática tiene características de endemia y se debe tratar como un serio problema de salud pública.

El Observatorio Vial de la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) realizó un estudio observacional en todo el país entre conductores y ocupantes de autos y motos y reveló que sólo 3 de cada 10 niños viajan protegidos (2016). Los resultados determinaron que 7 de cada 10 menores de 0 a 17 años circulan desprotegidos porque no utilizan cinturón o sillita, o porque los utilizan de manera incorrecta, según lo establece la normativa de tránsito. Sólo el 46,4% de los niños de 0 a 4 años que viajan en el asiento trasero del auto, utilizan la sillita. Cuando es una mujer la conductora, esa cifra asciende al 58,6% en uso de SRI.

## IMPACTO

Llevar a un niño de 20 kg sujetado solo por los brazos de otra persona y sufrir una colisión a 50 km por hora equivale a una caída desde un cuarto piso, con una probabilidad casi nula de sobrevivir.

El cinturón de seguridad será efectivo recién entre los 10 y 12 años, cuando los niños alcancen 150 cm de altura y estén preparados físicamente para utilizarlo de forma correcta: el lazo superior debe pasar por el tórax y la zona clavicular, y la parte inferior, por la raíz de los muslos, al mismo tiempo que la columna del niño debe apoyar sobre el respaldo posterior de la butaca del automóvil. Utilizar mal el cinturón de seguridad o

trasladar a un bebé en la falda “a upa”, y rodearlo con el mismo cinturón que usa el adulto, puede ocasionar lesiones graves e, incluso, fatales.

Por eso, la recomendación de seguridad para adquisición o sobre uso de Sistemas de Retención Infantil, debe incluirse entre los cuidados básicos del recién nacido y llegar a las familias, siempre que sea posible, en la consulta prenatal. Seleccionar un Sistema de Retención Infantil, implica cierto grado de conocimiento y manejo de información técnica ya que se trata de dispositivos de seguridad, diseñados y testeados para sujetar de manera eficaz a los niños que no pueden asegurarse con los cinturones de seguridad provistos por los automóviles.

### ¿QUÉ TENER EN CUENTA PARA SELECCIONAR UN SRI?

En primer lugar, es importante destacar que la Ley Nacional de Tránsito a través del Decreto reglamentario 32/2018, dispone que es obligatorio los niños viajen ajustados al Sistema de Retención

Infantil, en los asientos traseros del vehículo, hasta los 10 años, aunque la recomendación de seguridad apunta hasta los 12 años como sucede, por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires. “Cuando el pasajero sea menor de 12 años o con una altura inferior a 1,50 metros, debe utilizar el sistema o dispositivo de retención infantil, correspondiente a su peso y/o altura debidamente homologado”, señala la legislación vigente en CABA.

### Homologación

Hasta la fecha, en la Argentina no se homologan SRI; por lo tanto, se deben elegir aquellos certificados por organismos de Europa o de los Estados Unidos. Las certificaciones más comunes son las europeas (ECE R44/04 y ECE R129 i-Size) o de Estados Unidos (FMVSS213).



También se puede consultar el ranking de *crash tests* del Programa de Evaluación de Sistemas de Retención Infantil (*Pesri*). Se trata de un programa derivado de LatinNCAP, el organismo califica en algunos casos la seguridad de los autos que se venden en América Latina. *Pesri* somete a las diferentes sillas del mercado a un *crash test* de laboratorio. Con el uso de dummies que imitan el peso y tamaño de niños de diferentes edades, evalúa el nivel de protección que ofrece una silla en un choque.

### Percentil

Además, debemos saber que los SRI se seleccionan de acuerdo a la Altura, Peso y Edad (APE) del bebé o niño a trasladar. Las sillitas indican un peso máximo de uso y en ocasiones también una altura, por eso, conocer el percentil de crecimiento puede contribuir en la selección.

## SRI Sistema de Retención Infantil



**GRUPO 0** Hasta 10 kg.  
0 a 6 meses



**GRUPO 0+** Hasta 13 kg.  
0 a 15 meses



**GRUPO 1** De 9 a 18 kg.  
9 meses a 4 años



**GRUPO 2** De 15 a 25 kg.  
4 a 6 años



**GRUPO 3** De 22 a 36 kg.  
6 a 12 años

Los chicos en el auto:  
**Nunca en brazos**  
**Siempre atrás**  
**y en su SRI**



**USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN EMBARAZADAS**



**TU HIJO NECESITA UN (SRI)**  
Sistema De Retención Infantil  
**ACORDE A SU (APE)**  
Altura, Peso Y Edad

### Grupo 0 y 0+ (de 0 a 10/13 kg)

Sistema que permite llevar al bebé en la parte trasera. La colocación de la sillita será siempre en sentido contrario a la marcha. El sistema protege al bebé a través de unos arneses dispuestos en la propia silla, que va sujeta al vehículo.

### Grupo 1 (de 9 a 18 kg)

El niño va sujeto a la silla a través de un arnés, y éste al vehículo, permitiendo su colocación en ambos sentidos de la marcha de acuerdo a la indicación del manual. Es muy importante ajustar la silla a medida que crece el niño, y evitar holguras tanto en los arneses como en la instalación con el cinturón. En los últimos años se han diseñado gran cantidad de modelos de Sistemas de Retención Infantil con distintas alternativas para colocar según indica la homologación del producto, a frente marcha o a contramarcha.



### Grupo 2 (de 15 a 25 kg)

El "asiento elevador" con respaldo permite adaptar el cuerpo del niño o niña, al recorrido del cinturón de 3 puntos del vehículo. Con este sistema el niño viaja a favor de la marcha.

Junto con seguir las indicaciones del fabricante, respecto a límites de peso y altura, se recomienda que entre el borde de la cabeza del niño y el límite del SRI tiene que haber una distancia de 4 dedos.

### Grupo 3 (de 22 a 36 kg)

El "booster" eleva al niño para que pueda utilizar el cinturón de 3 puntos del vehículo con total seguridad. Siempre en plazas traseras y en sentido de la marcha. Aunque la recomendación sea utilizar respaldo la mayor cantidad de tiempo posible en función de la homologación con la que cuenta.

Además, es importante no anticipar el paso de un grupo a otro, sino agotar el uso de cada sistema siguiendo los límites que especifica el manual y del mismo modo no girar al bebé antes

de tiempo, ya que cuanto más tiempo viaje en contra del sentido de la marcha, mejor.

Es muy importante ajustar la silla a medida que crece el niño, y evitar holguras tanto en los arneses como en la instalación con el cinturón.



### Sujeción

Aunque en general cualquier SRI puede instalarse en cualquier vehículo, existen excepciones y son determinantes. Se aconseja leer el manual del automóvil, las instrucciones del fabricante del SRI.

Los sistemas de retención infantil cuentan con al menos dos opciones de instalación segura:

#### 1) Con cinturón de seguridad

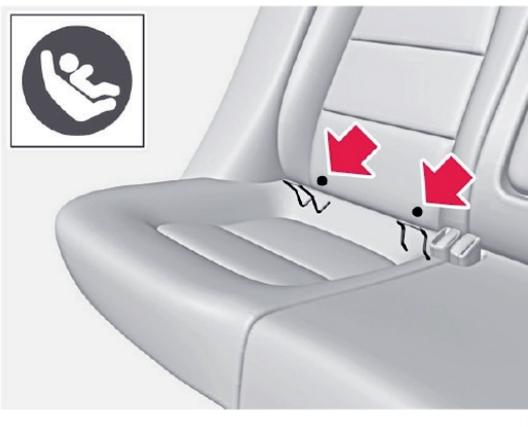
Lo más importante es hacer caso al guiado que indica el fabricante que tiene que recorrer el cinturón de seguridad, y fundamental verificar la manera de trabar el cinturón de seguridad con el que se sujeta el SRI, ya que el del mercado latino ofrece la mayoría de sus vehículos con cinturo-nes inerciales, por lo que muchos SRI requieren utilizar un locking clip para fijarlo y que no ceda ante un impacto o movimiento brusco.



## 2) Con anclaje ISOFIX (ganchos fijos-sistema europeo) o LATCH (ganchos y correas-sistema americano)

El Sistema de Retención Infantil viene con los accesorios para conectarse a los anclajes inferiores del vehículo. También viene con una correa superior que se necesitará si la estamos instalando mirando hacia el frente. Estos sistemas son compatibles entre sí.

En este punto es importante marcar que los sistemas de anclaje hacen más dinámica la utilización del SRI y pueden corregir errores, pero ambos modos, si la instalación se hace de forma correcta y siguiendo indicaciones del fabricante son seguros.



## ¿A contramarcha, por qué y hasta cuándo?

En principio, todos los ocupantes de un automóvil deben viajar sujetos, ya que trasladarse sin sujeción conlleva el riesgo de sufrir graves lesiones si se produce un siniestro, incluso, a baja velocidad. Ante una colisión a baja velocidad y dentro de una ciudad, el peso de un niño se puede multiplicar hasta por 32 veces su propio peso, por lo que resulta imposible sostenerlo en los brazos de un adulto, lo que le ocasionaría serias lesiones al ser despedido del habitáculo o al ser golpeado en el interior del vehículo con partes internas y/o con otros ocupantes.

En términos generales, los sistemas de retención infantil (SRI) ofrecen un elevado nivel de protección en la prevención de las muertes por tránsito, ya que reducen las defunciones de lactantes un 71% y las de niños pequeños, un 54%.<sup>7</sup> Por otro lado, protegen de lesiones en general un 82% en comparación con el uso solo del cinturón.

Hasta hace pocos años la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomendaba que por lo menos hasta los dos años de edad, los niños debían viajar a contramarcha, pero desde 2018 extendieron la edad mínima a 4 años. La recomendación se difundió a través de un comunicado oficial publicado en AAP News, la revista oficial de la Academia Americana de Pediatría: "Los niños deberán viajar a contramarcha en su sistema de retención infantil el mayor tiempo posible, hasta los límites especificados por el modelo de silla que usen. Esto incluiría virtualmente a todos los niños menores de 2 años y a la mayoría de los niños hasta los 4 años de edad", especifica la AAP.



Según explica la entidad médica, la recomendación se basó en parte en un estudio de 2007 que encontró menores riesgos de lesiones para niños de 1 a 2 años que estaban mirando hacia atrás en un choque en comparación con mirar

hacia adelante (Henary B, et al. Inj Prev. 2007; 13: 398-402). “Los hallazgos fueron consistentes con la investigación biométrica, los datos de simulación de choque y la experiencia en Europa, especialmente en Suecia, donde muchos niños viajaron mirando hacia atrás durante mucho más tiempo que los niños estadounidenses”.

Distintos especialistas coinciden al explicar que, en una colisión frontal, el movimiento de los ocupantes continúa hacia adelante. En una silla a frente marcha, el arnés retiene el cuerpo del niño, pero no su cabeza, que continúa el movimiento de manera brusca y con poca musculatura cervical desarrollada para sostener ese movimiento violento, que muchas veces puede provocar la decapitación interna. Entonces, la única forma de evitarlo es impidiendo el movimiento de la cabeza, y eso sólo se logra con un asiento con sistemas a contramarcha (ACM).

Tanto en Suecia como en Noruega viajar de espaldas es la única opción. En España es obligatorio que los menores se desplacen en sillas homologadas hasta los 12 años. Los bomberos de Madrid recomiendan los 4 años, como la edad mínima para que todos los niños viajen a contramarcha.

## MERCADO, ACCESO Y ACCIONES

Aunque está comprobado que prolongar el uso de SRI a contramarcha (hasta los 18-22kg) incrementa la seguridad en los traslados, las opciones que así lo permiten no abundan en el mercado argentino y los modelos disponibles realmente representan una inversión de dinero significativa para las familias. A eso se suma la falta de acceso a financiamiento y una carga impositiva que pesa en la importación de estos sistemas.



Lo importante, mientras seguimos trabajando para que el mercado se actualice y existan opciones accesibles y seguras para todos los rangos de la sociedad, es que siempre se utilice un Sistema de Retención Infantil para los traslados en vehículo de bebés, niños y niñas. No tiene que ver con la distancia, o con la velocidad. Un siniestro puede producirse en cualquier momento y generar lesiones graves con secuelas permanentes. Además, dar pautas coherentes respecto a su uso favorece la incorporación del hábito en los niños.

Como mencionamos, los SRI son dispositivos de seguridad, por eso cuentan con una vida útil y deben recibir un trato adecuado y descartarse en caso de participar en un siniestro, recibir golpe o detectar faltante de piezas. Por eso, no se recomienda el uso de sillas usadas sobre todo cuando desconocemos la procedencia y el trato que recibió. Por consenso se recomienda un uso de 5 a 6 años para los “huevitos” o sistemas de Grupo O/O+ y de 8 a 10 años para los restantes, de todos modos, muchas marcas indican su vencimiento en el manual y/o en el propio SRI.



Las lesiones ocasionadas por el tránsito son un serio problema de salud pública; si bien existen estrategias de probada eficacia contra esta epidemia, aún no se aplican de manera efectiva y uniforme en el territorio nacional, ya que la sujeción de los menores en los automóviles no se controla con la rigurosidad que ello exige.

La primera causa de muerte en la Argentina en niños mayores de un año son las lesiones externas, en especial las asociadas al tránsito. Las fatalidades se producen porque los niños utilizan el cinturón de seguridad antes de estar preparados para hacerlo, van sueltos o usan de forma inadecuada.

cuada el SRI. En los puntos de chequeo realizados entre Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y la Asociación para la Disminución de Siniestros Viales (Adisiv) en los últimos años, se verificó que cerca del 90% de los SRI estaban mal colocados o eran sistemas incorrectos.

Se publicaron recomendaciones basadas en la evidencia sobre cómo deben viajar los menores en los automóviles, pero la legislación argentina está desactualizada, y los controles en las calles y rutas son deficientes. Una opción sería copiar y adaptar el ejemplo de España, donde no utilizar el SRI se considera una infracción grave: la multa es de 200 euros y la quita de 3 puntos en el carné de conducir. Incluso Chile, logró aumentar significativamente el uso de SRI a partir de la aplicación de la ley reciente y de sanciones.

Aún queda mucho trabajo de concientización, investigación y actualización de normativa en

función de las recomendaciones técnicas de seguridad vial, mucha de esta información está disponible en [www.mamasyniñosseguros.com.ar](http://www.mamasyniñosseguros.com.ar) o en [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar) pero no podemos dejar de mencionar la necesidad de generar herramientas que permitan hacer traslados seguros no sólo en vehículos de uso particular sino en los de transporte públicos, ómnibus de media, corta y larga distancia, taxis, remises y demás sistemas de renta de vehículos.

En ese sentido, en los traslados en micro urbanos la recomendación alternativa a la falta de SRI en este servicio es viajar en los asientos traseros de espaldas a conductor. Mientras que para viajar en vehículos de alquiler la única opción segura es hacerlo con el SRI propio o con uno provisto por la empresa que se adapte a la altura y peso del menor.





## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS PARMENIO PIÑERO

**Dra. Patricia Julia Molina**

Médica Pediatra y Neonatóloga

**Dra. Violeta Cristina Rivas**

Médica Pediatra

El Hospital Piñero se inauguró el 9 de septiembre de 1917. Su nombre se debe a su benefactor Parmenio Teódulo Piñero, quien nació en Buenos Aires el 3 de abril de 1841. Su buena situación económica le permitió dedicarse a una de sus pasiones: el arte. Falleció soltero el 18 de mayo de 1907 y en su testamento dejó asentado que su fortuna se repartiera entre familiares, empleados, amigos e instituciones de bien público. Donó 2.144.881,56 pesos a la Municipalidad de Buenos Aires para que construyera un hospital que debía llevar su nombre.

El 18 de abril de 1915, luego de una búsqueda de terrenos, se colocó la piedra fundacional en los terrenos ubicados entre las calles Varela, Balbastro, Lafuente y Álvarez.

En enero de 1916, se llamó a licitación pública para su edificación, y en junio comenzaron la construcción.

Fue diseñado bajo los conceptos arquitectónicos de la época: pabellones independientes con calles internas y amplios parques, diseñados en 1917 por Carlos Thays. Todo el edificio se realizó con los mejores materiales de la época: tejas y azulejos franceses, escaleras de mármol de Carrara, grifería inglesa, pisos de mosaicos de origen italiano, ascensores de antaño que funcionan como el primer día.

El 9 de septiembre de 1917 se inauguró una primera sala destinada a Cirugía, con cuarenta camas, bajo la jefatura del Dr. Ricardo Spurr. Luego se completó el pabellón de Cirugía. En 1919 se instaló la Maternidad a cargo del Dr. Monteverde y se habilitaron consultorios de especialidades, entre ellas Pediatría.

El Dr. Spurr, primer director de la institución, creó en 1920, la escuela de Nurses, que funcionó hasta 1930 y de ella egresaron 87 enfermeras diplomadas.





En 1925, progresivamente, se fueron completando los nuevos pabellones de Clínica Médica y Maternidad y la casa de la madre soltera (que contaba con talleres de costura). Había un lactario, donde se enseñaban las técnicas de lactancia. Allí las dadoras de leche vendían el exceso de la misma para niños desnutridos. La ambulancia era a tracción a sangre.

En 1930 el hospital contó con la primera ambulancia automóvil.

En 1935 se creó el Servicio Social, Clínica Médica, Maternidad y Ginecología.

En 1936 se creó el servicio de Salud Mental, bajo la dirección del Dr. René Arditti Rocha.

En 1940 comenzó la construcción del servicio de Guardia, bajo la dirección del Dr. Spurr.

Se amplió la Maternidad, con una capacidad de 162 camas, llevando el nombre de su promotor y primer jefe, el Dr. Monteverde.

En la década del 50 se incorporó la Unidad de Cuidados Mínimos y la de Cuidados Ambulatorios.

En 1953 se inauguró el Servicio de Kinesio-  
logía.

En 1954 se inauguró una nueva ampliación, a cargo del ministro Dr. Carrillo, con capacidad para 220 camas.

En 1960 se fusiona la sala de Pediatría con Puericultura.

En 1962 comenzó el régimen de residencias médicas.

En 1976 se reestructuran los servicios y se crea el Departamento Materno Infantil.

En 1983 se realiza la primera Jornada Científica.

En 1990 se inaugura la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

En 1991 se creó la Escuela de Auxiliares de Enfermería.

El Hospital, en la actualidad, tiene un total de 318 camas. Contamos con historia clínica electrónica unificada para la gestión de los hospitales de GCBA, sistema que posibilita a los profesionales de la salud registrar de manera digital y consultar, la información relacionada con el cuidado de la salud del paciente. Toda la información está centralizada (consultas, laboratorio, imágenes). Nuestro Laboratorio Central es de excelencia, y en 2019 se implementó el sistema Nextlab.

El 9 de septiembre de 2017 se festejó el Centenario del Hospital. Médicos y autoridades fueron recibidos en el Salón Azul del Congreso de la Nación, con la presencia de la Ministra de Salud de la Ciudad.

## ÁREA PROGRAMÁTICA

El Hospital Piñero forma parte de los 35 hospitales que integran el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires.

El área programática es la más extensa de todas las de la ciudad, y una de las más vulnerables. Son 35 Km cuadrados que equivalen a un quinto de la superficie de la ciudad y comprende los distritos de Flores, Floresta, Villa Soldati, parte de Villa Luro y Villa Lugano. Abarca parte de las comunas 7, 8, 9, 10 y 6. Los límites son las calles Varela, Cruz, Centenera, Barros Pazos, Riestra, Asamblea, Emilio Mitre, Rivadavia, Martín de Gainza, vías del ferrocarril Sarmiento, Calderón, Donizetti, Escalada, Eva Perón, Larrazabal, vías del ferrocarril Belgrano y Riachuelo.

Una vasta región en la que hay barrios pobres y villas de emergencia, donde en los últimos años ha crecido la población y los problemas sanitarios.

Cuenta con los CESAC 6, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 31, 40, 44 y 48 y siete centros médicos barriales (4, 9, 25, 28, 31, 38 y 39). Estos últimos (cobertura



**Remodelación y ampliación de la guardia de Pediatría.**

porteña de salud) están dirigidos a aquellas personas que no poseen cobertura médica (prepaga u obra social) y que acrediten residencia habitual y permanente en la ciudad de Buenos Aires.

La problemática es compleja, haciendo necesario la consolidación de lazos sólidos entre los distintos efectores.

Los centros de salud del área cuentan con equipos interdisciplinarios y realizan actividades asistenciales, comunitarias y de formación, tanto intra como extramuros. Implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad.

El CESAC 48, inaugurado en 2019, cuenta con una nueva Casa de Madres del Paco, un centro de prevención y contención para niños, niñas y jóvenes con problemas de adicción al pacó.

### **RESIDENCIAS**

En 1962 inició el régimen de residencias médicas.

En 1979 comenzó la residencia en Psiquiatría.

En 1983 se inició la residencia en Pediatría. Hasta ese momento se ingresaba a la carrera hospitalaria a través de la concurrencia.

En 1986 la residencia en Psicología.

Actualmente nuestro Hospital, cuenta con 25 residencias, entre las médicas y no médicas (veterinaria, economía, antropología, etc.).

### **DOCENCIA**

En 1961 comenzó la Unidad Docente Hospitalaria, que continúa en la actualidad, dependiente de la UBA. La docencia universitaria médica siempre estuvo presente, en un principio a cargo de los jefes de sala, que eran docentes universitarios.

A partir de la creación del CODEI, Comité de Docencia e Investigación, muchas de las salas son asiento de Unidades Docentes para estudiantes de medicina, odontología y salud mental. El Curso Superior de Pediatría se realizó en nuestro Hospital hasta el 2019. El Hospital cuenta con un Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud, con 11 carreras técnicas de nivel superior. Formación médica continua, con jornadas multidisciplinarias, cursos, trabajos de investigación.

### **SERVICIO DE PEDIATRÍA**

El Departamento Materno Infantil, con la jefatura de la Dra. Zulma Pisera, engloba los Servicios de Obstetricia, Pediatría y Neonatología.

El Servicio de Pediatría consta de:

**Sala de Internación.** Con 22 camas en total. 4 aislamientos respiratorios y el resto en dos salas subdivididas por boxes. En cada box hay una cuna y una cama.

**Guardia Pediátrica.** En 2019 fue remodelada y ampliada. Se sumaron 80 m<sup>2</sup>, Está munida de toda la tecnología de punta para la urgencia, con shock room, 2 consultorios: uno de ellos de febriles (actualmente covid y dengue) y 3 camillas. Cuenta, de lunes a viernes, con 3 profesionales y sábado y domingo con 4. Está informatizada.

En época de IRAB funciona un consultorio para esta patología de 8 a 20hs, con internación abreviada y controles posteriores.

**Consultorio Externo.** Tiene atención de 8 a 19 hs. Recientemente tuvo una remodelación que delimitó, con boxes y biombos, cada lugar de atención, y este año comenzamos con la historia clínica digital.

En el año 2017 se realizaron 47.147 consultas por consultorio externo de pediatría.

**Consultorio de Adolescencia.** Funciona de 8 a 15 hs.

**Hospital de Día.** Coordinado por la Dra. Julia Di Catarina, funciona desde el año 2007. Su mentor fue el jefe del Servicio de Pediatría en ese momento: Dr. Daniel Rivero, actual director de nuestro Hospital.

En el trabajan varios equipos interdisciplinarios y especialidades: maltrato y abuso, VIH SIDA, sobrepeso y obesidad (AINSO), neurodesarrollo, medicina del deporte, neurología, neumonología.

En este espacio pediatras, nutricionistas, psicólogos, estimulación temprana, trabajadores sociales y un artista plástico, trabajan en interdisciplina.

Se cuenta también con ecografía cardiológica infantil.

En el 2007 se comenzó a realizar la emisión del certificado único de discapacidad para niñas

y niños de CABA a cargo del Dr. Scriglia. Años posteriores se volvió a centralizar.

El Servicio de Neonatología cuenta con 4 camas de UTI, 8 camas de intermedia, 6 de cuidados mínimos, 2 aislamientos, 5 respiradores y dos consultorios: alto riesgo y seguimiento de RN.

El Hospital Piñero fue certificado como Amigo de la madre y el niño, desde el año 1998.

En noviembre se celebra la semana del prematuro con actividades para los padres y los niños. Y en agosto la semana mundial de lactancia materna

Tiene un grupo de titiriteros, que cumplió más de 10 años, conformado por adultos mayores que realizan teatralización en los servicios, en el parque y salas de espera.

## AGRADECIMIENTOS

- Director del Hospital Piñero: *Dr. Daniel Marino Rivero.*
- Jefa del Departamento Materno Infantil: *Dra. Zulma Pisera.*
- CODEI: *Dra. Bustamante Mariela.*
- Hospital de día: *Dra. Di Catarina.*

## BIBLIOGRAFÍA

- El Piñero. Historia de una institución del Bajo Flores. Dr. Antonio Julio Guardo. 2009. (Querido Cirujano ya fallecido, que recopiló la historia de nuestro Hospital)
- La historia del Servicio de Pediatría del Hospital Piñero. Monografía de Julia Amelia Di Catarina, Médica Pediatra. 2010.
- Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias, Estrategias y Herramientas Pedagógicas. Dra. Mariela Bustamante, Médica Pediatra, 2020.



## FE DE ERRATAS: Historia del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”

Con respecto a su colaboración en el artículo referido, el *Dr. Miguel Larguía* pide hacer la siguiente aclaración: *“Hacer un agregado, en el que conste que dejé la Jefatura de División Neonatología en el año 2014 y quien me sucede es el Dr. Claudio Solana, bajo la dirección institucional del Prof. Dr Eduardo Valenti”.*

Como **fe de erratas**, omisión de mi parte: *“faltó nombrar a las siguientes médicas pediatras neonatólogas terapistas: Constanza Soto Conti, Mara Vai, Graciela Gómez Bouza y Sandra Machado.”*

Nuevamente muchas gracias. Les envío un abrazo.

**Dr. Miguel Larguía**

Cumplimos en hacer público su pedido.



## Perlitas legales

# CERTIFICADO MÉDICO

**Dra. Mercedes Regina Acuña**

Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)

Estimados lectores, en esta oportunidad se abordará un tema que lo recordamos de la cursada de Medicina Legal en la Facultad. Es básico el conocimiento de esta temática y quisiera recrearlo en esta publicación, para poder aportar, en estos momentos de pandemia que reiniciamos el regreso al colegio y evaluamos a nuestros niños, niñas y adolescentes, una consejería para el ejercicio de nuestra profesión, en lo referido al tema certificados.

### DOCUMENTOS MÉDICOS

Para iniciar, tenemos que abordar el significado de médicos a los instrumentos públicos o privados que son requeridos por la Ley o implementados institucionalmente por las entidades responsables de la asistencia médica, que regulan, por sus contenidos, la actividad profesional de los médicos. Con las siguientes características:

- Relevancia médico legal.
- Implicancia jurídica.
- Prueba escrita legal.

Se citan como documentos médicos:

- Certificados médicos.
- Historia Clínica.
- Epicrisis.
- Libro de Registro de la Guardia Médica.
- Consentimiento informado.
- Acta de consulta, Interconsulta o Junta Médica.
- Recibo de AFIP-DGI, Monotributista de consulta.
- Credencial Profesional.
- Certificados de Habilitación de Consultorio.
- Certificado de Inscripción de profesionales (ANSSAL).

El término *certificado* (del latín *certificare*, de *certus*: cierto y *facere*: hacer) y su verbo derivado *certificar*, tiene la significación de asegurar, afirmar, aseverar, dar por cierta o verdadera una cosa. Es un documento que confirma o niega algo en particular. También tiene el significado de hacer constar una cosa por medio de un instrumento público.

El **Certificado Médico** es un documento público o privado, que se extiende por médico habilitado, a petición de un paciente o para cumplimentar una norma legal que lo exige, en el que consta un hecho afirmativo o negativo comprobado por la práctica profesional.

El mismo tiene un tipo de texto que está explicitado en la Ley 17132, artículo 19, inciso 7°. La Ley 17132 es la ley que especifica las reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas.

Transcribo lo que está en la letra de la Ley 17132, Título II (de los médicos) artículo 19. Inciso 7° (modificatoria del 2020):

**Art. 19 - INC 7:** Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:

Prescribir o certificar en recetas manuscritas, electrónicas o digitales, en las que debe constar la siguiente información en idioma nacional: nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio, número de teléfono y correo electrónico cuando corresponda. Solo pueden anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la autoridad de aplicación competente y en las condiciones que se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deben ser formuladas en idioma nacional, fechadas y firmadas en forma manuscrita, electrónica o digital. En caso de ser redactadas electrónicamente, la firma y demás requisitos técnicos y legales deben adecuarse a la legislación vigente. En caso de utilizar la firma digital, la misma debe adecuarse a la ley 25506, de firma digital, adhiriendo al régimen e intermediando una autoridad certificante. (Inciso sustituido por art. 5° de la Ley N° 27553 BO 11/08/2020).

Se hace mención que la **Ley 25506** (2001) corresponde a la **Ley de Firma Digital**, y en su artículo 2 establece:

Se entiende por firma digital al resultado de

aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose esta bajo su absoluto control.

El método utilizado en la firma digital es la doble encriptación del mensaje con una clave asimétrica, es decir, un encapsulado con una clave doble, que se llama privada y que funciona como una llave para que el emisor garantice lo que manda y una clave pública que es la que posee el receptor. La firma del profesional debe estar certificada por un certificador licenciado. Los certificadores licenciados son por ahora en su mayoría entes públicos (si bien la ley también permite certificar a entes privados) autorizados por la Oficina Nacional de Tecnologías de la Información (ONTI) para emitir certificados digitales. Un certificado digital no es más que un documento electrónico firmado digitalmente por el certificador licenciado, donde consta la Clave Pública y los datos del usuario al que hace referencia.

La firma digital permite garantizar la autoría de un documento, pero para poder dar valor legal a las evoluciones e indicaciones médicas, hace falta probar otro elemento indispensable: la hora y fecha en la que se realizaron. La presunción de autoría no garantiza la secuencialidad y la temporalidad que deben tener las evoluciones clínicas. El sellado digital de fecha (*time stamping*) es el mecanismo de seguridad informático que viene a solucionar este problema, ya que garantiza la determinación del momento exacto en que se generó la información.

## FIRMA ELECTRÓNICA

Si alguno de los requisitos legales descriptos no se cumple (por ejemplo: no se dispone del certificado digital emitido por un certificador), la ley contempla la figura de la *firma electrónica*, y la define en el artículo 5° de la Ley 25506:

Se entiende por *firma electrónica* al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizados por el signatario como su medio de identificación, que carezca de algunos de los requisitos legales para ser considerada firma digital.

En este caso es el profesional de la salud quien debe demostrar su autenticidad en caso de cuestionamientos a diferencia de la firma digital.

Los certificados médicos, generalmente, son

extendidos sin consecuencias para el médico, pero existe la posibilidad que la persona a quien se le extiende el mismo le dé una aplicación indebida, tratando de beneficiarse (acto malicioso), por lo que debemos ser cautos en todos los casos. El certificado debe atenerse a la verdad, es la única forma de resguardar cualquier responsabilidad profesional.

Debemos entender que el acto médico es un contrato, entre el paciente y el médico y viceversa. El acto de confeccionar un certificado médico, por ende, es un contrato. Por lo que es necesario la comprobación del hecho por el médico como única premisa y que dicha comprobación se ajuste a la verdad sobre cuestiones de carácter profesional. Si no se ajusta a cuestiones profesionales de competencia médica, el certificado no tiene valor. En el caso que el certificado explicita cuestiones profesionales médicas sobre el paciente, que no conciben con la verdad, se convierte en un Certificado Falso.

## CERTIFICADO MÉDICO FALSO en el Código Penal. Agravante legal

En el código penal está tipificado el delito de extensión de un certificado médico falso.

**Art. 295:** El médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio. Especifica una pena de prisión de 1 mes a 1 año.

Pero si el Certificado Falso acarrea como consecuencia que una persona sana fuera detenida en un manicomio, lazareto u otro hospital, la pena de prisión es de 1 a 4 años.

**Art. 296:** El que hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuere autor de la falsedad.

En este artículo se suma que la pena es igual al que utiliza este certificado médico falso y suma el certificado médico adulterado. Podemos pensar, como ejemplo, que el paciente adultere la cantidad de días de reposo, o que adultere el diagnóstico, o adultere la fecha.

**Art. 298:** Si la persona imputada de certificado médico falso, fuese un funcionario público, en abuso de sus funciones, se le aplicara una pena accesoria de "inhabilitación absoluta por el doble de tiempo de la condena", más su pena penal principal, según lo explicitado del artículo 295 y 296 del Código Penal.

Se debe entender que para configurar delito debe existir el perjuicio del resultado; es lo que convalida el delito. Si el paciente o usuario no presenta o eleva el certificado falso, el delito no se configura para él ni para el médico que lo extendió.

También cito al Dr. Carlos Fontan Balestra, que refiere que la falsedad del certificado es ideológica, porque el documento en su materialidad es auténtico; lo mentado es lo que certifica que alguien estuvo enfermo o no lo está. Como ejemplo, si un médico escribe en un certificado que un paciente padece una enfermedad o lesión, incurre en el delito de certificado médico falso si no lo examinó, aunque el presunto enfermo padezca la enfermedad indicada en el certificado, ya que la falsedad ideológica se configura igualmente.

En este punto recalco la importancia en estos tiempos de la telemedicina, consulta por zoom o WhatsApp, que si no queda claro la identificación de las lesiones o padecimientos de salud porque excede a la teleconsulta, deberá ser citado presencialmente, y por el contrario, si la teleconsulta fue suficiente para elaborar el certificado médico no falso, debería quedar grabada y archivada toda la consulta realizada por los medios interactivos de la informática en la computadora, con resguardo de la historia clínica informática del paciente.

Para la ley, el encabezado del certificado en el texto que diga: “certifico”, “dejo constancia”, “se comprueba” o cualquier terminología similar, si el propósito del certificado se encuadra en los artículos 295, 296, se configura en un Certificado Médico Falso.

## DIVERSIDAD DE CERTIFICADOS MÉDICOS

**1) Certificado médico que se extiende en Matrimonio “in extremis”.** Dispone el art. 421 del CCy C de la Nación, actualmente titulado como *Matrimonio en artículo de muerte*.

El oficial público puede celebrar matrimonio con prescindencia de todas o de alguna de las formalidades previstas por este código, cuando se justifica que alguno de los contrayentes se encuentra en peligro de muerte, con el certificado de un médico y, donde no lo hay, con la declaración de dos testigos.

**2) Declaración de Demencia,** art. 624 del Código Procesal Civil y Comercial.

Las personas que puedan pedir la declaración de

demencia se presentarán ante el Juez competente exponiendo los hechos y acompañando certificados de dos (2) médicos, relativos al estado mental del presunto incapaz y su peligrosidad actual.

**3) Rehabilitación del declarado Demente o Inhabilitado,** art. 635 del Código Procesal Civil y comercial

El declarado demente o inhabilitado podrá promover su rehabilitación. El Juez designará tres (3) médicos psiquiatras o legistas para que lo examinen y, de acuerdo con los tramites previstos para la declaración de demencia, hará o no lugar a la rehabilitación.

Se refiere que, al considerarse los trámites previstos para la declaración de demencia, los médicos deberán extender certificado médico bajo las condiciones del artículo 624, explicado en punto anterior.

**4) Declaración de sordomudez.**

Art. 637 CCC y P, Declaración de incapacidad del sordomudo que no sabe darse a entender por escrito, rige el artículo 634 sobre el requisito de certificado médico.

**5) Certificado para la iniciación del juicio de interdicción por insania.**

El CCP y C, destaca en el texto las condiciones en que extenderá el certificado para la iniciación del juicio de interdicción por insania.

Art. 631, Los médicos al informar sobre la enfermedad deberán expedirse con la mayor precisión posible sobre los siguientes puntos: a) diagnóstico, b) fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó, c) pronóstico, d) régimen aconsejable para la protección y asistencia del presunto insano, e-necesidad de internación.

**6) Certificado para los pacientes con padecimiento mental para su internación.** Ley 26657.

Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2/12/2010.

**Art. 16:** Toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral, motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos *profesionales del servicio*

asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

### 7) Certificados de defunción

Documento público legal, que acredita la muerte de una persona, de confección obligatoria. No debe considerarse como un formalismo meramente administrativo o un mero trámite de la cochería. Ya que los datos consignados tienen un doble carácter. Por un lado, la interpretación médico legal y por el otro el dato estadístico epidemiológico.

Es el profesional médico habilitado y registrado, la única persona designada y obligada por ley para cumplir con su redacción y su firma. Estaba establecida en la Ley 17132 (1967), en su artículo 19; Inc 8vo, *las obligaciones de los médicos: "Extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias"*.

Se cita al Ministerio de la Salud, y el de la provincia de Buenos Aires, la elaboración de un Manual de Gestión de confección de certificados de defunción, según la ley 14078 y en la ciudad de Buenos Aires, de una reglamentación (Resolución N° 1539/MSGC/12) exclusiva para los certificados de defunción, aclarando los aspectos para su confección y a la vez unificando criterios para su redacción.

#### Contenido del certificado:

- a) El certificado debe ser de puño y letra, firmado y sellado, con el sello de la institución correspondiente.
- b) Debe ser realizado con letra legible y tinta azul.
- c) Sin tachaduras ni borraduras. Sin lápiz corrector.
- d) Salvando y firmando las enmiendas en el espacio de "observaciones".
- e) No usar abreviaturas, signos o siglas.
- f) Observar las instrucciones para acreditación de identidad y domicilio de la persona fallecida.
- g) El lugar de fallecimiento debe consignarse con calle y número.

### 8) Certificados laborales

Se denomina así a aquellos exigidos por las leyes y normas de trabajo. Se resume:

a) Certificado de accidente de trabajo: es un documento preciso del padecimiento del trabajador; este certificado es previo al examen a practicarse por las Comisiones Médicas jurisdiccionales o Central. Decreto 717/96-art.7:

Aceptada la denuncia, la Aseguradora de Riesgos de Trabajo, deberá especificar en la notificación prevista en el artículo precedente, el diagnóstico médico, el tipo de incapacidad laboral que sufre el trabajador y en su caso, el carácter y el grado, indicando el contenido y el alcance de las prestaciones en especie.

También pueden adjuntarse certificados médicos privados, a solicitud del trabajador, para incorporar al expediente de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, fundados en el derecho constitucional de "peticionar a las autoridades"(Constitución Nacional, art. 14).

### 9) Certificado de accidente o enfermedad inculpable

Se encuentra establecido en la ley 20744 (Contrato de Trabajo).

**Art.208:** "Cada accidente o enfermedad inculpable que impida la prestación del servicio no afectará el derecho del trabajador a percibir su remuneración..."

Se interpreta que el trabajador debe presentar ante el empleador, por infortunios inculpables, la extensión de un certificado médico.

### 10) Certificado médico de menores de edad y protección del embarazo

Se encuentra establecido en la Ley 20744, en:

**Art. 188:** El empleador, al contratar trabajadores de uno u otro sexo, menores de 18 años, deberá exigir de los mismos o de sus representantes legales, un certificado médico que acredite su aptitud para el trabajo y someterlos a los reconocimientos médicos periódicos que prevean las reglamentaciones respectivas.

**Art. 177:** Queda prohibido el trabajo del personal femenino durante los 45 días anteriores al parto y hasta 45 días después del mismo... La trabajadora deberá comunicar fehacientemente su embarazo al empleador, con presentación de certificado médico en el que conste la fecha

presunta del parto, o requerir su comprobación por el empleador...

### 11) Certificados de profilaxis de enfermedades venéreas

Son exigidos para contraer matrimonio, a los varones por la ley 12331 y a las mujeres por la ley 16688

**Art. 13(Ley 12331):** "... Los jefes de los servicios médicos nacionales y los médicos que las autoridades sanitarias determinen, estarán facultados para expedir certificados a los futuros contrayentes que los soliciten... No podrán contraer matrimonio las personas afectadas de enfermedades venéreas en período de contagio".

**Art.1 (Ley 16668):** Declárese obligatorio en todo el territorio de la Nación la obtención del *Certificado Prenupcial* para los contrayentes del sexo femenino.

Resolución ministerial 6015/65, dispone la facultad de la mujer de optar en la práctica del examen por un medico a elección.

**Art. 2:** La futura contrayente podrá optar por presentar a las autoridades o profesionales autorizados para efectuar el examen, un certificado en el que se haga constar que el examen clínico ha sido efectuado por un médico diplomado de su elección, cuya firma deberá estar autenticada por las autoridades sanitarias competentes.

### 12) Certificado pediátrico en pandemia Covid al regreso a la escuela

El Ministerio de Salud de la Nación, en un trabajo conjunto con Comités, Subcomisiones y Grupos de Trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría, elaboró una herramienta técnica para orientar a los equipos de salud en la toma de decisiones frente a niños, niñas y adolescentes, con procesos crónicos de salud, tomando en cuenta los lineamientos acordados por las autoridades de Educación. Marzo 2021.

Se remite a ver este documento en:

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_consideraciones-para-vuelta-a-escuelas-03-21\\_1614956663.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_consideraciones-para-vuelta-a-escuelas-03-21_1614956663.pdf)

Se cita otro documento, elaborado por la Sociedad Argentina de Pediatría con la Subcomisión de Ejercicio Profesional, denominado: "*Recomendaciones para confeccionar constancia de*

*actividades escolares presenciales en el contexto Pandemia Covid-19*".

En el documento "**COVID-19. El Regreso Presencial a la Escuela de los Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas: Orientaciones para los equipos de salud**" se podrán ver las enfermedades y/o estados clínicos que permiten o no la presencialidad escolar.

La constancia servirá para pacientes presenten riesgo bajo o moderado, aclarando con la leyenda: "*presenta estado clínico de bajo riesgo/moderado riesgo, su presencia será bajo la garantía de aplicación y cumplimiento de los protocolos para pandemia Covid-19 emitidas por las autoridades sanitarias*".

En el caso del NNyA considerado de alto riesgo y al que se aconsejara la no presencia escolar, el siguiente texto es sugerido: "*El niño es considerado de alto riesgo para la actividad escolar en forma presencial, debiendo asegurarse la continuidad educativa a través de otras alternativas bajo las actuales circunstancias de pandemia covid-19*".

Por último, se sugiere realizar interconsultas pertinentes con la especialidad que corresponda en el caso de que hubiera dudas sobre el estado clínico para la presencialidad escolar o la patología de base no haya sido controlada en un tiempo que el pediatra considere seguro, antes de emitir este tipo de constancia médica.

Se remite al texto completo en el siguiente link:

<https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentosrecomendacion-para-confecionar-constancia-de-actividades-escolares-presenciales-en-el-contexto-pandemia-covid-19--253.pdf>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alejandro Basile, David Waisman. Fundamentos de Medicina Legal. Capítulo 2. Derecho de los Medicos. Pag.21-24. Ed. El Ateneo.
2. Boletín Oficial. Ley 17132, art.19, inciso 7. Sancionada el 24/1/1967. Modificatoria 2020. Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades en colaboración.
3. Boletín Oficial. Ley 25506. Sancionada 14/11/2001. Ley de firma digital.
4. Boletín Oficial. Ley 27553. Sancionada el 11/8/2020. Recetas electrónicas o digitales.
5. Sociedad Argentina de Pediatría y Ministerio de Salud de la Nación. COVID-19 - El Regreso

- Presencial a la Escuela de los Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas: Orientaciones para los equipos de salud. Marzo 2021. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_consideraciones-para-vuelta-a-escuelas-03-21\\_1614956663.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_consideraciones-para-vuelta-a-escuelas-03-21_1614956663.pdf)
6. Sociedad Argentina de Pediatría y Subcomisión de Ejercicio Profesional, Documento "Recomendación para confeccionar constancia de actividades escolares presenciales en el marco contexto Pandemia COVID-19. Marzo 2021. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentosrecomendacion-para-confeccionar-constancia-de-actividades-escolares-presenciales-en-el-contexto-pandemia-covid-19--253.pdf>
  7. Medicina legal. Bonnet. 2da Edición. Libro III. Certificado Médico. Editorial López Libreros. 1993.
  8. Constitución Nacional de la República Argentina. Artículo 14.
  9. Código Procesal Civil y Comercial de la República Argentina. Leyes complementarias. Editorial A-Z Universitarios.
  10. Nuevas normas de Certificados de Defunción 2015. Dr. Guillermo Macagno. Biblioteca Noble Compañía de Seguros.
  11. Código Penal de la Nación Argentina. Leyes Complementarias. 1997. Editorial A-Z.





# BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

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

**Dr. Carlos Luzzani**  
Médico Pediatra

## 1) COVID-19 PERSISTENTE EN NIÑOS: UN FENÓMENO SIGNIFICATIVO

COVID-19 puede causar síntomas persistentes en los niños, según una publicación en el servidor sin revisión por pares *medRxiv*.<sup>1</sup>

El estudio proporciona datos preliminares que indican que los niños pueden padecer COVID-19 persistente al igual que los adultos, con síntomas que se prolongan por meses después de la infección inicial por el SARS-CoV-2.

Hasta ahora han sido escasos los datos de COVID-19 persistente en niños, aunque los síntomas persistentes en adultos se han informado cada vez más desde que comenzó la pandemia. Un estudio de cohortes grande demostró que 76% de los adultos refería al menos un síntoma persistente después de 6 meses de la infección por SARS-CoV-2.<sup>2</sup>

Para saber más sobre los efectos a largo plazo de la infección por SARS-CoV-2 en niños, los investigadores realizaron una encuesta a cuidadores de 129 pacientes en Roma, Italia. Los pacientes tenían menos de 18 años de edad y diagnóstico confirmado de COVID-19. Los investigadores utilizaron el cuestionario elaborado por el grupo de trabajo de seguimiento de COVID-19 ISARIC, grupo internacional de investigadores cuyos estudios iniciales fueron sobre la COVID-19 persistente en el adulto.<sup>3</sup> En el cuestionario se hacen preguntas acerca de síntomas respiratorios, astenia, congestión nasal, mialgias y otros síntomas.

Más de 50% de los niños tenía al menos un síntoma que persistió 4 meses o más después de su diagnóstico y casi una cuarta parte (22,5%) refirió tres o más de estos síntomas. Aunque los pacientes que estaban sintomáticos u hospitalizados durante la infección aguda, tuvieron más probabilidades de referir problemas persistentes, algunos niños que estaban asintomáticos durante la fase aguda de COVID-19 también describieron tener síntomas varios meses después. De los pacientes que presentaron COVID-19 persistente, 42% refirió que sus síntomas persistentes interferían en su vida cotidiana.

El autor principal, Dr. Danilo Buonsenso, comentó a *Medscape Noticias Médicas* que no

esperaba encontrar tantos pacientes que presentaran COVID-19 persistente en la primera cohorte que examinó.

El Dr. Buonsenso es pediatra especializado en enfermedades infecciosas en la misma institución en Roma que notificó por primera vez COVID-19 persistente en el adulto. Durante el verano, después de leer el trabajo de sus colegas, quiso saber si los niños son afectados de la misma manera. “Entonces vi mi primer caso en septiembre”, señaló. Ahora trabaja con una red de pediatras en Italia para recabar más datos.

Sin embargo, la especialista en enfermedades infecciosas pediátricas, Dra. Danielle Zerr, maestra en salud pública, médica en el *Seattle Children's Hospital*, en Seattle, Estados Unidos, expresa cuestionamientos al interpretar los datos recién comunicados, por cuanto el estudio careció de un grupo de control.

“Sería muy cauta para sacar conclusiones con esos datos”, indicó la Dra. Zerr a *Medscape Noticias Médicas*. “La congestión nasal en cualquier época del año es común en niños. Además, la fatiga es difícil de evaluar durante un año en que los niños no salían de sus casas. Una población de control es realmente importante cuando se habla de signos y síntomas inespecíficos”. De lo contrario, es difícil saber lo que es normal, en especial en un tiempo inusual como el de la actual pandemia.

Como forma de establecer una especie de punto de referencia, los autores pidieron a los padres que recordaran el estado de salud de su hijo antes de infectarse con SARS-CoV-2. Pero pedir a padres y pacientes que comparen sus síntomas o niveles de energía al momento de la encuesta con los niveles que tenían antes de la COVID-19 (que puede haber sido 4 o más meses antes) puede dar lugar a sesgo de recuerdo, señaló la Dra. Lara Danziger-Isakov, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas en el *Cincinnati Children's Hospital*, en Cincinnati, Estados Unidos.

“Además, esta es una población pequeña. Es una población sustancial, pero considerando que varios millones de niños se han visto afectados, realmente necesitamos comprender cuál es la

verdadera prevalencia de los síntomas, y para esto necesitamos estudiar más de 129 pacientes”, agregó la Dra. Danziger-Isakov.

Asimismo, destacó que no está claro cómo se seleccionaron los pacientes en el estudio. El pre impreso no proporciona esos detalles, y es posible que por el diseño del estudio se pudiera haber seleccionado a pacientes con síntomas prolongados. Si este es el caso, la verdadera prevalencia de la COVID-19 persistente podría ser mucho más baja del porcentaje (50%) que se informó en el estudio.

“En este momento nadie es experto en COVID-19 persistente. Es un síndrome clínico nuevo”, destacó la Dra. Danziger-Isakov. Además, este nuevo estudio carece de algunos detalles clave que se espera se aborden en el proceso de revisión por pares. No obstante, es un trabajo importante. “Nos alerta de que necesitamos poner más atención a esto y realizar más investigación”, añadió la Dra. Danziger-Isakov.

Y los investigadores lo están haciendo. El Dr. Buonsenso y su equipo recopilan datos de una cohorte mucho más grande de pacientes a los cuales se les efectúa seguimiento para obtener mediciones más objetivas.

Al menos en un estudio clínico realizado por el *National Institutes of Health* se investigan los efectos a largo plazo de COVID-19 en adultos, y en otro se estudian complicaciones de la COVID-19 grave en niños.

“Estoy a la espera de esos resultados”, indicó la Dra. Zerr. Sin embargo, los médicos no deberían concluir que 50% de los pacientes pediátricos con COVID-19 tendrá la variante persistente. Los datos actuales son importantes y ponen en claro que la COVID-19 persistente está ocurriendo en niños. Y este es un comienzo para identificar el síndrome y desarrollar estrategias de tratamiento.

**Donavyn Coffey;**

*Medscape-Noticias y perspectivas;*

*26 de febrero de 2021*

## Referencias

1. Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, Sinatti, y cols. Preliminary Evidence on Long COVID in children. *medRxiv*. 26 Ene 2021. doi: 10.1101/2021.01.23.21250375. Fuente
2. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, y cols. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 16 Ene 2021;397(10270):220-232. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8. PMID: 33428867. Fuente
3. COVID-19 Long term protocol & survey. *ISARIC*. Consultado en versión electrónica. Fuente

## 2) DISRUPCIONES IMPORTANTES POR COVID-19 EN LA ATENCIÓN AL CÁNCER PEDIÁTRICO

La pandemia de COVID-19 ha alterado seriamente la atención al cáncer pediátrico en todo el mundo, revela una encuesta global.<sup>1</sup> Los efectos más acentuados han sido en países de bajos y medianos ingresos, aunque los efectos también se han observado en países con altos ingresos.

“El acceso a atención de calidad para niños con cáncer era inadecuado antes de la pandemia de COVID-19”, señalaron el Dr. Dylan Graetz de *St. Jude Children’s Research Hospital*, en Memphis, Estados Unidos, y sus colaboradores.

“Este estudio resalta la urgencia de una respuesta global robusta de distribución equitativa para apoyar la atención oncológica pediátrica durante esta pandemia y las emergencias de salud pública futuras”, escribieron los investigadores.

El estudio fue publicado el 3 de marzo en la versión electrónica de *Lancet Child and Adolescent Health*.

### Oncólogos pediatras

La encuesta fue realizada por la *St. Jude Global Alliance* y la *International Society for Paediatric Oncology* (SIOP) durante el verano de 2020. Alrededor de 311 profesionales de la salud de 213 instituciones en 79 países respondieron a la encuesta. La mayoría era de países de bajos y medianos ingresos.

Más de 70% de los informantes lo constituían hematólogos-oncólogos pediatras, pero también respondieron a la encuesta especialistas en enfermedades infecciosas, otros médicos y enfermeras.

La mayoría (78%) de los 213 centros cuyo personal respondió informó que la pandemia había afectado su capacidad para proporcionar asistencia a niños con cáncer. Los efectos negativos citados con más frecuencia fueron en relación con el apoyo al paciente, el tratamiento dirigido al cáncer y la disponibilidad de personal clínico.

Los efectos negativos de la pandemia fueron independientes del número de casos de COVID-19 a nivel institucional o nacional, mostró la encuesta.

El número de pacientes pediátricos con cáncer que resultaron positivos para COVID-19 fluctuó de 0 a 350, pero solo hubo una mediana de dos casos positivos por institución, y 24% de las instituciones no tenía casos confirmados de infecciones por el SARS-CoV-2 en niños con cáncer, señalaron los autores.

No obstante, el impacto que la pandemia ha



tenido en la atención al cáncer pediátrico ha sido profundo, comentaron.

Siete por ciento de los hospitales cerró por completo sus servicios de hematología-oncología pediátrica; la media de duración del cierre fue de 10 días. El número de camas de oncología pediátrica disponibles descendió 19% en los hospitales encuestados. Entre los centros que continuaron evaluando nuevos casos de cáncer sospechado en niños, 43% informó disminución en los casos de cáncer pediátrico diagnosticados por primera vez.

Más de un tercio informó aumento del “abandono del tratamiento”, definido como la falta de inicio del tratamiento del cáncer o retraso en la atención oncológica de cuatro semanas o más. Como una complicación de la crisis, 66% de los centros encuestados refirió que tenía menos personal clínico para atender a niños con cáncer, lo cual en gran parte se debió a que el propio personal había contraído COVID-19 o estaba en cuarentena debido a la exposición a otras personas que habían resultado positivas en la prueba.

“Múltiples elementos del tratamiento del cáncer pediátrico se vieron afectados en las diversas instituciones”, señalaron el Dr. Graetz y sus colaboradores. Entre los hospitales que refirieron cambios al tratamiento mediante quimioterapia, 69% informó disminución de la intensidad de la dosis; 49% refirió un cambio en el uso del tratamiento intravenoso al oral, y 21% informó suspensión completa de la quimioterapia para los pacientes.

Alrededor de 60% de los centros encuestados refirió que tenía menos acceso a productos hemáticos; algunos desabastecimientos se consideraron críticos.

“Puesto que muchos hospitales de países de bajos y medianos ingresos dependen de los familiares para la donación de sangre, las restricciones de visitantes y las órdenes para permanecer en casa podrían haber reducido el número de donadores y, por consiguiente, el abastecimiento de productos hemáticos”, señalaron los investigadores.

Además, 72% de los hospitales encuestados afirmó que tener menos acceso a los servicios de cirugía, y 6% suspendió por completo los procedimientos quirúrgicos.

De los centros en los cuales se había proporcionado radioterapia antes de la pandemia, 10% refirió que había suspendido por completo la radioterapia y 20% dijo haber proporcionado solo radioterapia urgente.

“Al evaluar el efecto global de la pandemia,

25% de los centros indicó que un niño había experimentado una complicación grave que no habría ocurrido antes de la pandemia”, señalaron los autores. La mayor parte de estas complicaciones se presentó a causa de retrasos de los pacientes para acudir al hospital para atención.

Los informantes de algunos centros indicaron que consideraban que un paciente había fallecido como resultado de la pandemia. “La pandemia de COVID-19 ha cambiado drásticamente la atención a niños con cáncer en todo el mundo al crear obstáculos en todo el proceso continuo asistencial”, concluyeron los autores.

Al menos parte de la repercusión puede atribuirse a la prioridad que han asignado los hospitales a los pacientes con COVID-19, pero las cuarentenas y el acceso restringido al transporte público también han contribuido a retrasos en los diagnósticos de cáncer.

A nivel mundial, las instituciones han implementado nuevas normativas, creado listas de cotejo y redistribuido recursos y personal para tratar de mitigar los efectos negativos de la pandemia. Estos cambios podrían dar lugar a mejoras duraderas en la atención oncológica pediátrica, manifestaron Graetz y sus colaboradores.

### Hallazgos similares

En un comentario adjunto sobre los hallazgos, el Dr. Soad Fuentes-Alabi del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en San Salvador, El Salvador, señala que en un estudio similar realizado en Latinoamérica, publicado en mayo, se observó que COVID-19 había afectado negativamente el pronóstico de niños con cáncer en toda la región.<sup>2,3</sup> En este estudio los médicos refirieron retrasos en citas de seguimiento, procedimientos ambulatorios, intervenciones quirúrgicas, tratamientos de radioterapia, trasplante de células madre y cuidados paliativos.

Para más de un tercio de los pacientes con cáncer pediátrico en este estudio latinoamericano, los esquemas de quimioterapia se modificaron a causa del desabasto de fármacos. La mayoría de los informantes refirió escasez de productos hemáticos. “Durante la pandemia de COVID-19 los niños con cáncer han tenido particular riesgo de sufrir las consecuencias de reasignaciones de recursos al tener que retrasar, interrumpir o modificar sustancialmente los tratamientos”, confirmó el Dr. Fuentes-Alabi.

“Estos estudios resaltan las dificultades de aplicar tratamiento oncológico en la infancia y

la atención durante la pandemia, sobre todo en contextos con restricción de recursos”, concluyó.

Los doctores Graetz y Fuentes-Alabi han declarado no tener ningún conflicto de intereses económico pertinente.

**Pam Harrison;**

*Medscape, Noticias Médicas;*

12 de marzo de 2021

## Referencias

1. Graetz D, Agulnik A, Ranadive R, Vedaraju Y, y cols. Global effect of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care: a cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Health*. 3 Mar 2021;S2352-4642(21)00031-6. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00031-6. PMID: 33675698. Fuente
2. Fuentes-Alabi S. Effect of the COVID-19 outbreak on paediatric cancer care in low-income and middle-income countries. *Lancet Child Adolesc Health*. 3 Mar 2021;S2352-4642(21)00058-4. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00058-4. PMID: 33675697. Fuente
3. Vásquez L, Sampor C, Villanueva G, Maradiegue E, y cols. Early impact of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care in Latin America. *Lancet Oncol*. Jun 2021;21(6):753-755. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30280-1. PMID: 32437662. Fuente

## 3) ESTUDIO CONFIRMA FACTORES DE RIESGO DE COVID-19 EN NIÑOS

Niños y adolescentes con resultados positivos de la prueba COVID-19 no solo tienen más probabilidades de haber estado en contacto cercano con alguien con un caso confirmado del virus, sino que tienen menos probabilidades de haber informado el uso constante de mascarilla entre los estudiantes y el personal dentro de la escuela a la que asistieron, informaron la Dra. Charlotte V. Hobbs, y sus colaboradores de *University of Mississippi*, en Jackson, Estados Unidos.<sup>1</sup>

En asociación con Equipo de Respuesta COVID-19 de *Centers for Disease Control and Prevention*, la Dra. Hobbs y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio de casos y controles de 397 niños y adolescentes menores de 18 años para evaluar la exposición escolar, comunitaria y de contacto cercano asociada con la COVID-19 pediátrica. Los pacientes sometidos a pruebas de detección de COVID-19 en centros de salud para pacientes ambulatorios o departamentos de emergencia afiliados al *University of Mississippi Medical Center* entre el 1 de septiembre y el 5 de noviembre de 2020 se incluyeron en el estudio.

## Casi dos tercios informaron que la exposición provino de miembros de la familia.

Del total de participantes observados en el estudio, 82 (21%) tenían menos de 4 años, 214 (54%) eran mujeres, 217 (55%) de raza negra no hispanos y 145 (37%) de raza blanca no hispanos. Más de la mitad (53%) buscó hacerse la prueba debido a los síntomas de la COVID-19. De los que dieron positivo, 66% informó haber tenido contacto cercano con un caso de COVID-19 y 64% informó que esos contactos eran familiares, en comparación con 15% de los contactos que eran compañeros de escuela y 27% compañeros de clase.

Todos los participantes reportaron la asistencia presencial a la escuela o a centros de cuidado infantil menos de 14 días antes de dar positivo al virus, incluidos 62% de los pacientes que dieron positivo y 68% de los que dieron negativo. Los autores notaron que la asistencia a la escuela en sí misma no se asoció con ningún resultado positivo en las pruebas. De hecho, en 64% de los casos positivos y 76% de los casos negativos los padres informaron que los niños y el personal usaban mascarilla en los lugares de aprendizaje.

De los participantes del estudio que dieron positivo en la prueba y que entraron en contacto cercano con alguien con COVID-19, los contactos tenían más probabilidades de ser miembros de la familia que compañeros de clase en la escuela o en el centro de cuidado infantil. Específicamente, era más probable que en el período de 2 semanas previas a la prueba hubieran asistido a reuniones con personas fuera de sus hogares inmediatos, incluidos eventos sociales y actividades con otros niños. Los padres de los estudiantes que dieron positivo también fueron menos propensos a informar el uso constante de mascarillas en interiores entre sus hijos mayores de 2 años y el personal de la escuela.

## No se encontró que ir a la escuela aumentara la probabilidad de dar positivo.

Asistir a la escuela o a un centro de cuidado infantil en persona durante las 2 semanas anteriores a la prueba del SARS-CoV-2 no se asoció con mayor probabilidad de resultados positivos, señalaron los autores del estudio, y agregaron que la mayoría de los encuestados del estudio informó el uso de mascarilla dentro de la escuela y los centros de cuidado infantil, de acuerdo con las pautas recomendadas por el Departamento de Salud del Estado de Mississippi.

La Dra. Hobbs y sus colaboradores informaron

al menos cuatro limitaciones del estudio. Señalaron que los participantes del estudio pueden no ser representativos de los jóvenes en otras regiones geográficas del país. Consideraron la posibilidad de factores de confusión no medidos en relación con las conductas de los participantes que pueden no haber sido consideradas en el estudio. No se intentó verificar las afirmaciones de los padres sobre el uso de mascarillas en las escuelas y los centros de cuidado infantil. Por último, reconocieron que “el estado de los casos o controles podría estar sujeto a una clasificación errónea debido a la imperfecta sensibilidad o especificidad de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa”.

Hasta el 14 de diciembre de 2020, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos informó que 10,2% de todos los casos de COVID-19 en el país fue en niños y adolescentes menores de 18 años.

“Los esfuerzos continuos para prevenir la transmisión en las escuelas y los centros de cuidado infantil son importantes, al igual que la evaluación de varios tipos de actividades y exposiciones para identificar los factores de riesgo de COVID-19 cuando los niños participan en interacciones sociales y en el aula”. Promover comportamientos para reducir la exposición al virus entre los más jóvenes del hogar, en la comunidad, las escuelas y los centros de cuidado infantil es importante para prevenir los brotes del virus en las escuelas, advirtieron los autores.

En una entrevista adicional con esta organización de noticias, la Dra. Karalyn Kinsella, pediatra general en un consultorio privado en Cheshire, Estados Unidos, señaló: “Lo que este informe me dice es que los casos de COVID-19 son más comunes cuando el uso de mascarillas es inconsistente en las escuelas y en el hogar y en las escuelas que no se adhieren adecuadamente a las pautas de CDC. En general, siempre que se sigan las pautas de distanciamiento social, las

escuelas son lugares bastante seguros para los niños durante esta pandemia”.

Este hallazgo es importante, ya que muchas familias impiden que sus hijos vayan a la escuela por temor a contraer el virus, agregó. Algunas consecuencias que sufren estos niños incluyen la falta de conexión social y estructura, que en algunos casos conduce a aumento de la ansiedad y la depresión, y para las personas con discapacidades, como quienes reciben fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, no obtienen el beneficio completo de los servicios, que de lo contrario, recibirían en persona, observó.

“No creo que las familias realmente comprendan los riesgos de reunirse con familiares o amigos ‘en su burbuja’, o el riesgo de seguir participando en deportes. De aquí es de donde proviene la mayoría de los casos de COVID-19”, dijo, y agregó que es importante discutir este riesgo con ellos en las consultas. “Así, cuando los familiares nos pregunten qué pensamos del aprendizaje en persona, creo que deberíamos sentirnos bastante seguros de afirmar que el beneficio podría superar el riesgo”.

*La Dra. Hobbs y sus colaboradores, y la Dra. Kinsella, han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.*

**Jill Pivovarov;**

*Medscape, Noticias Médicas,  
19 de enero de 2021*

Este artículo fue originalmente publicado en MDedge.com, parte de la Red Profesional de Medscape.

## Referencias

1. Hobbs C, Martin LM, Kim SS, Kirmse BM, y cols. Factors Associated with Positive SARS-CoV-2 Test Results in Outpatient Health Facilities and Emergency Departments Among Children and Adolescents Aged <18 Years - Mississippi, September-November 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 18 Dic 2020;69(50):1925-1929. doi: 10.15585/mmwr.mm6950e3. PMID: 33332298.

## ADENDUM

**“SI QUIERES APRENDER, ENSEÑA”**

MARCO TULLIO CICERÓN

Arpino, Italia, 3 de enero de 106 a.C Formia, Italia, asesinado el 7 de diciembre de 43 a.C Fue un jurista, político, filósofo, escritor y orador romano. Es considerado uno de los más grandes retóricos y estilistas de la prosa en latín de la República romana. Obras notables: De república; De legibus; De officiis; De inventione; Catilinarias.

