



NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por un niño sano
en un mundo mejor

AÑO XXXII

Diciembre 2021

N° 82

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

E-mail: regionmetropolitana@sap.org.ar • Facebook: [Pediatras Metropolitanos Argentinos](https://www.facebook.com/Pediatras-Metropolitanos-Argentinos) • Instagram: [@pedmetarg](https://www.instagram.com/pedmetarg)

Director Titular

Dr. Alberto Libanio

1^{era} Directora Asociada

Dra. Claudia Vaccarelli

2^{da} Directora Asociada

Dra. Irene Dechiara

Coordinadores

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Mirta Vázquez /
Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio /
Dr. Maximiliano Schianni / Dra. Cristina Dafflito

Distrito Oeste

Dra. Gladys Convertini / Dra. Silvia Noemi Redensky /
Dra. María Cecilia Rizzuti / Dra. Viviana Soligo /
Dra. Nora Elba Olloqui

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /
Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /
Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa /
Dra. Claudia Corigliano

Asesores ex Directores

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
Dr. Carlos Luzzani

Grupo Editorial Región Metropolitana

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

ÍNDICE

- Editorial. "Una nueva etapa" 2
Alberto Libanio
- XIII Jornadas de la Región Metropolitana 2021 3
- Actividades de la Región 5
- Metáforas de la vida. Historia de dispersados 9
Miriam Bonadeo
- Trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI)
en el primer año de vida 11
María del Carmen Toca
- Hospital Municipal de
Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer"
Claudio Mauritzen 14
- Aps en niños, niñas y adolescentes con discapacidad 18
María del Carmen Martínez Perea
Elida Mattarozzi
- Qué debe saber el pediatra sobre el desarrollo infantil.
Una nueva mirada
Gladys Convertini 27
- Concentración adecuada de sodio en las soluciones
parenterales de mantenimiento en pediatría
Conclusiones de las Jornadas realizadas por el
Comité Nacional de Medicina Interna en 2020 30
- Perlitales legales. Marco legal referente a vacunación
COVID versus vacunas del calendario obligatorio
Mercedes Regina Acuña 36
- Boletín bibliográfico 39
Carlos Luzzani
- Adendum 46
- Agradecimiento 47

"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

UNA NUEVA ETAPA

Estamos viviendo una realidad que nos cambió para siempre.

Desde que comenzó la pandemia y el aislamiento, no hemos podido encontrarnos los primeros sábados de cada mes, como lo hacíamos habitualmente.

Eso no nos frenó. Seguimos nuestras reuniones habituales por zoom, encontrándonos en forma virtual, incluso más seguido que antes.

En el **Día de la Pediatría** dejó de ser Director Titular el *Dr. Carlos Luzzani* que, al igual que sus antecesores, hizo una excelente gestión. Y tengo que sobresaltar que a pesar de algunas pruebas que da la vida, siguió trabajando incansablemente para la Región.

Durante estos dos años hemos podido, a pesar de estos nuevos obstáculos, hacer las **XIV Jornadas de la Región Metropolitana**. También comenzamos con los Encuentros Docentes Pediátricos, que duraron todo el año, con un presentismo muy importante, exponiéndose temas de gran interés. Debemos su éxito a la *Dra. Claudia Vaccarelli*, quien trabajó para que estas charlas sean impecables. También agradecemos a todos los que colaboraron en las mismas.

Además, tenemos que destacar que, por el importante trabajo realizado por el *Dr. Luzzani*, el CONARPE 2025 estará a cargo de la Región Metropolitana, por primera vez en la historia. Por eso, por su gestión y por su dedicación ¡gracias Carlos!

En esta nueva etapa tendremos más Encuentros Metropolitanos, se organizarán las **XV Jornadas Metropolitanas** y trabajaremos en muchas más actividades.

Estamos superando una etapa que paso por varios períodos: primero un virus que estaba lejos, en Europa, luego ingresó a nuestro país enfermado y matando a nuestros seres queridos y compañeros de trabajo, con la incertidumbre de a quién le tocaría luego. A principios de año ingresaron las vacunas, que se administraron sin saber qué efectos adversos y que consecuencias tendrían a largo plazo, luego comenzaron a darse en adolescentes y niños, con los que estamos comprometidos (por ello nos llueven las preguntas de los padres acerca de su aplicación).

Estuvimos y estamos viviendo un período de mucho estrés profesional y personal, donde todos los días hay noticias sobre el virus y las nuevas cepas, las nuevas vacunas, más el impacto de los medios de comunicación, que muchos producen temor y desconfianza a los pacientes y sus padres, con los cuales tenemos que trabajar, pues en nosotros confían.

Estamos en una etapa donde hace un poco más de un año la población nos aplaudía todas las noches llamándonos héroes... luego con el pasar del tiempo, con los tratamientos y las vacunas, se ha perdido el miedo y la incertidumbre y no hubo más aplausos... nosotros seguimos tolerando la violencia física y psicológica (principalmente en las guardias), la violencia verbal, la violencia económica (sabemos que los sueldos en muchos lugares son cada vez peores, tanto en el sistema público como en el privado...).

Igualmente seguimos trabajando por y para nuestros pacientes, a pesar de las dificultades sin importar si somos reconocidos o no.

Existe un proverbio anónimo que dice: "Las grandes obras las sueñan los genios locos, las ejecutan los luchadores natos, las disfrutan los felices cuerdos y las critican los inútiles crónicos".

Nosotros tenemos una de las profesiones más hermosas, donde nuestra obra muchas veces no se ve y no se reconoce, teniendo en nuestras manos la salud física y mental del niño que luego será adulto. Pero esa persona mayor tendrá algo nuestro, toda la vida, aunque no se acuerde, aunque nunca sepa lo que le paso de niño; esa es nuestra gran obra, por eso debemos seguir trabajando.

En esta nueva etapa que comienza seré Director Titular y trabajaré junto a las *Dras. Claudia Vaccarelli e Irene Dechiara* y los excelentes profesionales y compañeros, para que podamos soñar como locos y luchar por un niño, niña y adolescente sano en un mundo mejor.

Dr. Alberto Libanio

Director Titular Región Metropolitana SAP.



XIV JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA 2021



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

Los días **11,12 y 13 de agosto 2021** se llevaron a cabo las **XIV Jornadas de la Región Metropolitana** modalidad virtual.

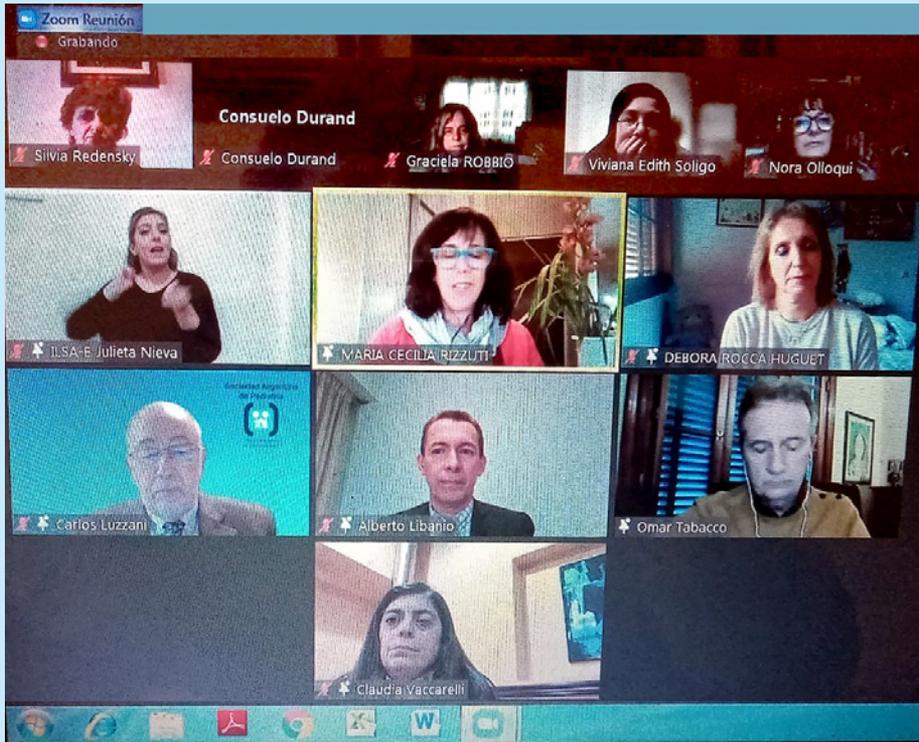
Fue una experiencia nueva donde todos los integrantes de la Región trabajamos en algo de lo que no teníamos experiencia: la virtualidad.

En las Jornadas se inscribieron 364 profesionales, 7 Mesas de exposición de temas, 2 Conferencias, 1 Mesa de presentación de trabajos libres, y 4 Simposios de la industria.

La Pre jornada del **11 de agosto** fue sobre tuberculosis. Se enfocó en epidemiología en la Región, TBC y COVID 19, como estudiar a un niño con TBC y casos clínicos. Los expositores nos enriquecieron con sus conocimientos (ninguno de los presentes queríamos que terminara).

El **día 12** los temas fueron: Adolescencia, Abuso y embarazo adolescente, Situación de suicidio y autolesiones, Percepciones y sentimientos de los niños y adolescentes frente a la cuarentena,





Telecomunicación en la pandemia, impacto emocional y estrategias de la SAP, Microbiota en pediatría. Neurodesarrollo, detección temprana, Impacto de la pandemia, Telesalud.

El **día 13** los temas fueron: Lesiones, prevención y casos clínicos, COVID, situación actual y prevención, Alimentación saludable, recomendaciones para dietas veganas y vegetarianas, trastornos gastrointestinales.

Encuentro de pediatras jóvenes y en formación, con Mesa Ejecutiva de la SAP y Directores de la Región Metropolitana: Fue una experiencia nueva donde se escuchó a los jóvenes pediatras para ver su mirada, lo que les gustaría recibir de la SAP (cursos, información...)

Las exposiciones fueron impecables, enriquecedoras, un lujo. donde los expositores nos han dado todo su conocimiento para que podamos utilizarlo en nuestra vida profesional.

Se nombraron como Miembros Honorarios Regionales a:

- Dra. Gladys Convertini*
- Dra. Miriam Bonadeo*
- Dra. Mercedes Acuña*
- Dra. Mirta Vazquez*

Quiero destacar que, ante la falta de experiencia en organizar jornadas virtuales, lo que primó fue el compañerismo, la cooperación y la unión de la Región que después de tantos años juntos, seguimos trabajando unidos. A ellos, mi más sincero agradecimiento.

Seguiremos trabajando para que las familias y nuestros niños, niñas y adolescentes, crezcan y se desarrollen sanos en un mundo con una nueva normalidad, que entre todos podemos construir mejor.

Dr. Alberto Antonio Libanio
Presidente XIV Jornadas

XIV Jornadas de la Región Metropolitana

Sociedad Argentina de Pediatría

Dr. Virginia Inés Bertone

Analgesia y sedación

Dolor basal	Dolor incidental
Dolor relacionado con la lesión	Dolor relacionado con procedimientos terapéuticos. Balneoterapia.
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Intensidad leve: AINES ➔ Intensidad moderada y severa: AINES + Opioides 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Procedimientos invasivos quirúrgicos. ➔ Morfina + Midazolán/ Lorazepán 60 minutos previos





**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGION METROPOLITANA
Y SUBCOMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL**



EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA LOS PEDIATRAS



**CURSO REGULAR: SINCRÓNICO ONLINE
(A TRAVÉS DE PLATAFORMA ZOOM)
AÑO 2022**

**FRECUENCIA: 2 ENCUENTROS
MENSUALES DE 1:15HS.
DE ABRIL A DICIEMBRE
PRESENTACIÓN DE MONOGRAFÍA FINAL
OTORGA CRÉDITOS**

Coordinadora: Dra. Mercedes Regina Acuña



Encuentros Metropolitanos 2022



ACTIVIDAD PERTENECIENTE A LA RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTÍNUA. OTORGA CRÉDITOS PARA LA RECERTIFICACIÓN.

Temas:

- **Vacunas COVID, actualización, novedades.**
- **Neurodesarrollo. Herramientas diagnósticas.**
- **Caries dental ¿ Lesión o enfermedad ?.**
- **Lactante Hipotónico. Alarmas.**
- **Trastornos digestivos funcionales.**
- **Historia Clínica: aspectos médico legales.**
- **¿Cuándo pensar en Tóxicos?.**
- **Abordaje de las dificultades del dormir.**



Los cuartos sábados del mes de 9:30 hs a 10:45 hs
de Abril a Noviembre 2022
Por plataforma virtual Zoom
Informes e Inscripción:
educacioncontinuarm@gmail.com

ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS CRÓNICAS COMPLEJAS (EPECCOM)

ROL DEL PEDIATRA EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Destinatarios: Pediatras, residentes y médicos en general y otros especialistas pediátricos, psicólogos, psicopedagogos, estimuladores tempranos, terapeutas ocupacionales, kine-siólogos, fonoaudiólogos y licenciados en servicio social. Profesionales del área de salud con título universitario.

Coordinadora: *Dra. María del Carmen Martínez Perea*

Secretarías académicas: *Lic. Elida Mattarozzi, Dra. Viviana Soligo*

Mail de inscripción e informes: cursos2021fmetropolitana@gmail.com

Frecuencia semanal: Días miércoles de 16,30 a 18,30 h. Modalidad virtual.

Iniciación: 20/7/22. **Finaliza:** 7/9/22

1. Tema I.

¿QUE SON LAS ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS CRONICAS COMPLEJAS? CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN.

2. Tema II.

ENFERMEDADES DE APARICION TEMPRANA, DETECCION PRENATAL, NACIMIENTO Y PRIMERA INFANCIA

3. Tema III.

ENFERMEDADES CON RIESGO DE VIDA, SU DETECCION Y PRECOZ TRATAMIENTO.

4. Tema IV.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO, SCREENING NEONATAL, ESTUDIOS GENÉTICOS.

5. Tema V.

COMUNICACIÓN DIAGNOSTICA, IMPACTO Y SOBRECARGA EN EL ÁMBITO FAMILIAR.

6. Tema VI.

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN EL NEURODESARROLLO.

7. Tema VII.

AVANCES EN FARMACOLOGIA, MEDICACIÓN DE ALTO COSTO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

8. Tema VIII.

ASPECTOS ÉTICOS, CUIDADOS PALIATIVOS Y ACTO MÉDICO EN PATOLOGIAS PEDIÁTRICAS CRONICAS COMPLEJAS.



Curso

“ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

24° Edición.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Desde el jueves 17 de marzo al 1 de diciembre de 2022

Horario: 10 a 12 horas

Modalidad combinada virtual-presencial

140 horas docentes.

Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP.

Región Metropolitana

Otorga créditos para la recertificación.

Directora:

Dra. Mercedes Manjarín

Coordinadoras:

Magalí Hamui, Ana Kannemann, Luciana Lombardo

Colaboradores docentes:

Dres. Miriam Bonadeo, Violeta Caputo, Catalina D´Errico,

Ángela Nakab, Miguel Ángel Yohena

Informes e inscripción:

consultorioexternoelizalde@gmail.com

bonadeom@gmail.com



BURBUJAS PEDIÁTRICAS

Espacio dedicado a temas no médicos, que parten de la necesidad de expresión, de quienes pertenecen a nuestra Región Metropolitana y deciden manifestar su capacidad de mostrarnos un aspecto no conocido de sus habilidades literarias o cualquier faceta artística que se encuentre orientada en nuestra línea editorial.

METÁFORAS DE LA VIDA. Historia de dispersados

Dra. Miriam Bonadeo

Médica Pediatra

Había una vez, una comunidad diversa, como una gran familia. A veces, como toda familia, un poquito disfuncional... pero que solía pasarla bien. Podían hacer algunas cosas en común, amablemente. La Casa grande que compartían era su lugar de acogida, como una gran *Cuna* que los mece y los sostiene. Podían compartir algunos festejos, comidas y hasta alguno de ellos, invitaba a todo el resto y abría las puertas de su casa. Y se divertían. Todo parecía estar bien, porque nadie avizoraba la tormenta que empezó lejos, muy lejos, pero que, inevitablemente, llegó una mañana...

Y se le levantó viento, mucho viento. Y empezó a llover, fuerte, muy fuerte. Cerraron las ventanas, pero les decían que lo mejor era que estuvieran abiertas... y se llenó de agua. Y cayeron piedras, y del cielo empezaron a caer cosas increíblemente nuevas, extrañas. Nadie las conocía ni las había visto nunca ni sabía a quién preguntar...Entonces, los integrantes de esa familia dudaron (quién no duda ante lo desconocido...) y muchos de ellos decidieron que lo mejor era no volver a juntarse, no volver a verse, no saludarse ni despedirse. Y se quedaron en casa, en *otras* casas. Las casas que todavía estaban secas y, aunque aislados, las prefirieron...

Y, de a poco, se fueron olvidando de los que se quedaron a secar la casa y recoger todo lo que se había desparramado. Quedaron pocos. Pero a diario se decían, unos a otros, que se quedaron

los mejores. ¡Tampoco era cierto! Era para darse aliento. Para no llorar de tristeza y soledad. Se quedaron los que tenían la convicción y el deseo. La *convicción* de que esa Casa era la que habían compartido cada día, cada mañana y cada tarde. Y unas cuantas noches sin dormir...Desde hacía una pila de años, ya ni se acordaban cuántos años...Y el *deseo* de conocer el porqué de la tormenta y de ayudar a otros que, como ellos, también se preguntaban qué pasaba y a los que su casa se les puso mal, peor, se les desintegró.

Le pusieron el cuerpo, el alma, el corazón. Sufrieron. Lloraron. Pelearon contra eso sin forma ni color que estaba en algún lugar y no sabían porqué se acercaba cada vez más. Se acercaba. Hasta que los tocó, no a todos, pero a algunos les pegó fuerte. Y cómo afrontar lo que no se conoce y te arrebató a un amigo, a un hermano, a una madre...Algunos volvieron del golpe, los más fuertes, los otros, los más gastados y cansados, se fueron...solos. Sin que les dijeran adiós, les dieran la mano, les cantaran esa canción que les gustaba tanto...ese mimo del alma que ya no recibirían... Solos...

Entonces, los que se quedaron, se pusieron el traje de duros y trataron de sobrellevar, por un largo tiempo que les fue pareciendo eterno, lo que les tocaba: *el tiempo que les tocó vivir...*

Decidieron que volverían las fiestas de cumpleaños, los lunes se reunirían, de lejos, para decidir lo urgente y lo inevitable, pero también

para aportarse calorías de todo tipo, sobre todo aquellas que calientan el alma... y volvieron a reírse, aunque afuera seguía lloviendo. Porque nunca paró. Parecía que amainaba, pero seguía lloviendo.

Y, ya casi, casi acostumbrados a frotarse la espalda unos a otros, sin tocarse, porque así se seguían dando ánimo, un día de un mes de un año cualquiera, vieron venir a lo lejos, a los que se habían guardado en casa. No en la Casa grande. La que había sido una Cuna. Sino en muchas casas diferentes: vieron volver, de a poco, a los dispersados.

Y otra vez dudaron. Cuando se habían acostumbrado, volvieron a dudar. Porque habían sido familia. Y a algunos los extrañaron mucho al principio. Algunos eran como hermanos. Pero, también, o por eso mismo, se sintieron defrauda-

dos, dolidos, destratados, olvidados... ¿Y ahora? ¿Cómo sería el reencuentro? ¿Habría alegría? ¿La vuelta del hijo pródigo? ¿Miedo? ¿Bronca? ¿Nada de eso? ¿Todo eso?

Entonces pensaron en la metáfora de la vida: el que se va sin que lo echen y vuelve por obligación, no regresa feliz. Y cuando los que iban llegando despacio se acercaban, notaron que era cierto: no estaban felices, ni siquiera contentos... Ya nadie era el mismo de antes de la tormenta. Ni los unos. Ni los otros... No lo decían, pero la tormenta dejó nubes, y las nubes dejaron sombras...

Los que se quedaron cambiaron los muebles de lugar, la Casa era la misma, pero parecía otra. Los dispersados no encontraron las cosas que antes estaban ahí nomás...

El tiempo pasa... ¿Seguirá lloviendo?





Ecología de las XIV Jornadas de la Región Metropolitana 2021

Difundimos la ponencia de la *Dra. María del Carmen Toca*, participante de la mesa "Alimentación saludable en la infancia" coordinada por la *Dra. Silvia Redensky*

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES (TFGI) EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Dra. María del Carmen Toca

Médica Pediatra gastroenteróloga. Ex Jefa de Sección Gastroenterología, Hepatología y Nutrición del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posada. Coordinadora Grupo de trabajo de Enfermedad Celíaca del Comité de Gastroenterología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Coordinadora Grupo de trabajo de Alergias Alimentarias de Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

Introducción

Los Trastornos Funcionales Gastrointestinales (TFGI) o desórdenes de la interacción intestino-cerebro, se caracterizan por síntomas gastrointestinales (GI) crónicos o recurrentes que no pueden explicarse por anomalías estructurales o bioquímicas.

Los lactantes, durante el 1^{er} año de vida, pueden presentar trastornos funcionales tales como regurgitación, rumiación, vómitos, cólicos, diarrea, y constipación. Se llaman funcionales porque no hay causas orgánicas que generen los síntomas. Se presentan en niños con adecuado desarrollo ponderal y psicomotriz, pero con tanto disconfort que generan estrés en el núcleo familiar que con lleva a frecuentes consultas al pediatra, y con frecuencia modificaciones dietarias y medicaciones innecesarias.

Las manifestaciones clínicas son transitorias y de resolución espontánea, relacionadas con las modificaciones que ocurren en el proceso de maduración y adaptación postnatal de la interacción intestino-cerebro.

Dada la ausencia de biomarcadores o test específicos, el diagnóstico se basa en criterios clínicos. Los criterios han sido definidos por expertos basados en síntomas y se han ido modificando en diversas reuniones realizadas en Roma, la última en el año 2016: Criterios Roma IV.

La prevalencia es alta y muy variable, en dis-

tintas poblaciones, aproximadamente del 30 % en regurgitación, 20 % en cólicos y 15 % en constipación.

La fisiopatología para los TFGI se basa en un modelo biopsicosocial, que contempla factores genéticos, culturales, ambientales, y sicosociales.

CÓLICO DEL LACTANTE

Criterios clínicos para diagnóstico de cólico infantil. Criterios Roma IV.

1. Lactante que presenta síntomas que comienzan y terminan dentro de los primeros 5 meses de edad.
2. Períodos recurrentes y prolongados de llanto, molestia e irritabilidad, reportados por sus cuidadores. Que ocurren sin causa obvia y que no puede prevenirse o resolverse por sus cuidadores.
3. No evidencia de fallo de crecimiento, fiebre o enfermedad.
4. Llanto durante tres o más horas por día, tres o más días en los últimos 7 días.

Las razones por las que aparece el llanto, permanecen todavía desconocidas. Solo en un 5% se deben a causas de origen orgánico. Se asocian causas ambientales familiares, inmadurez del

SNC, inmadurez gastrointestinal y alteraciones de la microbiota intestinal.

El cólico y el llanto del lactante tiene un pico de mayor intensidad entre la 5ª y 6ª semana de vida para luego disminuir gradualmente hacia la semana 12ª, hasta desaparecer espontáneamente. El manejo incluye la contención familiar para disminuir la angustia, preocupación de los padres. Reforzar la importancia de la lactancia materna y evitar la sobrealimentación.

No hay evidencias científicas fuertes, que muestren medicaciones que reviertan el cuadro.

En caso de uso de fórmulas hay estudios que muestran beneficios con fórmulas basadas en reducida lactosa, proteínas parcialmente hidrolizadas y con beta palmitato, pre y probióticos. El uso de fórmulas sin lactosa no es recomendado, no mejora el cuadro.

Existen estudios que demuestran que el uso de probióticos puede ser beneficioso, especialmente en lactantes que reciben leche materna exclusiva. El *Lactobacillus Reuteri*, es el probiótico que demostró ser el más efectivo.

REGURGITACIONES. REFLUJO GASTROESOFÁGICO FISIOLÓGICO

Criterios clínicos para diagnóstico de regurgitaciones, reflujo gastroesofágico fisiológico. Criterios Roma IV.

- Lactante de 3 semanas a 12 meses de edad en estado saludable con:
- 2 regurgitación o más veces al día durante más de 3 semanas.
- Sin arcadas, hematemesias, aspiración, apnea, retraso del crecimiento, dificultades para alimentarse o tragar ni postura anormal.

El reconocimiento de la regurgitación funcional, basados en criterios clínicos, evita visitas médicas, estudios y terapias innecesarias.

El pico de mayor incidencia es entre los 2 y 4 meses de vida. Para desaparecer espontáneamente entre los 6 a 12 meses de edad. Se asocia frecuentemente a la sobrealimentación, siendo muy importante evitarla. La posición erguida o lateral izquierda en el período postprandial inmediato, puede disminuir el síntoma.

La leche materna constituye la mejor opción en el manejo de niños con RGE, y las regurgita-

ciones no son indicación de suspenderla, ya que contiene factores que favorecen un adecuado desarrollo madurativo del sistema GI y mejora el vaciamiento gástrico. Es importante corregir la frecuencia y el volumen de las tomas, recomendando técnica adecuada de lactancia.

En caso de niños alimentados que no reciben leche materna, la fórmula espesada o anti-regurgitación se puede considerar en casos con síntomas persistentes y angustiantes.

No se recomienda el uso de espesantes caseros, porque pueden generar alteraciones de la osmolaridad y así empeorar el vaciamiento gástrico y el síntoma.

Las drogas utilizadas para la enfermedad por reflujo no están indicadas para el tratamiento del reflujo fisiológico funcional. Hay evidencias científicas que demuestran que la supresión del ácido gástrico, puede generar efectos adversos como riesgo de desarrollar infecciones y enterocolitis necrotizante en prematuros.

A menudo hay una presión intensa por parte de las familias para comenzar terapias antirreflujo o realizar pruebas de diagnóstico, debido a la percepción de gravedad de los síntomas; pero en ausencia de señales de advertencia, las pruebas de diagnóstico y/o terapias supresoras de ácido NO son necesarias.

DISQUECIA. Retardo evacuatorio

Criterios clínicos para diagnóstico de disquecia. Criterios Roma IV.

Lactante menor de 9 meses de edad con:

- Por lo menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de evacuar o de no poder evacuar heces blandas
- Sin otros problemas de salud.

Trastorno funcional, transitorio y benigno, que ocurre en lactantes menores de 6 meses, sanos, alimentados a pecho materno, que se caracteriza por la falta de evacuación varios días, y por presentar episodios de llanto intenso y enrojecimiento de la cara ante los reiterados intentos por eliminar las heces, con pujos que duran unos minutos y cesan al eliminar las deposiciones que serán pastosas o líquidas. Este trastorno es autolimitado y no requiere tratamiento médico ni estudios diagnósticos.

CONSTIPACIÓN CRÓNICA FUNCIONAL

Criterios clínicos para diagnóstico de constipación. Criterios Roma IV.

Lactantes menores de 4 años que presenten durante un mes, al menos 2 de los siguientes síntomas o signos:

1. Dos o menos evacuaciones por semana.
2. Historia de retención excesiva de materia fecal.
3. Historia de evacuación dolorosa y con materia fecal dura.
4. Historia de materia fecal de gran diámetro.
5. Presencia de grandes masas fecales en recto.

El objetivo del tratamiento es básicamente reestablecer un patrón regular de defecación y prevenir recaídas. Aconsejar como disminuir con-

sistencia y tamaño de heces para reducir el dolor, con manejo nutricional con el aporte de leche materna y alimentos con fibra, o medicamentoso.

En caso de no recibir leche materna, considerar el uso de fórmulas con prebióticos y/o simbióticos y beta palmitato y/o con magnesio en rangos normales.

En los niños con impactación fecal o con constipación funcional retentiva con dolor, por heces aumentadas de consistencia y tamaño, se indica la utilización de laxantes osmóticos para hidratar la materia fecal. Se recomienda utilizar en menores de 6 meses: Lactulosa 1-2 gr/kg / día. En mayores de 6 meses: Polietilenglicol para desimpactar: 1 a 1,5grs/kg y luego como mantenimiento: 0,2-0,8g/k/ día.





Historia de nuestros hospitales

HOSPITAL MUNICIPAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA “MARÍA FERRER”

Dr. Claudio Mauritzen
Médico Pediatra

En el mes de diciembre de 1936 se habilita en la entonces llamada calle Patagones al 849 (hoy Dr. Enrique Finochietto), en el Barrio de Constitución, un dispensario de lucha antituberculosa. Es denominado María Ferrer en consideración a lo así expresado por los donantes quienes, además, comprometían su utilización a la prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias. Solo contamos con relatos orales que aseguran que María Ferrer era la madre de un descendiente de la rica familia Rosell, sin mediar un matrimonio legal. También aseguran que trabajaba como doméstica. Los únicos testigos que nos podrían dar más detalles se miran permanentemente en la entrada desde sus retratos fijos en sobre relieve. Ambos están identificados: Román Rosell, María Ferrer. Tanta evidencia, alguna explicación tendrá.

Esta primera etapa de la historia del Hospital María Ferrer no la hemos investigado seriamente, pero descontamos que debe haber tenido algunos ribetes claramente heroicos ya que conocemos, de boca de un paciente, que se llegaron a efectuar toracoplastias con pelotitas de ping pong, último de los procedimientos de tecnología avanzada de colapsoterapia contra la tuberculosis.

La que podemos llamar etapa moderna del María Ferrer comienza a gestarse a fines del año 1955 y comienzos del 56. Como un tremendo manto de horror, se desata la mayor epidemia de poliomielitis que se haya conocido en el mundo, en un determinado país. Esto fue considerado así por un especialista norteamericano que llegó convocado para colaborar en esa oportunidad. Hemos tenido acceso al dossier que guarda el dia-



rio Clarín con recortes de la época, propios y de otras publicaciones. También hemos contado con relatos del Dr. Mazzafero, quien se desempeñaba en esa época en el Hospital Muñiz. Recogimos relatos de familiares y personal de enfermería que aún actúa en el Hospital María Ferrer. Es importante acentuar el relato en el golpe dado al inconsciente colectivo en esa oportunidad.

Los detalles de la evolución de la epidemia se desplegaban en las primeras planas con la extensión que hoy generan las noticias de los avatares económicos. Se palpa cierto patetismo al leer en los títulos que “La epidemia está bajo control” y al leer las estadísticas, en el desarrollo de la noticia, lo único que se podía asegurar era que los casos nuevos no eran mayores a los de los días previos. Esto por día. Según el relato de Celia Palermo, una enfermera que en esos días era recién recibida de la Cruz Roja y que llegó a ser Supervisora de Enfermería en el María Ferrer, la plaza frente al Muñiz estaba repleta de familiares desesperados y era trágico el hecho, a las horas finales de la tarde, en el que un profesional leía en voz alta la nómina de fallecidos. Pudimos leer un texto testimonial del periodista Juan Manuel Francia, de Pehuajó, en donde descarnadamente cuenta a modo de denuncia lo padecido por su pequeña hija, que fue víctima de la enfermedad en febrero de 1956. Los primeros casos habían sucedido en octubre del año anterior. Fueron in crescendo hacia finales de ese año, pero al llegar el verano los números se multiplicaron vertiginosamente. Se desarrollaron interpretaciones sin grandes bases científicas. Se recomendaban desde los organismos oficiales medidas de poca seriedad científica, pero que seguramente aliviaban el pánico lógico de la población. Según relato de La Prensa la mortalidad era superior al 12 %. Lo cierto es que la cantidad de casos superó largamente las posibilidades de atención, sobre todo los casos más graves con compromiso respiratorio. Si nos ubicamos en el desarrollo tecnológico de punta de la época, coincidía con el inicio en los países del primer mundo de la instalación de las primeras terapias intensivas. Los pacientes que presentaban dificultades respiratorias severas eran asistidos por escasos mecanismos de soporte extra. Únicamente estaban bien desarrollados los pulmones de acero, conocidos como pulmotores, y las camas oscilantes. Todos los otros diseños de ventilación a presión positiva estaban en una

etapa francamente experimental. La industria de los diseños plásticos era más que incipiente. La intubación estaba en manos de escasísimos especialistas y los tubos eran de látex semirígidos. La mayoría de los casos debían resolverse con traqueotomía, para colmo de urgencia. Se enfrentó con una realidad tremenda y resolvió reunir los casos más graves en una sola Institución. Se contó para esta estrategia con la opinión de expertos extranjeros: James Whittemberger, fisiólogo de Harvard, Benjamín Ferris, Melvin Glasser y la Dra. Jessie Wright. Y de Francia Jean Jacques Posidaló y Maurice Goulom. El 1 de marzo de 1956 los casos fatales eran de 71 y todavía no se había producido el pico más alto.

Se informa, por los diarios, que el Estado Nacional desembolsó 10.000.000 de pesos, de la época.

También se informó el gasto de 3.000.000 de dólares para la compra de gamma globulina para las tres cepas. En la primavera del 56 se refundó el María Ferrer con la denominación de Centro de Rehabilitación Nacional Respiratorio y se encomendó la tarea de organizarlo al por entonces joven médico graduado en la UBA, pero que recientemente había completado su entrenamiento en los EEUU bajo la dirección del Prof. Comroe: el Dr. Aquiles Juan Roncoroni.

En la década del ochenta el Dr. Luis Pegoraro, Presidente de la FEMECA por ese entonces, en una conversación espontánea, recordaba que él era el Director del Dispensario María Ferrer y que fue informado directamente por el Dr. Roncoroni que ya no era más el Director de aquel establecimiento y el nuevo destino de la Institución. El Dr. Roncoroni creó y dirigió la Institución desde ese momento hasta 1982 en la que delegó la dirección en el Dr. Miguel René Herrera al hacerse cargo de los destinos del Instituto de Investigaciones Médicas “Dr. Alfredo Lanari”.

Con un rango de subdirectora en la especialidad de Rehabilitación, se desempeñó la Dra. Gwendolyn Shepherd. En su libro “Alas de esperanza” confiesa una conversación sostenida en el mes de mayo del 56, en la que al contestarle la Dra. Shepherd “No, yo no ¿Y Usted? Ante la pregunta “¿Usted sabe cómo organizar un centro respiratorio?” el Dr. Roncoroni responde: “Yo tampoco”. Así eran exactamente las cosas.

El Dr. Francisco Martínez, Ministro de Salud de ese momento, mantiene una conversación con

el Dr Roncaron, según relato personal, en la cual quedaba tácito que el destino del Ferrer no se limitaba, en el futuro, a la atención de los casos de polio. Esto se materializa con la ventilación con presión positiva de un caso de Guillain –Barré a mediados de 1957.

En esta etapa de la historia del Ferrer comienza a desarrollarse una identidad que recién se cristaliza al coincidir las mejores condiciones de prevención de la Poliomiélitis con la implementación de las campañas de vacunación y el imparable progreso de los conocimientos de la fisiología respiratoria y el salto cualitativo de la industria de los plásticos.

En ese último terreno los profesionales del Ferrer, encabezados por Roncoroni, no fueron simples testigos, ya que desde la misma Institución se generaron una innumerable cantidad de trabajos que no se conformaron simplemente en copiar los hallazgos de los investigadores del primer mundo, sino que algunos de ellos eran completamente originales. Se puede decir sin temor a equivocarse que el Ferrer fue la primera Terapia Intensiva, con las características de las actuales, del país. Tan temprano como en 1957, como ya mencionamos arriba, se comenzaron a atender casos de insuficiencia respiratoria no ocasionadas por la poliomiélitis como: Miasmenia Gravis, Guillain Barré, Tétanos, ELA por nombrar las más significativas. En todos esos años la recuperación aguda estaba imbricada con la rehabilitación a largo plazo. Todas las áreas eran sometidas, no solo al esfuerzo de la atención asistencial y de investigación cotidiana, sino a la mirada de innumerables visitantes del país y del extranjero que venían a formarse en una disciplina que estaba naciendo en el mundo. Sin existir un verdadero divorcio, se produjo una separación al habilitarse un Hogar Respiratorio en una hermosa casona lindante al Hospital. Este palacete tiene de por sí su propia historia ya que, construido en 1912 por el Dr. Díaz Vélez, pasó a manos del Dr. Carlos Saavedra Lamas, posteriormente a Damas de Beneficencia y, finalmente, incorporado al Ministerio de Salud de la Nación por el Dr. Ramón Carrillo. Esa casa fue habitada por voces adolescentes, escasas al principio, pero poderosas en sus voluntades, con la misión de constituir un verdadero hogar. Como tal, allí era la base para conseguir la inserción definitiva estudiando y trabajando. En septiembre de 1966

VITRA (Vivienda y trabajo) recibió su personería jurídica.

Esta identidad entre lo agudo y lo que no lo era, produce historias cercanas pero diferentes. El Hospital y el Hogar son dos dimensiones tan claras que el patronímico de sus habitantes también lo es: “los pacientes “y “los chicos”.

El Ferrer se definió en el tratamiento intensivo de la Insuficiencia Respiratoria, reclutando especialidades que se hicieron indispensables con los progresivos logros. Uno de ellos fue la creación de una nueva patología al subsistir pacientes que anteriormente fallecían: la estenosis de tráquea luego de ARM (asistencia respiratoria prolongada), o adquisición de nuevas técnicas como el trasplante de pulmón. Al respecto, debe señalarse que el Dr. Molins efectuó los dos primeros trasplantes de ese órgano en el país en el María Ferrer, a pocos meses que Christian Barnard hiciera sus experiencias de injertos cardíacos en Sudáfrica. También se aumentó la asistencia en número de pacientes con Miasmenia Gravis impulsando la ayuda mediante la timectomía. Durante más de diez años también se efectuó cirugía cardíaca, ante la realidad que los postoperatorios necesariamente debían ser controlados con normas de Cuidados Intensivos. Se llegó a realizar hasta cuatro procedimientos semanales con bomba de circulación extracorpórea. Debido la creciente atención quirúrgica se creó el Servicio de Cirugía en el año 1985. Se asiste anualmente más de trescientos cincuenta casos de Cirugía Torácica excluida la patología esofágica.

Otra especialidad con gran presencia en su desarrollo es la endoscopia, que nace en los primeros días con la necesidad de intubación de pacientes agudos. Como dato anecdótico nos cuentan los actuales residentes del Hogar, que las primeras salidas fuera del hospital sólo eran permitidas con el acompañamiento de alguien que supiera intubar. El primero que efectuó una fibrobroncoscopia en el país fue el Dr. Rolando Fonseca, desarrollando un Servicio de Endoscopia que en la actualidad encara procedimientos de Endoscopia Invasiva aprendidos en la Clínica Mayo y en Barcelona por el Dr. Pedro Grynblat.

La Kinesiología Respiratoria tuvo en el Ferrer su acta de nacimiento en el país en manos del Klgro Carlos Balparda. Es un orgullo, también un compromiso, que la mayoría de los especialistas



en este rubro se hayan formado o hayan efectuado alguna vez una pasantía por el Ferrer.

Como el crecimiento y posibilidad de las nuevas técnicas de resucitación y mantenimiento del enfermo agudamente grave está atado firmemente a los conocimientos del medio interno, este es un pilar dentro del funcionamiento del hospital. Van slike-microanizador de gases Scholander en 1958 Astrup, que requería una curva. En el 1965 se tienen los electrodos en París.

El compromiso cada vez mayor con lo asistencial sumó casi geoméricamente la atención cotidiana tanto en pacientes adultos como en pacientes pediátricos. Esto ocasionó la acumulación de patologías específicas de la especialidad que multiplicaron la experiencia de todos los sectores. Uno de ellos es el laboratorio de Anatomía Patológica con una generosa y extensa serie de preparados y depositario de frecuentes interconsultas.

El 9 de enero de 1995 se efectuó lo que llamamos el primer trasplante del Ferrer en esta nueva etapa. Se repitió en dos ocasiones más. Si bien los tres fueron exitosos en la etapa postoperatoria inmediata, el primer caso sobrevivió durante más de ocho años con una calidad de vida indistinguible de una persona normal, salvo alguna pequeña intercurencia. Su muerte aconteció por la aparición inesperada de una enfermedad

maligna y no por la insuficiencia ventilatoria que lo había mantenido postrado por más de cinco años. Por falta de fondos debió suspenderse el programa que había sido la culminación de una puesta a punto de un protocolo experimentado primero en animales de laboratorio durante cinco años. Derivado de éste entrenamiento y de la alta capacitación del equipo de fisiólogos, se desarrolló el programa de reducción de volumen consiguiendo resultados muy comparables a los logrados en países de avanzada.

Cabe destacar, como dato interesante, que en Hogar Respiratorio que funciona dentro del Hospital (hoy conocido como VITRA), vive la Sra. Susana Gómez con secuela de cuádrupleja desde los años de la epidemia y que mantiene una entrañable relación con el Dr. Rojas Oscar (quien nos facilitó esta historia) desde su época de residente. La Sra. Susana es registro viviente de lo que en algún momento habrá sido un número de los cuales vemos todos los días publicados en los diferentes medios sobre la pandemia con la que nos toca luchar.

Nota del editor: Agradezco a la Dra. Miriam Bonadeo, por el contacto con el Dr. Rojas Oscar quien nos facilitó la historia de este emblemático hospital porteño.





APS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Mgtr. María del Carmen Martínez Perea

Neuróloga Infantil, Hospital B. Rivadavia, CABA. Hospital Cuenca Alta N.K. Cañuelas.
Miembro Titular Sociedad Argentina de Pediatría: Región Metropolitana y Sub Comité de Ética

Lic. Elida Mattarozzi

Lic. Psicología. Miembro Adherente Sociedad Argentina de Pediatría: Región Metropolitana,
Miembro Comité Regional de Discapacidad

Introducción

Los profesionales médicos se ven ante situaciones difíciles al momento de abordar a un Niño, Niña y Adolescentes con Discapacidad (**NNyAcD**)¹ en la atención primaria de la salud (**APS**).

Se debe recordar siempre que el mejor interés del niño debe prevalecer, y es ante todo un NIÑO, con sus derechos, como niño y como paciente, como parte de una familia y en un contexto sociocultural particular.

Para el equipo médico es un gran desafío abordar al paciente y su familia cuando se enfrenta con Enfermedades Pediátricas Crónicas Complejas Discapacitantes (**EPeCCDi**). Este acto médico es de gran responsabilidad y requiere de un conocimiento (formal y no formal) y de una visión holística no siempre adquirida en el pregrado y/o post grado.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la consulta y relación médico paciente, es incluir a su cuidador,² generalmente su madre. Esta relación médico-paciente es una díada donde el niño, si bien es centro de la comunicación, es dependiente del CP, convirtiéndose en el eje fundamental para sus actividades de la vida diaria.

La Atención Primaria de la Salud (**APS**) requiere de *“un enfoque amplio”*... en el paciente para alcanzar... *“el mayor nivel de salud, maximizando la equidad y la solida-*

ridad del sistema de salud ...”, en términos de la OPS.

Así mismo su gestión implica el *“desarrollo de redes de servicios de salud”*. (Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS) & OMS, 2010).

Aquí nos planteamos la primera duda: ¿permite nuestro sistema mantener la atención y seguimiento de estos pacientes en verdaderas redes de salud, donde los profesionales alcancen un abordaje integral del paciente?

Y los profesionales ¿estamos capacitados, formal e informalmente, para abordar desde APS al niño con discapacidad?

En el presente escrito se tratará de:

- Visibilizar la problemática planteada (**EPeCCDi**),
- Entablar el nexo entre APS y estas patologías;
- Concluir con la necesidad de integrar los distintos Servicios Asistenciales desde la APS;
- Capacitar a los Agentes de Salud (médicos y no médicos) involucrados.

La visibilización de los pacientes con Discapacidad queda respaldada con cifras publicadas, como el nexo con la Atención primaria de Salud; pudiendo el lector profundizar con la bibliografía adjunta (más representativa de las ideas expuestas).

Incluimos en este artículo lo referido sólo a la Atención Primaria de la Salud, ya que la educación y otras áreas, serían temas a analizar en futuros trabajos.

1. En el presente escrito, al referirnos al paciente, (**NNyAcD**) al niño, se hace referencia al Niño, Niña, y Adolescente con Discapacidad.
2. Cuidador principal (**CP**): persona que en forma desinteresada e informalmente, contribuye al logro de las actividades, necesidades básicas que requiere una persona con Discapacidad, recompensación económica por su trabajo.

ENFOQUE DE LA DISCAPACIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

A. NNyA con Discapacidad

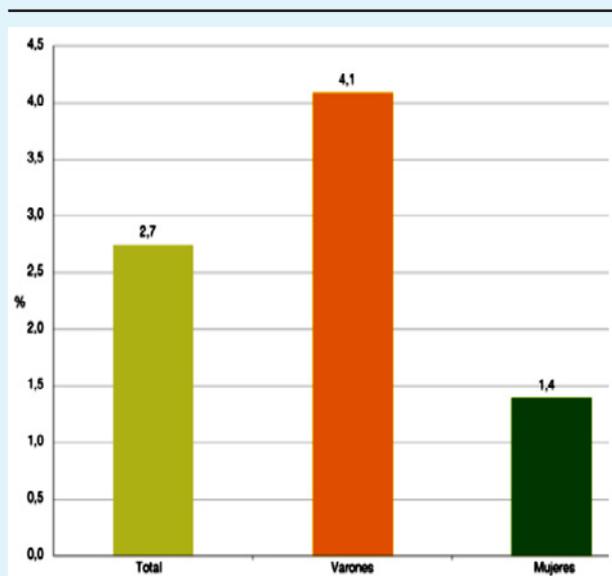
Considerar la Atención Primaria en los niños con discapacidad, requiere de la visibilización en primer lugar del niño, con derechos, requiriendo de una nueva actitud abierta e inclusiva. Estos conceptos deben ser tenidos en cuenta frente a toda comunicación directa o relacionada con ello.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (Convención de los Derechos de la Personas con Discapacidad, Ley 26.378).

Esta definición incluye el compromiso de generar una sociedad más inclusiva, desde lo urbanístico, la educación y también, por supuesto, la salud.

Al analizar los datos epidemiológicos en discapacidad pediátrica, se logra conocer su relevancia para posibilitar tomas de decisiones a la hora de distribución de recursos sanitarios, prestación de servicios en salud, entre varios. Esta tarea se presenta graficada, correspondiente al

Figura 1. Prevalencia de la Población con dificultad de 0 a 6 años



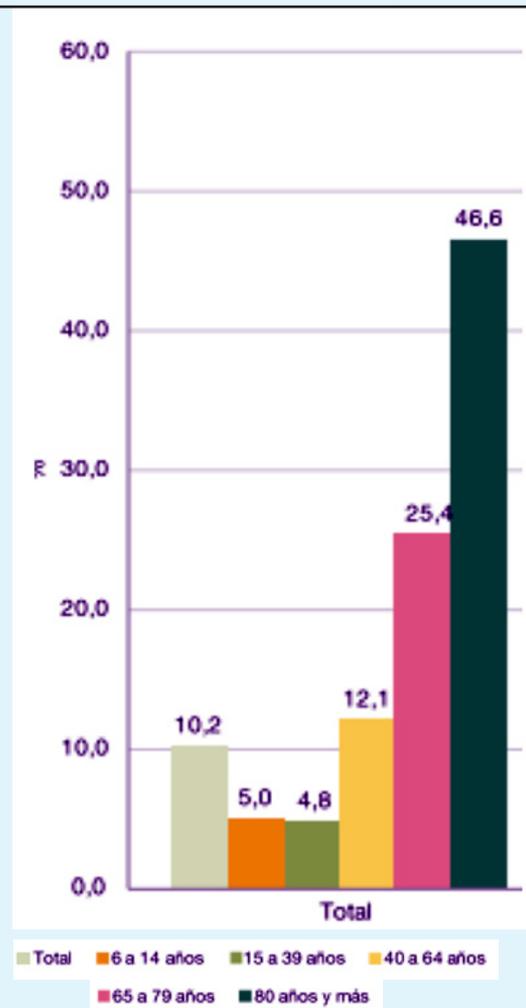
Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018 (Informe definitivo).

Informe del estudio Nacional sobre el Perfil de Personas con Discapacidad 2018; Censo INDEC, y se puede profundizar por sectores geográficos de Argentina, junto con otros, en el Observatorio 2020 de la Sociedad Argentina de Pediatría. (Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población (DNESyP) et al., 2018). (Gentile et al., 2020).

(Figuras 1 y 2).

Al visibilizar su importancia se "..., reconoce la necesidad de identificar y analizar las diferentes realidades en salud, medio ambiente y educación, y las inequidades y brechas de desigualdad en todas las regiones del país...".(Gentile et al., 2020). Esto permitirá la inclusión, sin excluir a nadie.

FIGURA 2. Prevalencia de la población con dificultad de 6 años y más.



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018 (Informe definitivo).

Por qué? Porque al considerar a las personas con discapacidad, se debe dejar en claro que nos referimos a una persona de naturaleza humana, única, con habilidades, capacidades; que no deben ser sub valorados. Las connotaciones de los términos que los califican peyorativamente, deben ser eliminadas.

El respeto a su dignidad siempre debe estar presente, pues es independiente del grado de capacidad; del credo; raza; de la condición física, mental, sensorial, que haya alcanzado.

Las limitaciones que pueden tener en el desenvolvimientos de las actividades de la vida diaria, no le anulan su naturaleza, ni su valor. Es por ello que requieren de medidas de apoyo, asistencia personal y ayudas técnicas de diferente índole para permitirles su participación en nuestra sociedad.

Las barreras que se les presentan son obstáculos externos a su participación en la sociedad, más allá de sus limitaciones, al ejercer sus derechos. (UNICEF & CEPREDENAC. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central, 2019). (Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 1, p 4; 2006).

La inclusión, protección y la asistencia de los NNyAcD, tiene especial relevancia frente a crisis sanitarias, desastres naturales y otros que requieren asistencia humanitaria, existiendo normas, recomendaciones basadas en los Derechos humanos y criterios ético-técnicos publicados. (CE.PRE.DE NAC- & UNICEF, 2019).

Generalmente, estas enfermedades contribuyen a aumentar su vulnerabilidad, frente a complicaciones, otras patologías infecciosos o no.

Es así que es necesario resolver tanto los dilemas éticos, como la toma de decisiones en cada paso, colocando siempre a los NNyAcD, en el centro del problema, respetando sus deseos y los de su familia, en su contexto.

Las necesidades de cada niño son particulares, dependen de sus posibilidades de acceso a los tratamientos y según las patologías a las instituciones educativas apropiadas. El cuidador es

también un eje fundamental en la díada madre-niño, y también como intermediario entre el paciente autónomo y el médico, ya que muchos de estos niños no pueden comunicar fluidamente sus síntomas, sensaciones o dolores; que quedan a veces enmascarados para el pediatra.

B. Atención primaria y NNyA con Discapacidad

En la APS es frecuente la consulta de pacientes pediátricos con patologías clínicas de riesgo (crónicas, episódicas, permanentes, complejas, entre varias).³ (Penela Sanchez & Sicart, 2020).

Los niños con estas patologías presentan desafíos para el sistema de salud, requieren de intervenciones, especialidades para su cuidado y rehabilitación. Estas medidas son dirigidas por el pediatra de cabecera, y necesita de la coordinación con la familiar, y las redes de sostén. (Valdez et al., 2020). Estas redes de sostén, en la expresión de la Unicef, quedan incluidas en las redes integrales de servicios de salud (RISS). Pero no es solo la suma de cada una de ellas, sino de una coordinación oportuna del pediatra de cabecera con las áreas sociales, sanitarias, educativas en el contexto del niño. Y en esta gestión cobra primordial importancia el Cuidador, que es el que “se debe adaptar a las necesidades en el aquí y ahora”, según estado evolutivo de la enfermedad. (Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2010).

La incorporación de RISS en APS contribuye a la atención integral del NNyAcD. Unicef expone que éstas necesitan de un abordaje adecuado inicial, y en el modelo asistencial requiere del conocimiento de: **a)** la población y necesidades; **b)** profesionales y lugares de las redes integrales que prestarán sus servicios, acordes a las necesidades específicas de las patologías discapacitantes, y en especial los efectores en el ámbito de la salud pública; **c)** atención primaria centrada en la persona con discapacidad, la familia y contexto, de acuerdo a la cultura y valores. Los distintos servicios deben poder integrarse, con un pediatra o especialista como coordinador, dependiendo de las patologías. La fragmentación

3. Enfermedad crónica compleja: afectación crónica significativa en 2 o más, sistemas o condiciones progresivas o limitantes; que comprometen la fragilidad y generan gran dependencia con limitaciones funcionales, y elevada utilización de recursos. Sánchez, Sicart 2020).

de los Servicios de Salud se traduce en un falta de acceso a los mismos, pérdida de su continuidad, ineficiencia, y al tiempo en un aumento de costos en salud. (Martínez Perea, 2010).

Si esta red integrada no se logra, aparecen: falta de adherencia a la atención; necesidades médicas rehabilitadoras no logradas con repercusión en la salud y, en definitiva una disminución de la calidad de vida no solo para el paciente, sino también a su familia. (Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2010).

En esta red están incluidos las diferentes especialidades, Agentes de Salud, Cuidadores, Acompañantes, involucradas con la atención del NNyA con discapacidad.

Por lo cual es importante coordinar un modelo unificado de atención, capacitar a los profesionales intervinientes con la incorporación del contexto vital, la familia, su cuidador (generalmente cuidador informal: las madres) en el manejo del paciente y curso de su patología; a fin de brindar una atención en red integral.

He aquí un tema a considerar: ¿Qué determina la calidad de vida de un niño con patologías crónicas de riesgo o discapacitantes?

¿Se trata simplemente de “controlar los síntomas” a cualquier precio? ¿Cómo evaluar el costo para el paciente y la familia desde todos los aspectos, tanto familiares como sociales, económicos; recursos económicos y humanos en salud; y sobre todo emocionales?

La calidad de vida de cada paciente puede implicar decisiones de mucho peso, como estudios invasivos para el niño, internaciones, cirugías, etc. en las cuales se evaluará la opinión del paciente y el entorno familiar teniendo en cuenta todos los aspectos a considerar, ya que en muchos casos los tratamientos hacia lo que puede parecer una “mejoría” desde un niño típico, en estos pacientes puede implicar tratamientos intensivos y tediosos para lograr, por ejemplo, que camine mejor o mejore su postura, solo por un tiempo breve en relación al esfuerzo invertido.

También es importante tener en cuenta que un niño que ha tenido internaciones en sus primeros años de vida, pasa por circunstancias tales como tener un brazo inmovilizado para evitar que se saque una vía (por tomar un hecho simple dentro de lo que se puede padecer en una internación). Estos hechos que a los fines

UNICEF PARA CADA INFANCIA. América Latina y el Caribe. 75. (UNICEF- WHO, 2019)

“Programa niños, niñas y adolescentes con discapacidad



Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben disfrutar sus derechos sin discriminación de ningún tipo”. Unicef para cada infancia. América Latina y el Caribe. 75.

“En comparación con sus pares, es menos probable que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tengan una adecuada nutrición, accedan a servicios de salud, asistan a la escuela, participen expresando su opinión y sus necesidades sean tenidas en cuenta en la planeación y respuesta a emergencias y crisis humanitarias.

(...) Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben ser el centro de todos los esfuerzos por forjar sociedades inclusivas...

(...) Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben ser incluidos en los objetivos, metas e indicadores de monitoreo de todos los programas para el desarrollo...

(...) La medición, análisis y monitoreo de las desigualdades sociales en salud son necesarias para actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y cumplir con el compromiso de no dejar a nadie atrás en el camino hacia el desarrollo sostenible, la salud universal y la justicia social”.

Fuente: Mújica OJ, Moreno CM
Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e12.

“(...) De la retórica a la acción:... medir desigualdades en salud para ‘no dejar a nadie atrás”.

Fuente: Mújica OJ, Moreno CM
Rev Panam Salud Publica. 2019

prácticos son inevitables, tienen una inscripción/ impacto en lo emocional (en el niño y su familiar) de mucho peso según las características de cada paciente y son muy pocas las veces en que el niño y su familia, reciben un apoyo psicológico durante la internación y seguimiento. (Nuñez, 2003) (Matarozzi, 2021).

De allí que muchos se muestren desconfiados y se resistan ante la consulta médica. Algunos,

por su condición, no pueden expresarlo verbalmente y lo hacen a través de conductas agresivas que suman otra dificultad al pediatra para establecer una buena relación.

C. Los profesionales: ¿están capacitados, formal e informalmente para abordar desde APS al niño con discapacidad?

Pues es frecuente que desde APS emerjan mecanismos defensivos o excluyentes, cuando se está frente a una situación compleja, comunicar un diagnóstico de discapacidad, abordar una consulta pediátrica en interdisciplina con varios interconsultores, realizar un seguimiento de patologías de futuro incierto; o desconocer el impacto de una determinada enfermedad en este grupo de pacientes.

El desconocimiento de “la carga de la enfermedad”, por parte del profesional, como indicador de los Años de vida perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA), y su relación con las acciones de rehabilitación, impedirán modificar

el curso de la misma. comprometiendo la calidad de vida tanto en el paciente como en su familia.

Para considerar una mejor calidad de vida en estos pacientes, el Modelo Asistencial debe estar centrado en el paciente, familia, comunidad, en su contexto integral. (Mattson & Kuo, 2019) (Simone & Cols, 2011).

Para ello, se requiere:

- a) Recolectar información apropiada y monitorear las condiciones de vida del paciente en su contexto integral, para poder contribuir a su inclusión social y sanitaria; desde la primera atención del paciente con discapacidad (APS); comunicando también al paciente, y más aún ante crisis sanitarias. (Kuo & Coleman, 2020).
- b) Fomentar la salud y educación inclusiva, la gestión del conocimiento como la inclusión de la perspectiva de la situación de discapacidad en los estudios nacionales, para contribuir a su participación; (Mújica & Moreno, 2019).

3. Enfermedad crónica compleja: afectación crónica significativa en 2 o más, sistemas o condiciones progresivas o limitantes; que comprometen la fragilidad y generan gran dependencia con limitaciones funcionales, y elevada utilización de recursos. (Sánchez, Sicart 2020).



- c) Promocionar el desarrollo Inclusivo de la Primera Infancia, a través de la difusión de conocimiento y marco legal, a fin de implementar políticas y planes inclusivos; y
- d) Fomentar la inclusión de las personas con discapacidad en la planificación y respuesta frente a emergencias y crisis humanitarias. (Schariti, 2020), como experimentamos en la pandemia por Virus SARS 2. (Grupo de Trabajo Discapacidad. Sociedad Argentina de Pediatría et al., 2020).

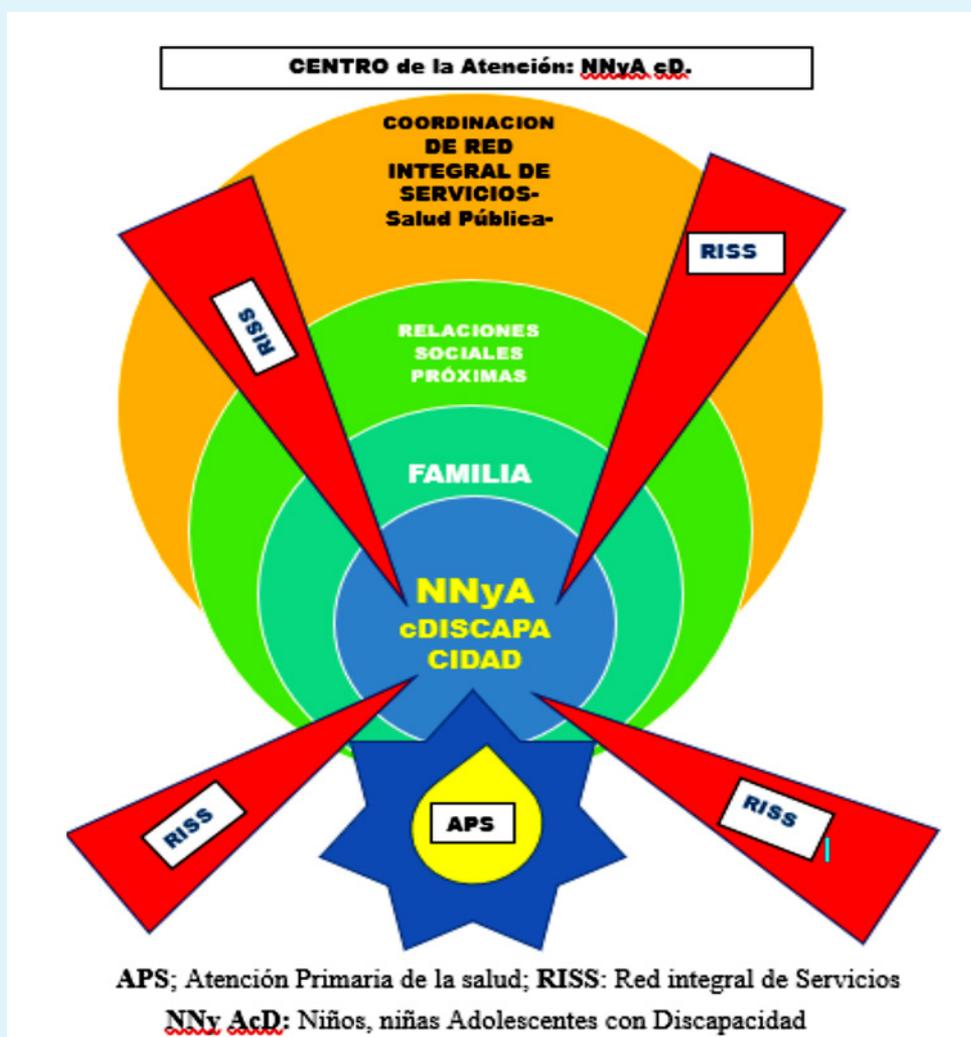
El profesional de salud abocado a la asistencia del NNyAcD, como los agentes de salud, debe desarrollar y capacitarse para lograr adquirir: - conocimientos (formales y no formales), - específicas habilidades (relacionadas con las capacidades y el entorno), y - poseer capacidades

que les permitan interrelacionar con el paciente y la familia, comunidad en su contexto particular. (Hernández Sánchez, 2014) (Olaz, 2011) (Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2015). En este orden de requisitos se deben tener en cuenta las competencias transversales: la actuación ética, humanizada, el profesionalismo, gestión, relaciones interpersonales, entre varias. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

CONCLUSIONES

1. Los Niños Niñas y Adolescentes con Discapacidad, requieren de un abordaje y seguimiento sostenido, de la salud integral, centrado en el paciente, incluyendo su entorno familiar y su contexto comunitario.
2. La Atención Primaria de la Salud cumple un rol fundamental en la coordinación asistencial

Figura 4. Centro de la atención primaria de la salud: el NNyA C Discapacidad



a través de una Red integrada, en los pacientes con enfermedades pediátricas crónicas complejas discapacitantes. Son NNyA que están en diferentes etapas de desarrollo, crecimiento y deben controlarse como todo niño desde esa perspectiva.

3. Los profesionales abocados a la APS, deben recibir capacitación en el pregrado, consolidándose en el postgrado sobre NNyAcD. Todo pediatra debe contar con información básica que le permita asistir a este grupo de patologías -en su contexto- tanto desde la consulta inicial como la de seguimiento.
El aprendizaje y hábitos del ADS en formación, debieran ser supervisados, también por las consecuencias de sus acciones; no solo en el niño, sino también en los familiares, e incluso en ellos mismo.
4. Los distintos programas y acciones sanitarias deben promover, reforzar la formación, y la gestión en recursos humanos, económicos, compatibles con el sostén de Redes integrales; a fin de garantizar la continuidad de los cuidados integrales.
5. Fomentar el derecho igualitario a la salud en los NNyAcD para asegurarse su acceso, evitando la vulneración de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- CE.PRE.DE NAC-, & UNICEF. (2019). Normas para la inclusión, protección y atención de las personas con discapacidad en las emergencias y desastres. (p. 55). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID). www.unicef.org/lac
- Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población (DNESyP), (DEP), D. de E. P., Dirección Técnica, Dirección Nacional de Metodología Estadística, & Dirección Nacional de Difusión y Comunicación. (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: Resultados definitivos 2018 (J. L. Pe. Ma. S. V. Todesca (Ed.); 1°). I NDEC. www.indec.gob.ar;
- Gentile A, Digiussepe J, Juárez M. del V., & Lucion M. (2020). Observatorio de la infancia y adolescencia una herramienta para la acción, primeros resultados. (No. 2020; Informe 2020). <https://www.sap.org.ar/observatorio.php>
- Grupo de Trabajo Discapacidad. Sociedad Argentina de Pediatría, Enriquez E, Balla F, Varón J, Malargno M, Malbrán M, Martínez Perea M, Fraga J, Aubone P, & Intruvini, S. (2020). Impacto del aislamiento en el niño con discapacidad. Recomendaciones para el cuidado frente a COVID-19, Argentina. Impact of isolation on children with disabilities Recommendations for care in times of COVID-19, Argentina. Arch Arg de Pediatría, Suplemento(c131), 131-136. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/SuplCOVIDa25.pdf>
- Hernández Sánchez I. (2014). El perfil profesiográfico del médico de cuidados paliativos desde una perspectiva competencial [Universidad de Murcia. España]. <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/Hernández-Sánchez-El-perfil-profesográfico-del-médico-de-cuidados-paliativos-Máster-en-Dirección-y-Gestión-de-RRHH.pdf>
- Kuo DZ, & Coleman C. (2020). COVID-19 : Information pour les familles d ' enfants et de jeunes ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé Soutien et services communautaires. American Academy of Pediatrics.
- Martínez Perea M. del C. (2010). Les maladies neuromusculaires et neurodégénératives chez l'enfant, du diagnostic à l'accompagnement Le point de vue d'une neuropédiatre argentine. CONTRASTE. *Enfant et Handicap. Regards D'ailleurs*. Revue de L'ANECAMSP., 2 semestre(31-32), 233-250. <https://doi.org/10.3917/cont.031.0233>
- Mattarozzi E. (2021). impacto emocional del Cuidador; vínculo Paciente-Cuidador- Agentes de Salud (p. 18).
- Mattson G, & Kuo DZ. (2019). Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. *Pediatrics*, 143(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3171>
- Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2015). Programa Docente de la Residencia de Pediatría (pp. 3-18). Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/prog_pediatria.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Perfiles y competencias profesionales en salud. En: C. Minsalud. Academia Nacional de Medicina. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
- Mújica ÓJ, & Moreno CM. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás." *Revista Panamericana de*

- Salud Pública, 43, 1-8. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.12>
- Nuñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch Arg Ped*, 101, 133-142.
 - Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS), & OMS, O. R. de la. (2010). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N. 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. In OPS/OMS (Ed.), OPS. OPS- Oficina Regional de la Organización Municipal de la Salud. <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS 2010-Doc Posicion revisado pos CD.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2010). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 4. In Organización Panamericana de la Salud (NLM WA546). <https://www.unicef.org/lac/informes/serie-de-cuadernillos-sobre-educacion-inclusiva>
 - Penela Sanchez D, & Sicart S. (2020). Estudio de los pacientes pediátricos crónicos complejos ingresados en un servicio de pediatría a lo largo de 12 meses. *An Pediatr (Barc)*, xxx(xx), xxx-xxx. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.028>
 - Schiariti V. (2020). The Human Rights of Children with Disabilities During Health Emergencies : The Challenge of COVID 19 (ALDIL, Trans.). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(6). <https://doi.org/10.1111/dmcn.14526>
 - Simone D, & Cols. (2011). *Medicina y Cuidados Paliativos*.
 - UNICEF, & CEPREDENAC. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central. (2019). Normas para la inclusión, protección y atención de las personas con discapacidad en las emergencias y desastres. Proyecto Participación y protección de las personas con discapacidad en emergencias y desastres en América Central. (p. 110). unicef. CEPREDENAC. <https://www.unicef.org/lac/media/2296/file/PDF Normas para la inclusión, protección y atención de las personas con discapacidad en las emergencias y desastres.pdf>
 - Valdez RS, Lunsford C, Bae J, Letzkus LC, Keim-malpass J, Keim-malpass J, Lunsford C, Bae J, & Letzkus LC. (2020). Caractérisation de l' autogestion pour les familles d' enfants ayant une complexité médicale et leurs réseaux sociaux : Protocole pour une évaluation qualitative. *JMIR Res Protoc*, 9(1:e), 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7005691/>



Qué debe saber el pediatra sobre:

EL DESARROLLO INFANTIL. UNA NUEVA MIRADA

Dra. Gladys Convertini

Especialista en Pediatría y en Desarrollo Infantil (UBA)

Profesora Universitaria

*(Es el primer artículo de los dos que abarcan el tema referido. El siguiente será tratado en el próximo número de **Noticias de la Región Metropolitana**)*

El desarrollo infantil es un complejo entramado en el que convergen e interactúan factores biológicos, socioambientales e histórico-culturales.

Se entiende al niño actual como un **Sujeto** de derecho competente que posee, desde su nacimiento, una estructura biológica completamente desarrollada y organizada que le permite, mediante sistemas complejos de adaptación y control, interactuar con su entorno y modificarlo.

Existen múltiples definiciones que involucran varios factores. Una de las más abarcativas es la propuesta por el Ministerio de Salud, en 2009, que transcribo a continuación:

“Proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás”.

El desarrollo está regido por la interacción de tres **Ejes Rectores del Desarrollo: la genética, el medio ambiente y la maduración del sistema nervioso:**

1. Genética: Intervienen la herencia y la epigenética: entendida ésta como los cambios en la función de los genes, sin modificación del ADN, por la interacción con el medioambiente. La relación entre genética, el ambiente y las experiencias propias contribuyen para que cada niño sea único e irrepetible.

2. Medio ambiente: Podemos encontrar en el entorno del niño *factores protectores*: como su temperamento, vínculo madre-hijo, antecedente de lactancia materna, la red de sostén

familiar (núcleo familiar y ampliado) y sus grupos de pertenencia (clubes, centros barriales, grupos religiosos, deportivos, colegio, jardín, amigos, trabajo e instrucción de los padres, etc.)

No podemos dejar de lado la consideración de los *factores de riesgo*, tanto *biológicos* (bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino restringido, prematuridad, parálisis cerebral, infecciones, teratógenos, alteraciones nutricionales, patologías que afectan el desarrollo) como *ambientales* (deprivación social y económica, madre adolescente sin redes de contención, violencia y abuso, niño separado de sus padres, cuidados parentales inapropiados)

3. Maduración del SNC: intervienen en la misma, importantes factores que, desde el momento de la concepción, moldearán la citoarquitectura del cerebro. Los mismos incluyen: la migración neuronal, la mielinización del haz piramidal, la sinaptogénesis, la poda neuronal, la neuroplasticidad cerebral y las experiencias sensoriales tempranas.

Éstas últimas pueden producir *modificaciones del SNC* con repercusiones a nivel neurológico, a través de su capacidad de favorecer el *trofismo* del mismo y la conformación y mantenimiento de circuitos especializados en el procesamiento de la *memoria* y el *aprendizaje*.

Tomando en cuenta la **Teoría Jerárquica**, los cambios de las capacidades motoras gruesas son el resultado de la maduración del Sistema Nervioso Central debido a la mielinización del haz piramidal. Sus ejes directrices son: de cefálico a caudal, de proximal a distal, de subcortical o reflejo a cortical y de involuntario a voluntario.

Los centros superiores inhiben a los inferiores, la maduración es unidireccional y le otorga un rol secundario al medio ambiente.

Por su parte, según la **Teoría Sistémica**, el niño puede entenderse como un sistema compuesto por un conjunto de elementos relacionados e interdependientes, que interaccionan recíprocamente. Supone una multiplicidad sensorial de entrada y la interacción de procesos perceptivos con procesos motores y cognitivos que darán respuesta a las demandas del ambiente.

Esta mirada diferente, le otorga al desarrollo un sentido bidireccional próximo- distal y distal-proximal, cobrando importancia el medioambiente como favorecedor de éste. El cerebro del niño procesa distintas formas de resolver y solucionar problemas. Su motivación e interés por una **Tarea Específica** sobre el medioambiente que le responde activamente, será el motor para moldear su arquitectura cerebral original.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la *neuroplasticidad* como la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómicamente y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades. Por lo tanto, el cerebro cuenta con la habilidad física y funcional de reconfigurar

su estructura en respuesta a los estímulos del medioambiente.

Mientras los genes aportan la arquitectura básica del cerebro, el medioambiente a través de las experiencias, otorgan el modelo final.

PATRONES DE DESARROLLO: Desarrollo típico

El desarrollo *típico* requiere de estructuras cerebrales indemnes, experiencias ambientales enriquecedoras, nutrición adecuada, y de oportunidades sociales para que el niño pueda desplegar todo su potencial genético.

Los signos de **ALERTA** que todo Pediatra tiene que tener en cuenta en el primer año de vida durante los controles en Salud, se muestran en el cuadro de la página siguiente.

PUERTAS DE ENTRADA AL DESARROLLO INFANTIL:

Evaluación del desarrollo

- *La historia familiar*: mediante una anamnesis ampliada, es importante recabar datos acerca de las edades de padres y abuelos, antecedentes patológicos de los mismos, con quienes convive el niño, su relación entre ellos, antecedentes de consanguinidad, menarca de la

PATRONES DE DESARROLLO

Desarrollo Típico 90-95%

- *Proceso dinámico* de evolución continua y progresiva.
- Existen edades claves para la adquisición de determinadas conductas: *hitos del desarrollo*.
- Las conductas adquiridas siguen un *orden secuencial*.
- La secuencia es similar en todos los niños, pero la velocidad y calidad de éste va a estar relacionado con su genética y sus experiencias medioambientales.

Desarrollo Atípico

- *Retraso*: es la adquisición de pautas de desarrollo en un ritmo más lento. Un ejemplo es el Retraso madurativo
- *Desvío*: es la adquisición de las mismas en una secuencia diferente a la habitual, como en los Trastornos del espectro autista, donde puede haber un lenguaje ecolálico, pero sin función comunicativa mientras el aspecto motor se encuentra acorde a edad cronológica.
- *Regresión*: Es la pérdida de pautas madurativas ya adquiridas, como sucede en el caso de las Enfermedades desmielinizantes y degenerativas.

madre, estirón puberal del padre, antecedentes de retardo mental, enfermedades genéticas, dismorfias.

- *La evaluación del crecimiento:* peso, talla y perímetro cefálico mediante los Gráficos de la OMS. Quiero remarcar aquí que es fundamental medir el perímetro cefálico y compararlo con las gráficas de referencia a cualquier edad.
- *El relato del día de vida:* nos dará información de los cuidadores primarios, quienes y cómo se cumplen los roles maternos y paternos, con quién se relaciona el niño durante la semana y los fines de semana.
- *La descripción del juego:* considerado el gran motor del desarrollo, aporta datos muy interesantes acerca de los aspectos motor fino y grueso, lenguaje, personal-social, función simbólica, y el grado de desarrollo cognitivo del niño.
- *La modalidad del sueño:* sabemos que es un estado activo en el que tienen lugar cambios de funciones corporales, además de actividades de gran trascendencia para el equilibrio psíquico y físico, durante el cual se producen modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas.

Evoluciona según la maduración del Sistema Nervioso Central. Sabemos además, que implica una función mental cargada de vivencias individuales. El sueño **REM** es fundamental para la reparación mental y el **NREM** hace lo propio con la reparación orgánica.

- *Los hábitos alimentarios:* durante la alimentación se integran los **5 sentidos** en presencia de un **OTRO** con el que interactúa y le permite adquirir la noción de su propio **YO** y el reconocimiento del **OTRO**. La alimentación contempla múltiples variables, no sólo nutre el alimento. Tanto o más importante que el valor nutricional, la mirada, el tacto, las praxias, el contacto, los sabores, la voz y los gestos influyen, así como la historia alimentaria de la madre, la cultura familiar y las costumbres de la época. Es muy importante considerar en la consulta *cómo come* el niño además de *qué come*.
- *La inserción institucional y el rendimiento escolar:* la solicitud del informe escolar nos dará una gran información acerca del desempeño académico y social del niño.
- *La evaluación del Desarrollo:* el registro de los logros adquiridos por el niño mediante he-

SIGNOS DE ALERTA

Alertas del 1 ^{er} trimestre	Alertas del 2 ^{do} trimestre	Alertas del 3 ^{er} trimestre	Alertas del 4 ^{to} trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de Sonrisa Social (1er Organizador de Spitz) • Ausencia de fijación ocular • Marcada hipo o hipertonía (evaluadas mediante la medición del ángulo poplíteo y la prueba de la bufanda) • Llanto monótono o continuo, marcada irritabilidad • Alto riesgo psicosocial: drogas, alcohol, violencia, ausencia de redes de contención familiar • Falta de respuesta a los sonidos 	<ul style="list-style-type: none"> • A las anteriores, se agregan: • Ausencia de intención comunicativa. • Falta de sostén cefálico y respuesta a los sonidos • Persistencia de reacciones primitivas. • Inclusión permanente del pulgar. • Falta de organización de los ciclos de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcada hipo o hipertonía. • Desinterés en manipular objetos. • Ausencia de intención comunicativa. • Ausencia de contacto visual. • Falta de respuesta a los sonidos. • Balbuceo monótono, pérdida de sonidos emitidos. • Falta de organización de los ciclos de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcada hipo o hipertonía. • Desinterés en manipular objetos. • Ausencia de pinza radial superior. • Desinterés para comer solo. • Dificultad para ponerse de pie.

ramientas sistematizadas, según el nivel de atención en que se desenvuelva la consulta:

- **Primer nivel de atención (APS): Vigilancia del desarrollo:** en este nivel podemos utilizar como herramienta sistematizada el **IODI** (Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil), propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación.
- **Segundo nivel de atención: Diagnóstico oportuno:** en este nivel, se sugiere utilizar métodos de screening o tamizaje que permiten la identificación de niños con riesgo de sufrir alteraciones del desarrollo en una población supuestamente sana. Dentro de ellos se pueden utilizar la **PRUNAPE** (Prueba Nacional de Pesquisa) y el **ASQ3** (Ages and Stages Questionnaire), ambos validados con población argentina.
- **Tercer nivel de atención: Confirmación y caracterización de la enfermedad:** en este nivel se utilizan tests de diagnóstico como el **Bayley**, entre otros.

En la próxima entrega profundizaremos algunos detalles de cada uno de ellos.

Bibliografía

1. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. 4a. ed. España: Masson.1977
2. Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal en inconsciente. 4a. reimpr. Buenos Aires: Katz Editores, 2012
3. Castaño J O. Capítulo 35. Mitos, dogmas y realidades en neurodesarrollo a través de los años. Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S: Buenos Aires, Paidós, 2011
4. Comité de Crecimiento y Desarrollo SAP. • Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr 2017; 115(3):304
5. Fejerman N, Grañana N, (comps). Neuropsicología Infantil. 1ra Ed. Paidós. Buenos Aires. 2017
6. Figueiras AC, Neves de Souza IC, Ríos VG y Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI (2ª ed). Washington (DC): OPS, 2011
7. Gómez F. Experiencias vinculares tempranas: su importancia en el intercambio psicoafectivo madre - bebe y su impacto en el neurodesarrollo. <http://www.psicofisiologia.com.ar> Potenciado por Joomla! Consultado el 31 agosto 2017
8. Hernández Muela S, F. Mulas, L. Mattos. Plasticidad neuronal funcional REV NEUROL 2004; 38 (Supl 1): S58-68]
9. INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS –IODI–Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Resolución 699 / 2016
10. Kremenchuzky, J et al. El desarrollo del cachorro humano. TGD y otros problemas. Pediatría en Interdisciplina. Buenos Aires. Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico, 2009
11. Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S: Buenos Aires, Paidós, 2011. 1-704
12. Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanco G. Prueba Nacional de Pesquisa. PRUNAPE. Ediciones de la Fundación Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires, 2006
13. Lejarraga H, Kelmansky D, Desarrollo infantil en la Argentina. Epidemiología y propuestas para el sector salud. Buenos Aires. Paidós. 2021
14. Liendo SC. El desarrollo más allá de las conductas observables: cambios cerebrales. En: Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano Bedel Pino Marino S: Buenos Aires, Paidós, 2011. p549-576
15. Lipina S. Pobre cerebro: los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo y emocional y lo que la neurociencia puede hacer para prevenirlos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2016. p.232
16. Marín-Padilla M. El cerebro del niño: desarrollo normal (no alterado) y alterado por daño perinatal. Rev. Neurol 2013; 57 (Supl 1): S3-15
17. Martínez JC. Crecimiento y desarrollo desde la óptica de la medicina perinatal. El nacimiento como evento, la inteligencia antes y después de nacer. En: Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Camino S: Buenos Aires, Paidós, 2011
18. Ministerio de Salud de la Nación. Cuidando al bebé. Guía para el Equipo de Salud y Guía para la familia. Buenos Aires, 2009
19. Oliver M. Estrés de la infancia. Prevención e intervención en Pediatría. Buenos Aires. FUNDASAP. 2009
20. Oliver Mónica: Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica en Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Lejarraga H. Buenos Aires. Fundasap-Ed. Paidós. 2011
21. Spitz R. El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales. 3a edición. 9a Reimpr. Madrid: Aguilar, 1977.



Conclusiones de las Jornadas realizadas por el Comité Nacional de Medicina Interna en 2020

CONCENTRACIÓN ADECUADA DE SODIO EN LAS SOLUCIONES PARENTERALES DE MANTENIMIENTO EN PEDIATRÍA

*Dra. Claudia González, Dr. D. Norberto De Carli, Dra. Vanesa Zaslavsky,
Dr. Hernán Martín Gaviño, Dra. Roxana Martinitto, Dr. Leonardo De Lillo,
Dr. Agustín Shaieb, Dra. Estela De Carli, Dra. Amalia Ruiz, Dra. Celia Amalia Laban,
Dra. Fernanda Lascano, Dra. Viviana Reines, Dra. Juliana Rebollo Guelar,
Dra. Cristina Giménez, Dra. María Laura Martínez, Dra. Jorgelina Navarri,
Dr. André Villa de Villafañe, Dr. Daniel TaTay, Dra. María Gili,
Dra. Mariana Belústegui, Dra. Natalia Errante, Dra. Silvina Raiden,
Dra. Jorgelina Navarri, Dr. Alejandro Nunell, Dra. Ana Lorusso.*

Las soluciones de mantenimiento parenterales (SMP) son una de las medidas de soporte clínico más utilizada en los pacientes hospitalizados en todo el país. Su cálculo se basa en el aporte de agua, electrolitos y glucosa para mantener la homeostasis corporal.

En los últimos años numerosos ensayos clínicos comparan el uso de soluciones hipotónicas e isotónicas en pacientes hospitalizados y el riesgo consecuente de aparición de hiponatremias.^{1-3,8}

Desde el Comité Nacional de Medicina Interna de la Sociedad Argentina de Pediatría (COMI-SAP), se decidió en el año 2020, iniciar un camino buscando establecer recomendaciones para una concentración de sodio seguro en la confección de las SMP en pacientes hospitalizados sin patología previa ni alteraciones preexistentes o concomitantes significativas.

Como paso inicial, se realizó una encuesta piloto a nivel nacional para conocer la concentración de sodio utilizada en distintos puntos del país, seguida de las Jornadas Virtuales "Concentración de Sodio en las SMP".

INTRODUCCIÓN

El cálculo de las SMP se basa en las pérdidas ordinarias de agua y electrolitos al que se suman las pérdidas producidas ante distintas intercurencias clínicas: cirugías, gastroenteritis con deshidratación e infecciones respiratorias agudas bajas entre las más frecuentes.

La prescripción de SMP para pacientes hospitalizados fue descrita por Holliday y Segar en 1957 y continúa vigente en la actualidad.⁴ Establece el aporte de agua y electrolitos necesarios para reponer, por vía endovenosa, las pérdidas diarias de un niño con función renal normal y sin ninguna ingesta por vía oral.

Los requerimientos de agua se basan en un gasto energético estimado situado entre el metabolismo basal y el gasto energético durante la actividad normal. El aporte de electrolitos, basado en el contenido de sodio y potasio en la composición de la leche humana, llevó a SMP con concentraciones de sodio entre 30-50 mEq/l y de potasio entre 20-25 mEq/l, lo que se encuentra actualmente desaconsejado.

SURGE LA PREGUNTA ¿PORQUÉ EL CAMBIO EN LA CONCENTRACIÓN DE SODIO EN LAS SMP?

La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente en la internación (entre 15-30 % en las diversas publicaciones).⁶ La morbilidad neurológica resultante de la hiponatremia adquirida en el hospital, pocas veces advertida, y potencialmente grave, puede estar asociada a factores de riesgo, ocasionar la muerte o dejar secuelas cerebrales definitivas. Entre sus causas se destaca la liberación de la hormona antidiurética y el uso de soluciones hipotónicas respecto al plasma.

A partir del año 2000 se publicaron múltiples casos de hiponatremias en pacientes internados y en el año 2007 un artículo de Moritz et al.,¹ informa sobre más de 50 pacientes que sufrieron la muerte o presentaron lesiones neurológicas por hiponatremia adquirida en el hospital, asociado con la administración de líquidos hipotónicos y que el uso de cloruro de sodio al 0,9 % en líquidos parenterales probablemente evitaría la mayoría de los casos de encefalopatía hiponatrémica adquirida en el hospital. Este artículo marcó el inicio de múltiples trabajos en la misma línea.^{5,7,8}

Actualmente las sugerencias internacionales son: hidratar con soluciones isotónicas por ser protectoras de la hiponatremia y del edema cerebral. (Guías NICE 2015 y AAP 2018).

ENCUESTA

La encuesta a profesionales como herramienta de evaluación de las conductas médicas y de la adherencia a las nuevas recomendaciones, es ampliamente utilizada en la comunidad científica. En los últimos años, se han publicado algunas encuestas, realizadas en otros países, sobre la concentración de sodio y electrolitos en SMP en pediatría.^{3,9} Con el objetivo de establecer un diagnóstico de situación sobre a este tema en nuestro país, COMISAP realizó una encuesta preliminar, previa a las Jornadas interdisciplinarias organizadas al respecto y como encuesta piloto dentro del proceso de validación de una futura encuesta definitiva. La misma fue realizada en *Google Forms*, en forma anónima, y difundida vía mail y por teléfono celular a pediatras de todo el país, durante octubre de 2020. En la *Tabla 1* se resume la operacionalización de las variables.

Resultados

Se obtuvieron en total 504 respuestas de provincia de Buenos Aires, Capital Federal, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

En las *Tablas 2 y 3* se resumen las características demográficas de la población encuestada.

En la *Tabla 4* se resumen los resultados respecto de la concentración elegida por los profesionales encuestados. A pesar de las recomendaciones surgidas en los últimos años el 48,2 % de los profesionales refirió indicar predominantemente planes hipotónicos, con concentraciones entre 70 y 99 mEq/L, mientras que un 26,2 % respondió que utiliza planes isotónicos (140 mEq/L o más).

En cuanto a los fundamentos para la elección de concentración de sodio en las SPM se observó una distribución directamente proporcional entre la tonicidad de la solución elegida y el nivel de evidencia seleccionado como principal fundamento para su elección; aquellos que utilizan planes hipotónicos basaron su elección mayoritariamente en normas institucionales y en menor medida en la bibliografía basada en la evidencia, mientras que aquellos que utilizan planes isotónicos o cercanos a la isotonicidad refirieron aval en la evidencia científica en mayor medida. En la *Tabla 5* se resumen estos resultados.

A pesar de que 21 % de los participantes recordaban haber visto en su ejercicio profesional casos de hipo o hipernatremias asumidas como secundarias a las SPM, solo el 9,3 % respondió haber reportado el evento a nivel local y sólo un 3,1 % refirió haber publicado la información para alertar al resto de la comunidad científica. Aunque este dato no es de utilidad para evaluar prevalencia de eventos adversos debido al diseño del estudio, sirve para evidenciar el bajo porcentaje de reporte y/o publicación de eventos adversos de los profesionales de nuestro país.

Por último, al ser consultados sobre si cambiarían la concentración de sodio a utilizar en caso de estar avalados por recomendaciones nacionales, más del 80% respondió positivamente (“de acuerdo o totalmente de acuerdo”).

Tabla 1.

Nombre de la variable	Método de recolección del dato	Datos o valores posibles	Tipo de variable
Edad	Edad	20 a 30 años/31 a 45 años/45 años o más	Categórica
Institución	Institución en la que trabaja	Pública/Privada/Pública y privada	Categórica
Características de la institución	Características de la Institución en la que trabaja	Pediátrica/General	Categórica
Sector	Sector principal en el que se desempeña	Internación/Guardia-Urgencias/Hospital de día/Otros	Categórica
Provincia	Lugar de trabajo	Provincia de Buenos Aires/CABA / Catamarca/Chaco/Chubut/Córdoba/Corrientes/Entre Ríos/Formosa/Jujuy/La Pampa/La Rioja/Mendoza/Misiones/Neuquén/Río Negro/Salta/San Juan/San Luis/Santa Cruz/Santa Fe/Santiago del Estero/Tierra del Fuego/Tucumán	Categórica
Cargo	Cargo actual	Residente/Becario/Médico de planta/Otro	Categórica
Concentración de sodio utilizada	¿Qué concentración de Na ⁺ usa cada vez que indica un plan de mantenimiento en pacientes sin co-morbilidades en mEq/L?	40 a 49/70 a 99/100 a 139/140 o más	Categórica
Fundamento	La concentración de Na que utiliza, se basa principalmente en:	Experiencia personal/Normas de la institución donde trabaja/Bibliografía basada en la Evidencia/Otro/No sabe o no contesta	Categórica
Eventos adversos referidos	¿Ha tenido pacientes con eventos adversos atribuibles a la concentración de sodio de los planes de mantenimiento utilizados?	Sí/No/No sabe o no contesta	Categórica
Publicación de evento adverso*	Si ha tenido pacientes con eventos adversos atribuibles a hipernatremia o hiponatremias ¿Ha publicado en revistas o eventos científicos esta experiencia?	Sí/No/No sabe o no contesta	Categórica
Reporte de evento adverso*	Frente a Hiper o Hiponatremias sintomáticas solo atribuibles a la concentración de sodio en los planes de mantenimiento, ¿ha reportado el evento al comité de seguridad, calidad de atención del paciente o farmacovigilancia de la institución?	Sí/No/No sabe o no contesta	Categórica
Opinión frente a nuevas recomendaciones	Avalado por nuevas Recomendaciones Nacionales ¿Usted cambiaría la concentración de sodio que utiliza actualmente?	(Escala tipo Likert) Desacuerdo/Poco de acuerdo/De acuerdo/Totalmente de acuerdo/No sabe	Categórica

* Pregunta realizada únicamente a quienes respondieron "Sí" a la pregunta sobre eventos adversos atribuibles a la concentración de sodio de los planes de mantenimiento utilizados.

Tabla 2. Características de la población encuestada

N= 504	
Edad	20-30 años: 23,8 % 31-45 años: 53,7 % 46 años o más: 22,4%
Institución	Pública 58,7 % Privada 14,8 % Ambas 26,6 %
Formación	55,9 % Profesionales de planta 28,3% Residentes 13,2% Becarios 2,6% Otros cargos
	Pediátrica: 70,9% General: 29,1%

Tabla 3: Distribución por provincia

Provincia (A-Z)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
CABA	160	31,50
Chaco	7	1,38
Chubut	1	0,20
Córdoba	58	11,42
Corrientes	1	0,20
Entre Ríos	2	0,39
La Pampa	1	0,20
Misiones	25	4,92
Neuquén	22	4,33
Prov. Buenos Aires	180	35,43
Rio Negro	16	3,15
Salta	5	0,98
Santa Fe	6	1,18
Santiago del Estero	3	0,59
Tucumán	17	3,35

Tabla 4. Concentración de Sodio (mEq/L) preferida por los profesionales encuestados

Concentración de Sodio (mEq/L) N = 504	40-69	70-99	100-139	140 o más
Frecuencia absoluta	31	243	98	132
Frecuencia relativa	6,15 %	48,21 %	19,44 %	26,19 %

Tabla 5: Fundamentos en la elección de concentración de Sodio

Concentración de Sodio (mEq/L)/Fundamento	40-69	70-99	100-139	140 o más
Bibliografía basada en la Evidencia	29,03 % (9)	16,05 % (39)	57,14 % (56)	59,09 % (78)
Experiencia personal	12,90 % (4)	3,29 % (8)	3,06 % (3)	0,76 % (1)
Normas de la institución donde trabaja	54,84 % (17)	76,54 % (186)	38,78 % (38)	38,64 % (51)
NS/NC	3,23 % (1)	2,06 % (5)	0,00 % (0)	0,76 % (1)
Otro	0 % (0)	2,06 % (5)	1,02 % (1)	0,76 % (1)

JORNADAS

Consecuentemente en noviembre del mismo año se decidió realizar una **Jornada de Discusión con Expertos** para tratar de dirimir sobre la concentración de sodio en las SMP.

Participaron pediatras internistas de los hospitales Garrahan (*Dr. Hernán Rowensztein*) y Ricardo Gutiérrez (*Dr. Juan B. Dartiguelongue*) de CABA, Sor María Ludovica de La Plata (*Dr. Agustín Shaieb*), Santísima Trinidad de Córdoba (*Dr. Daniel Tatay*) y Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (*Dr. Pedro Alcalá Minagorre*) además de pediatras terapeutas de los hospitales Elizalde (*Dr. Facundo Jorro Barón*) y Austral (*Dr. Silvio Torres*) del AMBA y de una representante del comité de nefrología (*Dra. Aida Vázquez*).

DISCUSIÓN DE LAS JORNADAS

Los profesionales participantes mencionaron las concentraciones de sodio que utilizan en sus instituciones, concentraciones que oscilaron de 77 a 140 mEq/L y en constante revisión.

Frente a la administración de soluciones isotónicas, fueron abordados y descartados por los expertos durante el transcurso de las Jornadas, los siguientes planteos:

1. Producción de **hipernatremias**: no fueron comprobadas en pacientes sin comorbilidades.
2. Producción de **edemas, hipertensión arterial o distress respiratorio**: no se ha demostrado su relación con la concentración de Na, sino con el volumen de líquidos infundido.
3. Producción de **acidosis metabólica hiperclorémica**: se ha demostrado que no existe riesgo con los volúmenes infundidos en planes de mantenimiento. Sí puede existir con volúmenes mucho mayores, como en el caso de reiteradas expansiones con solución fisiológica, o en pacientes con fallo renal, por la incapacidad de eliminar el exceso de Cloro (Cl).
4. Un tema aún en discusión es, si en el caso de administrar soluciones con 140 mEq/L de Na y 20-30 mEq/L de K, ambos como cloruro, podría producirse hipercloremia. Aparentemente, esto no ocurriría: el exceso de Cl pasaría al líquido intersticial que tiene una concentración proteica menor que la del plasma.

La indicación de soluciones isotónicas en la

bibliografía tiene sus excepciones, es decir que no existe una fórmula general, sino que cada paciente tiene un plan indicado para su organismo. Los pacientes que quedan fuera de las indicaciones de soluciones isotónicas en las Guías NICE 2015 y AAP 2018 son:

- Recién nacidos,
- Pacientes con cardiopatías congénitas.
- Pacientes con nefropatías o cirrosis.
- Pacientes hipertensos.
- Pacientes que desarrollan hipernatremia no debida a la deshidratación, durante el aporte de soluciones isotónicas.

Finalmente, se resaltó la importancia de la utilización de planes estandarizados, es decir de formulaciones con concentraciones fijas de electrolitos previamente establecidas, elaboradas por enfermería en el momento de su uso o previamente dentro de la institución o adquiridas en forma comercial.

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba en el año 2017 decidió pasar de planes hipotónicos a isotónicos y utilizan una solución comercial glucosalina con sodio 145 mEq/l, a la que agregan 20 mEq/l de potasio y la emplean como solución hidratante inicial.

El disertante de la Sociedad Española Pediatras Hospitalista (SEPHO) y la especialista en nefrología coincidieron en las siguientes conclusiones:

Conclusiones

- No existen soluciones perfectas, ni existe solución exenta de riesgo.
- No existe una solución universal que se adecúe a todos y cada uno de los pacientes atendidos.
- La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuentes en niños internados, suele tener síntomas sutiles, es condicionante de edema cerebral, puede llegar a convulsiones, coma y muerte.
- En los niños hospitalizados la hiponatremia puede ser generada por un aumento de la secreción de hormona antidiurética secundaria a estímulos no osmóticos: contracción del líquido extracelular, náuseas, vómitos, hipotensión, stress, dolor, hipoxia, hipercapnia, hipotermia o drogas.
- Siempre deben usarse fluidos Isotónicos en la peri-cirugía, porque es una de las mayores condicionantes de SIHAD.
- El aporte endovenoso de soluciones hipotó-

nicas y de volúmenes excesivos favorece la hiponatremia.

- El uso de soluciones isotónicas (Na 131 – 154 mEq/L) o cercanas a la isotonía, protegen de la hiponatremia y del edema cerebral.
 - Los planes estandarizados aumentan los márgenes de seguridad en la práctica cotidiana, disminuyen el error médico y por consiguiente aumentan la calidad de atención de los pacientes.
 - Se deben emplear descriptores corporales alternativos (como el peso corporal ideal, masa magra o superficie corporal) en vez del peso corporal total en niños en situación de sobrepeso y obesidad.
 - Es importante monitorear la natremia durante la hidratación parenteral exclusiva.
 - Es prioritario individualizar las SMP a cada paciente según su patología y evaluar la necesidad de la hidratación parenteral, teniendo en cuenta que la vía oral es la ideal.
 - Analizar las soluciones que se utilizan en cada centro asistencial como primer paso para adoptar una solución de mantenimiento segura, isotónica o lo más cercana posible a la isotonía.
- * Debido a que en nuestro país no existe aún acuerdo unánime sobre cuál es dicha concentración ideal el Comité Nacional de Medicina Interna iniciará la elaboración de un consenso nacional con el fin de establecer una concentración de sodio segura en las SMP e involucrando a las especialidades pertinentes.

Bibliografía

1. Moritz ML, Ayus JC. Hospital-acquired hyponatremia - why are hypotonic parenteral fluids still being used? *Nat Clin Pract Nephrol.* 2007; 3:374-82.
2. Hall AM, et al. How Salty Are Your Fluids? *Pediatric Maintenance IV Fluid Prescribing Practices Among Hospitalists.* *Front Pediatr.* 2020; 15(7):549.
3. Ruis Peris JM, et al. Uso de sueros hipotónicos en la prescripción de la fluidoterapia intravenosa de mantenimiento. *An Pediatr (Barc).* 2019; 91(3):158-65.
4. Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. *Pediatrics.* 1957; (19):823-32. PMID 13431307
5. Way C, Dhamrait R, Wade A, Walker I. Perioperative fluid therapy in children: A survey of current prescribing practice. *Br J Anaesth.* 2006; 97:371-9.
6. McNab S. Isotonic vs hypotonic intravenous fluids for hospitali-zed children. *JAMA.* 2015; 314:720-1.
7. Ewout J. Hoorn, Denis Geary, Maryanne Robb, Mitchell L. Halperin and Desmond Bohn Acute Hyponatremia Related to Intravenous Fluid Administration in Hospitalized Children: An Observational Study, *Pediatrics* May 2004; 113:(5)1279-84.
8. Denis M, Di Giacomo A, Lacotte E, Porcheret F, Letouzé N, Lauzier B, Goyer I. & D. Brossier From hypotonic maintenance fluid to severe hyponatremia: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2021; 15:315.
9. Kinlin LM, Helmers AJ, Friedman JN, Beck C. Choice of maintenance intravenous fluids among paediatric residents in Canada. *Paediatrics & Child Health,* 2019:1-7.



Perlitas legales

MARCO LEGAL REFERENTE A VACUNACION COVID VERSUS VACUNAS DEL CALENDARIO OBLIGATORIO

Dra. Mercedes Regina Acuña

Especialista en Pediatría. Especialista en Medicina Legal. Abogada UCASAL. Diplomatura en Derecho de la Salud. UBA

Este informe o resumen está destinado a poder comprender con mayores herramientas los interrogantes que se suscitaron cuando el Ministerio de Salud dio a conocer la vacunación contra el COVID 19 para la población infantil entre los 3 y 11 años con la vacuna Synopharm (octubre 2021).

Debemos tener en claro primero que por un lado existe:

- Ley de Vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID 19. Ley 27573. Y por otro carril circula:
- Ley de Salud Pública. Ley 27491. Control de enfermedades prevenibles por vacunación.

Como pediatras conocemos el concepto de obligatoriedad de las vacunas del Calendario Nacional y debemos diferenciarlas de las Vacunas contra el COVID, que no están incluidas dentro de la Ley 27491 (actualmente). Se las consideran Vacunas destinadas a generar inmunidad contra el COVID 19, y se rigen por otra ley 27573, en el **marco de la emergencia sanitaria de la pandemia por COVID19** que todavía está en circulación.

Señalaré ítems básicos de cada Ley, para el conocimiento del médico que podrá luego establecer las diferencias con que cada una se regula.

LEY DE SALUD PÚBLICA. LEY 27491. CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN. (4/01/2019)

Esta ley es de orden público y rigen en todo el territorio nacional. Se refiere a la implementación de una política pública de control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Esta ley entiende a la vacunación como una Estrategia de SALUD PÚBLICA PREVENTIVA.

Entiende que la vacunación se considera un BIEN SOCIAL. Y establece sus principios:

- **GRATUIDAD** de las vacunas. **ACCESO** a los servicios de vacunación. **EQUIDAD Social** en todas las etapas de la vida.
- **OBLIGATORIEDAD** para los habitantes.
- **PREVALENCIA DE LA SALUD PUBLICA por sobre el interés particular.**
- **DISPONIBILIDAD** DE VACUNAS y Servicios de Vacunación.
- **Participación** de todos los sectores de salud, cuyo objetivo es alcanzar coberturas de vacunación satisfactorias en forma sostenida.
- Se declara la **vacunación** como de **interés nacional.**
- Se aprueba el Calendario Nacional de Vacunación establecido por autoridad competente.
- Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación **SON OBLIGATORIAS**, para todos los habitantes del país, acorde a los lineamientos de autoridad de aplicación.
- **SON RESPONSABLES** de la vacunación de las personas a su cargo, padres, tutores, curadores, guardadores, representantes legales o encargados de niños, niñas, adolescentes o personas incapaces.
- Se requiere el cumplimiento y certificación del Calendario Nacional de Vacunación para los trámites de:
 - Ingreso y egreso del ciclo lectivo tanto obligatorio como optativo, formal o informal.
 - Para los exámenes médicos de salud que se llevan a cabo en el marco de la ley 24557, ley de riesgos del trabajo.
 - Para la tramitación o renovación de DNI, pasaporte, residencia, certificado prenupcial y licencia de conducir.
 - Para la tramitación de asignaciones familiares conforme a la ley 24714.
- El incumplimiento de las obligaciones de esta

Ley, hace pasible de acciones de la autoridad sanitaria jurisdiccional correspondiente, con el objetivo de efectivizar la vacunación, que será desde la notificación hasta la vacunación compulsiva.

- Se crea el **Registro de Nacional de la Población Vacunada Digital**

*Se crea el **Registro Nacional de Vacunadores eventuales**.

- Diseñar y proveer un **carnet unificado de vacunación**. (CUV).
- Es pasible de sanciones aquel miembro del equipo de salud, que se niegue a cumplir con las obligaciones de esta ley, o falsificare el CUV o cualquier documento que acredite la vacunación.

*Se debe mantener actualizada con publicación periódica referente a la vigilancia de la seguridad de las vacunas utilizadas en el país.

- Se crea la Comisión Nacional de Inmunizaciones **-CONAIN-** como organismo de asesoramiento técnico a los fines de brindar recomendaciones sobre estrategias de control, eliminación y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles.
- Se crea la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas **-CONASEVA-** como organismo de asesoramiento técnico a los fines de fortalecer un sistema de vigilancia de la seguridad de los inmunobiológicos utilizados.
- Se adhiere a la Semana de Vacunación de las Américas.
- Se establece el Día Nacional del Vacunador/a el 26 de agosto de cada año.

LEY DE VACUNAS DESTINADAS A GENERAR INMUNIDAD ADQUIRIDA CONTRA EL COVID 19. Ley 27573. 6/11/2020

- Se declara de **INTERES PÚBLICO la investigación, desarrollo, fabricación y adquisición de las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID 19, en el marco de la emergencia sanitaria establecida por la ley 27541 y ampliada por el decreto 260/20, su modificatoria y normativa complementaria, en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a la mencionada enfermedad.**
- En el marco de Emergencia Sanitaria, ley 27541 con decreto 260/20, por pandemia de-

clarada por la OMS, **esta ley AUTORIZA, por la excepcionalidad del contexto pandémico, a los organismos competentes a realizar la APROBACION DE EMERGENCIA DE LAS VACUNAS**, objetivo de esta ley, con el respaldo debido de la evidencia científica y bioética que permita comprobar su seguridad y eficacia.

- Faculta al Poder Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Salud, a suscribir contratos acordes al mercado internacional de la vacuna para la prevención de la enfermedad COVID 19, con el objeto de efectuar la adquisición de las mismas.
- Las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra la COVID 19, **deben ser presentadas ante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T) a los efectos de la intervención de su competencia y deben ser autorizadas por el Ministerio de Salud**, quienes deberán expedirse en un plazo máximo de 30 días, previo a su uso en la población objetivo.
- Se faculta al Poder Ejecutivo Nacional, a través del Ministerio de Salud, a incluir **cláusulas de confidencialidad o acuerdos de confidencialidad** acordes al mercado internacional de las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID 19, complementando las Leyes N° 27275 de Acceso a la Información Pública, L N° 26529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y normas concordantes, complementarias y modificatorias.
- Se crea el **Fondo de Reparación COVID 19**, cuyo objetivo es el pago de indemnizaciones a las personas humanas que hayan padecido un daño en la salud física, como consecuencia directa de la aplicación de la Vacuna destinada a generar inmunidad adquirida contra el COVID 19.
- El acceso al resarcimiento solo requerirá la existencia de daño y su nexo causal con la vacuna mediante la preponderancia de la evidencia.
- En caso de fallecimiento tendrá derecho a percibir la indemnización las personas detalladas:
 - hijos/hijas por partes iguales,
 - a falta de hijos, los progenitores y progenitoras por partes iguales,
 - el o la cónyuge supérstite.
- El reclamo de la indemnización prescribe a los 3 años. El computo del plazo de prescripción

comienza a correr a partir que el daño causado por la Vacuna COVID 19 se conoció o se pudo haber conocido.

Quiero terminar este artículo, sin olvidar de mencionar y recordar a cada hermano colega que hemos perdido en esta pandemia por el COVID 19. Mis sinceros sentimientos de pesar haciéndolo, extensivo a las demás personas pertenecientes al equipo de salud, que también dejaron su vida y recuerdo. Amen.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 27491. Honorable Congreso de la Nación. 4/1/2019.
- Ley 27573. Honorable Congreso de la Nación. 6/11/2020.
- 2° Jornadas de Córdoba. Derecho a la Salud y Bioética. Los nuevos desafíos que enfrenta la ley de vacunación obligatoria. Dr. Mario Zelaya. 19/10/20210. Organizados por la Red Federal de Derecho en Salud y Colegio de Abogados de Córdoba.
- VI Jornadas Nacionales de Derecho de la Salud. VII Jornadas Rosarinas de Derecho a la Salud. Conferencia: "Sobre Estrategia Nacional ante la pandemia por COVID 19". Dra. Judith Díaz Bazán, Subsecretaria del Ministerio de Salud de la Nación. Septiembre 2020.



Boletín bibliográfico

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

NOTIFICACIONES BREVES SOBRE PANDEMIA POR COVID 19

El menor impacto de delta en Sudamérica desconcierta a los expertos

En casi todo los países y regiones del mundo donde apareció la variante delta siguió un repunte de contagios, hospitalizaciones y fallecimientos por COVID-19. En Sudamérica... no, al menos hasta ahora. "Seguimos perplejos", reconoció el Dr. Christopher Murray, Ph. D., médico y economista de la salud que dirige el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de la *University of Washington*, en Seattle, Estados Unidos.

El Dr. Murray y otros expertos creen que una explicación posible podría ser la protección cruzada por la fuerte circulación previa de gamma u otras variantes regionales, como mu o lambda. Pero la creciente cobertura de vacunación, las medidas de salud pública, la fecha de ingreso de delta o incluso las plataformas vacunales utilizadas podrían haber enlentecido o limitado el impacto. "Aún hay materias que investigar, es el desafío para todos los científicos", señaló el químico farmacéutico Heriberto García, director del Instituto de Salud Pública de Chile.

Matías A. Loewy - *Medscape - Noticias Médicas*, 8 de octubre de 2021

Sputnik Light anuncia efectividad de 70 % contra la variante delta

La vacuna *Sputnik Light* (monodosis con el primer componente de *Sputnik V*; *Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology*) muestra una efectividad de 70 % contra la variante delta de SARS-CoV-2 tres meses después de la inyección, según un estudio enviado como pre impresión a *medRxiv* y que comparó 28.000 personas vacunadas con un grupo control de 5,6 millones.

El anuncio fue hecho este miércoles 13 en conferencia de prensa por Kirill Dmitriev, director del *Russian Direct Investment Fund* (RDIF), quien añadió que proyectan duplicar en el próximo mes los 15 países que ya aprobaron *Sputnik Light* y que también esperan antes de que termine el año la aprobación de *Sputnik V* para uso de emergencia por parte de la OMS y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)

COVID-19 es una enfermedad "microangiopática"

COVID-19 debe ser considerada una enfermedad "microangiopática, microtrombótica y de la microcirculación", dado que cursa con una reducción de 30 % en los niveles de la enzima ADAMTS-13 (que regula al factor de von Willebrand) y elevaciones de lactato deshidrogenasa y creatinina, según expuso la Dra. Christiane Pereira Gouveia, responsable del Sector de Coagulación del *Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo* (USP), en San Pablo, Brasil, en el 2.º Congreso Virtual de la *Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial* (SBPC/ML).

En tanto, usar las pruebas convencionales de dímero D para excluir embolismo pulmonar en pacientes hospitalizados con COVID-19 "puede ser inapropiado y tener una utilidad clínica limitada", concluyeron investigadores estadounidenses en *JAMA Network Open* después de comparar los resultados de la prueba y de la angiografía pulmonar por tomografía computarizada (método diagnóstico de referencia) en una cohorte de 287 pacientes.

“Dramático” incremento de intentos de suicidio en niños

Durante la pandemia hubo un “dramático” incremento en intentos de suicidio en niños, con incrementos de hasta 300 % a partir de julio de 2020 respecto del año precedente, según datos de un estudio transversal de menores de 15 años asistidos por esa causa en un hospital pediátrico de París, Francia, desde 2010.

Esta dinámica de intentos de suicidio fue independiente de la estacionalidad y del patrón creciente de suicidios pediátricos durante la última década, señaló la publicación en *JAMA Network Open* y afectó especialmente al rango etario de 8 a 13 años, con una intrigante proporción de 4 niñas por cada niño, lo cual podría reflejar una mayor implicación en las tareas domésticas durante el encierro o mayor vulnerabilidad a los comentarios en redes sociales, hipotetizó el Dr. Richard Delorme, psiquiatra infantil del *Hôpital Robert Debré*, en París.

Matías A. Loewy - *Medscape - Noticias Médicas, 15 de octubre de 2021*

Ser inmune a COVID-19 por haberla tenido o estar vacunado ¿es lo mismo?

El Dr. Aaron Kheriaty, profesor de psiquiatría en la *University of California-Irvine*, en California, Estados Unidos, pensó que no necesitaba vacunarse contra la COVID-19 porque había sufrido la enfermedad en julio de 2020.

Por tanto, en agosto presentó una demanda para frenar el mandato de vacunación del sistema universitario, alegando que la inmunidad “natural” le había dado a él y a millones de personas una mejor protección que la que podría ofrecer cualquier vacuna.

El 28 de septiembre un juez desestimó la solicitud del Dr. Kheriaty de un requerimiento judicial contra la universidad por el mandato, que entró en vigencia el 3 de septiembre. Aunque el especialista tiene la intención de seguir adelante con el caso, los expertos legales dudan de que su demanda y otras similares presentadas en todo el país tengan éxito.

Dicho esto, cada vez hay más pruebas de que contraer SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19, en general es tan eficaz como la vacunación para estimular el sistema inmunitario y prevenir la enfermedad.

Sin embargo, los funcionarios federales se han mostrado reacios a reconocer cualquier equivalencia, alegando la amplia variación en la respuesta inmunitaria de los pacientes de COVID-19 a la infección.

Al igual que muchos debates durante la pandemia de COVID-19, el valor incierto de una infección previa ha dado lugar a desafíos legales, ofertas de mercado y exabruptos políticos, mientras los científicos trabajan, silenciosa y discretamente, para aclarar los datos.

Durante décadas los médicos han utilizado análisis de sangre para determinar si las personas están protegidas contra enfermedades infecciosas. Las embarazadas se someten a pruebas de anticuerpos contra la rubéola para asegurarse de que sus fetos no se infecten con el virus que la provoca, que causa defectos de nacimiento devastadores. Trabajadores en hospitales se someten a pruebas de detección de anticuerpos, contra el sarampión y la varicela, para evitar la propagación de esas enfermedades. Pero la inmunidad a COVID-19 parece más difícil de discernir que esas infecciones.

La *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos ha autorizado el uso de pruebas de anticuerpos contra la COVID-19, que pueden costar aproximadamente 70 dólares, para detectar una infección pasada. Algunas pruebas pueden distinguir si los anticuerpos proceden de una infección o de una vacuna.

Pero ni la FDA ni *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos recomiendan utilizar las pruebas para evaluar si se es inmune a COVID-19. Para eso las pruebas resultan inútiles porque no hay acuerdo sobre la cantidad o los tipos de anticuerpos, que indicarían una protección contra la enfermedad.

“Todavía no tenemos un conocimiento claro de lo que la presencia de anticuerpos nos dice sobre la inmunidad”, afirmó Kelly Wroblewski, directora de enfermedades infecciosas de la *Association of Public Health Laboratorie*.

Del mismo modo, los expertos no se ponen de acuerdo sobre el grado de protección que ofrece una infección.

Ante la falta de certeza y a medida que se imponen los mandatos de vacunación en todo el país, las demandas legales ponen presión sobre el tema.

Los individuos que afirman que los mandatos de vacunación violan sus libertades civiles

argumentan que la inmunidad adquirida por la infección les protege. En Los Ángeles seis policías han demandado a la ciudad, alegando que tienen inmunidad natural.

En agosto el profesor de derecho, Todd Zywicki, alegó que el mandato de vacunación de la *George Mason University* violaba sus derechos constitucionales, dado que tiene inmunidad natural. Citó una serie de pruebas de anticuerpos y la opinión médica de un inmunólogo de que era “médicamente innecesario” que se vacunara. Zywicki retiró la demanda después de que la universidad le concediera una exención médica, que, según la institución académica, no está relacionada con el pleito.

Los legisladores republicanos se han unido a la cruzada. El *GOP Doctors Caucus*, formado por médicos republicanos en el Congreso, ha instado a las personas que desconfían de la vacunación a que se sometan a una prueba de anticuerpos, contradiciendo las recomendaciones de CDC y la FDA.

En Kentucky, el Senado del estado aprobó una resolución que concede el mismo estatus de inmunidad a aquellos que muestren una prueba de vacunación o una prueba de anticuerpos positiva.

Los hospitales fueron de las primeras instituciones en imponer la obligación de vacunarse a sus trabajadores de primera línea, ante el peligro de que contagiaran la enfermedad a pacientes vulnerables. Pocos han ofrecido exenciones de vacunación a los previamente infectados. Pero hay excepciones.

Dos sistemas hospitalarios de Pennsylvania permiten a los miembros del personal clínico aplazar la vacunación, durante un año, después de dar positivo en la prueba de COVID-19. Otro, en Michigan, permite a los empleados elegir no vacunarse si presentan pruebas de una infección previa y una prueba de anticuerpos positiva en los tres meses anteriores. En estos casos, los sistemas indicaron que querían evitar la escasez de personal que podría conllevar la renuncia de enfermeras que rechazan vacunarse.

El Dr. Kheriaty señaló que la cuestión es sencilla. “La investigación sobre la inmunidad natural ya es bastante definitiva. Es mejor que la inmunidad otorgada por las vacunas”, declaró a KHN. Pero está claro que la mayoría de la comunidad científica no comparte afirmaciones tan categóricas.

El Dr. Arthur Reingold, epidemiólogo de la *UC-Berkeley*, y Shane Crotty, virólogo de *La Jolla Institute for Immunology*, en San Diego, Estados Unidos, declararon como testigos expertos en la demanda del Dr. Kheriaty, afirmando que se desconoce el alcance de la inmunidad proporcionada por la reinfección, especialmente contra las nuevas variantes de COVID-19. Señalaron que la vacunación proporciona un enorme refuerzo de inmunidad a las personas que han estado enfermas anteriormente.¹

Sin embargo, no todos los que presionan para que se reconozca el valor de pasar una infección son críticos de las vacunas o abanderados del movimiento antivacunas.²

El Dr. Jeffrey Klausner, profesor clínico de ciencias de la población y salud pública de la *University of Southern California*, en California, Estados Unidos, es coautor de un análisis publicado el 30 de septiembre, que demuestra que la infección suele proteger durante 10 meses o más.³ “Desde el punto de vista de la salud pública, negar el trabajo y el acceso y los viajes a personas que se han recuperado de la infección no tiene sentido”, señaló.

En su testimonio contra los argumentos del Dr. Kheriaty a favor de la inmunidad “natural”, Crotty citó estudios sobre el brote masivo de COVID-19 que asoló Manaus, en Brasil, a principios de este año y que incluyó la variante gamma del virus. Basándose en los análisis de las donaciones de sangre, uno de los estudios estimó que tres cuartas partes de la población de la ciudad ya estaban infectadas antes de la llegada de gamma.⁴ Eso sugirió que la infección pasada podría no proteger contra las nuevas variantes. Pero Klausner y otros sospechan que la tasa de infección previa, presentada en el estudio, había sido sobrevalorada.⁵

Un amplio estudio realizado en agosto en Israel, que demostró una mejor protección como resultado de la infección que de la vacunación, podría ayudar a cambiar la tendencia a aceptar la infección previa, apuntó Klausner.⁶ “Todo el mundo está esperando que el Dr. Fauci diga: ‘La infección previa proporciona protección’”, añadió.

Cuando se le preguntó al Dr. Anthony Fauci, máximo experto federal en enfermedades infecciosas, durante una entrevista en CNN el mes pasado, si las personas infectadas estaban tan protegidas como las que han sido vacunadas,

dudó.⁷ “Podría haber un argumento de que lo están”, dijo. El especialista no respondió a una solicitud de KHN para ofrecer más comentarios.

Kristen Nordlund, vocera de CDC, manifestó que la “evidencia actual” muestra una amplia variación en las respuestas de los anticuerpos después de la infección por COVID-19. “En las próximas semanas esperamos contar con información adicional sobre la protección de la inmunidad de la vacuna en comparación con la inmunidad natural”, agregó.

Se realiza un “esfuerzo monumental” para determinar qué nivel de anticuerpos es protector, expresó el Dr. Robert Seder, jefe de la sección de inmunología celular del *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*. Algunos estudios recientes han intentado establecer una cifra.⁸

Las pruebas de anticuerpos nunca proporcionarán una respuesta afirmativa o negativa sobre la protección contra la COVID-19, señaló el Dr. George Siber, consultor de la industria de las vacunas y coautor de uno de los trabajos. “Pero hay personas que no se van a vacunar. Vale la pena tratar de predecir quiénes tienen un riesgo más bajo”.

**Arthur Allen/KHN - Medscape -
15 de octubre de 2021**

KHN (Kaiser Health News) es la redacción de KFF (Kaiser Family Foundation), que produce periodismo en profundidad sobre temas de salud. Junto con Análisis de Políticas y Encuestas, KHN es uno de los tres principales programas de KFF. KFF es una organización sin fines de lucro que brinda información sobre temas de salud a la Nación.

Referencias

1. Neergaard L, Stobbe M. Shots give COVID-19 survivors big immune boost, studies show. *AP News*. Publicado el 6 de agosto de 2021. Consultado en versión electrónica. Fuente
2. Kojima N, Klausner J. The One Legit Get-Out-of-Jail Free Card for Anti-Vaxxers. *Daily Beast*. Publicado el 15 de agosto de 2021. Consultado en versión electrónica. Fuente
3. Kojima N, Shetha NK, Klausner JD. A Systematic Review of the Protective Effect of Prior SARS-CoV-2 Infection on Repeat Infection. *Eval Health Prof*. 30 Sep 2021;1632787211047932. doi: 10.1177/01632787211047932. PMID: 34592838. Fuente
4. Buss LF, Prete Jr CA, Abraham CMM, Mendrone Jr A, y cols. Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science*. 15 Ene 2021;371(6526):288-292. doi: 10.1126/science.abe9728. PMID: 33293339. Fuente
5. He D, Artzy-Randrup Y, Musa SS, Gräf T, y cols. Attack rate of COVID-19 and the onset of herd immunity in Manaus, Brazil. *SSRN*. 7 Jul 2021. Fuente
6. Wasman M. Having SARS-CoV-2 once confers much greater immunity than a vaccine-but vaccination remains vital. *Science*. Publicado el 26 de agosto de 2021. Consultado en versión electrónica. Fuente
7. Fauci Didn't Consider Those With Natural Immunity? WHAT???. *YouTube*. Consultado en versión electrónica. Fuente
8. Earle KA, Ambrosino DM, Fiore-Gartland A, Goldblatt D, y cols. Evidence for antibody as a protective correlate for COVID-19 vaccines. *Vaccine*. 22 Jul 2021;39(32):4423-4428. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.05.063. PMID: 34210573. Fuente

Agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón podrían reducir mortalidad en pacientes con diabetes

En pacientes con diabetes de tipo 2 el uso de agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) o “incretín-miméticos” tiene un efecto “altamente protector” frente a la mortalidad por COVID-19 (riesgo relativo [RR]: 0,58; $p = 0,04$), según un estudio retrospectivo publicado en *Diabetes*, que analizó registros médicos de casi 30.000 pacientes asistidos en 56 centros de Estados Unidos entre enero y septiembre de 2020.

Sin embargo, la naturaleza del estudio no permite establecer una relación causa-efecto y, por otro lado, la investigación solo consideró el uso de agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón en los seis meses precedentes al diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2. “No hay evidencia de que comenzar el tratamiento por primera vez durante el manejo agudo de COVID-19 sea seguro y efectivo”, aclaró una coautora, la Dra. Nazia T. Raja-Khan, de *Penn State College of Medicine*, en Hershey, Estados Unidos.

Generalizar la detección de SARS-CoV-2 en aguas residuales es “una medida urgente”

La *Académie Nationale de Médecine* de Francia manifestó su preocupación por el posible cierre del sistema de detección de SARS-CoV-2 en aguas residuales francesas, implementada en marzo de 2020 por la red Obépine y que ha

permitido anticipar el inicio de olas antes de que “explotaran” los casos sintomáticos.

Esta vigilancia cubre actualmente a un tercio de la población y permite, a bajo costo, seguir la evolución epidemiológica del virus. Mantener y generalizar esa forma de detección “es una medida urgente en tiempos de reflujo epidémico”, subrayó la entidad.

Subvariante de delta AY.4.2. no representa “ninguna amenaza adicional”

Una subvariante de delta que se registra en 6 % de los contagios actuales en Reino Unido y ya ha sido detectada en más de 40 países, bautizada AY.4.2., es solo uno de los 30 sublinajes de delta ya identificados y hasta el momento no representa “ninguna amenaza adicional ni de ninguna transmisión diferente ni asuntos clínicos adicionales”, declaró el gerente de Incidente para COVID-19 de la OPS, Dr. Sylvain Aldighieri. Algunos científicos creen que podría ser 10 % más transmisible, pero no hay datos concluyentes.

El secretario de Salud de Inglaterra, Sajid Javid, declaró: “Si bien no hay razón para creer en este momento que AY.4.2 representa una amenaza mayor, la siguiente variante o la siguiente podría serlo”. Actualmente los contagios diarios en Reino Unido subieron a casi 50.000 y podrían llegar a 100.000, advirtió Javid, quien agregó que el nexo entre los casos y los fallecimientos se ha debilitado significativamente, “pero no está roto”.

EMA analiza la vacunación en niños de 5 a 11 años

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) inició la evaluación con vistas a extender el uso de la vacuna *Comirnaty* de *Pfizer/BioNTech* en niños de 5 a 11 años. Según informó la compañía el mes pasado, la fórmula ha mostrado inducir una fuerte respuesta inmune en ese rango etario en un estudio sobre más de 2.200 participantes.

En Estados Unidos, donde la decisión de la *Food and Drug Administration* (FDA) se espera para comienzos de noviembre, septiembre fue el peor mes de la pandemia en casos y fallecimientos, según la *American Academy of Pediatrics*: hubo más de 1,1 millones de contagios y 41 dece-

sos (en menores de 15 años). En la última semana los casos positivos pediátricos representaron un cuarto de todos los notificados en el país.

Matías A. Loewy - Medscape - Noticias Médicas, 22 de octubre de 2021

“¿La vacuna va a alterar el sistema inmune de mi hijo?”

Existe información limitada sobre el efecto en la inmunidad neonatal en mujeres vacunadas contra la COVID-19 durante su embarazo.

En la vacunación contra otras enfermedades virales como la influenza, se ha observado que los anticuerpos IgG producidos como respuesta a la vacunación atraviesan la placenta y reducen la morbimortalidad neonatal debida a influenza. De igual manera, existen reportes de que neonatos nacidos de madres que tuvieron COVID-19 durante el embarazo, nacieron con anticuerpos IgG para SARS-CoV-2 como resultado de la transferencia a través de la placenta.⁶

Un estudio realizado en Israel comparó los anticuerpos para la COVID-19 presentes en muestras de sangre obtenidas del cordón umbilical de recién nacidos de mujeres que tuvieron infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo y mujeres que fueron vacunadas durante el último trimestre. En ambos grupos se observó la presencia de anticuerpos, siendo significativamente más alta en las mujeres que recibieron la vacuna. Los autores concluyen que esto puede mostrar que estimular la inmunidad durante el embarazo tiene beneficios a nivel serológico para el bebé.⁷

Se necesitan más estudios para ampliar el conocimiento sobre cómo se afecta el sistema inmunológico del recién nacido, sin embargo, la inmunización durante el embarazo y la lactancia puede resultar importante pues “los anticuerpos generados por las vacunas pueden cruzar la barrera placentaria e incluso pueden pasar al bebé a través de la leche materna, ese es uno de los principales objetivos de la lactancia, que a través de la leche las madres puedan dar anticuerpos que protegen a los bebés de infecciones, sobretodo en el primer año de vida”, resalta la Dra. Suria Loza Jalil, médica internista e infectóloga, jefa del Departamento de Infectología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México, México.

“¿La vacuna facilita el desarrollo de SIDA u otras enfermedades infecciosas?”

Esta preocupación surge tras la editorial de Susan P. Buchbinder y colaboradores en la prestigiosa revista *The Lancet*.⁸ En esta publicación los autores expresan su preocupación sobre el uso de vector de adenovirus recombinante tipo 5 (Ad5) para un estudio fase 1 de vacuna anti-COVID-19.

Existen diferentes métodos por los cuales las vacunas generan una respuesta inmune, “algunas vacunas usan virus modificados para introducir información que el cuerpo usa para protegernos, es importante aclarar que no es el virus, sino un virus inocuo. Esto produce una reacción en el cuerpo para producir que se llama proteína de espiga, bloqueando la capacidad del virus de unirse a los receptores de las células, y sin esta unión entonces no hay infección”, explica la Dra. Suria.

Este es el caso del adenovirus recombinante tipo 5 (Ad5) que fue utilizado en estudio clínicos en una vacuna contra el virus de la inmunodeficiencia humana. Durante esos estudios los investigadores observaron un incremento en el riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana. Cabe mencionar que este incremento en el riesgo fue particularmente elevado en hombres que tuvieron relaciones sexuales con parejas que al ingresar al estudio eran seropositivas a virus de la inmunodeficiencia humana o se desconocía su estatus serológico para virus de la inmunodeficiencia humana.

En 2013 se celebró una conferencia de consenso sobre los vectores Ad5 con la participación de distintos Institutos Nacionales de Salud, donde concluyeron que los ensayos de vacunas no relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana que utilizaron vectores similares en áreas de alta prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana podrían conducir a un mayor riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana-1 en la población vacunada.⁸

El uso de adenovirus como vector se ha usado de forma efectiva y segura en vacunas contra virus como el ébola, zika, etc., sin resultados que indiquen un aumento de esas enfermedades o de contraer virus de la inmunodeficiencia humana, por lo que los observado por Susan P. Buchbinder y colaboradores podría ser solo aplicable para vacunas contra el virus de la inmunodeficiencia humana.

Las vacunas contra la COVID-19 que usan vectores virales son sometidos a los mismos estándares científicos y éticos que otros estudios, por lo que sólo aquellos que sean seguros podrán avanzar a las siguientes fases hasta su aprobación para uso en la población en general.

Así que esto no quiere decir que la vacuna contra la COVID-19 *per se* aumente el riesgo de virus de la inmunodeficiencia humana, y menos aún si no existen conductas de riesgo.

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

Martha de la Torre - Medscape - Noticias Médicas, 15 de noviembre de 2021.

Referencias

6. Flannery DD, Gouma S, Dhudasia MB, Mukhopadhyay S, y cols. Assessment of Maternal and Neonatal Cord Blood SARS-CoV-2 Antibodies and Placental Transfer Ratios. *JAMA Pediatr.* 1 Jun 2021;175(6):594-600. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0038. PMID: 33512440. Fuente
7. Kashani-Ligumsky L, Lopian M, Cohen R, Senderovich H, y cols. Titers of SARS CoV-2 antibodies in cord blood of neonates whose mothers contracted SARS CoV-2 (COVID-19) during pregnancy and in those whose mothers were vaccinated with mRNA to SARS CoV-2 during pregnancy. *J Perinatol.* 25 Sep 2021:1-4. doi: 10.1038/s41372-021-01216-1. PMID: 34564695. Fuente
8. Buchbinder SP, McElrath MJ, Dieffenbach C, Corey L. Use of adenovirus type-5 vectored vaccines: a cautionary tale. *Lancet.* 31 Oct 2020;396(10260):e68-e69. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32156-5. PMID: 33091364. Fuente

Antiviral experimental de Pfizer muestra 89 % de eficacia

Un fármaco antiviral oral experimental, *Paxlovid*, que combina los inhibidores de proteasas PF-07321332 y ritonavir, tuvo una efectividad de 89 %, en comparación con un placebo para prevenir la hospitalización o el fallecimiento en pacientes con COVID-19 que tenían alto riesgo de complicaciones graves, informó Pfizer el pasado viernes 5. La compañía anunció que suspendió el reclutamiento de nuevos participantes del ensayo clínico en marcha por la “abrumadora eficacia” del tratamiento y planea pedir a la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos que autorice el fármaco para uso de emergencia.

Paxlovid se suma así a otro antiviral oral que semanas atrás también demostró eficacia, molnupiravir, de MSD y su socio *Ridgeback Biotherapeutics*, ya aprobado por Reino Unido.

Sin embargo, expertos alertaron que estos fármacos no son un sustituto de la vacunación. “Depender exclusivamente de un fármaco antiviral es como jugar a los dados. Será mejor que nada, pero es un juego de alto riesgo”, indicó el Dr. Peter Hotez, experto en vacunas y profesor de virología molecular y microbiología en *Baylor College of Medicine*, en Houston, Estados Unidos. “Una vez autorizadas e integradas en el algoritmo de manejo de pacientes, complementarán la vacunación, pero no la reemplazarán”, coincidió este miércoles 10 el Dr. Sylvain Aldighieri, gerente de Incidente para COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

“La quinta ola comenzó en Europa”

El presidente de Francia, Emmanuel Macron, anunció el martes 9 que “la quinta ola ya comenzó en Europa”, lo que obligará en su país a aplazar el relajamiento planificado de medidas de salud pública y también a apurar una dosis de refuerzo en personas de más 50 años y otros ciudadanos vulnerables para revalidar el pase sanitario. El mandatario también apeló al “espíritu de responsabilidad” de los 6 millones de franceses que aún no se aplicaron ninguna dosis de la vacuna.

“Podemos seguir teniendo la situación bajo control si cada uno de nosotros hace su parte”, expresó. El promedio de nuevos contagios diarios en la semana previa ascendió a 7.277 el lunes 8, 75 % más que el mes anterior.

En tanto, en Alemania los casos siguen alcanzando récords (este jueves 11 superó los 50.000 en 24 horas, la cifra más alta desde el inicio de la pandemia) y las autoridades urgen a la población a vacunarse cuando menos de 70 % completó el esquema. El Ministro de Salud Federal, Jens Spahn, señaló que todos los mayores de 12 años deberían recibir un refuerzo 6 meses después de la segunda dosis, aunque puso especial énfasis en los adultos de edad avanzada, las personas con afecciones preexistentes y el personal médico.

Infeción en adolescentes podría inducir autoinmunidad en sistema nervioso central

En algunos adolescentes con COVID-19, incluso con síntomas leves o moderados, la infección podría estimular la formación de auto anticuerpos en sistema nervioso central que ocasionan síntomas neuropsiquiátricos después del alta, tales como insomnio, comportamientos erráticos, ansiedad social, labilidad emocional, dificultad de concentración, anorexia y comportamientos repetitivos, según sugiere un reporte de tres casos en *JAMA Neurology*.

“Este estudio aumenta nuestro conocimiento de cómo COVID-19 interactúa con el sistema nervioso y cómo los mecanismos autoinmunes podrían estar contribuyendo al menos en una parte de los pacientes con síntomas neuropsiquiátricos durante la infección aguda y posiblemente incluso después de la eliminación viral”, comentó el Dr. Evan J. Kyzar, Ph.D., del *New York State Psychiatric Institute*, en Nueva York, Estados Unidos.

Los no vacunados tienen 20 veces más riesgo de fallecer por COVID-19

Durante el pasado septiembre los tejanos que no estaban vacunados contra la COVID-19 tuvieron 20 veces más probabilidades de fallecer de COVID-19 y complicaciones relacionadas que aquellos completamente vacunados, señala un nuevo estudio del *Texas Department of State Health Services*. Y cuando se consideró solo a las personas de 30 a 40 y de 40 a 50 años, el riesgo subió respectivamente 23 y 55 veces.

“El análisis cuantifica lo que hemos sabido por meses: vacunarse es la mejor manera de que nosotros y las personas cercanas podamos mantenernos seguros de esta enfermedad mortal”, sostuvo la Dra. Jennifer Shuford, responsable de epidemiología del estado de Texas, donde 66 % de la población recibió al menos una dosis y 58 % completó el esquema.

En tanto, nuevas evidencias de Reino Unido reafirman que la infección natural no es suficiente protección frente a una nueva exposición a SARS-CoV-2: 1 de cada 5 personas con antecedente de COVID-19 no presenta anticuerpos neutralizantes contra la nucleocápside o proteína N del virus, especialmente si tuvo una enfermedad leve o asintomática (aunque no está claro la propor-

ción de ellos que sí tiene anticuerpos contra la proteína espiga, crítica para el ingreso del virus a las células).

Francia y Alemania desaconsejan la vacuna de Moderna en menores de 30

La Haute Autorité de Santé de Francia desaconsejó la aplicación de la vacuna Spikevax de Moderna en menores de 30 años, tanto para el esquema regular como para el refuerzo, debido a un riesgo más elevado de miocarditis y pericarditis de evolución favorable en ese rango de edad. La misma recomendación hizo el miércoles 10 el comité asesor de vacunación en Alemania, STIKO.

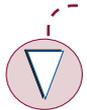
Según el estudio de farmacovigilancia de EPIPHARE, en Francia, el riesgo de miocarditis es 5 veces menor para la vacuna Comirnaty de Pfizer/BioNTech, en comparación con la fórmula de Moderna en jóvenes de 12 a 29 años, siendo más común dentro de los siete días de la segunda dosis y en hombres.

Fuerte caída de la efectividad de vacunas luego de 6 meses: estudio en veteranos

La efectividad de las vacunas contra la COVID-19 se redujo drásticamente luego de 6 meses y en coincidencia con la llegada de la variante delta a Estados Unidos, según un estudio en casi 800.000 veteranos (de los cuales poco menos de la mitad era mayor de 65 años) publicado en la revista *Science*.

Entre marzo y septiembre de este año, la eficacia del esquema completo con las fórmulas de Pfizer/BioNTech, de Moderna y de Johnson & Johnson bajó de poco más de 85 % a 58 %, 45 % y 13 %, respectivamente. Según los autores, el trabajo confirma la necesidad de dosis de refuerzo y otras medidas de protección como pasaportes sanitarios, mandatos de vacunas, uso de mascarillas, lavado de manos y distanciamiento social.

Matías A. Loewy - *Medscape - Noticias Médicas-12 de noviembre de 2021*



ADENDUM

“LA LITERATURA NOS ARROJA MUCHOS GRANDES HÉROES. LA VIDA REAL SIEMPRE LES SUPERA”

WILBUR ADDISON SMITH

19 de enero de 1933, Broken Hill, Rodesia del Norte-13 de noviembre de 2021-Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Fue un exitoso escritor de novelas de aventuras. Sus relatos incluyen algunos ambientados en los siglos XVI y XVII sobre los procesos fundacionales de los estados del sur de África y aventuras e intrigas internacionales relacionadas con estos asentamientos. Estas obras, que en parte son ficción, explican el apogeo e influencia histórica de los blancos neerlandeses y británicos en el sur de África y las costumbres de los nativos, con quienes se crió.

La Región Metropolitana
rinde homenaje en este espacio,
a quienes nos guiaron como Directores Titulares,
lamentablemente desaparecidos físicamente,
pero cuyas enseñanzas nos seguirán acompañando:

Dr. Ángel Plaza
Dr. Miguel Ángel Náser
Dr. Ricardo Straface
Dr. Jorge Buraschi

