



# NOTICIAS *Metropolitanas*

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**AÑO XXXIII**

**Agosto 2022**

**N° 84**

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

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

## **Director Titular**

*Dr. Alberto Libanio*

## **1<sup>era</sup> Directora Asociada**

*Dra. Claudia Vaccarelli*

## **2<sup>da</sup> 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. "Pobreza" ..... 2  
*Alberto Libanio*
- Actividades de la Región ..... 3
- Burbujas pediátricas:  
El perdón. "Error es humano, perdonar es divino" ..... 7  
*María Florencia Barril*
- Extubación paliativa en la terapia intensiva pediátrica .. 8  
*Ivana Marinelli Triler*
- Hospital "Prof. Dr. Ramón Exeni" ..... 10  
*Débora Rocca Huguet*
- Sífilis en Pediatría. Infección congénita y adquirida  
*Miriam E. Bruno* ..... 11
- Historia de nuestros hospitales: Hospital Infante  
Juvenil "Dra. Carolina Tobar García"  
*Irene Scherz* ..... 17
- Alerta epidemiológica de rabia  
*María Florencia Barril* ..... 22
- *Primero no dañar*: ser puente hacia el  
trasplante de órganos pediátrico  
*Sabrina Critzmann* ..... 25
- Qué debe saber el pediatra sobre:  
El desarrollo infantil. Una nueva mirada  
*Gladys Convertini* ..... 27
- Perlas legales:  
Recopilación bibliográfica. Violencia familiar  
*Mercedes Regina Acuña* ..... 36
- Boletín bibliográfico ..... 39  
*Carlos Luzzani*
- Adendum ..... 45
- Agradecimiento ..... 46

**"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

## POBREZA...

Estamos en crisis: **más de la mitad de los niños y niñas en Argentina son pobres.**

Según el informe oficial del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), el porcentaje de pobreza infantil en Argentina fue de 51,4% en el segundo semestre de 2021. Se ven afectados 5,5 millones de niños menores de 14 años, y de ese total, el 12,6% son indigentes.

Esto es aún más grave de lo que pensábamos. Los niños viven en la indigencia. Las consecuencias de vivir con escasez de recursos son innumerables, provocando que la vulnerabilidad de los niños sea cada vez mayor y el riesgo para su salud sea muy alto.

Las consecuencias psicológicas de no tener un techo derivan en una alta probabilidad de desarrollar algún desorden mental o depresión.

Los niños indigentes tienen experiencias traumáticas durante su infancia y están expuestos a temperaturas extremas y a virus y bacterias, sin la posibilidad de prevenir las mismas. Al estar expuestos, los niños tienen más probabilidades de tener enfermedades, sufrir accidentes y morir prematuramente.

Además, los niños en situaciones precarias son propensos al uso y consumo de sustancias tóxicas.

La poca ingesta de alimentos o de mala calidad provoca déficit de nutrientes esenciales para su desarrollo físico y cognitivo.

Según los informes del Observatorio de Deuda Social Argentino (ODSA) de la UCA el riesgo alimentario total de los niños fue de 46% en 2020, de los cuales, el 28% sufrió episodios de hambre.

El mayor problema es que los niños pobres son INVISIBILIZADOS, y nuestro deber como pediatras es tenerlos en cuenta.

Es una problemática social muy importante en la que, desde el lugar que ocupamos, tenemos que trabajar para aportar nuestro grano de arena para la solución de este presente tan cruel y doloroso que estamos viviendo. Aunque parezca poco lo que podemos dar, no nos olvidemos de lo que dijo la Madre Teresa: *“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota”.*

**Dr. Alberto Libanio**

Director Titular Región Metropolitana SAP



## Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

CURSO perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Otorga 2 créditos.

### ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS COMPLEJAS (EPECOM). ROL DEL PEDIATRA EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

**OBJETIVOS:** *Promover acciones centradas en el paciente - Cuidador Principal, adecuadas al entorno familiar y contexto integral que mejoren la calidad de vida. – Identificación EPECOM*



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

**Secretarios Académicos:** Lic. Mattarozzi, Elida; Dra. Soligo Viviana

**TEMAS** -Concepto y alcances : EPECOM- Detección Neonatal – Diagnóstico y Seguimiento. - Comunicación diagnóstica -Uso racional.Medicamentos Huérfanos – Ética y Cuidados Paliativos- Acto Médico en Telemedicina

Destinado a: Residentes, Pediatras; Psicólogos, Psicopedagogos, Est. tempranos; Terapistas Ocupacionales; Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Asistentes Sociales, otros Agentes de Salud CON TITULO UNIVERSITARIO

**INICIO 01/08/2022 al 29/08/2022. LUNES de 18.30 a 20 horas.Créditos: 2 créditos**

Inscripción: [cursos2021fmetropolitana@gmail.com](mailto: cursos2021fmetropolitana@gmail.com) [paula.cursos@sap.org.ar](mailto: paula.cursos@sap.org.ar)

Agosto: 01- 08 - 15 -22 de 18.30 a 20 horas. Lunes 29/08: 18 a 20.30 horas.			18 hs a 20 horas
UNIDAD	FECHA	TEMA	
I. LUNES 01/08/2022	18.30	.Apertura Curso. Lineamientos generales.	Mgtr.Martínez Perea,M.del Carmen
	18.40	Tema 1. ¿A QUÉ LLAMAMOS ENFERMEDADES/ CONDICIONES PEDIÁTRICAS COMPLEJAS? CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN.	Mgtr.Martínez Perea,M.del Carmen
	19.10	Tema 2.ENFERMEDADES COMPLEJAS DE APARICION NEONATAL, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO.	Dr. Aubone, Pablo
	19.30	CASO CLINICO. INTERCAMBIO de CRITERIOS. CONCLUSIONES.	Moderadora: Dra. Soligo Viviana.
II. LUNES 08/08/2022	18.30	Tema 3. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS EN EPECOM NEUROLÓGICAS: Epilepsia y Dieta Cetogénica.	Dra. Toma, Marisol
	19.	Tema 4. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN INTERNACIÓN DE LAS EPECOM.	Dra. Pedemonte, Silvia
	19,3	Tema 5. COMUNICACIÓN DIAGNÓSTICA	Mgtr.Martínez Perea,M.del Carmen
III. LUNES 15/08/2022	18.30	Tema 6. IMPACTO Y SOBRECARGA EN EL ÁMBITO FAMILIAR DE LAS EPECOM	Lic. Mattarozzi, Élida
	19.10	Tema 7. CUIDADOS PALIATIVOS EN EPECOM	Dra. DiCola, Estela
	19.30	Tema 8. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES FRECUENTES EN EL SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS COMPLEJAS.	Dra. Mercedes Acuña
UNIDA IV. LUNES 22/08/2022	18.30	Tema 9. USO RACIONAL. MEDICAMENTOS HUÉRFANOS.	Dr.Posadas Martínez, Agustín P
	19.10	Tema 10. Certificado de Discapacidad en EPECOM. Cuándo se solicita? Quien, y cómo se completa?	Dr. Libanio , Alberto
	19.30	CASO CLINICO. INTERCAMBIO de CRITERIOS. Abordaje en contexto. CONCLUSIONES.	Moderadora:Dra. Martínez Perea, MC Lic. Mattarozzi.
UNIDA V. LUNES 29/08/2022	18.30	Tema 11. ASPECTOS ÉTICOS ENFERMEDADES COMPLEJAS. ACTO MÉDICO EN TELEMEDICINA	Mgtr.MARTINEZ PEREA,M.del CARMEN
	19.30	PRESENTACIONES TRABAJOS FINAL.	Mgtr.Martínez Perea,M.del Carmen - Lic. Mattarozzi. Dra. Soligo, Viviana
	20.15 -20.30 HS	CONCLUSIONES. Cierre.	Mgtr.Martínez Perea,M.del C. D- Lic. Mattarozzi, Élida



# Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

Región Metropolitana  
COMITÉ REGIONAL DE DISCAPACIDAD

CURSO perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Otorga 2 créditos.

## DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA. CONOCER IMPLICANCIAS DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD EN SU CONTEXTO.

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

**Secretarios Académicos:** Lic. Mattarozzi, Elida; Dra. Acuña, Mercedes.

**Objetivos:** *Aplicar conocimientos de DISCAPACIDAD en el abordaje, seguimiento y de derivación, del NNyA con Discapacidad*



**Docentes:** Dr. A. Libanio; Dr. M. Mazza; Lic. Élica Mattarozzi; Dra. M. Acuña; Dra. Gl. Convertini; Dr. P. Aubone; Dra. E. Enriquez; Lic. R. Kabez

**INICIO** 13/09/2022 al 29/09/2022. MARTES: 14- 15.45 ; JUEVES: 12.30- 13.45

Inscripción: [cursos2021fmetropolitana@gmail.com](mailto:cursos2021fmetropolitana@gmail.com) [paula.cursos@sap.org.ar](mailto:paula.cursos@sap.org.ar)

Temas y Subtemas				
Cronograma				
UNIDAD N°	EMA	Contenidos	Docente a Cargo	FECHA
<b>Tema I.</b>	1	Definición y Concepto de Discapacidad. Concepto de Discapacidad según la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad.	Dr. Manuel Mazza	Martes 13 septiembre. 14.15 a 14.40 horas.
	2	Clasificación de los tipos de Discapacidad Conocer las cifras y tipos de Discapacidad en nuestro país. ¿Que traducen estos valores?	Mgt. Martínez Perea, M.del C.	Martes 13 septiembre. 14.45 a 15.10 horas.
	3.	Paradigmas actuales en la aproximación a la temática.	Lic. Érida Mattarozzi	Martes 13 septiembre. 15.15 a 15.45 horas.
<b>Tema II.</b>	<b>Tema II.</b>			
	4.	Visibilizar la Discapacidad en la evolución fisiológica vital. Comunicar la situación de discapacidad.	Mgt. Martínez Perea, M.del C.	Martes 20 septiembre. 14.15 a 14.40 horas.
	5.	Cuidador Principal del NNyA con Discapacidad: sobrecarga e impacto emocional.	Lic. Érida Mattarozzi	Martes 20 septiembre. 14.45 a 15.05 horas.
	6.	El pediatra como agente de detección temprana de discapacidad y Enfermedades discapacitantes. Prevención.	Dra. Gladys Conventini	Martes 20 septiembre 15.15 a 15.40
<b>Tema III.</b>				
	7.	Seguimiento del paciente con discapacidad y entorno familiar.	Lic. Ruth Kazez	Martes 27 septiembre 14.15 a 14.40 horas.
	8.	Discapacidad e Interdisciplina. Intercambio de Experiencias, dificultades y soluciones implementadas.	Fraga Jimena	Martes 27 septiembre 14.50 a 15.15 horas
<b>Tema IV.</b>				
	9.	Detección Precoz de enfermedades Discapacitantes en los pacientes: desde el Período Neonatal, Lactancia. Rol de Agentes de Salud en UTIN	Dr. Pablo Aubone.	JUEVES 15 de septiembre 12.10 a 12.35 horas
	10.	Discapacidad en la niñez y Adolescencia. Repercusiones familiares, sociales, en su contexto.	Dra. Estela Enriquez	JUEVES 15 de septiembre 12.45 a 13. 10
	11.	Acompañamiento y asesoramiento de familias de Personas con Discapacidad .	Lic.Érida Mattarozzi	JUEVES 15 de septiembre 13.15 a 13.35horas
<b>Tema V.</b>				
	12.	Discapacidad en el Marco legal Argentino.	Dra. Mercedes Acuña	JUEVES 22 septiembre 12.10 a 12.35 horas
	13.	El ABC del CUD (Certificado Único de Discapacidad) ¿Qué es y cuando se solicita?	Dr. Libanio Alberlo	JUEVES 22 septiembre 12.45 a 13. 10
	14.	Pediatra como coordinador de Redes Integrales de Servicio de Salud. Discapacidad e Interdisciplina. Intercambio de Experiencias, dificultades y soluciones implementadas. Tips de la Teoría a la Práctica.	Mgt. Martínez Perea, M.del C	JUEVES 22 septiembre 13.15 a 13.35horas
<b>Tema VI.</b>				
	15.	Evaluaciones. Presentación de Pacientes con patología discapacitante y Resolución de problemas planteados	Lic. Érida Mattarozzi - Mgt. Martínez Perea, Madel C	JUEVES 29 septiembre 12.10 a 12.35 horas
	16.	Evaluaciones. Presentación de Pacientes con patología discapacitante y Resolución de problemas planteados.Elaboracion en conjunto, Documento final.	Mgt. Martínez Perea, Ma. del C -Lic. Érida Mattarozzi	JUEVES 29 septiembre 12.10 a 12.35 horas
		Cierre.	Mgt. Martínez Perea, M.del C	JUEVES 29 septiembre 12,35 a 12,45 horas



## 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.*

# EL PERDÓN

## “ERRAR ES HUMANO, PERDONAR ES DIVINO”

**Dra. María Florencia Barril**

Médica Pediatra

Asiste a la consulta una familia compuesta por tres niños y su papá. Ese padre vino muy angustiado y agotado, necesitando ser escuchado, porque tiene a cargo tres niños y muy poca ayuda. La mamá de los niños, su pareja, hace un año los abandonó. Yo hace medio año que sigo a esta familia. La mujer conformó otra pareja y decidió abandonar a sus hijos. Abandonar en todo sentido. En los últimos meses solo fueron 2 o 3 llamadas telefónicas. Mi mente maternal no puede aceptar como alguien no puede amar a sus hijos y dejarlo todo. Para mí, y seguramente para la mayoría, nuestros hijos son todo. Son nuestro mundo, son nuestra mente y nuestro corazón.

A pesar de todo, los niños de a poco se van recuperando. Se les indicó terapia psicológica para contención, entre otros.

Hace pocos días me tocó el control de uno de esos hijos. En este caso una de las nenas, que está entrando en la adolescencia. Ya con signos incipientes de desarrollo. Tuve que explicarle los cambios de cuerpo que estaba teniendo y la normalidad de los mismos. No sabía lo que era la menstruación, tampoco que era una toallita femenina. Por mis adentros mi mente y corazón

me repetían: “este papá es un luchador hace lo que puede”. Y en mi cabeza seguía resonando la indignación de la situación.

Cuando estamos finalizando la consulta, le pregunto a la preadolescente como se sentía con todo lo que había pasado. Para saber emocionalmente como estaba.

Me responde... *lo único que siento, quiero y pido es que mi mamá pueda ser feliz...*

Me quedé paralizada. En esa frase, vi reflejado, el ejemplo de PERDÓN con todas las letras.

Como más de una vez... los niños nos enseñan...

El perdón, el amor, la inocencia.

Pensé en Cristo, su amor y su perdón.

Estaba frente a una sabia de la vida.

Gracias a este trabajo, que agradezco día a día ya que lo realizo con vocación. Me encuentro con este tipo de PERSONAS. Más que personas son ángeles que vienen a dar el ejemplo.

Ejemplo de amor. Ejemplo de perdón.

Cuánto me queda por aprender. Cuánto nos queda por aprender.



Monografía presentada en:

## “EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA PEDIATRAS”

Curso de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA.

Coordinadora: *Dra. Mercedes Acuña*

# EXTUBACIÓN PALIATIVA EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

***Dra. Ivana Marinelli Triler***

Médica Pediatra, especialista Terapia Intensiva Pediátrica

Médica de seguimiento de la Terapia Intensiva Pediátrica, Instructora de Residencia de Terapia Intensiva Pediátrica  
Hospital Dr. Humberto Notti, Mendoza

Los importantes avances en la medicina y la tecnología médica, han permitido aumentar la probabilidad de sostener funciones vitales en pacientes pediátricos críticamente enfermos, brindando sobrevida a niños con patologías que hace unos años hubieran llevado a la muerte.

En pacientes con posibilidad de curación real, deberían desplegarse todas estas medidas. Pero también estas mismas tecnologías pueden ser utilizadas en pacientes crónicos, y en pacientes con condiciones irreversibles sin posibilidad de curación real, volviendo a estos niños dependientes del soporte artificial para mantener las funciones vitales, generando un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes y su familia.

La prolongación artificial de la vida biológica bajo estas condiciones debe ser considerada fútil y responsable de causar sufrimiento innecesario, prolongando el proceso de muerte. El conflicto ético y emocional que ésto supone, ha promovido en los últimos años una revisión crítica del uso de los recursos tecnológicos y favoreció la inclusión de los cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Esta evolución de la Medicina ha erradicado prácticamente la muerte infantil de las salas de pediatría y fuera del hospital. La muerte pediátrica ha sido recluida en un ámbito menos visible para la sociedad como son las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En nuestros días la muerte de un niño es algo extraño, que la población y en algunas ocasiones el equipo de salud, no puede aceptar.

Durante la atención a niños críticamente enfermos es preciso determinar la conveniencia

de la instauración de las distintas terapéuticas y medidas de soporte vital. En este proceso de toma de decisiones es fundamental evaluar si esta medida puede ser beneficiosa para el paciente, o, por el contrario, si es más apropiado no iniciarla o retirarla si ya se ha iniciado, considerado que el mantenimiento de la vida puede no ser siempre lo mejor para un niño enfermo.

En la práctica, la toma de decisiones en la adecuación de esfuerzos terapéuticos y su aplicación, suele resultar difícil para los profesionales y las familias, pudiendo ser motivo de conflictos éticos y emocionales. La incorporación de los conceptos de cuidados paliativos dentro de la UCIP y el trabajo multidisciplinario junto con los equipos de cuidados paliativos permiten un mejor abordaje de los pacientes con condiciones crónicas complejas en la UCIP.

Cada vez más pacientes pediátricos mueren en una Unidad de Terapia Intensiva luego de que se decide limitar o discontinuar algún tratamiento. El retiro de los tratamientos de soporte se ha convertido en un escenario predominante del final de vida en los hospitales del mundo desarrollado, siendo el escenario de la terapia intensiva uno de los lugares donde se toman decisiones sobre ese momento.

La extubación paliativa es la interrupción de la ventilación mecánica en pacientes con enfermedades irreversibles, cuando el objetivo del tratamiento es proveer cuidado y confort, permitiendo a la enfermedad continuar con su curso natural hasta la muerte.

Este objetivo terapéutico debe plantearse en conjunto con la familia, evitando que las deci-

siones recaigan sobre ellos, ya que no pueden ser objetivos en la toma de decisiones.

Por esto, es de suma importancia el acompañamiento de la familia por un equipo multidisciplinario, idealmente previo al ingreso a la UCIP. También es importante que las familias de pacientes crónicos puedan participar en esta toma de decisiones de manera anticipada, brindando información detallada a la familia sobre la situación, los riesgos y beneficios posibles. Al dar esa información se debe dejar claro que la aparición de un deterioro clínico no está relacionada con el cuidado paliativo, y que este deterioro es una posibilidad importante en la historia natural y el desarrollo de la enfermedad.

La extubación paliativa es un procedimiento complejo que requiere la presencia de profesionales con conocimientos y experiencia en cuidados paliativos. Este procedimiento debe ser adecuadamente planeado, con la participación de un equipo multidisciplinario con conocimiento sobre el control de síntomas.

El retiro de la ventilación mecánica paliativa está escasamente descrito en Pediatría. Hay publicaciones donde se trata este tema, en contexto del domicilio o en hospicios, escenario poco frecuente en nuestro país.

No hay protocolos ni guías para usarse en la población pediátrica, encontrándose descripciones para la población adulta. En esta bibliografía se enumeran los pasos a seguir en este procedimiento, pudiendo ser trasladados para su uso en la población pediátrica.

Es responsabilidad del personal sanitario llevar a cabo las conductas de adecuación de esfuerzos de la manera más humana y compasiva posible. Las medidas deben estar orientadas al acompañamiento del niño que inicia su proceso de muerte y a su familia, con el máximo de respeto a su dignidad y compasión hacia su vulnerabilidad. Se deben mantener todos los cuidados y medidas de higiene que garanticen el máximo de confort y aseguren que se respeta la privacidad, intimidad y dignidad de los pacientes y del resto de personas que acompañan durante este proceso.

La discontinuación de la ventilación debería ser un proceso que se inicie previo al retiro de la ventilación. Los cuidados deberían incluir la anticipación del dolor, de la disnea y su prevención de manera farmacológica, como así también el tratamiento de síntomas cuando aparecen.

El uso adecuado de sedantes y analgésicos, ajustando las dosis de cada uno de ellos de manera individual, garantizando que el paciente se encuentre confortable en todo momento. Su administración no debe confundirse con una práctica eutanásica, ya que estos fármacos no son letales.

Tal como planteara el doctor Carlos Gianantonio, la muerte de un niño implica un cambio para la familia que la convierte en diferente de lo que era. Este cambio puede ser positivo o negativo, más allá del dolor. La diferencia puede estar en cómo se contemplan las necesidades del niño y de la familia durante el proceso de la enfermedad y el de muerte.

## CONCLUSIÓN

El fin principal de la Medicina es preservar la vida y curar las enfermedades de los pacientes. Sin embargo, en ocasiones la curación no es posible o se consigue la supervivencia con una calidad de vida muy comprometida. La importancia de estos nuevos conceptos hace que el tema de cuidado paliativo en Pediatría deba jerarquizarse en el trabajo diario de las unidades, y en la currícula de profesionales que se encuentren en capacitación dentro de la Terapia Intensiva Pediátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para la adecuación y limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en cuidados intensivos pediátricos. Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2017.
2. Protocolo para la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico en terapia intensiva. Comité de transpante y Procuración de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva-SATI 2019.
3. F Carnevale Ethical Care of the Critically Ill Child: a conception of a "thick" bioethics. *Nurs Ethics* 2005; 12; 239.
4. M Alberti, R Lores, A Menchaca. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Med Uruguay* 2008.
5. C Chavarro, L Triana, X García. Cuidado paliativo pediátrico. *Revista de Pediatría, Sociedad Colombiana de Pediatría*. 2017.
6. C Affonseca, L Andrade, R Pinho. Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. *Jornal de Pediatría* 2020.
7. García Salido, Monleón-Luque, Barceló Escario, Rincón Fernández Catá del Palacio, Martino-Alba.

Retirada de asistencia respiratoria en domicilio: toma de decisiones en cuidados paliativos pediátricos. *Anales de Pediatría* 2014 vol 80 Issue 3.

8. Moore P, Kerridge I, Gillis J, Jacobe S, Isaacs D. Withdrawal and limitation of lifesustaining treatments in a paediatric intensive care unit and review of the literature. *J Paediatr Child Health*. 2008 Jul-Aug;44(7-8):404-8.
9. Kompanje E, van der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Medicine* 2008 34: 1593-1599



## HOSPITAL Prof. Dr. RAMÓN EXENI

*Dra. Débora Rocca Huguet*

Jefa del Departamento de Docencia e Investigación, Hospital del Niño de San Justo.

Nuestro Hospital, el Hospital del Niño de San Justo, ha sido designado con el nombre **Hospital Profesor Dr. Ramón Exeni** en homenaje al Dr. Ramón Exeni quien fuera, y continúa siendo, una de las personas más respetables y destacables de la Nefrología Pediátrica en nuestro país y del exterior por sus aportes académicos a la especialidad.

Direccionando hacia un costado los floridos antecedentes profesionales que ya todos conocemos, quiero destacar, como una de las integrantes más antiguas, sus cualidades humanas hacia los pacientes, al plantel de su servicio y en general a todo el personal. Siempre sonriente, con una pregunta habitual “¿Hola Deborita, ¿cómo estás, ¿qué contás nena?”, con una frase esperanzadora para quien lo necesite, o en búsqueda a la solución de un problema.

Hincha fanático de Independiente, alias el **ROJO**, muchas veces lo escucho hablando de fútbol con otro colega. Lo escribo en letra mayúscula porque doy fe que su equipo de fútbol

ocupa un lugar muy importante en su vida.

Recuerdo que siendo residente de 1<sup>er</sup> año de Pediatría y habiendo comenzado un mes atrás, Ramón se acercó a la sala de médicos, feliz porque se había descubierto un nuevo tipo de acidosis tubular, patología que había escuchado nombrar en mis años de Facultad. Desconocía quién era el médico que nos venía a dar la noticia. Pregunté sobre su identidad y todos me explicaron de quien se trataba. Me contestaron “es Ramón Exeni, un capo de la Nefrología”.

Pasaron cuarenta años y siempre recuerdo esa anécdota.

De carácter conciliador, con tenacidad para la creación y promoción de su Servicio, dispuesto a la ayuda sin la obtención de algún rédito, siempre ha llevado el escudo del Hospital del Niño de San Justo en su pecho.

Por esto y mucho más, todos los integrantes del Hospital consideramos un honor que lleve su nombre.



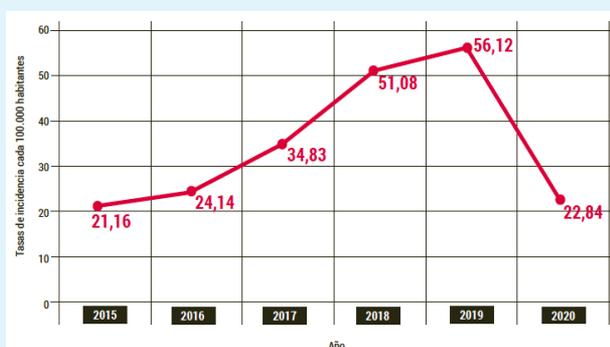
# SÍFILIS EN PEDIATRÍA. INFECCIÓN CONGÉNITA Y ADQUIRIDA

**Dra. Miriam E. Bruno**

Médica Pediatra Infectóloga. Jefa del Departamento de Área Programática del Hospital Durand. CABA.  
Integrante del Consejo Técnico Asesor de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación  
Miembro del Comité de Infectología y Ex-secretaria y asesora del Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría

La sífilis continúa siendo un problema de salud pública en varios países, observándose un incremento de los casos notificados en los últimos años, tanto en la población de adultos como en la pediátrica (gráficos 1 y 2).

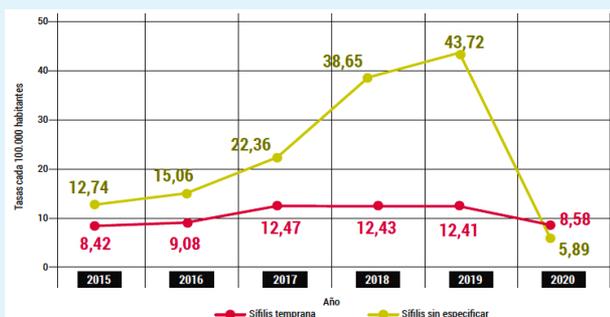
**Gráfico 1.** Evolución de la tasa de incidencia de sífilis en población general por 100 mil habitantes. Argentina, 2015-2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Tasa calculada a partir de la notificación agrupada por consultas de casos de los eventos Sífilis temprana y Sífilis sin especificar. Datos cerrados al 6/10/2021.

**Fuente:** Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021.

**Gráfico 2.** Evolución de las tasas de sífilis temprana y sin especificar por 100 mil habitantes en población general. Argentina, 2015-2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

**Fuente:** Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021.

Es una infección que adquiere el niño/a durante su gestación y también por contacto sexual o menos frecuentemente no sexual. Es por eso que el pediatra debe tenerla presente en la atención, en todas las etapas de la vida.

La probabilidad de transmisión de la infección durante la gestación está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo. Teniendo en cuenta que la circulación en sangre es mayor durante la etapa temprana, es decir menor de un año de evolución, la tasa de transmisión materno-fetal es alta pudiendo alcanzar el 80%, mientras que en la sífilis tardía la posibilidad de infección del feto disminuye considerablemente siendo alrededor del 10%.

La probabilidad de mortalidad fetal es de 40% si las embarazadas con sífilis no reciben tratamiento. El 35% de los niños que nacen con sífilis congénita pueden ser de bajo peso y alrededor del 65% pueden ser asintomáticos.

En los casos de sífilis adquirida la transmisión se realiza por contacto con lesiones activas, tanto a nivel genital como en otras superficies del cuerpo (piel, cavidad oral), que muchas veces son inadvertidas o no se consideran como significativas, ya que las lesiones de úlcera no son dolorosas y el exantema de la sífilis secundaria se interpreta como alergia o lesiones inespecíficas que se resuelven espontáneamente, aún sin tratamiento.

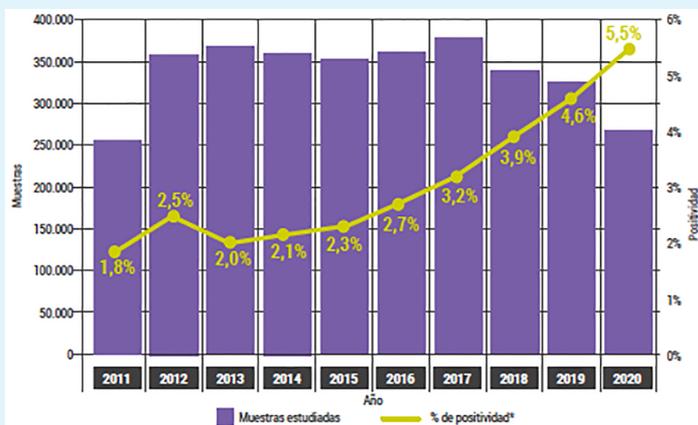
En todos los casos, si no se realiza el diagnóstico oportuno el *T. pallidum* puede diseminarse a través de la sangre en diferentes tejidos, incluyendo el SNC, generando secuelas a largo plazo.

Cuando observamos la información disponible de sífilis, debemos tener en cuenta el impacto de la pandemia de Covid 19 en las notificaciones

epidemiológicas y las diferentes situaciones de la población.

En Argentina la tendencia de la tasa de notificación de sífilis continua en aumento, tanto en la población general como en las gestantes. Desde el 2011 al 2020 la positividad se triplicó, de 1,8% a 5,5%, lo que significa una alarma por el riesgo de la forma congénita (gráfico 3). Las provincias con mayores tasas de sífilis en población general

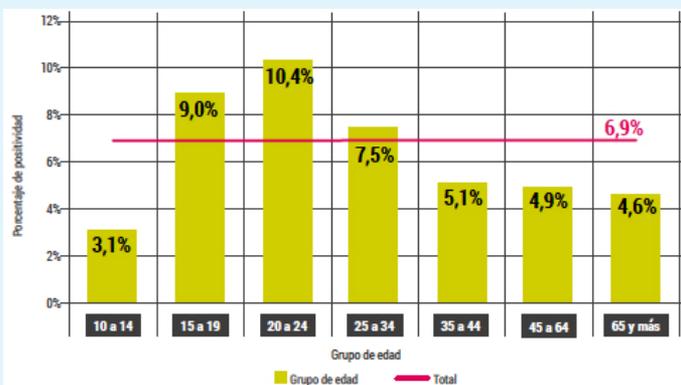
**Gráfico 3.** Evolución de la cantidad de muestras estudiadas y porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje para sífilis en personas gestantes. Argentina, 2011-2020.



\* La positividad se calcula con los resultados de laboratorio de pruebas de tamizaje durante el primer control prenatal. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0).

Fuente: Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021.

**Gráfico 4.** Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis en ambos sexos según grupo de edad. Argentina, 2011-2020



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada de laboratorio. Datos cerrados al 6/10/2021.

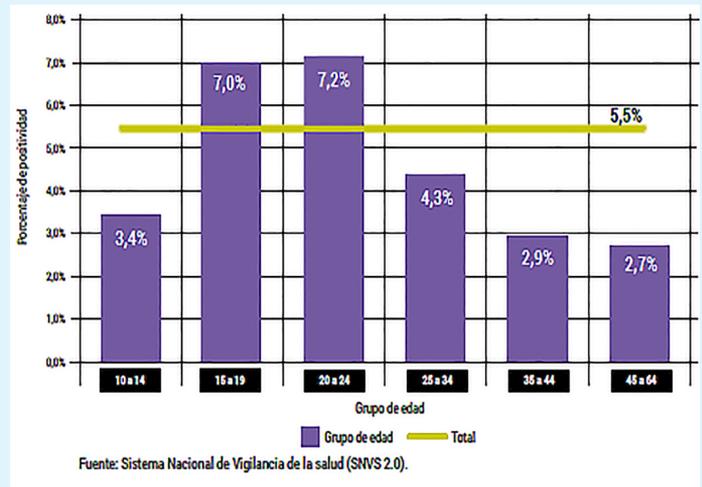
Fuente: Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021

son las que pertenecen a las regiones del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y Noreste Argentino (NEA).

En la población general y en gestantes, en particular, la mayor proporción de casos de sífilis se observa en los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años, es decir los adolescentes y adultos jóvenes (gráficos 4 y 5).

Además, las tasas de sífilis congénita también

**Gráfico 5.** Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis en ambos sexos según grupo de edad. Argentina, 2011-2020



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0).

Fuente: Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021.

**TABLA 1.** Casos totales y tasas de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos por año. Argentina, 2015-2020

**Tabla 2.** Casos totales y tasas de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos por año. Argentina, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos totales de sífilis congénita*	930	1.031	1.216	1.081	1.060	712
Tasas	1,21	1,42	1,67	1,58	1,69	1,14

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a datos del SNVS 2.0. Notificación nominal. Información suministrada y actualizada a octubre de 2021, pueden surgir cambios por ajustes en la notificación. \* Se incluyeron los casos notificados como "casos confirmados de sífilis congénita".

Fuente: Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021.

fueron aumentando, siendo de 1,17 por 1.000 nacidos vivos (RNV) en el 2013, mientras que en el año 2019 fue de 1,69 por 1.000 RNV. Esto implica estar todavía lejos de las metas de eliminación establecidas por la OMS-OPS de 0,5 casos por 1.000 RNV (tabla 1).

Teniendo en cuenta las diferentes etapas de la vida el primer desafío, en relación con la sífilis, es evaluar adecuadamente el riesgo de la infección perinatal y para esto es importante el abordaje del grupo familiar, fundamentalmente la gestante y su/s pareja/s sexual/es. En el alta conjunta del niño/a es necesario dejar la constancia de las serologías realizadas durante la gestación y particularmente el último trimestre en la gestante y su/s pareja/s sexual/es, tanto para la evaluación de sífilis como la de VIH. Como dijimos el mayor riesgo de transmisión al niño/a durante la gestación es cuando la madre presenta una infección aguda.

Recordemos que para el diagnóstico de sífilis disponemos de métodos directos e indirectos y la elección depende del estadio de la enfermedad, la presencia de lesiones y la disponibilidad. Los utilizados con mayor frecuencia son los métodos indirectos que identifican anticuerpos, por lo tanto, pueden llegar a ser no reactivos si se realizan muy cercanos a la primoinfección. Las pruebas no treponémicas (USR/VDRL/PRP) pueden, además, identificarse como no reactivas en sueros con títulos muy altos de anticuerpos y que no se realicen las diluciones adecuadas (efecto prozona).

También hay que considerar que puede observarse falsos reactivos y los títulos pueden variar en una dilución sin que esto se considere como significativo.

Otra situación que hay que tener en cuenta son las variaciones que pueden observarse en el último trimestre, que deben ser analizadas con algún referente en caso de que surjan dudas en la interpretación.

[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-11/2019-08-30\\_guia-sifilis.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-11/2019-08-30_guia-sifilis.pdf)

En los casos de sífilis gestacional es importante el abordaje integral para que la situación se resuelva favorablemente y evitar la sífilis congénita. Aquí debemos incluir también la notificación

epidemiológica en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) de la gestante y de los casos con sospecha de sífilis congénita, para facilitar las intervenciones en las diferentes jurisdicciones, facilitando una mejor evaluación del recién nacido y evitar tratamientos innecesarios.

La definición de caso de sífilis congénita se encuentra actualmente en revisión, considerando las revisiones realizadas y actualizaciones en guías internacionales. La definición de sífilis congénita incluye a toda persona recién nacida, aborto o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio; o toda persona recién nacida con evidencia clínica de sífilis congénita; o con resultados de laboratorio compatibles con infección sifilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo).

Hay que tener en cuenta que la definición epidemiológica generalmente es más amplia que la definición clínica, principalmente para poder disponer de información de las situaciones de riesgo y que por lo tanto requieren un seguimiento individualizado.

El diagnóstico de certeza continúa siendo un problema, principalmente en los nacidos asintomáticos. Los métodos directos pueden utilizarse en muestras de líquidos corporales como LCR, descarga nasal; en lesiones exudativas o en tejidos, en los recién nacidos con signos de compatibles. Los métodos utilizados con mayor frecuencia son los indirectos, teniendo en cuenta que la mayoría de los niños expuestos durante la gestación son asintomáticos y la mayor accesibilidad. Si la madre tuvo diagnóstico de sífilis en el embarazo o puerperio, **se deberá realizar prueba treponémica a la madre y al recién nacido para ser evaluadas conjuntamente**. No se debe realizar en muestra de sangre de cordón ni solicitar prueba treponémica en el recién nacido.

Si bien se considera como significativo cuando los títulos del recién nacido son mayores a 4 veces los maternos (ya que se relacionaría con síntesis fetal de anticuerpos), esta situación es poco frecuente. La sensibilidad es baja (4-13%) con una alta especificidad (99%), por lo que la ausencia de este parámetro no descarta la

infección congénita.

Por otra parte, evaluando la información publicada, los niños/as expuestos con examen físico normal y pruebas no treponémicas no reactivas, tiene muy baja probabilidad de presentar algún valor de laboratorio alterado o evidencia radiológica de imágenes patológicas.

Además de la evaluación serológica debemos tener en cuenta los diferentes escenarios para

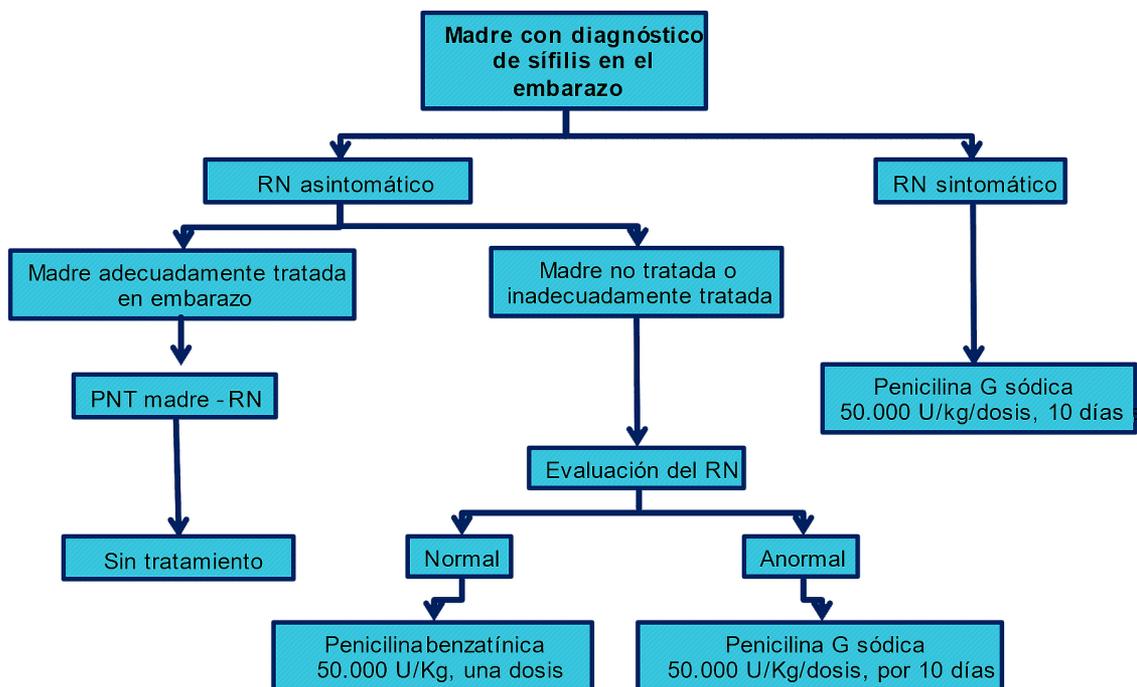
solicitar los exámenes complementarios adecuados que nos permiten analizar la probabilidad de la infección neonatal y las alternativas de tratamiento.

Un tema de controversia es la evaluación del compromiso del sistema nervioso central. La información sobre la utilidad de la punción lumbar en niños/as asintomáticos es limitada. Revisiones de la literatura sugieren que la in-

## EVALUACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Asintomático con madre tratada adecuadamente	Asintomático con madre sin tratamiento o tratamiento inadecuado	Sintomático o evaluación anormal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNT títulos no mayores que 4 veces los maternos</li> <li>• No requieren exámenes complementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma</li> <li>• Transaminasas</li> <li>• Rx. Huesos largos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma</li> <li>• Hepatograma</li> <li>• Rx. Huesos largos</li> <li>• PL (citoquímico y PNT)</li> <li>• Examen de orina</li> <li>• Ecografía cerebral y abdominal</li> </ul>

## Tratamiento del recién nacido expuesto durante la gestación



cidencia de una muestra con VDRL reactiva es baja y la tasa de falsos reactivos es alta debido a la presencia de sangre en punciones traumáticas y por transferencia pasiva de anticuerpos a través de la barrera hematoencefálica. Incluso la incidencia de neurosífilis en niños/as con sífilis congénita varía dependiendo de los métodos utilizados. Por lo tanto, en aquellos expuestos asintomáticos en los que se indique tratamiento con penicilina G sódica no es necesario realizar la punción lumbar.

Al momento del alta de la institución es muy importante establecer las pautas para el seguimiento del neonato ya que es clave para identificar situaciones de riesgo y posibles secuelas.

Los controles clínicos deben realizarse en los tiempos establecidos para la población general y además se debe solicitar las pruebas no treponémicas para seguimiento. En alrededor del 85% de los niños expuesto las pruebas no treponémicas desaparecen a los 6 meses, mientras que las pruebas treponémicas revierten al año de vida en casi el 95%. Por lo tanto, se recomienda solicitar prueba no treponémica al mes, 3 y 6 meses a todos los niños expuestos. Aquellos que no recibieron tratamiento y a los 6 meses tiene pruebas no reactivas, no requieren nueva serología. En aquellos niños que recibieron tratamiento se solicitará prueba no treponémica a los 12 meses o hasta negativizar si se encuentra en descenso y a los 15-18 meses se solicitará prueba treponémica para confirmar o descartar la sífilis.

En los niños en los que se hubiese identificado LCR alterado o VDRL reactiva en la evaluación inicial, no es necesario repetir la punción lumbar si los anticuerpos no treponémicos descienden adecuadamente luego del tratamiento.

El otro escenario que se debe tener en cuenta es la sífilis adquirida. Si bien la transmisión más frecuente es el contacto sexual, la transmisión por contacto con lesiones mucocutáneas sin el contacto sexual es posible.

Teniendo en cuenta la importancia de la protección de los niños/as, cuando se realiza el diagnóstico de sífilis es necesario analizar adecuadamente la situación evaluando la posibilidad de abuso sexual, pero también corresponde tener en cuentas otros posibles contactos para no generar conflictos ni internaciones innecesarias.

En un estudio publicado el año pasado por Moscatelli y col, identificaron 24/38 (63,1%) de casos con sífilis adquirida por contacto no sexual. La consulta más frecuente fue por lesiones compatibles con sífilis secundaria. Se evaluaron también los convivientes y se detectaron 3 casos asintomáticos en niños.

En los adolescentes es importante la detección precoz y el asesoramiento de las medidas de prevención. La evaluación de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual debe ser tenida en cuenta en cada consulta, independientemente del motivo por el se realiza la atención.

Las principales situaciones relacionadas con las dificultades en el control de la sífilis en general y la eliminación de la sífilis congénita en particular, se relaciona con el acceso temprano al diagnóstico y por lo tanto la pérdida de oportunidad para recibir el tratamiento adecuado, además de un seguimiento necesario al paciente, los contactos sexuales y los niños expuestos.

Es ahí donde los equipos del primer nivel de atención, como responsables de los cuidados en salud, tienen un rol estratégico. La disponibilidad de metodología con las pruebas rápidas contribuye a mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno. Además, se debe acompañar con el asesoramiento de las medidas de cuidado y la importancia del seguimiento, principalmente en las situaciones de gestantes, incluyendo la evaluación de la/s pareja/s sexual/es y el niño/a expuesto/a.

### **Bibliografía recomendada**

- American Academy of Pediatrics. Syphilis In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics 2021:729-744.
- Braccio S, Sharland M, Ladhani Sh. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. *Curr Opin Infect Dis* 2016, 29:268-274.
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
- Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secre-

- taría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los Equipos de Salud. Argentina, 2019.
- Dirección de SIDA, ETS, hepatitis y TBC. Directrices para el monitoreo de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas congénito. 2017.
  - Moscatelli G, Moroni S, García Bournissen F, Falk N, et al. Acquired Syphilis by Nonsexual Contact in Childhood. *Pediatr Infect Dis J*, 2021; 40:892-898.
  - OPS-OMS. ETMI plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/etmi-plus-marco-para-eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-hepatitis>.
  - Peeling RW., Mabey D., Kamb ML., Chen XS., et al. Syphilis. *Nature Reviews Disease Primers*, 2017,3(17073):1-21.
  - Serhir B, Labbé AC, Doualla-Bell F, Simard M, Lambert G, Trudelle A, et al. Improvement of reverse sequence algorithm for syphilis diagnosis using optimal treponemal screening assay signal-to-cutoff ratio. *PLoS One*. 2018; 13(9):e0204001.
  - Tong ML, Lin LR, Zhang HL, et al. Analysis of 3 algorithms for syphilis serodiagnosis and implications for clinical management. *Clin Infect Dis* 2014, 58:1116–1124.
  - Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Syphilis. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):39-56.
- 



## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL INFANTO JUVENIL “Dra. CAROLINA TOBAR GARCÍA”

**Lic. Irene Scherz**

Psicóloga.

Jefa del sector Docencia del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”

A quienes no conocen el Tobar se les suele responder lo siguiente: “... es un Hospital de Salud Mental para Niños, Niñas y Adolescentes y queda al lado del Borda”. Esta manera de referirse a nuestro Hospital lo ubica rápidamente, desde un imaginario social, en un lugar muy particular.

**Hablar de la historia nos permite definir su función y especificidad.**

Nos hemos constituido en hospital de referencia en salud mental infanto juvenil. Atendemos consultas y ofrecemos tratamientos a lo más complejo de la psicopatología de la infancia y la adolescencia.

Desde sus inicios ha sido la regla fundamental el trabajo interdisciplinario, el enfoque integral y la atención integral de la familia.

Constituirnos como el único Hospital Nacional de Salud Mental Infanto Juvenil, implicó, al inicio, un permanente esfuerzo, tanto en la formación como en las respuestas a la población, al ser pioneros en nuestra especialidad. Esto dio lugar a la permanente creación de nuevos programas intra y extra muros que se sostienen, al día de hoy, con el esfuerzo y la expertíz de nuestros profesionales, técnicos, enfermeros y personal en general.



El trabajo interdisciplinario se pone a prueba en la relación entre los diferentes servicios y las diferentes estrategias de tratamiento. Esto produce muchas veces tensiones y reflexiones entre nosotros y nos lleva a replantear permanentemente los modos de abordaje y tratamiento y los dispositivos.

El contexto de la Pandemia fue un desafío más que, como trabajadores de un Hospital público especializado en Infancia y Adolescencia, nos ha encontrado unidos y solidarios.

### Algo de nuestra Historia

La comunidad requería de una institución de salud mental infanto juvenil y así lo entendió el Ministerio de Salud, organismo que, en 1957, en los considerandos de la Ley 12628/57, creaba el Instituto de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Pública, que centralizaba a todos los hospitales psiquiátricos del país. Allí se hace mención a que “era inadmisibles que en la República Argentina no existiera un hospital psiquiátrico infanto juvenil con su equipamiento correspondiente”.



Once años después, el 20 de diciembre de 1968, por resolución 966 del Instituto de Salud Mental, se inaugura el Hospital Infanto Juvenil, que lleva el nombre de la Dra. Carolina Tobar García en homenaje póstumo. Carolina Tobar García (1898-1962), fue maestra y médica psiquiatra infantil, especializada en trastornos del aprendizaje y en educación especial, integró la Federación de Mujeres Universitarias en la década del 30 y fue la primera médica forense en Argentina. Hizo aportes pioneros para el tra-

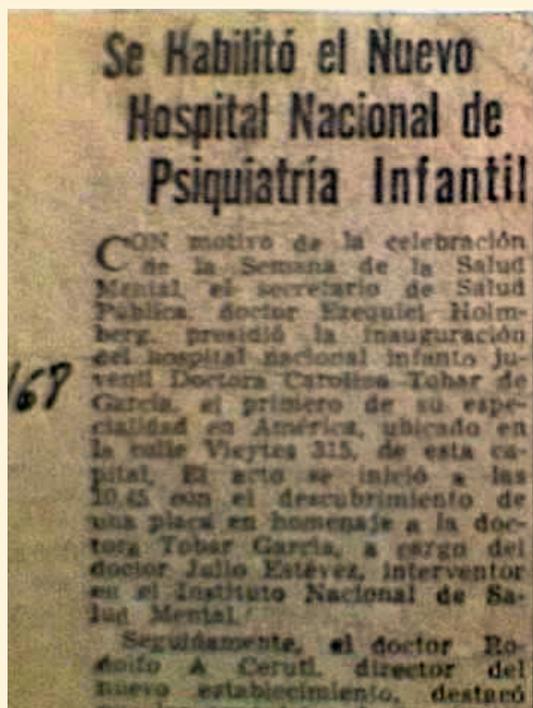
tamiento de niños con trastornos emocionales, psiquiátricos y de aprendizaje.

La misión fundacional del Hospital fue la de “ejecutar acciones de atención médica integrada especializada con el propósito de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental de la población infanto juvenil...”

Se le dio un lugar en un edificio destinado a funcionar como escuela de enfermería, ubicado sobre la calle Ramón Carrillo 315, en el barrio porteño de Constitución. La zona donde está emplazado fue, desde una temprana época, escenario de la salud porteña. Hacia el siglo XVIII el lugar consistía en chacras que habían sido concedidas a los adelantados en la repartición inicial de tierras luego de la conquista. Cabe destacar que en aquellos tiempos esta zona de Buenos Aires nada tenía de periférica. Si bien en 1870 Barracas al Sud padeció la grave epidemia de fiebre amarilla, el exilio de la región hacia barrios lejanos como La Recoleta, por parte de las clases altas, no sería algo inmediato.

Desde que el Hospital comenzó a funcionar contó con los servicios de Consultorios Externos y Hospital de Día.

El servicio de consultorios externos fue creado con los recursos humanos del Servicio 32 del Borda, que se especializaba en niños y adolescentes.





El Dr. Rodolfo Cerutti, primer Director del hospital, había sido jefe de Consultorios Externos del Hospital Borda. Desempeñó este cargo desde 1968 hasta 1973.

Se integraron profesionales voluntarios y los llamados “líderes de grupo”, que eran jóvenes estudiantes de Medicina y Psicología.

Hospital de día, también llamado de ‘Hospitalización parcial’, contaba además con una modalidad de atención llamada “equipo móvil”.

Este equipo contaba con una ambulancia, que trasladaba a un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) que visitaban los domicilios de aquellos pacientes que lo requirieran, buscando romper con el aislamiento y el desmantelamiento social, cultural y vincular que padecían las familias con un niño gravemente enfermo, restableciendo lazos sociales.

Otra de las actividades que realizaban era la de compartir un día de vida de un paciente con su familia, incluyendo actividades de juegos, comidas, festejos, etc.

El Servicio de Internación se inaugura a mediados del año 1969, con un contingente de niños de la Colonia Montes de Oca, que impactan a quienes los reciben por sus cabezas rapadas y sus guardapolvos grises.

Al poco tiempo, los servicios ya existentes (Consultorios Externos, Hospital de Día e Internación), se organizan en sectores de niños y adolescentes.

A demás se crea un Jardín de Infantes terapéutico que posteriormente será el Centes N° 1. Se inauguran Pediatría, Neurología y Laboratorio, comienza a funcionar Odontología y al mismo tiempo se organiza el área técnica y administrativa.

Se realiza una convocatoria de enfermeros/as y la mayoría que se presenta proviene del Centro Tisiológico Nacional.

Las actividades de formación y capacitación eran sumamente prolíferas y de diversas disciplinas: Psiquiatría, Psicoanálisis, Psicología Evolutiva, etc. En un primer tiempo, a fines de 1968, a los profesionales residentes se los denominaba becarios, hasta que, al promediar el siguiente año, se consideró al hospital con la importancia necesaria como para tener su Residencia. Ingresaban dos médicos por año, hasta que, en 1984 se incorporan psicólogos/as y otros/as profesionales.

En 1976 Fonoaudiología se separa del equipo de Psicopedagogía.

Hasta 1974, la guardia estaba integrada por dos médicos/as. A partir de 1993 se incluye en el plantel un/a psicólogo/a.

También en 1974 comienza a funcionar el servicio de Rehabilitación haciendo hincapié en actividades plásticas.

A su vez, se inaugura Psiquiatría Social de la mano de las nuevas corrientes provenientes de Europa.



De los primeros residentes, terminado su plan de formación, muchos pasaron a formar parte del personal permanente del hospital. Las jefaturas de los servicios se elegían por votación de todos aquellos que trabajaban en los mismos, enfermería tenía una participación activa en la elección de las mismas. Muchos de los egresados de esa primera residencia accedieron a puestos jerárquicos en el hospital.

En el año 1976, con el advenimiento del proceso militar, el hospital sufre un duro golpe a los ideales de excelencia en la asistencia y en la formación que le dieron origen: bajo la dirección del Dr. Copes primero y el Dr. Cipolletti después, se cierran la residencia y la concurrencia, son prohibidas las terapias grupales y restringida la actividad comunitaria, y la admisión de pacientes toma un sesgo expulsivo. No se admitían pacientes con patologías muy severas, ni crónicos. El grupo de autistas, con el que se estaba realizando un programa de largo alcance, fue dado de alta por orden de "la Dirección". En agosto de 1976 el Dr. Hugo Franano, quien había sido electo por votación de los trabajadores como jefe del Servicio de Internación, fue secuestrado en la vía pública, en Capital Federal, mediante un operativo ilegal de detención y posterior desaparición forzada. Tenía 34 años.

En la década de los 80 y con el retorno de la democracia se retoma paulatinamente la dinámica de funcionamiento previa, al mismo tiempo que se generan profundos cambios.

Se funda la Asociación de Profesionales que aun funciona y tiene la particularidad de ser interdisciplinaria.

En el año 1993 el Hospital es transferido, junto con otros hospitales nacionales, a la órbita de la Municipalidad de Buenos Aires, hoy Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo cual lo incluye en la Red de Hospitales y Centros de Salud de la CABA.

En el año 2006 se inicia una obra de ampliación del hospital.

La Escuela (Centes N° 1) que funcionaba en el 3<sup>er</sup> piso, es reemplazada por una sala de Internación para niños y fue trasladada al edificio contiguo (entre el Tobar y el Borda), sobre la calle Ramón Carrillo.

Los directores que se sucedieron fueron los siguientes: Dr. Rodolfo Cerutti (1968-1973), Dr. Alfredo Di Gregorio (1973-1976), Dr. Cristóbal Copes (1976), Dr. Héctor Bonolli Cipoletti (1976-1978), Dra. Luciana Sartoris (1979-1980), Dr. Rodolfo Cinollo Vernengo (1980-1981), Dr. Fernando Russo (1981-1984), Dr. Rodolfo Cinollo Vernengo (1984-1989), Dra. Elena Lacombe (1989-1990), Dr. Carlos Contín (1990-1991), Dr. Roberto Yunes (1991-2012), Dr. Guillermo Vega (2012-2018), Dra. Alejandra Galetti (2019 y continúa).

### Tobar hoy

El Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García integra la red de cuidados progresivos de la CABA en el rol de hospital especializado de salud mental de 3<sup>er</sup> nivel de atención.

Se atiende a niños, niñas y adolescentes hasta 18 años y las estrategias de abordaje integral, según la presentación clínica, implican la atención en los servicios asistenciales de Guardia,



Mural: Nature – 2018 Colectivo Buena Pinta: <https://www.facebook.com/buenapinta.3/>

Mural: Zashori – 2018  
- Inti Oeste: <https://www.facebook.com/inti.oeste.37>  
- Laura Perez: <https://www.facebook.com/laura.julieta.5>



**Mural: Pato Mandarín – 2017**

**OBALDIA** - <https://www.instagram.com/jovanadeobaldia/>



**Mural: La Isla de Charlotte – 2018**

**Lautaro Machaca:** <https://www.facebook.com/machak.murales/>

**Mariano Gallino:** <https://www.facebook.com/>

Consultorios Externos, Hospital de Día e Internación y la complementación, según se requiera de: Enfermería, Medicina Legal, Servicio Social, Pediatría, Neurología, Odontología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Farmacia, Laboratorio, Terapia Ocupacional, Orientación y Entrenamiento Laboral, Musicoterapia, Educación Física, Recreación, Taller de radio, Rehabilitación Comunicacional, Terapia Asistida con Animales y Biblioteca infantil.

Actividades extrahospitalarias: Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes en el barrio de Floresta y Programa Cuidar cuidando y Taller de huerta en Ecoparque.

Además contamos con un equipo de Revinculaciones y Adopción, Prevención y Acción Comunitaria y Orientación vocacional.

Contamos con un Departamento de Docencia e Investigación ya que la complejidad de un Hospital especializado en Salud Mental Infanto Juvenil, exige un proceso de capacitación docente y de actividades de investigación continua del recurso humano, que acompañe los objetivos de la Dirección del Hospital en el marco de las necesidades de atención en Salud Mental Infanto Juvenil de la población.



**Mural: Roidex – 2018 Yessica García:** <https://www.facebook.com/yessica.garcia.3956690>



# ALERTA EPIDEMIOLÓGICA DE RABIA

**Dra. María Florencia Barril**

Especialista en Pediatría

La rabia, fue conocida desde el año 2.300 a.C. por referencia de documentos antiguos como el Código de Eshunna, en Mesopotamia, y aun desde antes, ya que había sido descrita en Egipto y Grecia por Aristóteles, así como en Persia y la India entre los siglos cuarto y sexto a.C. Los romanos describieron la capacidad infecciosa en la saliva de los perros rabiosos, llamaron a este material infeccioso “veneno”, que proviene de la palabra latina virus, es decir, hubo una confluencia entre ambas culturas para utilizar este término.

Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX d.C. en que se reconoce la presencia del virus en la saliva de los caninos infectados y el neurotrofismo de estos (entre los años 1804 y 1881).

Se describe como una enfermedad viral causada por un virus neurotrópico identificado a menudo en la saliva de los animales infectados. Se caracteriza por una irritación en los sistemas nerviosos centrales, seguida de parálisis y muerte. Las heridas por mordedura en la cara, la cabeza, el cuello o las manos se consideran graves. Afecta las funciones de respirar, caminar y es mortal en casi todos los casos una vez que han aparecido los síntomas clínicos. En un 99 % de los casos humanos, el virus es transmitido por perros domésticos. No obstante, la enfermedad afecta a animales domésticos y salvajes, y se propaga a las personas normalmente por la saliva a través de mordeduras o arañazos, aunque se definen otras formas.

Se trata de una enfermedad completamente prevenible y la ocurrencia de casos humanos está relacionada con la falla de campañas de vacunación canina y felina, fallos en la promoción, vigilancia y control de los sistemas de salud y a la falta de acceso a los mismos, estando relacionada directamente a la pobreza y ambientes desfavorecidos.

Ante la confirmación de un caso de rabia humana variante murciélago transmitida por

un gato en la provincia de Buenos Aires en la SE 20, el Ministerio de Salud de la Nación insta a las autoridades de salud a:

1. Fortalecer la cobertura de vacunación antirrábica en caninos y felinos,
2. reforzar la vigilancia de rabia animal,
3. fortalecer la vigilancia epidemiológica de accidentes potencialmente rábicos, con el objetivo de aplicar las medidas adecuadas y oportunas de control, como la observación antirrábica de perros y gatos agresores y la vacunación antirrábica a la persona agredida.

La situación epidemiológica se vio afectada también por la pandemia, ya que la gente dejó de llevar a sus mascotas a control y a vacunar.

Entrevistamos a la Dra. Andrea Roma, veterinaria, quien nos transmite información útil sobre el manejo de los murciélagos.

Ella nos comenta:

- *En zona oeste y partido de Morón se han encontrado murciélagos que han dado positivo para rabia. Los murciélagos son mamíferos, voladores, de hábitos nocturnos que comen insectos y ayudan a controlarlos. Viven en colonias y se alimentan de noche. Cuando vuelan bajo, o vuelan de día o están caídos, existe la posibilidad que tengan rabia. Son animales que pueden adquirir y transmitir la rabia.*

¿Cómo manejamos los murciélagos?

- *Taparlo con palangana, o balde. Nunca tocarlos. Llamar a zoonosis quien estudiará al animal. Si accidentalmente el animal los muerde, se debe lavar la herida con agua y jabón y asistir al centro de zoonosis más cercano. No tocar a los animales.*

Nos explica la Dra. Roma:

- *Es muy importante vacunar con antirrábica a las mascotas y llevarlas a los controles periódicos al veterinario como parte de la tenencia responsable.*

Como **MEDIDAS DE PREVENCIÓN** destacamos:

- **Vacunar** obligatoriamente a perros y gatos a partir de los 3 meses de edad y re-vacunarlos anualmente. En caso de brote se pueden considerar otras pautas de vacunación.
- **Evitar** el contacto y la alimentación de perros y gatos desconocidos para prevenir accidentes potencialmente rábicos.
- **Evitar** el contacto con murciélagos, espe-

● **Indicaciones de profilaxis antirrábica post-exposición:**

CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL AGRESOR	CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE		
	Grave	Leve	No significativo
Animales domésticos (perro, gato, hurón doméstico) DISPONIBLES sin antecedentes epidemiológicos de riesgo	No iniciar PPE hasta resultado de la observación: - Positivo: iniciar y completar PPE (vacuna y gammaglobulina) - Negativo: No aplicar PPE		No corresponde PPE
Animales domésticos (perro, gato, hurón doméstico) DISPONIBLES con antecedentes epidemiológicos de riesgo	Iniciar PPE hasta resultado de la observación: - Positivo: completar PPE y aplicar gammaglobulina si no se aplicó antes y si se está dentro de los 7 días de iniciado el PPE. - Negativo: suspender PPE Si el animal está muerto, iniciar PPE hasta resultado de laboratorio: - Positivo: completar PPE y aplicar gammaglobulina si no se aplicó antes y si se está dentro de los 7 días de iniciado el PPE. - Negativo: suspender PPE		
CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL AGRESOR	Grave	Leve	No significativo
Mamíferos silvestres DISPONIBLES para estudio	Iniciar PPE hasta resultado de laboratorio <sup>1</sup> : - Positivo: completar PPE. Aplicar gammaglobulina si no se aplicó antes y se está dentro de los 7 días de iniciada la PPE. - Negativo: suspender PPE		
Animales domésticos (perro, gato, hurón doméstico) y mamífero silvestre NO DISPONIBLES para estudio	Aplicar PPE según contexto epidemiológico (vacuna y gammaglobulina) <sup>2</sup>		
Cualquier animal positivo a rabia	Aplicar PPE (vacuna y gammaglobulina)		

<sup>1</sup> Si a las 72 horas de sucedida la exposición no se cuenta con el resultado de laboratorio, se debe aplicar la gammaglobulina.

<sup>2</sup> Sujeto a la situación epidemiológica del lugar y la decisión de las autoridades sanitarias locales. En lugares en los cuales la rabia es una problemática frecuente debe considerarse como indispensable el uso de gammaglobulina. En áreas de baja probabilidad puede considerarse individualmente la pertinencia de iniciar o no la profilaxis postexposición. En caso de decidir aplicarla, el uso de gammaglobulina puede ser facultativo dependiendo de clase de animal agresor y contexto de agresión.

cialmente si están caídos o con signos de enfermedad.

- **Ante una mordedura:** Lavar la herida con abundante agua y jabón. No colocar alcohol ni otro desinfectante. Concurrir rápidamente al centro de salud más cercano para ser atendido por el equipo de salud. El profesional evaluará la necesidad de prescribir antibióticos, vacuna con componente antitetánico y tratamiento antirrábico específico.

**Profilaxis antirrábica post-exposición:** La profilaxis post-exposición (PPE) se basa en la vacunación acompañada o no, según el caso, de la administración de gammaglobulinas antirrábicas.

La vacunación se realizará con vacuna producida en línea de cultivos celulares: o esquema de Zagreb (4 dosis en 3 visitas): 2 dosis el día 0 (cada dosis se aplica en un brazo diferente) y 1 dosis los días 7 y 21. Debe preferirse el esquema de Zagreb, porque su uso posibilita el ahorro de una visita al centro de salud para la prosecución del esquema de vacunación, con el consiguiente menor riesgo de abandono de tratamiento. O esquema de Essen modificado (4 dosis en 4 visitas):

los días 0 -3 - 7 y 14 a 28. No debe utilizarse en pacientes inmunocomprometidos.

El Ministerio de Salud de la Nación distribuye en forma gratuita vacunas antirrábicas de uso veterinario y profilaxis post exposición (vacunas y gammaglobulina humanas) a las provincias y municipios.

**Por consultas las familias pueden comunicarse al 0800-222-1002.**

### Bibliografía

- Alerta epidemiológica. Ministerio de Salud. Mayo 2021 [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/2021-05-20%20-%20Alerta%20Epidemiologica%20\\_%20Rabia%20humana.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/2021-05-20%20-%20Alerta%20Epidemiologica%20_%20Rabia%20humana.pdf)
- Víctor Hugo Velasco, María Paola Arellano Maric, Jorge Salazar Fuentes Rabia humana. A propósito de un caso. Human Rabies. A case report. Rev. bol. ped. v.43 n.2 La Paz jun. 2004.
- Victoria Frantchez, Julio Medina. Rabia: 99,9% mortal, 100% prevenible. Rev Méd Urug 2018; 34(3):164-171.



## PRIMERO NO DAÑAR: SER PUENTE HACIA EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS PEDIÁTRICO

**Dra. Sabrina Critzmann**

Médica Pediatra puericultora

Transité mi residencia en un hospital pediátrico de primer nivel. Tuve la inmensa fortuna de rotar por la Sala de Oncología pediátrica con interés, con pasión y hasta con ganas de dedicarme a esa rama de la medicina en algún futuro. Conocí cientos de historias, compré gorritos para algún niño que lloraba por su pelo, me senté de madrugada al lado de alguna madre que, amorosa, me hacía un espacio en su sillón a mí y a mi hijo en mi panza y me pedía que descansara.

Cuando nació mi hijo, de urgencia y con un Apgar inenarrable, ya había visto la muerte en los ojos de las infancias. Y ese no era su momento. Atravesamos un mes de Neo, dormimos la primera siesta juntos apoyada yo en el filo de la servocuna, con mi mano sobre su pecho, que subía y bajaba rítmicamente al compás del respirador. Hipotermia, óxido nítrico, alta frecuencia, dobutamina, coagulopatía, sospecha de sepsis y toda la sarta de palabras que nadie que sabe del tema quisiera escuchar en la historia clínica de un ser querido. Una hemorragia cerebral que le regaló, de yapa, una válvula de derivación ventrículo peritoneal. Un mes de sentir el aire estancado en el medio del pecho y de preguntarnos “¿qué pasará hoy?”

Pero nos fuimos de alta, y mi hijo pudo ver el sol que salía por la ventana trasera del comedor de casa. ¿Qué le depararía su futuro? Increíblemente, no había secuelas visibles al momento. Me convertí en un pulpo tramitando terapias en la obra social, agendando turnos, dándole el pecho, aprendiendo de crianza y amándolo atrozmente, mientras intentaba conciliar todo ello con terminar la residencia. Los seis meses siguientes fueron el transitar más hermoso de mi vida. Tenía miedo, pero era muy feliz y estaba inmensamente agradecida, todos los días, de despertar al lado de esa cabeza peludita.

Llegó la primera fiebre. Unos mocos sin demasiada importancia, un treinta y ocho y medio.

Antitérmicos, mucha upa, mucha teta, mamá se quedó en casa. Comimos pera y jugamos. Nada fuera de lo esperable. Hasta que, unas horas más tarde, Juan empezó a rechazar el pecho, y a llorar. A llorar desconsoladamente, mi bebé que nunca lloraba.

Como pediatras, entenderán la mezcla entre zozobra y negación que genera ver a un hijo con síntomas meníngeos. De verlo, de saberlo, y de rogar desesperadamente “que no sea. Que esté exagerando.”

Fuimos al hospital, donde lo compensaron. Pasaron varios días en los que se confirmó el diagnóstico. Meningitis bacteriana por *Haemophilus Influenzae*, en niño con vacunas completas.

Sabemos que en la medicina nada es dos más dos. Y en la ruleta nos tocó a nosotros, dos mapadres pediatras.

Los antibióticos hacían su trabajo. Fue preciso recambiar la válvula. A pesar de todas las comorbilidades y de la angustia, Juan se agarraba los pies, jugaba a esconderse, comía zapallo, tomaba teta y escuchaba cuentos. Porque el hogar es donde está la gente que te ama, no importa que sea un hospital. Y nosotros lo amábamos tanto...

Un sábado temprano, sin previo aviso, empezaron los equivalentes convulsivos, la falta de respuesta, la necesidad de ventilación. Las neuroimágenes mostraron amplias áreas de isquemia. ¿Cuándo y por qué? No lo sabremos. Pasaron 36 horas tormentosas.

Esa tarde, lo tomamos de la mano y le dijimos que, si se quería quedar, había miles de cosas hermosas por hacer y miles de personas que lo amaban. Pero que, si estaba cansado, y se quería ir, también respetábamos su decisión. Porque sabíamos que nuestro hijo no era nuestro, su vida era solo de él y nosotros estábamos simplemente para acompañarlo. Queríamos criar un hijo libre, y así fue. Juan decidió irse.

Mi primer pensamiento al ver sus pupilas

quietas, fue donar sus órganos. ¿Se podría? ¿La edad y la enfermedad serían obstáculos? ¿Cuántas veces escuchamos que un bebé de 7 meses fuera donante? Lo expresamos al equipo de salud. El operativo de procuración había iniciado.

Donar órganos implica una burocracia, lo cual ayuda a la transparencia del proceso. Hay que llamar a especialistas, constatar la muerte encefálica, esperar una cierta cantidad de horas (que son más cuanto más pequeño es el donante), buscar receptor. Que vengan a medir a tu bebé para intuir el tamaño de sus órganos es una experiencia que no le deseo a nadie. Todo eso que leemos y protocolizamos, en la propia carne, puede llegar a ser una tortura, y aun así estábamos dispuestos a afrontarla. ¿Se descompensaría antes de llegar al trasplante? ¿Alcanzarían todos los inotrópicos del mundo para mantener ese corazón pequeñísimo contrayéndose, para que pudiera latir en otro niño?

Mi hijo murió en una prestigiosa institución con excelentes profesionales, con los que estaremos agradecidos siempre. A pesar de ello, hubo momentos de profundo maltrato en nuestro transitar. Como ignorar mis palabras cuando les decía que mi hijo tenía dolor, como decirnos que no se nos permitía tomarlo en brazos después de su muerte, como dejarnos solos en la sala de espera del resonador y llevarse a la terapia sin avisarnos. También nos quedó muy en evidencia la poca experiencia en acompañar familias que desean donar órganos, como cuando una persona del equipo vino a decirme al oído que seguro aún había esperanza, que había visto en una de las neuroimágenes signos de flujo sanguíneo cerebral, pero que no le dijera a nadie que me lo había dicho.

Yo sabía, el padre de mi hijo sabía. Ambos teníamos la pericia de leer neuroimágenes y de poder hacer un examen neurológico que no nos diera esperanza. ¿Y si no hubiera sido así?

Comprender la muerte encefálica es un proceso complejo, ni siquiera dentro de la comunidad médica se maneja con soltura. Los mitos sobre donación de órganos están a la orden del día.

¿Cuántos trasplantes se pierden por no haber cohesión en la comunicación del equipo de salud? ¿Cuántos niños mueren o transitan sus días en hospitales porque no llega el corazón, el pulmón, el riñón? ¿Cuán tabú tiene que seguir siendo el trasplante de órganos pediátrico? ¿Cuán

invisibilizadas tenemos que estar las familias donantes? ¿Por qué en nuestros congresos de trasplantes nos enfocamos en temas como “El seguimiento del niño trasplantado renal” y rechazamos trabajos que hablen de procuración con la excusa “no es el foco de este congreso”? ¿Por qué las mismas instituciones que celebran el número de trasplantes realizados no se esfuerzan en la procuración?

Sin familias donantes no hay trasplantes. Un trato más humanizado, con menos escollos, y orientado al acompañamiento familiar podría mejorar la tasa de familias que deciden donar los órganos de sus hijos, y, en consecuencia, de las infancias que pueden recibir un trasplante. En nuestro caso, estaremos siempre inmensamente agradecidos a Liliana Pierini, psicóloga del Instituto de Trasplante de la Ciudad Buenos Aires, que nos acompañó en ese momento y nos sigue acompañando a través de los años.

La vida continúa y el dolor no se va, pero cambia de forma, atravesado por el tiempo y el amor que nos rodea. Supimos que hubo seis trasplantes, y cada Día de la Madre yo no puedo dejar de pensar en esas madres, que ojalá hoy están abrazando a esos seis, fuera del hospital, siendo personas felices, y a veces tristes, y a veces enojados porque no se quieren cortar las uñas. Siendo niños y niñas, ojalá hasta olvidados de por qué tienen esas marcas en el cuerpo.

Este agosto van a ser cinco años desde que me despedí de mi niño. Muchas luces y sombras oscilaron en ese lustro. Ni su padre ni yo volvimos a ser los mismos pediatras de antes, no solo por su muerte, sino por su vida, su vida pequeña, brillante, fabulosa, que iluminó las nuestras para siempre.

Cuando podemos, contamos nuestra historia, y siempre nos parece fundamental contársela a colegas, porque cualquiera de nosotros puede ser el o la que acompañe a una familia en un momento como tal, y no puede ser de manera improvisada o solamente con buena voluntad. Es preciso conocer los protocolos, no basarse en creencias personales, trabajar en transdisciplina y coherencia, porque, de otra manera, no solo se pierden oportunidades para otras infancias, sino que el sufrimiento de las familias es mayor. Ante todo, **primero no dañar.**

**Gracias Juan Martín por atravesar nuestras vidas y las de tantas otras personas.**



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 último artículo de los tres que abarcan el tema referido. Links de los dos primeros:

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_noti-metropol-82-12-21\\_1638900120.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_noti-metropol-82-12-21_1638900120.pdf)

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_revista-metropol-83\\_1649427182.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-83_1649427182.pdf)

### TERCERA PARTE

#### PRUNAPE (PRUEBA NACIONAL DE PESQUISA)

Como test de *screening*, el “gold standard” en nuestro país es la **PRUNAPE** (Prueba Nacional de Pesquisa) de Lejarraga y colaboradores. Se utiliza para identificar niños con riesgo de sufrir alteraciones del desarrollo en una población supuestamente sana. Evalúa niños de 0-6 años. Consta de 79 ítems. La batería contiene 30 elementos. Requiere capacitación y su implementación insume 12 minutos en personal entrenado. El resultado informa: **sospecha** de alteración del desarrollo. Al no ser una prueba de inteligencia ni de diagnóstico, posteriormente se deberá caracterizar la enfermedad mediante una prueba del Nivel 3.

Tiene una sensibilidad del 80,4%, una especificidad del 93,3%, un VPP del 94,2% y un VPN del 77,7%.

Evalúa 4 áreas:

- 1. Área personal-social:** expresa las relaciones con las personas y la cultura, la interacción con otros (imitación, sonrisa, reconocimiento de emociones), la habilidad para convivir con otras personas.
- 2. Motricidad fina:** evalúa el contacto y la manipulación de objetos, desde la prensión refleja a la adquisición de la pinza radial superior, la percepción visomotora y la figuración gráfica.
- 3. Lenguaje:** Habilidad del niño para comunicarse, mediante gestos o balbuceos, comprender y posteriormente ampliar su lenguaje. Le permite, además, expresar emociones, organizar

pensamientos, intervenir en procesos cognitivos como la memoria, el razonamiento, el planeamiento y la solución de problemas.

- 4. Motricidad gruesa:** evalúa el tono, postura, locomoción, la habilidad para emplear músculos grandes: posición sedente con y sin apoyo, caminar con y sin apoyo, saltar, retroceder.

Sus autores sugieren administrar la PRUNAPE, según el siguiente esquema:

- **Niños de BAJO RIESGO:**
  - **Recomendación de máxima:** a los 1, 3 y 5 años.
  - **Recomendación de mínima:** a los 1 y 3 ó 4 años.
- **Niños de ALTO RIESGO:**
  - **Recomendación de máxima:** en cada consulta
  - **Recomendación de mínima:** 1, 3 y 5 años

#### ASQ3 (AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES)

Es un método de pesquisa recomendado por UNICEF, eficaz para identificar a niños con **riesgo** de tener retrasos en el desarrollo. Su primera edición fue publicada en 1995. El ASQ-3™ se publicó en 2009. No requiere capacitación especial, autorización para su uso ni batería de elementos (ver bibliografía).

Se trata de 21 cuestionarios que incluyen habilidades que pueden completar los padres muy fácilmente. Es altamente fiable y válido. Tiene una sensibilidad del 70-90%, una especificidad del 76-91%. En 2018 se demostró que el ASQ3

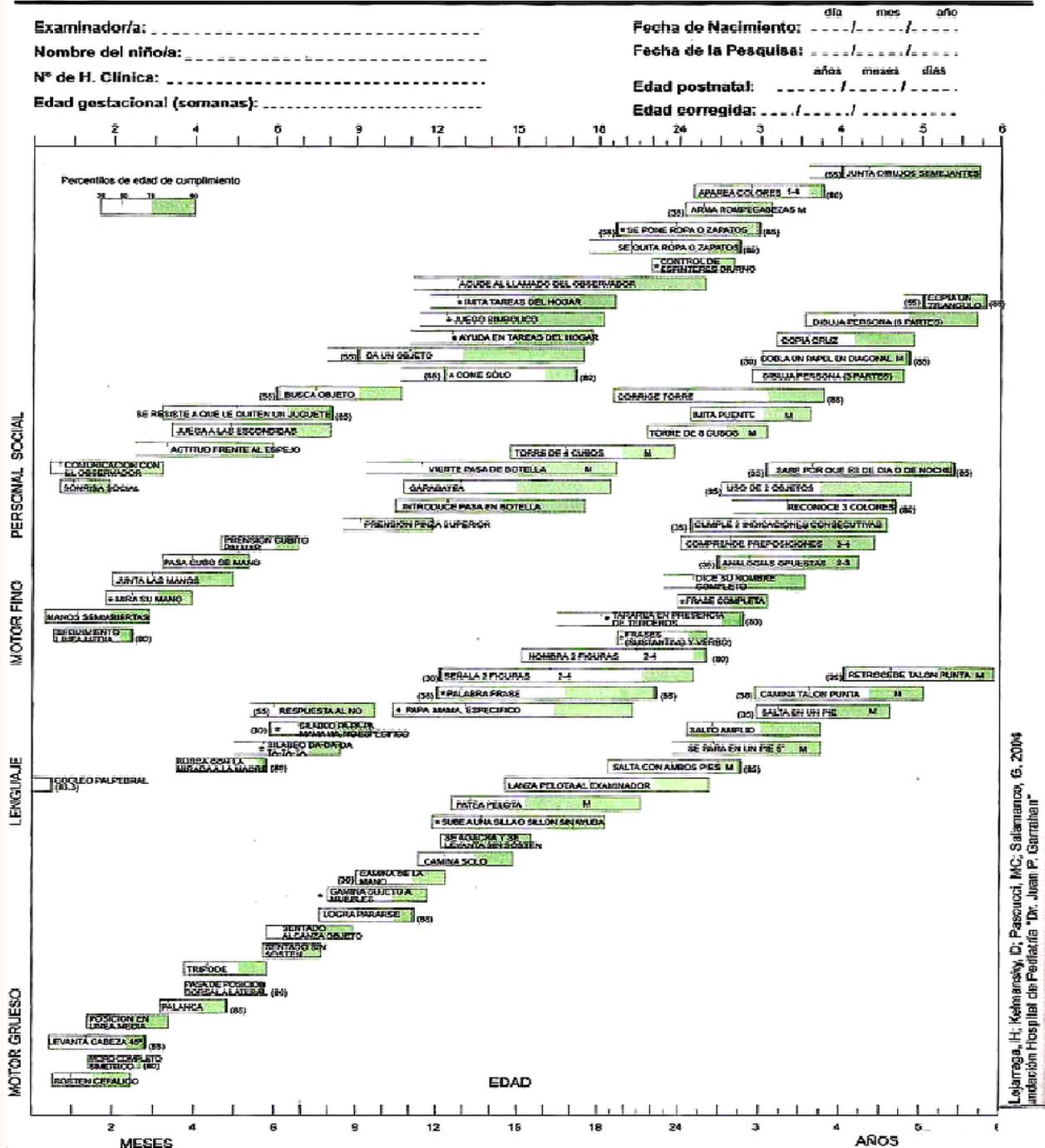
cumplía con las propiedades psicométricas necesarias para la evaluación sistemática del desarrollo infantil en niños de 1 a 66 meses, comparado con el *gold standard* argentino, PRUNAPE (validación argentina en 2018).

Los padres pueden contestar las preguntas por sí mismos o con ayuda profesional ante problemas de alfabetización o comprensión del idioma.

Se puede completar en 10-15 min y su calificación es rápida. Para la misma, es fundamental utilizar la escala de valores normales para niños argentinos (éstos pueden encontrarse en la versión online de la cita bibliográfica n° 20) ya que, en comparación con las normas norteamericanas, la población de Buenos Aires tuvo un menor rendimiento, especialmente, en comunicación

**PRUEBA NACIONAL DE PESQUISA - PRUNAPE**

Formulario de Aplicación



Lejarraga, H., Kelmarsky, D., Pascucci, M.C., Salamancos, G., 2014. Fundación Hospital de Feriada "Dr. Juan P. Garrahan"

y resolución de problemas a partir de los 12m.

Se evalúan 5 áreas de desarrollo, incluyendo 6 preguntas en cada una:

- 1) **Comunicación**
- 2) **Motora gruesa**
- 3) **Motora fina**
- 4) **Resolución de problemas**
- 5) **Socio-individual**

Los protocolos se completan utilizando la edad corregida de los niños pretérminos hasta los 2 años. Hasta los 24 meses los formularios tienen un intervalo de 2 meses, hasta los 36 meses el intervalo es de 3 meses y de allí hasta los 60 meses es de 6 meses. Es decir que la última edad evaluada son los 66 meses. Incluye, además, preguntas abiertas que no se puntúan.

Las 3 opciones de respuesta son:

- SÍ (10 puntos).
- A VECES (5 puntos).
- TODAVÍA NO (0 puntos).

La interpretación de los resultados nos permite determinar los pasos a seguir:

- Los puntajes que caen en el **área blanca** indican que el desarrollo del niño se está dando **dentro de las expectativas** para su edad.
- Los puntajes que caen en el **área gris** indican que se debe **monitorear** al niño y reevaluarlo brindando pautas de estimulación (**implica 1 DS por debajo de la media**).
- Los puntajes que caen en el **área negra** indican que el niño puede estar **en riesgo** de tener un retraso en su desarrollo y que se debe referir a **NIVEL 3 para diagnóstico (implica 2 DS por debajo de la media)**.

## M-CHAT

*(Checklist for Autism in Toddlers)*

El M-CHAT es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la consulta desde los 18 meses. Se tarda entre 10 y 20 minutos en completarlo. Consta de 20 ítems y tiene una respuesta dicotómica: si/no. Tiene una sensibilidad de 87% y una especificidad de 99%, con un VPP de 80% y VPN de 99%

**La AAP (Academia Americana de Pediatría) propone la pesquisa de Autismo entre los 18 y 36 meses.**

El M-CHAT-R puede ser puntuado en menos de 2 minutos.

## Algoritmo de Puntuación

Para los ítems 2,5 y 12, la respuesta "SÍ" indica riesgo de TEA.

Para todos los demás, la respuesta "NO" indica riesgo de TEA.

El siguiente algoritmo maximiza las propiedades psicométricas del M-CHAT-R:

**BAJO RIESGO:** Puntaje Total es de 0-2; si el niño es menor a 24 meses, pesquisar nuevamente luego de los 2 años. No es necesario adoptar otras medidas a menos que la evaluación del desarrollo indique riesgo de TEA.

**MEDIANO RIESGO:** Puntaje Total es de 3-7; administre la entrevista de seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener más información con respecto a las respuestas de riesgo. Si el puntaje del M-CHAT-R/F sigue siendo 2 o más, se considera que el niño tiene una pesquisa positiva.

En este caso se sugiere una evaluación diagnóstica y de la necesidad de intervención temprana. Si el puntaje luego de la entrevista de seguimiento es 0-1, se considera que el niño tiene una pesquisa negativa. No se requiere adoptar ninguna otra medida, a menos que la evaluación del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debería ser pesquizado nuevamente en los siguientes controles pediátricos.

**ALTO RIESGO:** Puntaje Total es de 8-20; es aceptable omitir la entrevista de seguimiento y derivar inmediatamente a evaluación diagnóstica y de la necesidad de intervención temprana.

Las instrucciones para la puntuación pueden ser descargadas en <http://www.mchatscreen.com>.

## 3<sup>er</sup> Nivel: Confirmación y caracterización de una enfermedad

Este 3<sup>er</sup> nivel de atención supone confirmación de la enfermedad mediante la administración de test de diagnósticos y monitorear los tratamientos de habilitación y rehabilitación, según corresponda.

**Test de Diagnóstico Bayley** (*Scale of infant and toddler development, 3<sup>er</sup> edition*).

Es un test cuanti-cualitativo de diagnóstico que se realiza en niños de 1 a 42 meses. Lleva entre 30 y 90 minutos su aplicación. Se divide en sub-escalas: Motora (fina y gruesa), Cognitiva, Lenguaje receptivo/expresivo y Social- Emocional.

Su resultado otorga un:

a. **Índice de Desarrollo mental** que mide la

agudeza sensorio perceptiva, discriminación, capacidad de respuesta a estímulos, adquisición temprana de constancia del objeto, memoria, aprendizaje y resolución de problemas.

b. **Índice de Desarrollo Psicomotor** que mide el control del cuerpo, coordinación muscu-

lar, destreza de movimientos finos y coordinación psicomotriz.

También consta de un **registro de comportamiento** que se completa después de los 2 anteriores y evalúa la orientación social del niño en el entorno, actitudes, interés, emociones, tendencia a aproximación y evitación de estímulos.

### M-CHAT-R™

Por favor responda estas preguntas sobre su hijo o hija. Tenga en cuenta cómo se comporta su hijo o hija normalmente. Si ha visto el comportamiento algunas veces, pero su hijo/a no lo hace habitualmente, por favor conteste **no**. Por favor, rodee con un círculo la opción **sí** o **no** para cada pregunta. Muchas gracias

1.	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo o hija mira hacia allí? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o un animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o al animal?)	Sí	No
2.	¿Alguna vez se preguntó si su hijo o hija era sordo o sorda?	Sí	No
3.	¿Su hijo o hija juega a simular, hacer "como si", o juegos de imaginación? (POR EJEMPLO: simula que toma de una taza vacía, finge hablar por teléfono, o hace como que le da de comer a una muñeca o a un peluche?)	Sí	No
4.	¿A su hijo o hija le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO: muebles, juegos de la plaza, o escaleras)	Sí	No
5.	¿Su hijo o hija hace movimientos raros con los dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos cerca de sus ojos de manera rara?)	Sí	No
6.	¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	Sí	No
7.	¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Sí	No
8.	¿Su hijo o hija se interesa por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe, se acerca a ellos?)	Sí	No
9.	¿Su hijo o hija le muestra cosas, trayéndoselas o alzándolas para que Ud. las vea – no para buscar ayuda sino simplemente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: le muestra una flor, un peluche, o un camión de juguete)	Sí	No
10.	¿Su hijo o hija responde cuando lo/la llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo mira o la mira, habla o balbucea, o interrumpe lo que está haciendo cuando lo/la llama por su nombre?)	Sí	No
11.	Cuando le sonríe a su hijo o hija, ¿le devuelve la sonrisa?	Sí	No
12.	¿A su hijo o hija le molestan los ruidos comunes de todos los días? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija grita o llora cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	Sí	No
13.	¿Su hijo o hija camina?	Sí	No
14.	¿Su hijo o hija lo/la mira a los ojos cuando le está hablando, jugando con él/ella, o cuando lo/la está vistiendo?	Sí	No
15.	¿Su hijo o hija trata de copiar lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir adiós con la mano, aplaudir, o hacer un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)	Sí	No
16.	Si Ud. se da vuelta para mirar algo, ¿su hijo o hija gira la cabeza para ver lo que Ud. está mirando?	Sí	No
17.	¿Su hijo o hija intenta hacer que Ud. lo/la mire? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo/la mira para que lo/la felicite, o dice "mirá" o "mirame"?)	Sí	No
18.	¿Su hijo o hija entiende cuando Ud. le dice que haga algo? (POR EJEMPLO: si Ud. no se lo señala, ¿su hijo o hija entiende cuando le pide "poné el libro sobre la silla" o "traeme la frazadita"?)	Sí	No
19.	Si pasa algo nuevo, ¿su hijo o hija lo/la mira a la cara para ver qué hace Ud.? (POR EJEMPLO: si su hijo o hija escucha un ruido raro o gracioso, o ve un juguete nuevo, ¿lo/la mira a la cara?)	Sí	No
20.	¿A su hijo o hija le gustan las actividades de movimiento? (POR EJEMPLO: hamacarse o jugar al "caballito" sobre sus rodillas)	Sí	No

No evalúa coeficiente intelectual. Requiere entrenamiento y autorización para su empleo. Tiene una sensibilidad y especificidad de 75-86%.

Según el DSM 5 (2014), los diagnósticos probables de las alteraciones del desarrollo infantil, son los siguientes:

- Discapacidad intelectual.
- Trastorno del espectro autista.
- Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- Trastornos motores.
- Trastorno específico del aprendizaje.
- Trastorno de la comunicación.
- Otros trastornos del desarrollo neurológico.

### Elaboración de las necesidades diagnósticas y terapéuticas

El pediatra es el encargado de elaborar un plan diagnóstico y terapéutico “a medida” para cada niño y su situación individual.

La **Historia clínica completa y un examen físico minucioso** permiten arribar a un diagnóstico en un tercio de los casos, tienen más sensibilidad en casos de retrasos del desarrollo moderados y graves. Las evaluaciones repetidas incrementan la sensibilidad.

Según Figueiras, los principales elementos que no pueden faltar en el examen del desarrollo son los siguientes:

- Crecimiento cefálico, compararlo con el de los padres.
- Alteraciones fenotípicas: rasgos dismórficos ¿es parecido a la familia, tiene algún rasgo inusual?
- Alteraciones de la piel: manchas “café con leche”, neurofibromas, etc.
- Signos neurológicos, convulsiones, movimientos anormales.
- Signos de hipotonía muscular.
- Evaluación de la visión y la audición.
- Examen cardiovascular y respiratorio.
- Examen abdominal.

Independientemente de que se arribe o no a un diagnóstico etiológico, es perentorio iniciar las medidas terapéuticas lo antes posible para permitirle al niño ser habilitado o rehabilitado según corresponda favorecido por la neuroplasticidad cerebral.

**Se considera *habilitación* al conjunto de actividades tendientes a que una persona pueda adecuarse para desempeñar una función que no**

**es la que tiene habitualmente, mientras que la rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno y que les permite volver a adquirir las funciones perdidas.**

Es fundamental, la implementación de servicios de intervención temprana cuando se identifica un retraso en el desarrollo, ya que mejora el desarrollo cognitivo y el rendimiento académico y disminuye la participación en conductas de riesgo.

Los **estudios complementarios** aportan un tercio del diagnóstico. Los **estudios genéticos** son los más sensibles luego de la anamnesis ampliada y el examen físico minucioso, especialmente en niños con trastornos del desarrollo sin una causa aparente o en caso de antecedentes familiares, estigmas físicos, abortos reiterados, hermanos fallecidos.

La **exploración de las funciones sensoriales** es fundamental, especialmente la audición en caso de retrasos del lenguaje. Una vez corroboradas la normalidad de las otoemisiones acústicas de la etapa neonatal (la ley **25.415**, del **Programa Nacional de Detección de la hipoacusia**, se encuentra vigente desde abril de 2001), se solicitarán los **Potenciales Evocados auditivos de Tronco Cerebral con umbral** que examinan la actividad neural de la vía auditiva, en respuesta a un estímulo sonoro, generando una secuencia de fenómenos eléctricos, factibles de ser registrados bajo la forma de potenciales evocados.

Presenta las siguientes ventajas:

- Alta replicabilidad.
- Relativa facilidad en su obtención.
- No se afecta la respuesta durante sueño, sedación y anestesia.
- Respuesta identificable desde el nacimiento.
- Permite el diagnóstico de neuropatía auditiva.
- Se pueden realizar en prematuros (factores de corrección).

También será de utilidad la **evaluación de la visión** a fin de descartar algún problema de la misma como causa de un retraso del desarrollo.

Algunos niños requerirán **estudios metabólicos**, que aportan 1% de positividad en cribados generales y 14% en cribados escalonados. Se solicitan especialmente en los siguientes casos:

- a. Consanguinidad y antecedentes de otros hijos afectados.

- b. Regresión de pautas del desarrollo.
- c. Descompensación metabólica episódica con inicio temprano.
- d. Rasgos dismórficos.
- e. Hepatoesplenomegalia.
- f. Retraso del crecimiento.
- g. Anomalías oftalmológicas.

El **Electroencefalograma** será de utilidad en caso de convulsiones o sospecha de epilepsia.

Las **neuroimágenes** tienen una baja sensibilidad. Se solicitará una Resonancia Magnética de Cerebro cuando existan sospechas de enfermedad estructural (microcefalia, macrocefalia, asimetrías, epilepsia). Su sensibilidad es mayor que la de la Tomografía axial computada. Es conveniente consensuar su solicitud con el Neurólogo infantil.

Un **laboratorio** completo, incluyendo hemograma, hepatograma, función renal y tiroidea, ferritina y ferremia, dosaje de vitaminas (es casos en que se sospecha restricciones dietéticas en madres veganas, por ejemplo), plomo en sangre, CPK, estado ácido-base, y todo otro laboratorio que se considere oportuno basado en la sospecha diagnóstica.

**Plan de interconsultas:** el pediatra de cabecera solicitará las interconsultas que considere oportunas con una adecuada referencia (resumen de historia clínica, datos positivos, sospecha diagnóstica), solicitando además la contrarreferencia para acordar juntos los pasos a seguir.

**La prevención y manejo de las complicaciones también estará a cargo del pediatra de cabecera, seguimiento y continencia del niño y su familia:** no descuidar la evaluación integral del niño y sus hermanos.

**Es fundamental la reevaluación periódica del desarrollo para comprobar los avances, solicitando los informes de los especialistas tratantes del niño.**

En este punto, no quiero dejar de mencionar la importancia de trabajar en equipo con todos los actores de la sociedad que interactúan con el niño y su familia a fin de desarrollar su máximo potencial y mejorar su calidad de vida

## EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

## CONCLUSIÓN

### Rol del pediatra en la evaluación del niño con problemas del desarrollo.

- Considerar una anamnesis ampliada y el examen físico completo.
- Conocer a la familia: importancia del seguimiento longitudinal.
- Establecer el grado de riesgo biológico y ambiental.
- Evaluar factores protectores: sociales, recursos familiares y económicos, resiliencia.
- Promoción y prevención de los problemas del desarrollo.
- Utilizar herramientas estandarizadas para detectar oportunamente las alteraciones del desarrollo según el nivel de atención.
- Capacitarse en el Desarrollo infantil típico y atípico.
- Fomentar la Interdisciplina.

## Bibliografía

1. Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal en inconsciente. 4ª reimpr. Buenos Aires: Katz Editores, 2012.
2. Canal-Bedia, R. y col. Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2014;58 (supl 1): S123-S127.
3. Carlos-Oliva D. y col. Evolución del neurodesarrollo con el uso del cuestionario de edades y etapas ASQ-3 en el control de salud de niños. R V Neurol 2020;70:12-18.
4. 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.
5. Comité de Crecimiento y Desarrollo. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 3:s53-s62. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica.
6. Council on Children With Disabilities; Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. American Academy Of Pediatrics. Pediatrics Volume 118, Number 1, July 2006.
7. Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI). Ministerio de salud de la Nación. 2017.

8. Detección de dificultades en el desarrollo infantil de 0 a 5 años. Guía de práctica clínica . Hospital Provincial de Neuquén. Dr. Eduardo castro Rendón. 2019.
  9. DSM 5.Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.American Psychiatric Association.5ta edición. Editorial Panamericana. 2014.
  10. Fejerman N, Grañana N, (comps). Neuropsicología Infantil.1<sup>ra</sup> Ed. Paidós. Buenos Aires. 2017.
  11. 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 (2<sup>a</sup> ed). Washington (DC): OPS, 2011.
  12. 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.
  13. Lejarraga, H. (2004). Desarrollo del niño en contexto. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1<sup>ra</sup> edición.
  14. Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanca G. Prueba Nacional de Pesquisa.PRUNAPE. Ediciones de la Fundación Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires, 2006.
  15. Lejarraga H, Kelmansky D, Desarrollo infantil en la Argentina. Epidemiología y propuestas para el sector salud. Buenos Aires. Paidós. 2021.
  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. Ministerio de Salud de la Nación. Cuidando al bebé. Guía para el Equipo de Salud y Guía para la familia. Buenos Aires, 2009.
  18. Roberts MY, Kaiser AP. Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2015 (4): 686-693.
  19. Robins, Fein, Barton. Lista de Chequeo Modificada para Autismo en Deambuladores.Revisada con Seguimiento (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>. 2009.
  20. Romero Otalvaro A, y col. ASQ-3: validación del Cuestionario de Edades y Etapas para la detección de trastornos del neurodesarrollo en niños argentinos. Arch Argent Pediatr 2018;116(1):7-13.
  21. Squires J, Bricker D. ASQ3 in Spanish.2009. Paul H Bookers Publishing. Co.
- 



## Perlitas legales

# VIOLENCIA FAMILIAR

## Recopilacion bibliográfica

**Dra. Mercedes Regina Acuña**

Médica. (UBA). Especialista en Pediatría y Medicina Legal.  
Abogada (UCASAL)

En esta publicación se realiza un resumen que abarca la **violencia familiar**, desde las leyes Nacionales, de la Provincia de Buenos Aires y CABA. Siguiendo un hilo conductor desde la **Ley Nacional 24417 de Protección contra la Violencia Familiar** (sancionada el 7/12/94).

Definiendo como violencia familiar: toda persona que sufre lesiones o maltratos físicos o psíquicos por parte de algunos de los integrantes del mismo grupo familiar, pudiendo denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el Juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. Entiéndase por grupo familiar al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho (actualmente uniones convivenciales).

Las medidas cautelares son resoluciones que dictan los jueces para garantizar el resultado de un proceso y asegurar el cumplimiento de la sentencia. Las medidas cautelares permiten:

- asegurar bienes y pruebas,
- mantener situaciones de hecho,
- dar seguridad a las personas,
- cubrir necesidades urgentes de las personas.

Cuando la víctima de violencia familiar es un menor, anciano o discapacitado, los hechos deben ser denunciados por sus representantes legales o el Ministerio Público.

### Artículo 120. Constitución Nacional

El Ministerio Público es un órgano independiente con autonomía funcional y autarquía financiera, que tiene por función promover la actuación de la justicia en defensa de la legalidad de los intereses generales de la sociedad, en coordinación con las demás autoridades de la República.

Están obligados a denunciar la violencia familiar, los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor.

### Se describen como medidas cautelares en el estado de violencia familiar:

- La exclusión del autor de violencia familiar, de la vivienda donde habita el grupo familiar.
- Prohibir el acceso del autor de violencia familiar, al domicilio del damnificado, como también a los lugares de trabajo o estudio.
- Ordenar el reintegro al domicilio o petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor.
- Decretar provisoriamente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

El juez pedirá un informe interdisciplinario, para un diagnóstico de interacción familiar, efectuado por peritos para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia.

Se hará participe al Consejo Nacional del Menor y la Familia de las denuncias, con la finalidad de coordinar los servicios públicos y privados, para evitar o superar las causas de maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia.

La Reglamentación de la Ley de Protección contra la Violencia Familiar, Decreto 235/96, establece Centros de información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica. Su finalidad es asesorar y orientar y sobre los recursos disponibles sobre la prevención y atención sobre los

supuestos que contempla. Estos centros funcionan en:

- Hospitales dependientes de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires.
- Centros de Atención Jurídica Comunitaria.
- Consejo Nacional del Menor y la Familia.
- Consejo Nacional de la Mujer.
- Dirección General de la Mujer.
- Distritos escolares, a través del Equipo de Prevención y Contención de la Violencia Familiar de la Secretaria de Educación de CABA.

En el tejido de la violencia familiar se debe citar la **Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, Ley 26061, 9/2005**, con las “medidas de protección”, luego de comprobada la amenaza o violación de derechos, a niñas/niños y adolescentes. Esta ley cita como finalidad de las medidas de protección, la preservación o restitución, del disfrute, goce y ejercicio de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

Para el logro de los objetivos del Sistema de Protección de Derechos de las niñas, niños y adolescentes debe contar con los siguientes medios:

- Políticas, planes y programas de protección de derechos.
- Organismos administrativos y judiciales de protección de derechos.
- Recursos económicos.
- Medidas de protección de derechos.

Siguiendo el tejido de la Violencia Familiar, es hora de citar la **Ley Protección de Integral a las Mujeres, Ley 26485, 3/2009**. Es importante conocer los derechos que protege, esta ley que garantiza todos los derechos reconocidos por la **Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, La Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**, y en especial los referidos a:

- Una vida sin violencia y sin discriminaciones.
- La salud, educación y la seguridad personal.
- La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial.
- Que se respete su dignidad.
- Decidir sobre su la vida reproductiva, nú-

mero de embarazos y cuando tenerlos, de conformidad con la **ley 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**.

- La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento.
- Recibir información y asesoramiento adecuado.
- Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad.
- Gozar de acceso gratuito a la justicia en los casos comprendidos en esta ley.
- La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres.
- Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

Cito a las **Leyes en CABA, en Prevención y Asistencia a las Víctimas de Violencia Familiar y Domestica. Ley 1688, 6/2005**. Se antepone el Interés Superior del Niño, en su artículo 4<sup>to</sup>, refiere que cuando la víctima de violencia familiar y doméstica sea un niño, niña o adolescente, el tratamiento del caso debe realizarse en todo momento teniendo en miras el interés superior del niño, niña y adolescente en concordancia a lo dispuesto por la **Constitución Nacional, Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales que el Estado Argentino ratifique, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Ley 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**.

Es importante, conocer esta ley en el capítulo de la prevención, donde el Poder Ejecutivo impulsará las acciones en prevención de la violencia familiar y doméstica:

- Incorporación en la currícula escolar de contenidos referidos a la “Educación para la igualdad y contra la violencia”.
- Revisión por parte del Ministerio de Educación de todos los materiales educativos, con el fin de excluir de los mismos todas las referencias o figuras que fomenten el desigual valor de varones y mujeres.
- Desarrollo de campañas de difusión y programas de información y sensibilización contra la violencia familiar, incluyendo los medios adecuados para llegar a las personas disminuidas auditivas y/o visualmente.
- Promoción de programas de intervención temprana y formación de agentes sociales

comunitarios, para prevenir y detectar la violencia familiar.

- Coordinación con instituciones públicas y privadas para la realización de investigaciones sobre la temática de violencia familiar, para luego diseñar nuevos modelos en la prevención y atención de la violencia familiar.
- Formación y capacitación sobre los aspectos de la presente ley a los empleados públicos pertenecientes a las áreas del Gobierno de la Ciudad que sean y/o tengan relación con víctimas de violencia familiar.
- Las empresas de medicina prepaga, obras sociales y centros de atención privada de la salud, tendrán la obligación de informar acerca del contenido de esta ley y los servicios ofrecidos por el Gobierno de la Ciudad, a los afiliados o beneficiarios que resulten víctimas de violencia familiar.
- Contribuir a la detección temprana de testigos de violencia intrafamiliar y brindar asistencia a los niños, niñas, adolescentes, mujeres y adultos mayores que se encuentren en dicha situación.
- Garantizar a las personas con necesidades especiales al acceso a la información sobre la temática de violencia familiar y doméstica a través de formatos especiales que aseguren la comprensión a las mismas, tales como lenguaje de signos u otras modalidades u opciones de comunicación.

Se establecen Centros de Atención Inmediata, con profesionales de medicina, en trabajo social, derecho, psicología y profesionales especialistas en atención de personas con necesidades especiales y de manera coordinada se trabajará con las dependencias del Gobierno de la Ciudad involucradas en la problemática.

En el caso que la víctima de maltrato sea un niño, niña o adolescente, los empleados públicos que se desempeñen en las áreas previstas en los Centros Atención Inmediata, hospitales públicos, escuelas públicas, centros integrales de la mujer, Defensoría del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Dirección General de la Mujer, Dirección General de Niñez dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la línea 0800-MUJER, empleados de otras áreas, empleados de empresas de Medicina Prepaga, de Obras Sociales, y Centros de Atención Privada de Salud, tienen la obligación de dar in-

tervención al Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes u al organismo que en el futuro desempeñe sus atribuciones.

Ahora pasamos al otro eslabón en el tejido de la violencia familiar: la **legislación de la provincia de Buenos Aires**.

Se debe conocer la **Ley 13298, De la Promoción y Detección Integral de los Derechos del Niño, 12/2004**. En esta Ley se conforman los Servicios Locales de Protección de Derechos. En cada Municipio, la autoridad de aplicación debe establecer órganos desconcentrados denominados **Servicios Locales de Protección de Derechos**, que deben contar con un equipo mínimo, un psicólogo, un abogado, un trabajador social y un médico. Y sus funciones son:

- Ejecutar los programas, planes, servicios y toda otra acción que tienda a prevenir, asistir, proteger y/o restablecer los derechos del niño.
- Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño.
- Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado o atención.

El Anexo 1 del Decreto Reglamentario de la Ley 13298, establece como concepto del núcleo familiar, además de los padres, a la familia extensa y otros miembros de la comunidad que representan para el niño vínculos significativos en su desarrollo y protección. El principio rector de este Decreto Reglamentario establece el interés superior del niño para la asignación de recursos públicos. Aclara este decreto que las acciones u omisiones provenientes del Estado, a través de sus instituciones, así como parte de la familia y de la comunidad, que nieguen, impidan el disfrute o ejercicio de algún derecho a niñas, niños o adolescentes, pudiendo implicar una amenaza a otros derechos, serán entendidas como violación o vulneración a sus derechos.

Se agrega en este Anexo 1 DR. L 13298, la Creación de los **Servicios Zonales de Promoción y Protección de Derechos del Niño**. En cada región de del Ministerio de Desarrollo Humano se constituirá uno o más Servicios Zonales de Promoción y Protección de Derechos del Niño.

Los equipos técnicos interdisciplinarios tienen las siguientes funciones: coordinarán las acciones de los Servicios Locales, funcionarán como instancia superadora de resolución de los conflictos, reemplazarán a los Servicios Locales en los lugares donde no existan y serán responsables de elevar la estadística mensual del o los Municipios e informe detallado de los Servicios Locales.

Se debe conocer la existencia de la **Ley 12569, Violencia Familiar en la provincia de Buenos Aires.** (11/2001).

Esta ley establece que se entiende por violencia familiar toda acción, omisión, abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito. Se entiende por grupo familiar al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho (actualmente unión convivencial), incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales y/o consanguíneos y a convivientes o descendientes directos de alguno de ellos.

También se aplicará esta ley cuando se ejerza violencia familiar sobre la persona con quien tenga o haya tenido relación de noviazgo o pareja o con quien estuvo vinculado por matrimonio o unión de hecho (actualmente unión convivencial). Pueden denunciar a cada uno de los actores que hemos definido en el párrafo anterior.

Cuando la víctima sea menor de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados a realizar por sí mismo la denuncia, están obligados a realizarla sus representante legales, los obligados por alimentos y/o Ministerio Público, como así también quienes ocupen funciones en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan sospechas serias de que puedan existir.

La denuncia podrán realizarla en Tribunales de Familia, a los Jueces de Menores, Juzgados de Primera Instancia en lo Civil y Comercial y a los Jueces de Paz, del domicilio de la víctima.

El tribunal o Juez que interviene, deberá ordenar las medidas que considere a fin de evitar que se repita el hecho de violencia en el plazo inmediato, no debiendo pasar de 48 hs. de conocido el mismo para la adopción de las medidas.

Se nombran algunas:

- Ordenar la exclusión del presunto autor de la vivienda donde habita el grupo familiar.
- Prohibir el acceso del presunto autor al domicilio del damnificado, como a los lugares de trabajo, estudio o esparcimiento del damnificado y/o del progenitor o representante legal cuando la víctima sea menor o incapaz; como así también fijar un perímetro de exclusión para circular o permanecer por determinada zona.
- Proveer las medidas conducentes a fin de brindar al agresor y al grupo familiar, asistencia legal, médica y psicológica a través de los organismos públicos y entidades no gubernamentales con formación especializada en la prevención y atención de la violencia familiar y asistencia a la víctima.
- Si la víctima es menor o incapaz puede otorgarse su guarda provisoria a quien considere idóneo para tal función. La misma se otorgará prioritariamente a integrantes del grupo familiar o de la comunidad de residencia de la víctima.
- Y toda otra medida urgente que estime oportuna para asegurar la custodia y protección de la víctima.

El tribunal o Juez que interviene pedirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos, y/o psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y medio social y ambiental de la familia.

De las denuncias que se presentan, se participará al Consejo de la Familia y Desarrollo Humano con la finalidad que se brinde a las familias afectadas la asistencia legal, médica y psicológica que requieran, por sí o a través de otros organismos públicos y de entidades no gubernamentales con formación especializada en la prevención y atención de la violencia familiar y asistencia a la víctima.

Lo interesante es que esta Ley establece que el Poder Ejecutivo arbitrará los medios y los recursos necesarios para cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Articulación de las políticas de prevención, atención y tratamiento de las víctimas de violencia familiar.
- Desarrollar programas de capacitación de docentes y directivos de todos los niveles

de enseñanza, orientados a la detección temprana, orientación a padres, derivación asistencial de casos de abuso o violencia, así como la formación preventiva de los alumnos.

- Crear en todos los centros de salud dependientes de la Provincia, equipos multidisciplinares de niños y adolescentes víctimas y sus familias, con un médico infantil, un psicólogo y un asistente social con formación especializada en este tipo de problemáticas. Involucrar a los Municipios a generar equipos semejantes en los efectores de salud de su dependencia.
- Incentivar grupos de autoayuda familiar, con asistencia de profesionales expertos en el tema.
- Capacitar en todo ámbito de la Provincia, a los agentes de salud.
- Destinar a las comisarias personal especializado en la materia (equipos interdisciplinarios: abogados, psicólogos, asistentes sociales, médicos) y establecer un lugar privilegiado a las víctimas.
- Capacitar al personal de la Policía de la provincia de Buenos Aires sobre los contenidos de esta ley, a los fines de hacer efectiva la denuncia.
- Generar con los Municipios y las entidades comunitarias casas de hospedajes en cada comuna, que brinden albergue temporario a los niños, adolescentes o grupos familiares que hayan sido víctimas.
- Desarrollar en todos los Municipios servicios de atención telefónica de denuncias, dotadas de equipos móviles capaces de tomar contacto rápido con las familias afectadas y realizar las derivaciones oportunas que corresponden y realizando un seguimiento de cada caso.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Laura Selene Chaves Luna. Abogado del Niño. Editorial Tribunales. Febrero 2015.
- Legislación de la Familia y de los Menores. Ediciones del País. Febrero 2010.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ediciones del País. Octubre 2014.
- Maltrato al Menor. El lado oculto de la escencia familiar. Editorial Universidad. 1998.
- Daniel Hugo D'Antonio. Derecho de Menores. Editorial Astrea.1994.



## Boletín bibliográfico

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

**Dr. Carlos Luzzani**  
Médico Pediatra

### PANEL DE LA FDA APOYA VACUNAS DE ARN MENSAJERO EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS

Los beneficios de aplicar una vacuna de ARN mensajero de Pfizer/BioNTech (tres dosis) o Moderna (dos dosis) en niños de seis meses a cuatro o cinco años exceden con creces a sus riesgos, según votó de manera unánime (21-0) un panel asesor de la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos.

El Dr. Peter Marks, Ph. D., director del Centro de Investigación y Evaluación de Biológicos de la FDA, señaló que en Estados Unidos ha habido 442 muertes por COVID-19 entre niños menores de 4 años durante la pandemia, un número que comparó con las 78 muertes reportadas durante la pandemia de influenza H1N1. “No nos adormezcamos ante el número de muertes pediátricas debido al abrumador número de muertes de personas mayores”, instó.

### CON ÓMICRON, TAMBIÉN DECRECE EL SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO INFANTIL

El raro síndrome inflamatorio multisistémico infantil que se observa en algunos niños después de tener COVID-19 se ha vuelto aún más raro con la variante ómicron y la mayor cobertura de vacunación en ese segmento de edad, según un nuevo estudio danés sobre medio millón de niños y adolescentes con resultado positivo de la prueba para SARS-CoV-2.

Según publicó *JAMA Pediatrics*, la tasa de este síndrome en la ola de ómicron fue de 34,9 casos cada millón de niños sin vacunar y de 3,7 por cada millón de niños inmunizados, muy inferior a los registros de cuando delta era la variante predominante (290,7 y 101,5 por millón de niños, respectivamente).

Los autores creen que una explicación podría ser que ómicron tenga una menor capacidad de

disparar la hiperinflamación, aunque quizás también contribuya al efecto que esa complicación sea menos frecuente en casos de reinfección.

**Matías A. Loewy;**  
*Noticias y Perspectivas; Medscape Noticias Médicas*, 17 de junio de 2022

### FRENTE A ÓMICRON, LA INMUNIDAD “HÍBRIDA” PROTEGE MÁS QUE SOLO EL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN O LAS VACUNAS

Las personas que se infectaron con una versión anterior del coronavirus y recibieron tres dosis de una vacuna de ácido ribonucleico mensajero (ARNm) parecen estar mejor protegidas contra la infección sintomática por los sublinajes de ómicron BA.1 y BA.2, respecto de quienes solo fueron inmunizados o solo tuvieron COVID-19, según un estudio en Qatar publicado en *The New England Journal of Medicine*.

Aun cuando Ómicron escapó de las primeras líneas de defensa del cuerpo y muchas personas se contagiaron, cualquier forma de inmunidad, ya sea por vacunación, infección natural o ambas, “tuvo una efectividad de más de 70% contra la hospitalización y la muerte relacionadas con COVID-19”, aseguró un coautor, Laith Abu-Raddad, Ph. D., de *Weill-Cornell Medicine-Qatar*, en Education City, en las afueras de Doha.

**Matías A. Loewy;** *Noticias y Perspectivas; Medscape Noticias Médicas*  
24 de junio de 2022

### PRESCRIPCIÓN EXCESIVA DE AGONISTAS BETA-2 DE ACCIÓN CORTA EN LATINOAMÉRICA SE ASOCIA CON MALOS RESULTADOS EN ASMA

Promover esfuerzos educativos, eliminar la venta libre de agonistas beta-2 de acción corta y

políticas de salud pública que hagan asequibles tratamientos combinados son acciones indispensables para erradicar la prescripción excesiva de broncodilatadores agonistas beta-2 de acción corta en Latinoamérica, la cual se asocia con malos resultados en el asma, según un nuevo estudio publicado en *Journal of Asthma*.<sup>[1]</sup>

La prevalencia del asma en Latinoamérica es de 17% aproximadamente, pero con amplias diferencias dentro y entre países; por ejemplo, en México es de 5%, en Argentina, de 9%, pero en Costa Rica, de 30%, lo que es similar es que la mayoría de pacientes usan fármacos diarios de alivio y no atienden la inflamación subyacente, esto se convierte en un problema de salud pública y eleva los costos de atención porque el descontrol de la enfermedad propicia que los pacientes lleguen a los centros hospitalarios con crisis severas.<sup>[2]</sup>

El estudio transversal que evaluó las recetas de agonistas beta-2 de acción corta y los resultados clínicos de 1.096 pacientes de asma en seis países de Latinoamérica (México, Costa Rica, Brasil, Chile, Colombia y Argentina) arrojó que la prescripción excesiva o el sobreuso de agonistas beta-2 de acción corta se asoció con un aumento significativo en la tasa de exacerbaciones graves y una disminución de las probabilidades de tener el asma controlada.

A 40% de los pacientes se les prescribió agonistas beta-2 de acción corta en exceso (tres botes o más), de los que Brasil fue el país con mayor prescripción (63%), seguido de Costa Rica (60%) y de México (52%), mientras que en la prescripción de diez botes o más, México lidera con 42%.

A pesar de que 80% de los pacientes recibieron recetas de agonistas beta-2 de acción corta, casi 18% compraron agonistas beta-2 de acción corta sin necesidad de receta médica en los 12 meses anteriores y 39% compró tres botes o más, esto se relacionó con una disminución de las consultas médicas.

La Dra. María Felicia Montero Arias, médica internista y neumóloga del Hospital México y una de las autoras del artículo, subrayó que el objetivo del estudio era evaluar el impacto de la prescripción excesiva de agonistas beta-2 de acción corta en los resultados clínicos para ayudar a los médicos y a los encargados de formular políticas, a evaluar los beneficios potenciales de cambiar analgésicos que contienen corticosteroides inhalados, de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

“Los resultados se alcanzaron porque mostramos que, a mayor uso de salbutamol, mayor riesgo de tener exacerbaciones; a mayor uso de *canisters* por año, menor probabilidad de tener el asma controlada. Un paciente que usa salbutamol en exceso y no esteroides inhalados pierde función pulmonar con el paso de los años, hay gente que muere de asma por un mal control habiendo tantas herramientas, pero es la falta de educación lo que nos ubica en este problema y visibilizarlo hace posible que los que toman las decisiones hagan algo en favor de la población”, dijo a *Medscape*.

La especialista reiteró que es indispensable agotar medidas para disminuir el sobreuso de agonistas beta-2 de acción corta y adoptar una terapia de rescate que sea antiinflamatoria y sobre todo limitar el acceso al salbutamol, porque en la región es muy fácil que la población lo compre; agregó que también falta educar a pacientes y a médicos porque se sigue prescribiendo en exceso a pesar de que con el tiempo puede provocar pérdida de función pulmonar y las personas muchas veces no acuden con un especialista, pues es más fácil usar el medicamento de alivio rápido.

“Este no debería ser un medicamento que se pueda comprar en la farmacia por todos. También se requiere educación en los profesionales de la salud, porque a veces estamos muy acostumbrados a recetar salbutamol, entonces la respuesta es la educación y fomentar el tratamiento de mantenimiento”, expresó.

En ese sentido, la Dra. Désirée Larenas Linnemann, directora del Centro de Excelencia en Asma y Alergia en el Hospital Médica Sur, que no participó en el estudio, aseguró que es necesario que el personal médico entienda que ya no se debe manejar el asma como se hacía hace 50 años y constantemente se debe revisar la evidencia científica, porque lo que funciona hoy, podría no servir mañana. Hizo un llamado a los responsables de las decisiones para revisar qué medicamentos no deberían tener venta libre, así como mejorar el acceso a especialistas y tratamientos seguros y eficaces en el menor tiempo posible.

“Cada año, cada minuto se renuevan las cosas, no podemos seguir usando tratamientos que sirvieron hace medio siglo, ya existen muy buenos medicamentos para manejar el asma. El manejo correcto del asma cuesta muchísimo menos que atender crisis, entonces lo que requerimos es que aquellos al frente de las decisiones invier-

tan en campañas de difusión para fomentar la educación; si no se restringe la venta libre de salbutamol, entonces educar a los pacientes, que los tratamientos combinados sean accesibles y ahí se verá un efecto positivo a largo plazo, no solo en los pacientes, sino en el costo del asma”.

### **México requiere mejores políticas públicas para atender el asma**

La investigación reveló que México es el país con mayor porcentaje (42%) de pacientes que recibieron una prescripción de agonistas beta-2 de acción corta de más de diez botes por año y si usar más de tres inhaladores de salbutamol por año aumenta el riesgo de crisis severas por asma, el uso de diez aumenta el riesgo de muerte.

Al respecto, la Dra. Larenas Linnemann, también coordinadora del *International Severe Asthma Registry* (ISAR) comentó que el contexto mexicano va más allá de la venta libre de salbutamol, de la que está de acuerdo con que se restrinja, sino que es necesario que la población tenga acceso a terapias combinadas, a una atención integral de su enfermedad rápida, gratuita y cálida.

“En México es claro que la prescripción no cumple con las recomendaciones internacionales y sin duda se necesitan programas educativos para pacientes, profesionales de la salud e integrantes de firmas farmacéuticas, pero lo más importante es que desde la salud pública los pacientes mexicanos cuenten con un tratamiento innovador asequible, porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrá recomendar medicamentos duales, pero si vas al seguro social y no hay, qué haces, pues usas lo que esté al alcance, y ahí una de dos, o compras el tratamiento combinado o usas salbutamol”, expresó.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, se estima que el asma tiene una prevalencia en México de entre 5% y 12% y se acentúa en menores de edad; se trata de una enfermedad crónica que se puede controlar con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

Para lograrlo y además desincentivar el uso indiscriminado de salbutamol, la también representante de México en la Iniciativa Global para el Asma (GINA) señaló que a través de la plataforma nacional Manejo Integral del Asma (MIA) se indica que ya no se debe “rescatar” a los pacientes con asma solo con salbutamol, sino que es necesario el uso de fármacos duales que también contienen corticosteroides y, en caso de

que en las unidades médicas no haya, los médicos puedan brindar otras opciones.<sup>[3]</sup>

Agregó que hay diferentes mecanismos que causan inflamación, por ejemplo, las alergias, el asma ocupacional y la que está asociada a la obesidad, que es la que en México se mantiene en aumento desde hace algunos años.

“Si no podemos seguir la recomendación mundial con medicamentos combinados, entonces hay que ofrecerle a nuestros pacientes ‘trucos’ para que su organismo reciba las ventajas de cada uno con aspiraciones de salbutamol y antiinflamatorios. El estudio da cuenta del asma por obesidad, que es más común en mujeres, ¿esto qué nos dice? Que además de la educación respecto a la enfermedad, de los diagnósticos y tratamientos oportunos, es posible que se necesiten programas educativos que aumenten la conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida saludable”, dijo.

### **Educación “la gran utopía”**

El estudio resaltó que países como Brasil y Argentina han implementado estrategias para minimizar la carga del asma y que si bien han tenido cierto grado de éxito, los resultados de la cohorte latinoamericana demuestran la necesidad de iniciativas educativas sostenidas y relevantes.<sup>[4,5]</sup>

Ignacio Zabert, neumólogo y miembro de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR) que no participó en la investigación, señaló que en su país el aumento de la venta de corticosteroides inhalados y la disminución del uso de teofilina se asocian con menor mortalidad por asma, sin embargo, no es suficiente y se requieren más estrategias que eviten la automedicación y promuevan el control de la enfermedad.

“Lo que debemos hacer tanto médicos como pacientes es diferenciar entre el fármaco de alivio y el antiinflamatorio. Salbutamol es un fármaco que hace aproximadamente 50 años está en uso, es bastante seguro, el problema es su sobreuso y eso posiblemente significa que nos estamos quedando cortos en el tratamiento del asma. Hay que poner atención en ambas aristas porque, como menciona el estudio, no es solo la prescripción, sino su compra deliberada, hay cerca de 20% de los pacientes estudiados que consumen salbutamol sin receta y eso refleja la creencia de que el automanejo está bien, pero no es así, eso no es controlar el asma, sino aliviar síntomas y a la larga pone en riesgo la vida de las personas”, aseguró.

El neumólogo destacó que como ocurre en

gran parte de Latinoamérica, la atención en el primer nivel es muy sesgada y se debe reforzar el conocimiento de médicos de primer contacto para identificar cuando una persona tiene asma y referirlo con un neumólogo, pero también es fundamental que la población busque un diagnóstico ante síntomas como ronquidos en el pecho, tos que empeora por la noche o si existe dolor/opresión en el pecho en lugar de automedicarse.

Mencionó que, en Argentina, cuando se acude a una clínica de primer nivel, hay electrocardiogramas, pero no espirómetros, eso hace complejo el diagnóstico y tratamiento oportuno del asma. A eso se suma la falta de políticas públicas que faciliten el acceso a medicamentos o tratamientos innovadores.

“El principal reto es homogenizar la atención primaria y que desde este nivel se detecte la presencia de asma, pero hay que contar con mayor tecnología en las clínicas y formar a médicos y técnicos para lograr un diagnóstico temprano y no que pasen meses o años hasta derivar a un centro especializado. Pero insisto en que también se tiene que educar a los pacientes, que entiendan que una vez que los diagnostiquen, el asma no va a desaparecer, pero pueden llevar un buen control como pasa con la diabetes, hipertensión y otras más, entonces la meta un tanto utópica es la buena educación”.

### Investigaciones futuras

Los factores potencialmente asociados con la alta prescripción de agonistas beta-2 de acción corta no fueron objeto de la investigación, lo que la Dra. Montero Arias reconoce como una limitación, pero aseguró que este análisis se hará próximamente.

También adelantó a *Medscape* que está por publicarse un estudio que detalle la huella de carbono que tienen los inhaladores, porque en medio del cambio climático que enfrenta el mundo entero, no es posible pasar por alto los impactos en el medio ambiente desde la medicina.

“Tal vez una falla en este estudio es que tomamos en cuenta la cantidad de salbutamol que se prescribió, pero no necesariamente la cantidad de inhalaciones que el paciente utilizó, porque eso sería más difícil, pero la investigación no quedará aquí; se están analizando los posibles factores que propician la prescripción excesiva y hay una publicación que saldrá sobre el impacto en el ambiente por los inhaladores, no es solo la carga médica en cuanto a costos o el aumento de

exacerbaciones, sino el impacto ambiental que a todos nos debe interesar”, concluyó.

*Los doctores Larenas Linnemann y Zabert han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. La Dra. Montero informó que ha participado en estudios clínicos patrocinados por AstraZeneca y Novartis. También en conferencias y consejos asesores patrocinados por AstraZeneca, Novartis y Boehringer Ingelheim.*

**Perla Miranda**

*Medscape. Noticias Médicas,  
5 de julio de 2022*

### Referencias

1. Montero-Arias F, Garcia JCH, Gallego MP, Antila MA, y cols. Over-prescription of short-acting  $\beta$ -agonists is associated with poor asthma outcomes: results from the Latin American cohort of the SABINA III study. *J Asthma*. 20 Jun 2022;1-14. doi: 10.1080/02770903.2022.2082305. PMID: 35670783. Fuente
2. Nannini LJ, Luhnig S, Rojas RA, Antunez JM, y cols. Position statement: asthma in Latin America. IS short-acting beta-2 agonist helping or compromising asthma management? *J Asthma*. Ago 2021;58(8):991-994. doi: 10.1080/02770903.2020.1777563. PMID: 32482150. Fuente
3. Larenas-Linnemann D, Salas-Hernández J, del Río-Navarro BE, y cols. MIA 2021, Comprehensive Asthma Management Guidelines for Mexico. *Rev Alerg Mex*. 2021;68 Supl 1:s1-s122.
4. Lasmar L, Fontes MJ, Mohallen MT, Fonseca AC, y cols. Wheezy child program: the experience of the belo horizonte pediatric asthma management program. *World Allergy Organ J*. Dic 2009;2(12):289-95. doi: 10.1097/WOX.0b013e3181c6c8cb. PMID: 23282315. Fuente
5. Neffen H, Baena-Cagnani C, Passalacqua G, Canonica GW, y cols. Asthma mortality, inhaled steroids, and changing asthma therapy in Argentina (1990-1999). *Respir Med*. 2006 Aug;100(8):1431-5. doi: 10.1016/j.rmed.2005.11.004. PMID: 16364622. Fuente

## ¿QUÉ SE SABE DE COVID-19 PERSISTENTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES?

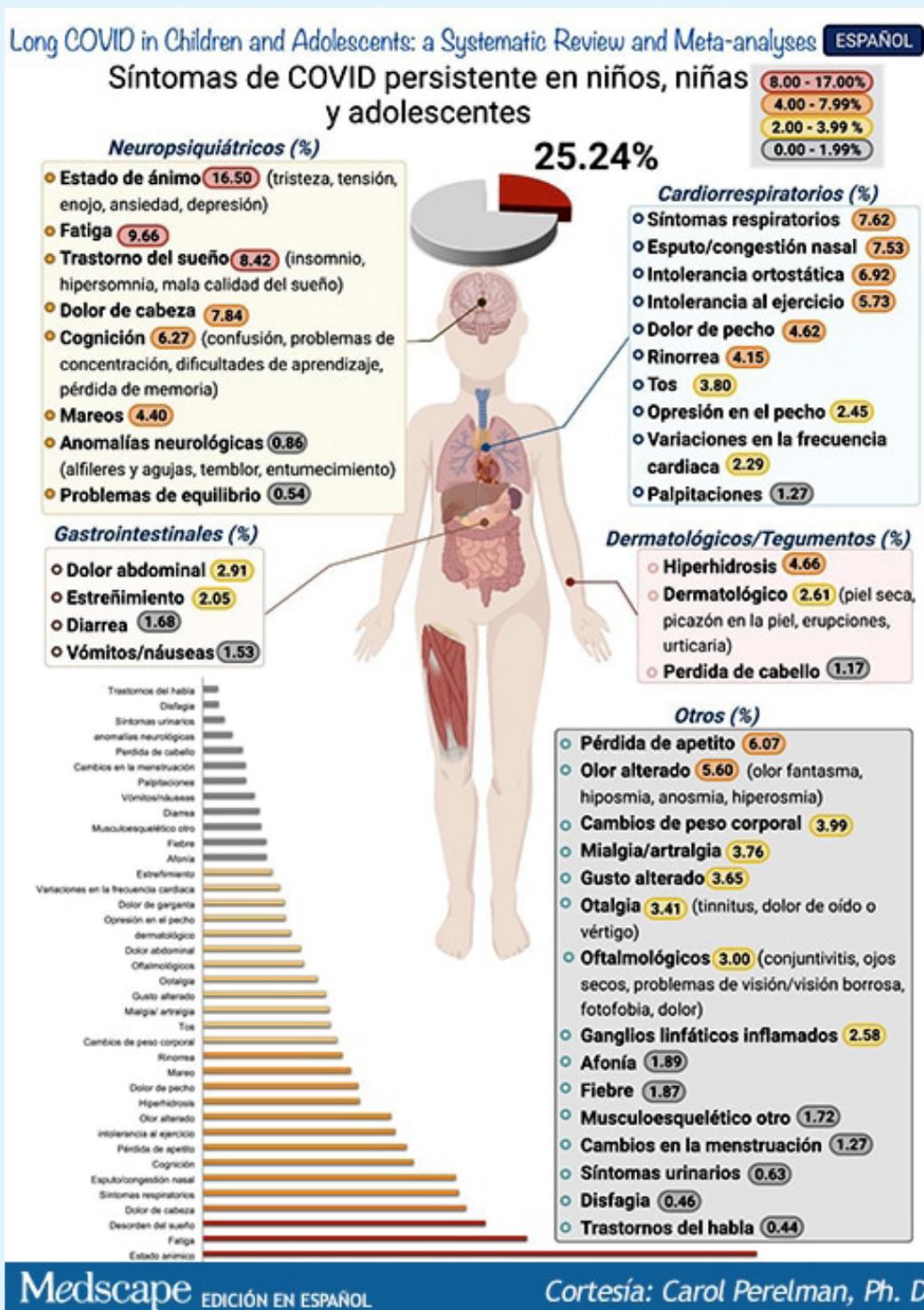
Aunque en el ambiente científico, la propia existencia de COVID-19 persistente en la pobla-

ción infantojuvenil aún es tema de debate, esta semana dos estudios publicados llamaron la atención sobre los signos y síntomas de COVID-19 persistente en niños y adolescentes.<sup>[1,2]</sup>

El primero, una revisión sistemática y metanálisis publicado por un grupo multidisciplinario mexicano en *Scientific Reports*, identificó como manifestaciones clínicas más prevalentes de la COVID-19 persistente en niños y adolescentes, las alteraciones del estado de ánimo, que inclu-

ye tristeza, tensión, enojo, depresión y ansiedad (16,50%); fatiga (9,66%), y trastornos del sueño (8,42%).<sup>[1]</sup>

Y otro estudio realizado en Dinamarca, LongCOVIDKidsDK, comparó a 11.000 menores de 14 años que habían dado positivo para COVID-19 con 33.000 niños sin antecedentes de la infección, publicado en *The Lancet Child & Adolescent Health*.<sup>[2]</sup>



## Lo importante es mostrar que existe

Las investigadoras estimaron la prevalencia y contabilizaron los signos y síntomas de COVID-19 persistente utilizando la definición del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Reino Unido (presencia de uno o más síntomas más de cuatro semanas después de una infección por SARS-CoV-2). Los términos utilizados fueron: COVID-19, COVID, SARSCOV-2, coronavirus, "COVID prolongado", "posCOVID", PASC, portadores, prolongados, posagudo, persistentes, convalecientes, secuelas y posvirales.

De las 8.373 citas que arrojó la búsqueda al 10 de febrero de 2022, 21 estudios prospectivos, dos de ellos en servidores de pre impresión, cumplieron con los criterios de selección de las autoras y abarcan un total de 80.071 menores de 18 años.

En el metanálisis se reportó una prevalencia infantojuvenil de COVID-19 persistente de 25,24% (intervalo de confianza de 95% [IC 95%]: 18,17 a 33,02; I<sup>2</sup>: 99,61%), independientemente si la COVID-19 que cursaron los menores fue asintomática, leve, moderada, grave o severa. Para aquellos que habían sido hospitalizados, la prevalencia fue de 29,19% (IC 95%: 17,83 a 41,98; I<sup>2</sup>: 80,84%).<sup>[1]</sup>

Pero estos números, aunque llamativos, no son lo principal del trabajo, de acuerdo con la Dra. Sandra López-León, médica epidemióloga y primera autora del metanálisis. "Es importante no enfocarnos en ese 25%. Es una enfermedad que estamos conociendo, estamos en un momento en que todavía las definiciones están cambiando y, según cuando se mida, va a dar un número diferente. El mensaje que queremos dar es que la COVID-19 persistente existe, está sucediendo en niños y en adolescentes y los pacientes necesitan ese reconocimiento. Y también mostrar que puede afectar todo el cuerpo", declaró a *Medscape Noticias Médicas* la Dra. López-León que es profesora adjunta de la *Rutgers University*, en New Brunswick, Estados Unidos.

El estudio mostró que la población infantojuvenil que presentó infección por SARS-CoV-2 tuvo posteriormente también un mayor riesgo de disnea persistente, anosmia/ageusia o fiebre, en comparación con los controles.

En total, en la literatura revisada, identificaron más de 40 manifestaciones clínicas a largo plazo asociadas con COVID-19 en la población pediátrica.

Los síntomas más comúnmente reportados entre los niños de 0 a 3 años fueron: cambios

de humor, erupciones cutáneas y dolores de estómago; entre los de 4 y 11 años: cambios de humor, dificultad para recordar o concentrarse y erupciones cutáneas, y entre los de 12 a 14 años: fatiga, cambios de humor y problemas para recordar o concentrarse. Estos datos están basados en las respuestas de los padres.

La lista de signos y síntomas incluye también dolor de cabeza, síntomas respiratorios, cognitivos (como menor concentración, dificultades de aprendizaje, confusión y pérdida de memoria), pérdida de apetito, y alteración del olfato (hiposmia, anosmia, hiperosmia, parosmia y olor fantasma).

Con una prevalencia inferior a 5%, los diferentes estudios registraron hiperhidrosis, dolor en el pecho, mareos, tos, mialgia/artralgia, cambios de peso corporal, alteración del gusto, otalgia (tinnitus, dolor de oído, vértigo), síntomas oftalmológicos (conjuntivitis, ojo seco, problemas, visión borrosa, fotofobia, dolor), dermatológicos (piel seca, picazón en la piel, erupciones cutáneas, urticaria, pérdida de cabello), urinarios, dolor abdominal, de garganta, opresión en el pecho, variaciones en la frecuencia cardíaca, palpitaciones, estreñimiento, disfonía, fiebre, diarrea, vómitos/náuseas, cambios en la menstruación, anomalías neurológicas, alteraciones del habla y disfagia.

Las autoras dejaron claro, también, que la variedad de síntomas puede variar de un paciente a otro, fluctuando en su frecuencia y gravedad.

"El metanálisis es importante porque reúne 21 trabajos seleccionados de más de 8.000 artículos, y en ellos una gran cantidad de niños, para estudiar las manifestaciones más comunes de la COVID-19 persistente. Lo importante acá es que la COVID-19 persistente existe en pediatría. Y que es una prolongación de signos o síntomas en el tiempo, un tiempo para el cual no hay una definición única", declaró a *Medscape Noticias Médicas* la Dra. Gabriela Ensinck, jefa del Servicio de Infectología del Hospital de Niños «Víctor J. Vilela» en Rosario, Argentina, que no participó del trabajo.

"Es una fotografía de todos los síntomas que pueden quedar después de la COVID-19", explicó la Dra. López-León. "El metanálisis busca ver si hay una asociación entre haber tenido COVID-19 y tener los síntomas, pero no habla en ningún momento de una causalidad".

La prevalencia de los síntomas depende en gran medida de cuánto tiempo ha pasado después de presentar un cuadro agudo de COVID-19. La

mayoría de los síntomas mejoran con el tiempo. En los estudios comparados en el metanálisis, el tiempo de seguimiento varió entre 1 y 13 meses. Para las autoras, sería importante comprender qué síntomas están asociados con cada periodo de tiempo después del inicio de la infección.<sup>[1]</sup>

### Resultados de la encuesta a padres en Dinamarca

El estudio danés, LongCOVIDKidsDK, siguió los criterios de la Organización Mundial de la Salud, incluyendo niños de 0 a 14 años que recibieron un diagnóstico de COVID-19 y después experimentaron síntomas con una duración de al menos dos meses.<sup>[2]</sup>

En el estudio se realizó un cuestionario entre el 20 de julio de 2021 y el 15 de septiembre de 2021, en el que participaron 38.152 casos y 147.212 controles, de los cuales respondieron a la encuesta 10.997 (28,8%) casos y 33.016 (22,4%) controles.

Los niños con un diagnóstico positivo de SARS-CoV-2 tenían más probabilidades de experimentar síntomas duraderos que los niños que nunca habían tenido un diagnóstico positivo y aproximadamente un tercio de los niños con pruebas positivas de SARS-CoV-2 experimentaron síntomas que no estaban presentes antes de la infección. Los niños que experimentaron síntomas de larga duración fueron: 40% de los niños diagnosticados con COVID-19 y 27% de los controles en el grupo de 0 a 3 años, 38% de los casos en comparación con el 34% de los controles en el grupo de 4 a 11 años, 46% de los casos y 41% de los controles para el grupo de 12 a 14 años.

De forma interesante, aquellos con diagnóstico de COVID-19 informaron menos problemas psicológicos y sociales que los del grupo de control. En los de mayor edad (de 12 a 14 años) los puntajes de calidad de vida fueron incluso más altos y los de ansiedad más bajos en aquellos que habían dado positivo por SARS-CoV-2.<sup>[2]</sup>

### Hace falta más información

Ante la diversidad de los síntomas, tanto para las autoras del metanálisis como los del estudio LongCOVIDKidsDK, resulta imperativo un abordaje multidisciplinar. La Dra. López-León y colaboradoras sugieren que es necesario crear conciencia entre los padres, los médicos e investigadores y el sistema de salud sobre las aflicciones que pueden ocurrir tras la infección por COVID-19 para comprender mejor las se-

cuelas para proporcionar atención médica y tratamiento específicos. Mientras que Kikkenborg y colaboradores recomiendan incluso establecer clínicas para COVID-19 persistente con atención multiprofesional.

No obstante, para la autora del editorial del estudio danés, Maren J. Heilskov Rytter, profesora clínica adjunta del Departamento de Medicina Clínica de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud en la *University of Copenhagen*, en Copenhague, Dinamarca, hasta que se aclare si en efecto el SARS-CoV-2 causa síntomas persistentes “parece excesivo y prematuro establecer clínicas multidisciplinarias específicas para los niños con COVID-19 persistente”.<sup>[3]</sup>

Heilskov Rytter destacó la dificultad de la interpretación de los datos de LongCOVIDKidsDK por el sesgo de recuerdo y la falta de exclusión de otras causas de los síntomas en los casos analizados y la cantidad de síntomas en los controles. Además, con lo que respecta a los datos analizados en Dinamarca, mencionó que son de limitada pertinencia clínica, ante una mayor presencia de síntomas leves y acompañamiento, paradójico, de una mayor calidad de vida.

Finalmente, concluyó: “En la mayoría de los niños con síntomas inespecíficos tras COVID-19, es más probable que los síntomas presentados hayan sido causados por algo más que COVID-19 y, si están relacionado a la COVID-19, es probable que desaparezcan con el tiempo”.

La Dra. Ensinck, quien también es coautora de la guía elaborada por el Ministerio de Salud de la Argentina para el seguimiento de la COVID-19 persistente en niños, niñas y adolescentes y en la que representó al Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, destacó otro aspecto del problema.<sup>[4]</sup> “Lo que se debería tener en cuenta en estos datos es ver cuánto contribuyó el confinamiento. Los niños son los que más sufrieron en el periodo en el que se cerraron las escuelas, no podían reunirse con sus pares, tenían familiares enfermos, sentían temor... todo esto hay que tenerlo en cuenta”.

Tampoco hay todavía acuerdo sobre cómo definir y diagnosticar COVID-19 persistente en adultos, una población que está más estudiada. Y parte del problema es que se ha relacionado con más de 200 síntomas, cuya gravedad puede variar de inconveniente a debilitante, puede durar meses o años, y puede reaparecer, a veces meses después de una aparente recuperación. Por eso aún hay respuestas dispares a preguntas básicas

como: ¿Qué tan frecuente es? ¿Cómo afecta la vacunación o la reinfección o la última variante del SARS-CoV-2? <sup>[5]</sup>

La Dra. Sandra López-León es empleada de Novartis Pharmaceuticals. La Dra. Gabriela Ensinck ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

**Roxana Tabakman**

*Medscape, Noticias Médicas,  
24 de junio de 2022*

### Referencias

1. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo del Valle NC, Perelman C, y cols. Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep.* 23 Jun 2022;12, 9950. doi: 10.1038/s41598-022-13495-5. Fuente
2. Kikkenborg SB, Palm P, Nygaard U, Bundgaard H, y cols. Long COVID symptoms in SARS-CoV-2-positive children aged 0–14 years and matched controls in Denmark (LongCOVIDKidsDK): a national, cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Health.* 22 Jun 2022. doi : 10.1016/S2352-4642(22)00154-7. Fuente
3. Heilskov MJR. Difficult questions about long COVID in children. *Lancet Child Adolesc Health.* 22 Jun 2022. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00167-5. Fuente
4. Blankenburg J, Wekenborg MK, Reichert J, Kirsten C, y cols. Comparison of mental health outcomes in seropositive and seronegative adolescents during the COVID19 pandemic. *Sci Rep.* 10 Feb 2022;12(1):2246. doi: 10.1038/s41598-022-06166-y. PMID: 35145161; PMCID:

PMC8831534. Fuente

5. Ledford H. How common is long COVID? Why studies give different answers. *Nature.* 20 Jun 2022. doi: 10.1038/d41586-022-01702-2. PMID: 35725828. Fuente

## LECCIONES DEL CONFINAMIENTO PARA REDUCIR LAS EXACERBACIONES DEL ASMA

Durante siete de ocho cuatrimestres de 2020 y 2021, las exacerbaciones del asma en una cohorte de más de 100.000 pacientes de Inglaterra disminuyeron entre 40 y 63% en comparación con el periodo de 2016 a 2019, lo que los investigadores atribuyen sobre todo a una menor exposición a otros virus respiratorios por medidas tales como el uso de mascarillas, el distanciamiento social y la higiene frecuente de manos.

Para los autores, hay que extraer un aprendizaje de la pandemia y desarrollar intervenciones no farmacológicas pragmáticas sostenibles en el tiempo que reduzcan la exposición a otros virus respiratorios (como rinovirus), alentando también un mayor énfasis en el automanejo del asma, la telemedicina y el rediseño de las salas de espera en distintos entornos clínicos, según propusieron en *The Lancet Regional Health-Europe*.

**Matías A. Loewy**

*Noticias y Perspectivas;  
Medscape Noticias Médicas,  
8 de julio de 2022*



### ADENDUM

**“LA EDUCACIÓN ES EL ARMA MÁS PODEROSA QUE PUEDES USAR PARA CAMBIAR EL MUNDO”**

**NELSON MANDELA**

**Nelson Rolihlahla Mandela** (18 de julio de 1918, Mvezo, Sudáfrica- 5 de diciembre de 2013, Houghton Estate, Johannesburgo, Sudáfrica) fue un abogado, activista contra el apartheid, político y filántropo sudafricano que presidió el gobierno de su país de 1994 a 1999, tras una larga lucha y 27 años de cárcel. Fue el primer mandatario negro que encabezó el poder ejecutivo, y el primero en resultar elegido por sufragio universal en su país. Como la de cualquier niño africano en las zonas rurales, la infancia de Nelson Mandela transcurrió entre juegos y en estrecho contacto con las tradiciones de su pueblo. Hijo del jefe de una tribu, se le puso de nombre Rolihlahla, que significa revoltoso, pero a los siete años, con el fin de que pudiera asistir a la escuela metodista, fue bautizado con el nombre de Nelson en la iglesia de Transkei; ya famoso, sus compatriotas lo llamarían Madiba, por el nombre de su clan.

***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***

