



NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXIII

Diciembre 2023

N° 88

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

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

Director Titular

Dra. Claudia G. Vaccarelli

1^{era} Directora Asociada

Dra. Mirta S. Vázquez

2^{da} Directora Asociada

Dra. Viviana E. Soligo

Coordinadores

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Cristina D'Afflitto /

Dra. Irene Dechiara / Dra. Graciela Robbio /

Dra. Susana Mabel Rosso / Dr. Maximiliano Schianni

Distrito Oeste

Dra. María Florencia Barril / Dra. Gladys Convertini /

Dra. Nora Olloqui / Dra. Silvia Redensky /

Dra. María Cecilia Rizzuti

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dra. Claudia Corigliano

Dr. Claudio Mauritzen / Dra. Andrea Rodríguez

Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa

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

Dr. Alberto Libanio

Grupo Editorial Región Metropolitana

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen,

María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y

Claudia Corigliano

ÍNDICE

- Editorial.
¡¡¡Pediатras unidos por nuestros ideales!!! 2
Dra. Claudia G. Vaccarelli
- Actividades docentes y destacadas de la Región 3
- XV Jornadas de la Región Metropolitana 6
- Un sueño sin cumplir: niños felices atendidos por
pediatras felices 9
Saúl Gleich
- APS y desafío actual en las enfermedades
poco frecuentes (EPOF) 10
Ma. del Carmen Martínez Perea
- Ejerciendo en la era digital: oportunidades y desafíos
en la práctica actual 15
Laura Krynski
- Los cuentos infantiles en Pediatría: Cuentos para
acompañar procesos (Segunda parte) 18
María Paula Gerardi
- Historia del Hospital Carlos Bocalandro 22
María Rosa Damigella, María Cristina D'Afflitto,
Bibiana Baldassarri
- Lineamientos prácticos sobre medicina del viajero
en pediatría 25
M. Paula Della Latta
- Conceptos jurídicos para médicos que atienden a
menores de edad 30
Viviana Edith Soligo
- Qué debe saber el pediatra sobre: Cefaleas en
niños y adolescentes 35
Fanny Breitman
- Programa Federal Único de informatización y
digitalización de historias clínicas de la
República Argentina. Ley 27.706 43
Mercedes Regina Acuña
- Boletín bibliográfico 88 50
Carlos Luzzani

"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

¡¡¡PEDIATRAS UNIDOS POR NUESTROS IDEALES!!!*“INTEGRIDAD es hacer lo correcto aunque nadie esté mirando”**Jim Stovall*

Comienza una nueva gestión, 2023-2025, cargada de proyectos y anhelos para el trabajo y desempeño de nuestra querida Región Metropolitana.

Ante que nada, quiero agradecer a todos los Metropolitanos que confiaron en mí. Espero estar a la altura de los colegas que me precedieron, de los cuales no tengo más que palabras de agradecimiento por su entrega hacia la Región y por ser el ejemplo a seguir.

Transitamos momentos difíciles en cuanto a nuestro ejercicio profesional. Todos sabemos que al estrés post pandemia, con todo lo que ésta palabra “PANDEMIA” conlleva (aislamiento social-muerte-internaciones-enfermedad-secuelas-etc.) tanto en nuestros pacientes y sus familias como en nosotros, los Trabajadores de la Salud, se suma el estrés profesional de no contar con un salario digno, lo que nos obliga a recurrir al multiempleo para llegar, económicamente, a fin de mes, lo que implica en muchos casos inestabilidad laboral. Toda esta sumatoria de efectos adversos, nos consume la energía positiva que deberíamos enfocar en ser FELICES de poder ejercer nuestra profesión que tanto tiempo, esfuerzo, dinero y privaciones personales requirió, pero que en la siempre primó, por sobre todas las cosas, la **vocación de ser Pediatras**.

Nos formamos profesionalmente porque amamos lo que hacemos y nos sentimos privilegiados de acompañar a las familias en la crianza de sus hijos, y poder forjar con ellos una relación que perdurará en el tiempo a través del respeto mutuo, permitiéndonos, desde el conocimiento científico, ofrecer herramientas de promoción y prevención de la salud, generando en muchos casos un impacto positivo en la calidad de vida de nuestros niños y proyectarlo al adulto de mañana.

Tantos sinsabores vividos nos dieron algo positivo: la fortaleza de unirnos como “Asociaciones de Pediatras” y tratar de empezar a luchar todos juntos por un bien común que mejore nuestra calidad de vida.

Estoy convencida que, a pesar de todas estas adversidades por las cuales nos sentimos abrumados, las mismas se disipan cuando nuestro corazón estalla de alegría ante el abrazo desinteresado e incondicional de un niño-paciente, ante un dibujo o cartita que nos hicieron como regalo, ante una sonrisa honesta y descontracturada, ante un diagnóstico correcto y una evolución clínica favorable con un “Gracias Dr./a, está mucho mejor...” Porque todos estos actos alimentan positivamente nuestro espíritu y nos indican que estamos por el camino correcto de la Pediatría.

Doy por descontado que juntos seguiremos unidos haciendo el mayor esfuerzo para que nuestro trabajo diario sea dignificado, como también sé que esta unión Metropolitana nos retroalimentará, con mayores saberes y conocimiento para ofrecer a nuestros pacientes una calidad de atención pediátrica superadora y que nuestro norte sean las palabras del Gran Maestro de la Pediatría, el Dr. Carlos Gianantonio: *“la Pediatría es una actividad humilde. Se trata de gente que quiere hacer algo y hacerlo bien y se siente feliz de hacerlo. Cuida a los niños: a los seres humanos en esa edad en que pequeños hechos tiene efectos enormes sobre el futuro del individuo”*.

Manos a la obra Metropolitanos, a seguir avanzando juntos por el bien común.

Dra. Claudia G. Vaccarelli

Directora Titular Región Metropolitana SAP

COMUNICACIÓN CD SAP

“Gramática y estilo. Es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción y utilizar un estilo apropiado para la información científica. La SAP apoya la equidad, diversidad e inclusión en materia de género. A los fines exclusivos de facilitar la lectura, en la redacción utiliza el genérico, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones.”



Región Metropolitana

ACTIVIDADES DOCENTES

CURSO “ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

Lugar: 26° Edición. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, CABA.

Fecha: Desde el jueves 21 de marzo al 5 de diciembre de 2024.

Horario: 10 a 12 horas.

Modalidad presencial.

140 horas docentes. Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP. Región Metropolitana.

Otorga créditos para la recertificación.

Directora: *Dra. Ana L. Kannemann*

Coordinadoras: *Dras. Mercedes Manjarin, Magalí Hamui, Luciana Lombardo*

Informes e inscripción: eppaelizalde2022@gmail.com



ACTIVIDADES DESTACADAS

La REGIÓN METROPOLITANA de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA dedica este espacio con el fin de resaltar a los siguientes profesionales que ocupan lugares destacados en otros ámbitos, reconociendo su pertenencia a la REGIÓN:

- **Dr. Alberto Libanio:** Miembro Titular del Órgano de Fiscalización (período 2023-2025).
- **Dra. Débora Rocca Huguet:** Miembro Integrante del Consejo de Evaluación Profesional (período: 2023-2027).
- La **Dra. Irene Dechiara**, participó en el 41° Congreso Argentino de Pediatría, en la Ciudad de Mendoza, como Discutidora en la Presentación Breve de Trabajos Libres - Mix de Temas II.

Se presentaron nueve trabajos de reportes de casos, todos muy interesantes y de distintas provincias del país.

Es un orgullo para nuestra Región que sus integrantes hayan podido alcanzar tanto mérito dentro de la Sociedad Argentina de Pediatría.



CONARPE Mendoza.
Dra. Irene Dechiara.



“Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la nueva realidad”

Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro

Los días 24 y 25 de agosto de 2023, en el Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Carlos A. Gianantonio”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con mucha alegría, se realizaron las **XV Jornadas de la Región Metropolitana**.

En esos dos intensos días, a través de mesas redondas, conferencias, sesiones interactivas y presentación de trabajos, nos actualizamos y compartimos experiencias en riquísimos espacios de intercambio. También nos reencontramos y conversamos con colegas y amigos, un valor agregado de la modalidad presencial.

La *Dra. Dechiara* (Presidente de las Jornadas), el *Dr. Libanio* (Vicepresidente), la

Dra. Vaccarelli (Secretaria general) y la *Dra. Acuña* (Secretaria Científica), junto con la colaboración de miembros de la Región y de entidad matriz de la SAP, llevaron adelante la organización general de las Jornadas y del programa científico.

Contamos con un valioso Comité de Honor. Los *Dres. Alberto Libanio, Carlos Luzzani, Edgardo Flamenco, Miriam Bonadeo, Mirta Vázquez* y *Patricia Débora Rocca Huguet*, con su experiencia y generosa dedicación, colaboraron en todo momento para llevar adelante las Jornadas.

¡¡Les damos las gracias!!

A continuación, compartimos un resumen de las actividades desarrolladas.

Se realizaron seis **Mesas Redondas**, recorriendo temas diversos:

- En la mesa de **Gestión en Salud y Pediatría**, coordinada por el Dr. Aubone, el Dr. Flamenco disertó a cerca del nomenclador pediátrico y la Dra. Halac, sobre seguridad del paciente.
- En la mesa de **Nuevas herramientas para el pediatra en Discapacidad**, el Dr. Libanio presentó una actualización del Certificado Único de Discapacidad, la Dra. Martínez Perea habló de las Enfermedades Poco Frecuentes y la Atención Primaria de la Salud y el Dr. Maza, planteó distintas cuestiones sobre Trastorno Generalizado del Desarrollo y Trastorno del Espectro Autista.
- En la mesa de **Patologías neonatales: proyección y abordaje en el consultorio del pediatra**, la Dra. Mariani compartió Tips para el Seguimiento del Prematuro Tardío, la Dra. Scaramutti habló de Evaluación de Neurodesarrollo en Prematuros y la Dra. Duró disertó a cerca de la Sífilis Neonatal.
- Además, compartimos la mesa de **Novedades en adolescencia post pandemia** con las charlas sobre Sexualidad y Diversidad Sexual, con interesantes aportes de la Dra. Papolla, Infecciones de Transmisión Sexual, a cargo de la Dra. Mülli y Salud Mental y Adolescencia, presentada por el Dr. Sangineto. Coordinó la mesa, el Dr. Aubone.
- También, se desarrollaron ampliamente distintos aspectos relacionados con **Tuberculosis**, en dos mesas redondas, con varias disertaciones de especialistas y presentación de casos clínicos.
- El Comité Regional de Prevención de Lesiones organizó la mesa interactiva **Prevenir es fundamental... ¿Estamos a la altura?** Estrenamos una aplicación para poder participar desde el celular.

La Dra. Rizzuti nos hizo pensar en cómo prevenir ahogamientos, la Dra. Barril, cómo viajar seguros y la Dra. Cabrerizo, habló sobre intoxicaciones.

En estas jornadas, se llevaron a cabo, además, cuatro conferencias excepcionales. Como pudimos apreciar en las ponencias del Dr. Rodolfo Pablo Moreno y de la Dra. Marisa Graham, las actuales inequidades sociales, en salud y en educación, constituyen serias amenazas para el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes de nuestro país. Nos planteamos el gran desafío de hacer visible esta realidad y trabajar para mejorarla día a día. También la Dra. Ángela Gentile actualizó un tema siempre importante, al hablar sobre **Novedades en vacunas**. Por su parte, la Dra. Laura Krynski presentó la conferencia **Desafíos y Oportunidades en la Era Digital**, tema tan actual como desafiante.

Se presentaron doce trabajos: de investigación, de casos clínicos y relatos de experiencias muy interesantes. Las Dras. Rocca Huguet y Bonadeo, discutieron las exposiciones de los relatores.

Además, nos emocionamos con la entrega del **“Reconocimiento a la Trayectoria”** a distinguidos miembros de nuestra Región: la Dra. *Débora Rocca Huguet*, el Dr. *Edgardo Flamenco* y el Dr. *Carlos Luzzani*. ¡Felicitaciones a los tres por este merecidísimo reconocimiento!

Agradecemos a todos los que han dedicado su tiempo y trabajo para llevar adelante la organización de estas Jornadas, a todos los colegas que participaron en las actividades, coordinadores, secretarios y presentadores. Todos brindaron valiosísimos aportes y siempre con la mejor predisposición y, por último, un especial agradecimiento a todos los asistentes que honraron estas jornadas con su presencia.



Acto inaugural.
Dras Vaccarelli y Dechiara, Dres Moreno y Libanio.



Mesa Gestion en Salud.
Dres Flamenco y Aubone, Dras Enriquez y Halac.



Mesa Nuevas Herramientas en discapacidad.
Lic. Mattarozzi, Dra. Martinez Perea, Dr. Libanio, Dr Mazza, Dra Acuña.



Conferencia Novedades en Vacunas.
Dra Gentile, Dr Luzzani.



Conferencia Inequidades en Niñez y Adolescencia.
Dr. Rodolfo Pablo Moreno, Presidente SAP.



Mesa Prevencion de Lesiones.
Dras Soligo, D’Afflitto, Barril, Rizzuti, Cabrerizo, Dechiara.



Mesa Tuberculosis.



Lectura de Trabajos.

Discutoras Dras. Bonadeo y Rocca Huguet.



Patologías neonatales.

Dras. Lauge, Lobo, Vaccarelli, Mariani, Duro, Scaramutti, Dechiara.



Conferencia Ejerciendo en era digital.

Dra. Laura Krinsky.



Conferencia Derechos de NNyA.

Dra Graham.



Conferencia Derechos NNyA.

Dr. Pablo Moreno, Dra. Silvia Daveggio, Dra. Marisa Graham, Dr. Javier Indart, Dr. Carlos Luzzani.



Mesa Adolescencia post pandemia.

Dra.Pappolla, Dr. Sanguineto, Dra Mülli.



Acto clausura.

Dra. Vaccarelli, Dr. Libanio, Dr. Moreno (Presidente SAP), Dra. Dechiara, Dra. Acuña.



Comité Ejecutivo de la Jornada.



Reconocimientos.

Dres. Bonadeo, Rocca Huguet, Vázquez, Libanio.



Entrega de Premios.

Dra Soligo, Dr. Aguero, Dra. Vaccarelli, Dra Dechiara.



Reconocimiento a la trayectoria.
Dr. Carlos Luzzani.



Reconocimiento a la trayectoria.
Dra. Débora Rocca Huguet.



Reconocimiento a la trayectoria.
Dr. Edgardo Flamenco



SALUD PARA TODOS

UN SUEÑO SIN CUMPLIR: NIÑOS FELICES ATENDIDOS POR PEDIATRAS FELICES

Dr. Saúl Gleich
Médico Pediatra

Al finalizar mis charlas, clases o conferencias solía poner una frase: *“mi sueño es ver niños felices atendidos por pediatras felices”*.

Lamentablemente, en los tiempos que corren, este sueño está cada vez más lejos de ser una realidad.

Dejo de lado el análisis de los niños felices, en un país con más de 50% de niños en situación de pobreza y con una educación insuficiente...

Me abocaré a las causas que considero causantes de la falta de pediatras felices.

La pediatría era, dentro de las especialidades, la más atractiva y la primera elegida de las residencias medicas.

Hoy es una de las residencias con cupos libres más numerosa.

¿A qué se debe este cambio?

Creo que hay una multicausalidad en este proceso.

Cambiaron las leyes del mercado del ejercicio de la especialidad.

Antes los dueños de los pacientes éramos nosotros, hoy los dueños son los prepagos y las obras sociales.

Antes ser médico clínico pediátrico era prestigioso, hoy ya no lo es.

Antes no existía violencia hacia el médico, sobre todo de emergencias, hoy es común que exista.

Antes uno ponía el valor de la consulta, hoy te lo ponen los nuevos patrones.

Antes era una profesión liberal, hoy es cartilla dependiente.

Antes soñábamos con tener un puesto rentado en el sector público. Hoy renuncian a ellos, dejando sin pediatras los hospitales y centros de salud públicos.

Hoy la demanda asistencial en el sector público sobrepasa la planta asistencial.

El *burn out* es patología creciente en los agentes de salud.

Hoy las condiciones laborales no son las adecuadas para responder la demanda.

Hoy hay que tener más de dos trabajos para cubrir las necesidades básicas de una familia tipo.

Hoy se agrega el miedo a la consulta. Miedo a la violencia, al contagio, al error por la fatiga.

Trabajamos con la espada de Damocles sobre nuestros actos (industria del juicio).

Antes el pediatra era el multi mini especialista, que se hacía cargo del manejo integral del niño.

Hoy es un médico derivador hacia los especialistas, atomizando así la atención de los pacientes.

Estamos hoy esclavizados a una producción de consultas con pautas de un paciente cada 10 minutos promedio.

El tiempo dedicado a la capacitación se ve muy reducido a expensas del aumento de la tarea asistencial

Desaparecieron las visitas domiciliarias a cargo de los pediatras de cabecera, siendo suplantadas por la tercerización de las emergencias a cargo de médicos generalistas.

La demanda domiciliaria aumentó a causa de la comodidad de las familias de no concurrir a salas de espera de guardia abarrotadas de pacientes.

En las consultas se mira más la pantalla de la computadora con la historia clínica, que al paciente y a la madre.

La *fast* consulta está a la orden del día.

Existe fidelidad a la cartilla y no al pediatra de cabecera.

Los protocolos y algoritmos reemplazaron a las normas de procedimiento.

Pero seguiré soñando por una salud igualitaria y con programas hechos realidad, no simples escritos teóricos.

Que la política piense en salud.

El día que los políticos se atiendan en el sector público y manden sus hijos a escuelas públicas estaré más cerca de cumplir mi sueño.

 *Ecos de las XV Jornadas de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría*

APS Y DESAFÍO ACTUAL EN LAS ENFERMEDADES POCO FRECUENTES (EPOF)

*Mgtr. Ma. del Carmen Martínez Perea**

“No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad, que la forma en la que trata a sus niños”.

Nelson Mandella

RESUMEN

Las enfermedades de baja incidencia, o poco frecuentes, existen y su número crece exponencialmente al desarrollarse los adelantos técnicos científicos sobre la causa, fisiopatología e identificación genética de las enfermedades. Es causa de mortalidad en los menores de 5 años y la mayoría de ellas son causa de discapacidad en la infancia y adultez,

Han aumentado en los últimos 5 años, llegando casi a las 10.800 patologías y se están investigando tratamientos que, en algunas, son efectivos, logrando paliar o retrasar las involuciones de las funciones comprometidas.

Las empresas farmacéuticas y biotecnológicas desarrollan medicamentos innovadores que cambian la calidad de vida, no solo del paciente sino también de su familia, la sociedad y el Estado.

La visibilización de ellas es objeto de la concientización en el Día Mundial de las EPOF (último día de febrero de cada año) y nos hemos propuesto difundir esta temática por ser causa de mortalidad, de discapacidad, que requiere ocupación, cuidado, guías y protocolos para su diagnóstico, seguimiento, y tratamiento; como así también se debe continuar con líneas de investigación en pediatría.

Es así que, en las últimas Jornadas de la Región

Metropolitana, la Mesa de Discapacidad dio lugar a esta importante temática.

Concluyendo que la capacitación en los sectores de Salud, Educación y desde la Atención Primaria de la Salud es fundamental, como garantizar la atención, con redes integradas, que permitan una mejor adherencia del paciente y su familia a los controles, seguimiento y contribuir a que puedan concurrir a los centros de atención.

INTRODUCCIÓN

El desafío actual en el abordaje y tratamiento de las Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF) es una evidencia que se plasma en todas las ciencias, dados los avances técnicos científicos en general, y más aún en la Medicina.

Se considera el término “desafío”, como el resultado de la acción de competir con alguien en cosas que requieren de fuerza, agilidad y destreza. Al extrapolarlo al quehacer médico, es interpretado como una serie de actos médicos (desde la Atención Primaria de la salud) durante el abordaje, seguimiento y tratamiento de las enfermedades poco frecuentes, en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) que requieren soslayar las dificultades con decisión con el equipo interdisciplinario actuante.

* Médica Pediatra. Neuróloga. N. Pediatría - Magister en Ética Biomédica - M. Titular SAP- Pro Secretaria Comité Regional de Discapacidad - Región Metropolitana - Grupo de Trabajo y Red Federal de Discapacidad - Comité Nacional de Cuidados Paliativos. Sub. Comité de Ética - Médico Consultor Neurología Neonatal - N. Pediatría y Consultorio de Enfermedades Poco Frecuentes infantojuveniles. Hospital SAMIC Cuenca Alta N.K. Cañuelas. Provincia de Buenos Aires.
Contacto: neurologiaeinfantil.hcuencaalta@gmail.com

DESAFÍO EN LA APS ACTUAL

(Ver Figura N°1)

Es un desafío, pues se necesita lograr una atención socio sanitaria compleja, que va más allá del cientificismo médico, con conocimientos que cambian día a día y con investigaciones muy diversas en diferentes puntos geográficos que convergen en lograr la salud, o mejor bien para el paciente.

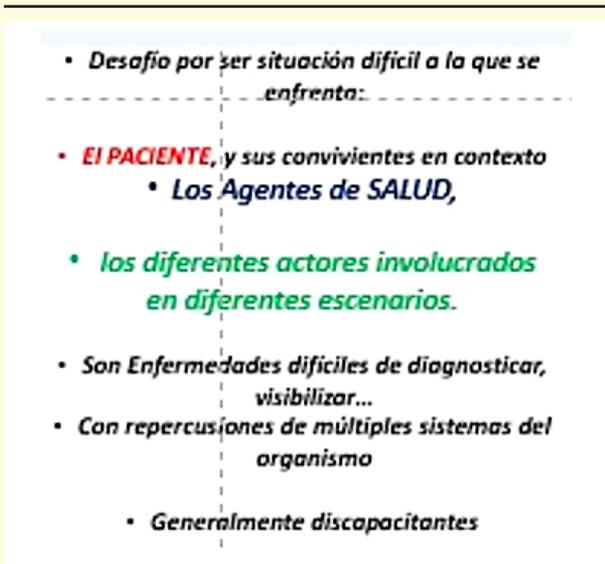
Figura N° 1.
Aps y desafío actual en EPOF



Este equipo de Agentes de Salud, tiene también diferentes actores involucrados, en diferentes escenarios, con funciones específicas y que hacen “un todo” para lograr el bienestar del paciente.

El desafío, desde la APS, debe estar centrado en el NNyA con y sin discapacidad (NNyAc/s DIS), pero considerando su contexto (cultural, valores, creencias y preferencias) para restablecer, paliar, acompañar su salud integral. (Ver Figura N° 2)

Figura N° 2.
Causas del desafío en APS, al evaluar EPOF



Entre las diferentes estrategias se mencionan: el mejoramiento del acceso y la comunicación, el intentar sostener la oferta de servicios a través de las redes Integrales de Salud, pero con un detalle no menor: con recursos limitados, dependiendo de diversas circunstancias. (Ver figura N°3)

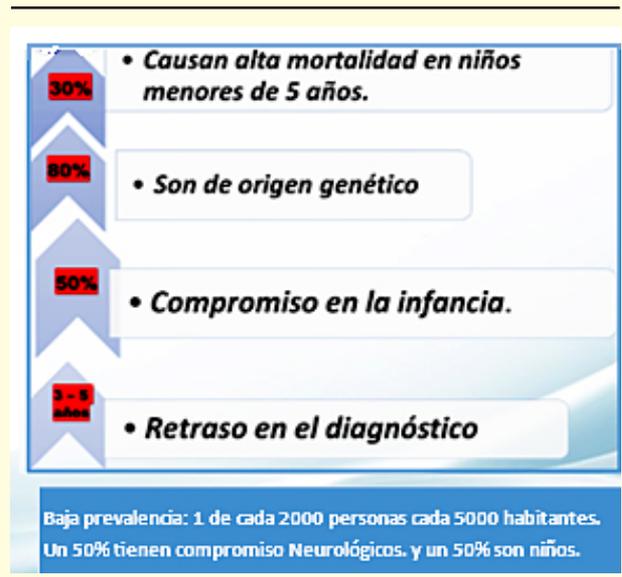
Figura N° 3.
Pilares en APS para el diagnóstico de las EPOF



Estas acciones deben implementarse tratando de adaptarlo a las necesidades en el contexto vital del paciente y su familia. Y una toma de decisiones, que, si bien son médicas, deben ser recibidas y aprobadas por la familia /tutores si son menores de edad o el paciente competente, debiéndole transmitir (acorde a su grado de comprensión) las intervenciones, que incluirán.

Dado el actual cuadro de valores, cifras y sus implicancias involucradas, es de gran relevancia el tenerlas en cuenta y no subestimarlas. (Ver Figuras N° 4 y 5).

Figuras N° 4.
EPOF en cifras.



**Figuras N° 5.
EPOF en cifras.**



Aumentando su importancia, las características de la mayoría de ellas: origen genético, el mayor compromiso en la infancia (causando alta mortalidad en niños menos de 5 años), la evolución a la discapacidad, con sus consecuencias específicas derivadas según la patología, la incertidumbre hasta llegar al diagnóstico, entre varios factores involucrados.

DESAFÍO EN LA INVESTIGACIÓN

Dentro de los diversos desafíos en esta área, es importante ponderar la presencia de los biomarcadores genéticos, que requiere de intercambio de conocimientos y ser accesible, a pesar de las distancias geográficas de las posibilidades de recursos, estrechando la disparidad en salud en los diferentes países.

Estas investigaciones deben ser acotadas a las normativas vigentes, y aprobaciones en cada país, comprometiendo al paciente a su adherencia, y a los profesionales a transmitir la veracidad de la información, efectos adversos y límites de la ciencia médica, dependiendo de la respuesta de cada paciente con su idiosincrasia biológica. (Ver Figura N° 6)

Figura N °6. Desafíos en la investigación

- **Aumento de Interés en Enf. De baja incidencia**
- **Estudios Clínicos**
- **Avance en Desarrollo de medicamentos. Biomarcadores. Equipamiento para secuenciación genética**
- **Tratamientos innovadores. Pacientes de menor edad, con estudios de eficacia y seguridad.**
- **Avances en el Campo de la Inteligencia Artificial**

Cuando nos referimos en investigación a NNyA debemos considerar los efectos de estas investigaciones sobre el desarrollo y las distintas implicancias en la maduración de los diferentes sistemas del organismo.

Actualmente tenemos grandes avances en el campo de la ciencia, apoyados en la Inteligencia Artificial, pero no debemos evadir por ello la responsabilidad ética, sanitaria y legal de las investigaciones.

NORMATIVAS LEGALES REFERENCIALES

(Ver Figura N° 7)

Son numerosas las Resoluciones, los Programas y Leyes al respecto, pero es importantes mencionar algunos de ellos para reflejar la importancia de la “visibilización “de estas enfermedades, en las Políticas Públicas Nacionales e Internacionales, a pesar de ser de escasa frecuencia.

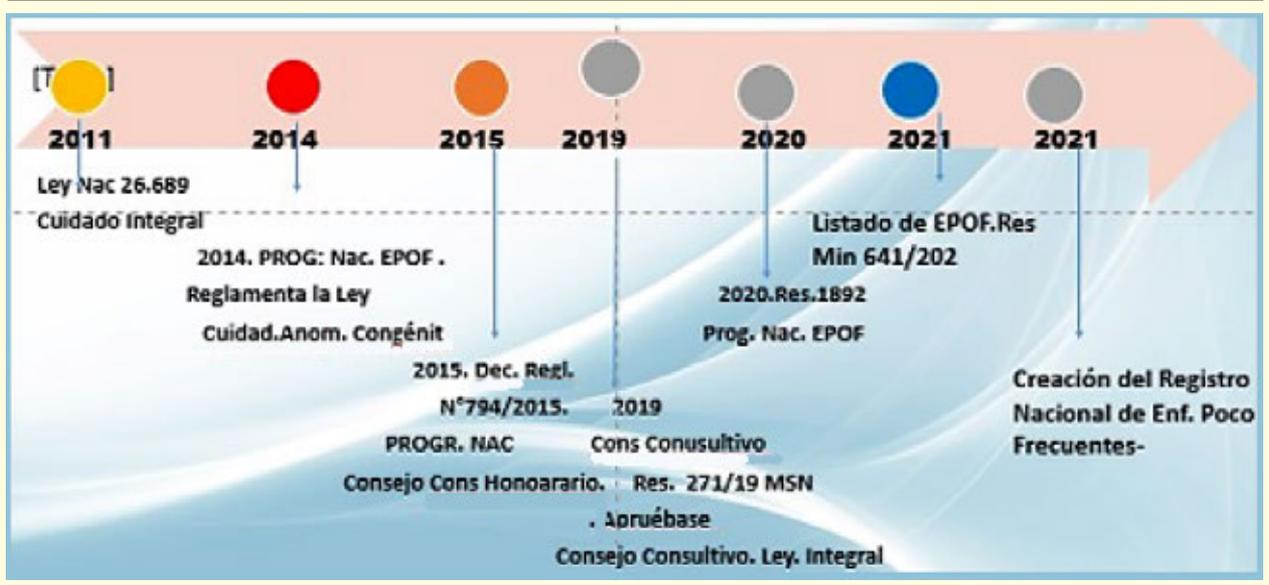
INTEGRACIÓN DE ACCIONES EN LOS DESAFÍOS EN EPOF

(Ver figura N° 8)

Las diferentes acciones que se llevan en la práctica incluyen distintas áreas que requieren de una labor interdisciplinaria, con comunicación entre todas, aportando cada una su especificidad, pero amalgamando sus saberes.

Se incluyen: desde el registro de las EPOF (cuyos diagnósticos van de la mano de las Guías de práctica clínica/ Protocolos), calidad de atención, detección temprana, prevención, redes integradas asistenciales (que en ocasiones son difíciles de coordinar, planteando grandes desafíos), tutelaje de tecnologías, en un marco práctico regulatorio y normativo que pueda quedar plasmado en la

Figura n° 7. Normativas legales.



práctica clínica, independientemente del lugar geográfico de la residencia del paciente, la investigación, con una agenda entre las asociaciones de pacientes, profesionales y políticas públicas, sanitarias, y desde la visión de la Salud de la OMS, como salud integral, requiriendo una asistencia social integral por estar centrado en la persona, como ser compuesto bio psico social, con afectos emociones, cultura, creencias y valores que deberá ser respetados.

Se transcribe el presente gráfico del Ministerio de Salud, Argentina que ejemplifica las acciones tendientes a lograr los objetivos planteados ante este gran desafío.

Figura N° 8. Ejes estratégicos: msn



Cabe destacar el trabajo realizado en las enfermedades raras ENSERio, por FADEPOF, de gran importancia y seriedad científica, pudiéndose consultar *on line*.

CONCLUSIÓN

- De lo descripto, junto con las publicaciones anteriormente realizadas en la Revista Noticias de la Región Metropolitana, propiciamos como primer eslabón en la Atención Primaria de la Salud: la capacitación profesional, de Agentes de salud, educación y personal de las mencionadas áreas, en temas relacionados con las EPOF, tanto en su atención, como en la comunicación.
- Implementación de procedimientos, protocolos que incluyan talleres de apoyos a los familiares más cercanos, cuidadores y a la comunidad.
- Efectivizar en forma eficiente la implementación de redes integradas, con herramientas válidas.
- Accesibilidad a centros de referencia cercanos al domicilio del paciente o comunicación virtual complementaria al seguimiento. Cuidar, acompañar y educar a los padres para afrontar estos desafíos, por imitación y enseñanzas en la odisea que transitan hasta llegar al diagnóstico.
- Si el profesional no tiene las herramientas y habilidades para garantizar este seguimiento y abordaje, derivar a sectores especializados o de control compartiendo la atención.

- El acceso a la Salud, que sea inclusivo, de calidad y calidez, en especial a las poblaciones más vulnerables. **Es un derecho Humano, la SALUD INTEGRAL PARA TODOS Y TODAS los NNyA con EPOF.**



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio Salud Nación: El Estado garantiza el acceso al tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME) mediante una estrategia de riesgo compartido. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-estado-garantiza-el-acceso-al-tratamiento-de-la-atrofia-muscular-espinal-ame-mediante>. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-estado-garantiza-el-acceso-al-tratamiento-de-la-atrofia-muscular-espinal-ame-mediante>.
2. Martínez Perea MC, Mattarozzi E. Aps en niños, niñas y adolescentes con discapacidades. *Boletín Reg Metrop SAP* [Internet]. 2021;XXXII(82):18–25. Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_noti-metropol-821221_1638900120.
3. Ministerio de Salud Nación. Resolución N° 641/2021. RESOL-2021-641-APN-MS. Listado de las EPOF. 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347054/res641>. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-641-2021-347054>
4. Martínez Perea M del C. Uso compasivo de medicación en enfermedad neuro pediátrica de evolución fatal: consideraciones éticas. *Vida y Ética*, 79-88 [Internet]. 2000;1(No 0):79–88. Available from: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/1540>.
5. WHO. Unicef. A vision for Primary Health Care in the 21 st Century. Towards universal health coverage and teh sustainable Development Goals. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
6. González-Lamuño D, García Fuentes M. Enfermedades raras en pediatría. *An Sist Sanit Navar* 2008; 31. (Supl. 2): 21-29.
7. Martínez Perea M del C. Les maladies neuromusculaires et neurodégénératives chez l'enfant, du diagnostic à l'accompagnement Le point de vue d'une neuropédiatre argentine. *CONTRASTE Enfant Handicap Regards d'ailleurs Rev l'ANECAMSP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 23];2 semestre(31–32):233–50. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/275915518>. [tps://www.cairn.info/publications-de-Martinez-Perea-Maria-del-Carmen93123.htm](https://www.cairn.info/publications-de-Martinez-Perea-Maria-del-Carmen93123.htm).
8. Del Valle MA, Albano L, Barceló A, Agrest DC, Cudeiro P, Cuneo MM, et al. El principio de autonomía en pediatría en el marco del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Una comunicación de la Subcomisión de Ética Clínica. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(5):485–9.
9. Posadas Martínez ,A.P. N: Marco legal. Presentación en curso: Enf. Pediátricas complejas (epecom), Región Metropolitana, perteneciente a Educación Continúa de la SAP. *Soc Arg Ped*. 2022;2022:1-4.
10. Martínez Perea MC, Mattarozzi: Atención primaria de la salud en niños, niñas y adolescentes con enfermedades poco frecuentes. *Revista Noticias Metropolitanas. Sociedad Argentina de Pediatría*. [Internet].; XXXIII abril (86): 12-19. 2023 https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol86_1680627036.pdf.
11. FADEPOF. Estudio enserio LATAM/ contribuciones de Luciana Escati Peñaloza et al; Totana: ALIBER- Alianza iberoamericana de Enfermedades Raras o Poco Frecuentes : Estudio sobre situación de Necesidades Socio sanitarias de las personas con enfermedades raras en Latinoamérica. Libro Digital., CABA, 2022. 2022060612071772149.pdf (fadepof.org.ar) .
12. Ministerio De Salud Nación. OMS. OPS: Cobertura Universal de SALUD: Presidencia de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Manejo integral en el primer nivel de atención. 2017. 154 p
13. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: Unidos para combatir las enfermedades raras. *Bol la Organ Mund la Salud* [Internet]. 2021;90(6):401–76. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/6/12-020612/es/>.
14. Sap Grupo de Trabajo Enf Raras. Grupo De Enfermedades Poco Frecuentes [Internet]. Pagina Institucional. SAP. 2020. p. 5. Available from: [sap.org.ar/uploads/archivos/institucional/files_enfermedades-poco-frecuentes_1486725162.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/institucional/files_enfermedades-poco-frecuentes_1486725162.pdf). http://img.europapress.net/fotoweb/fotonoticia_20170228132715_640.jpg
- 15 http://img.europapress.net/fotoweb/fotonoticia_20170228132715_640.jpg

 *Ecós de las XV Jornadas de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría*

EJERCENDO EN LA ERA DIGITAL: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA ACTUAL

*Dra. Laura Krynski**

En la actualidad, el ejercicio de nuestra profesión se ha modificado profundamente y las buenas prácticas no sólo dependen del conocimiento médico actualizado y de la irremplazable experiencia clínica, sino que también requieren un conjunto cada vez más amplio de habilidades y competencias, que tienen que ver con la irrupción de lo digital en la práctica cotidiana.

Para comprender esta sutil diferencia conceptual, aclaramos que mientras que las **habilidades digitales** aluden a la capacidad de utilizar herramientas y tecnologías digitales de manera efectiva como por ejemplo el uso adecuado de dispositivos, navegar por internet y utilizar software y aplicaciones, las **competencias digitales** se refieren a la capacidad de aplicar de manera efectiva el conocimiento digital en situaciones médicas y clínicas. Esto implica la habilidad para tomar decisiones en el uso de la tecnología, adaptarse a entornos digitales cambiantes, comprender los aspectos éticos y legales que involucran la práctica en entornos virtuales y comunicarse de apropiadamente con pacientes y colegas.

Finalmente, cuando nos referimos a la **alfabetización digital**, estamos implicando no sólo competencias y habilidades sino también el comportamiento que nos permite tener participación en la sociedad del conocimiento y en el ecosistema digital.

De modo tal que este complejo conglomerado terminológico resume nuestro comportamiento personal y profesional en los entornos virtuales, con todas sus ventajas y desventajas, barreras y

desafíos pendientes, implicando una alta responsabilidad en la tarea.

En un mundo atravesado por la tecnología, donde la comunicación virtual se ha vuelto cotidiana, los pediatras nos enfrentamos a este nuevo desafío y por lo tanto **debemos estar entrenados en el uso de habilidades y competencias digitales** para que nuestra práctica siga siendo sostenible.

Por otro lado, atendemos familias altamente digitalizadas (recordemos que en Argentina hay más de un dispositivo celular por persona, según el último censo) pero que no implica que estén adecuadamente alfabetizadas, por lo que el riesgo de comportarse inadecuadamente y cometer errores es generalizado.

Cuando nos referimos al vínculo con nuestros pacientes, el uso de la comunicación electrónica reconoce amplias ventajas, entre las cuales se incluyen:

1. AGILIDAD Y ACCESIBILIDAD

Uno de los principales **beneficios** de la comunicación electrónica en la pediatría, es la rapidez y accesibilidad que ofrece. Los mensajes de texto, correos electrónicos y aplicaciones de mensajería, permiten a los padres y cuidadores ponerse en contacto con el profesional de manera rápida y sencilla y prácticamente sin costo. A su vez, la irrupción de las tecnologías móviles ha generado un nuevo circuito de comunicación donde ya no es condición necesaria disponer de una computadora de escritorio: con un simple teléfono celular se accede a todas las prestaciones. En este

* Médica pediatra.

Presidente de la Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación SAP.

Especialista en Salud Digital (Diplomatura UNCUIYO y Posgrado en la Univ. Oberta de Catalunya).

Presidente del Comité TICs ALAPE.

sentido, la telemedicina ha ganado popularidad, sobre todo en zonas de baja conectividad y accesibilidad de nuestro país.

2. SEGUIMIENTOS Y RECORDATORIOS

Las nuevas aplicaciones también facilitan el seguimiento de situaciones clínicas, tanto en interurrencias como en pacientes con patologías crónicas que no siempre requieren ser examinados, como, por ejemplo, el seguimiento de una patología crónica o la revisión de resultados de laboratorio. Por otra parte, existen aplicaciones de recordatorios automáticos que permiten un mejor seguimiento de los turnos y han ayudado sustancialmente a disminuir el ausentismo en los consultorios y la sobrecarga de tareas de secretaría.

3. EDUCACIÓN A LAS FAMILIAS Y ENTRE PROFESIONALES

La comunicación electrónica también brinda la oportunidad de compartir recursos, artículos y consejos de salud a través de los canales de comunicación que el profesional prefiera. Se pueden difundir tanto contenidos médicos o epidemiológicos, como información administrativa del consultorio (cambios de horarios, vacaciones, etc.)

Para el contacto entre profesionales, ha resultado una herramienta invaluable en cuanto a producir un intercambio ágil y comunidades de aprendizaje permanentes en línea.

En otro aspecto de esta coyuntura, nos enfrentamos a ciertas **desventajas** derivadas del uso de las herramientas, como ser:

1. Riesgos en el resguardo de la privacidad, confidencialidad y seguridad de los datos

La custodia de los datos es una tarea de alta responsabilidad y se ve frecuentemente vulnerada al utilizar herramientas no diseñadas para el objetivo de una consulta médica, como, por ejemplo, la aplicación más popular: WhatsApp. En el intercambio a través de esta mensajería podemos observar distintas situaciones de riesgo: pueden producirse errores de tipeo y de interpretación, podemos enviar el mensaje al destinatario equivocado, recibir imágenes comprometedoras o enviar grabaciones de voz que fácilmente se viralizan dejando expuesto al profesional.

2. Encuadre legal y normativo

Realizar una consulta virtual en un entorno informal nos expone a desprotección, ya que no contamos con los mecanismos adecuados para documentar la información, ni para validar la consulta. A su vez el envío y recepción de fotos, documentos, videos, etc. puede generar demandas vinculadas a la violación de la confidencialidad de la consulta.

Por otro lado, si bien la consulta virtual ha sido formalmente sancionada en la Ley 27.553, aún resta mucho por hacer en cuanto a la regulación de esta actividad, sobre todo cuando la jurisdicción del profesional y del paciente no coinciden. En este sentido, hay una iniciativa en marcha para generar una matrícula nueva, que contemple esta situación dentro de un país federal como el nuestro, donde el sistema de salud se encuentra altamente fragmentado.

3. Sobrecarga de trabajo

La gran mayoría de los profesionales refieren sentirse sobrecargados y abrumados por la presencia ubicua y permanente de las familias a través de estos canales. Si bien agiliza la comunicación y facilita el seguimiento, se torna sumamente exigente a la hora de encuadrar una agenda apropiada para la comunicación.

4. Validación y remuneración

El reembolso económico de este tipo de consultas aún se encuentra en discusión. No todas las prestatarias la reconocen y, cuando lo hacen, el esfuerzo y el gasto que generan no concuerda con la asignación de recursos que dispone el financiador, lo cual resulta desmotivante para la sostenibilidad de la práctica.

Desde la Subcomisión de TICs hemos elaborado recomendaciones de buena práctica que pueden consultarse en el sitio web de la SAP, en un esfuerzo por ayudar a facilitar la implementación del ejercicio virtual de nuestra práctica.

Principalmente, debemos atender a los aspectos descriptos anteriormente como riesgos o desventajas:

1. Asegurarse algún mecanismo de consentimiento informado, sobre todo si el profesional no tiene vínculo previo con los pacientes.
2. Utilizar entornos seguros que garanticen la confidencialidad y la privacidad de la consulta.

3. Gestionar las agendas de consulta virtual, respetando horarios de comienzo y finalización de la jornada.
4. Preservar la privacidad del profesional: no es necesario exponer información personal (fotos, horarios de uso de las aplicaciones, confirmaciones de lectura). Para esto se pueden configurar los ajustes de cada aplicación y a su vez se pueden utilizar herramientas asincrónicas (SMS - Mail - mensajerías diseñadas para la consulta médica) de modo que el profesional no se sienta observado ni presionado a la respuesta inmediata.
5. Educar y educarse en las habilidades necesarias a través de las recomendaciones de buena práctica, de modo tal que el comportamiento profesional en entornos virtuales sea consistente con la imagen presencial.

En **resumen**, ya es un hecho que la comunicación electrónica ha revolucionado la manera en que los pediatras interactuamos con los pacientes y sus familias. La rapidez, accesibilidad, y la cercanía que generan hacen que esta forma de comunicación sea invaluable. Es un nuevo puente que nos conecta, pero aún nos encontramos con el obstáculo de que la formación médica tradicional no nos ha preparado adecuadamente para enfrentar estos desafíos

Las y los pediatras nos encontramos hoy con la ineludible responsabilidad de replantearnos un nuevo escenario, para que este nuevo paradigma se transforme en una práctica segura y sostenible.

LECTURA SUGERIDA

- Recomendaciones para efectuar una videoconsulta. Definiciones (<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/SuplCOVIDa26.pdf>)
- Comunicación a través de medios electrónicos en pediatría. Recomendaciones de uso. Dra. Laura Krynski , Dra. Silvina Ghersin, Archivos Argentinos de Pediatría 117 (4), S175/S179
- La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, e-mail, portales. El desafío del pediatra en la era digital. L Krynski, G Goldfarb, I Maglio. Archivos Argentinos de Pediatría 116 (4), e554-e559
- Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta - MSAL - Resolución 581/2022 (disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/259481/20220321-Anexo I>)



Los cuentos infantiles en Pediatría

CUENTOS PARA ACOMPAÑAR PROCESOS (Tercera parte)

María Paula Gerardi

Lic. en Psicología • mariapaulagerardi@gmail.com

ESCRIBIR PARA SANAR

En este artículo reseño cuentos que pueden ser de utilidad para los profesionales de la salud que atienden niños.

Muchos de estos cuentos fueron creados por padres, como parte de un proceso de elaboración de situaciones difíciles de sobrellevar y/o traumáticas y se transformaron en un recurso para acompañar a otras familias que pasaron por experiencias similares.

CUENTOS PARA SITUACIONES TRAUMÁTICAS O POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS

Abuso en la infancia

“Sola en el bosque” es un cuento fuerte que aborda el tema del abuso infantil y la violencia en la infancia escrito por *Magela Demarco*.

En el texto la autora utiliza como metáfora el juego tradicional del “lobo está”.

Magela vivió experiencias ligadas a esta temática y su libro surgió como forma de visibilizar el tema y ayudar a los niños a romper el silencio. A su vez es una invitación a que los adultos “abran los ojos”.

“Hay vivencias que no se cuentan. Hay lobos disfrazados que logran escabullirse y ocultarse dentro de algunas casas. Y las transforman en bosques oscuros y tenebrosos para quienes las habitan”

Según dice la autora el trabajo de escritura y empezar a liberar la voz fue sanador. El libro forma parte del programa de ESI y cuenta con una guía para padres y docentes.

Robo y miedos

Los padres de una niña de cuatro años consultaron porque su hija comenzó a manifestar miedos, luego de un robo de características violentas que sufrió en su casa.

En las entrevistas se invitó a la familia a crear un cuento que permitiera poner palabras, elaborar lo sucedido y darle seguridad a la pequeña.

“Ardillita y el zorro rojo”

La historia cuenta que una ardilla chiquita vivía con su papá y su mamá en una cueva en el bosque. Un día cuando llegaban de juntar flores se acercó un zorro. Entró a la casa, gritó muy fuerte y se las sacó. La ardilla se asustó mucho. Después de unos días seguía con miedo de que el zorro volviera.

Los padres construyeron una puerta muy fuerte con piedras y troncos y pusieron dos duendes que los protegían. También plantaron flores con un olor que no les gusta a los zorros para que no se pueda acercar. El Animal no iba a poder entrar nunca más.

Esta historia ayudó a elaborar la experiencia traumática tanto para los padres como para la niña.

CUENTOS PARA SITUACIONES COTIDIANAS Y SITUACIONES DE VIDA QUE IMPLIQUEN UN PROCESO DE ELABORACIÓN

Adaptación al jardín y la primaria

“Conejito va a la escuela” es un libro escrito por mí, *M. Paula Gerardi*, mamá, maestra jardinera y licenciada en psicología con especialización

Link primera parte:

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-86_1680627036.pdf pag. 19.

Link segunda parte:

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-87_1691021154.pdf pag. 12.

en vínculos tempranos y orientación a padres.

Se comenzó a gestar en mi consultorio, en el marco de las entrevistas de orientación en crianza, acompañado a familias que transitaban los inicios del jardín y la primaria.

Muchas consultas llegaron derivadas por pediatras y docentes, ya que en algunos casos la adaptación se prolongaba, el niño o los padres manifestaban mucha dificultad para separarse y la angustia y los desbordes invadían la escena.

Creé este cuento para acompañar estos procesos y un día me decidí a escribir un libro y publicarlo con la ilusión de que pudiera acompañar a muchas familias más.

El cuento narra la historia de un grupo de animales que viven en el bosque y van a iniciar la escuela, esto genera muchas emociones: miedo a separarse de los padres, curiosidad, entusiasmo, vergüenza, alegría, enojos.

De la mano de Conejito y sus amigos, los niños y niñas pueden acercarse a la idea de cómo será esta nueva experiencia.

Los personajes de esta historia expresan las emociones que suelen experimentar los niños frente a este nuevo desafío y encuentran en la maestra y los familiares un acompañamiento respetuoso de los tiempos y necesidades de cada uno, en un marco de juego, afecto y sostén.

Duelo gestacional y perinatal

“*Nuestro árbol de jacarandá*” surgió a partir de experiencias personales de las autoras *Carolina Mora* y *Natalia Liguori*.

Es un libro que apunta a acompañar a las familias en momentos dolorosos e inesperados de los que no se suele hablar: los duelos gestacionales y perinatales. Embarazos detenidos, bebés que nacieron sin vida o al poco tiempo de llegar al mundo

¿Cómo hablar con los hermanos de este tema tan delicado? ¿Cómo orientar y acompañar a las familias en estas situaciones?

“Un día; a la salida de la escuela; supe que iba a ser hermana mayor. Pero; después de unas semanas; papá me contó que el bebé había dejado de crecer y que su corazón había dejado de latir. Yo abrí grandes los ojos; nunca me imaginé que algo así podía pasar.”

Cuando se hace tan difícil encontrar palabras este cuento, según plantean las autoras, puede funcionar como un puente que permite poner

palabras, expresar esas emociones y experiencias tan dolorosas.

También invita a dar reconocimiento a estos duelos tan frecuentes que muchas veces son silenciados.

Tratamiento de fertilidad: relatos sobre el origen

“*Orígenes psi*” es un espacio creado por psicólogas que ofrece talleres de creación de historias sobre los orígenes para familias que concibieron por donación de óvulos, espermatozoides o embriones.

En la consulta pediátrica pueden surgir inquietudes como las siguientes: ¿Cómo hablar de manera amorosa y respetuosa con los niños acerca del origen genético? ¿Cómo se incluye a la o el donante en el relato? ¿Cuándo es el momento adecuado para hacerlo? ¿Qué decir cuando pregunte de dónde vienen los bebés?

Las coordinadoras de este espacio dicen:

“El taller propone un trabajo de armado de la historia familiar donde se pueda integrar el lugar de la/el donante teniendo en cuenta el derecho a la información de los nacidos por donación”.

“Trabajamos los temores y tabúes que aparecen propiciando el armado de la narrativa familiar a través de palabras, fotografías, recuerdos de los tratamientos, relatos que se van tejiendo junto a la llegada de ese bebé tan deseado”.

Un espacio que permite abordar esta temática tan nueva que muchas veces está silenciada, facilitando el contar y escribir la historia, dar voz a las familias desde un lugar creativo y respetuoso.

CUENTOS PARA INTERVENCIONES MÉDICAS, HOSPITALIZACIÓN, ENFERMEDADES

Cardiopatía

“*Florentina y su capa mágica*” es un libro creado por *Mili Fernández*. La autora tiene una cardiopatía y relata que el cuento comenzó como un proyecto que tenía la intención de acompañar a todos aquellos niños y familias atravesadas por las cardiopatías congénitas.

Un poquito de la historia: Florentina nació y sus papas le regalaron una capa roja en forma de corazón que tenía superpoderes, pero un día notó que su capa ya no funcionaba como antes, al correr y saltar Florentina se cansaba mucho.

Su mamá le contó que había que arreglarla...

Mili relata que se puso en contacto con una psicóloga y otros profesionales para que la asesoraran sobre cómo transmitir la experiencia de atravesar una cirugía a niños pequeños.

La autora dice: "Quería un cuento que llegue tanto a niños como adultos, que acompañe el proceso de una cirugía, pero de una manera que no sea tan chocante"

Dedica este cuento a "su héroe" el Dr. Florentino Vargas, quién le salvó la vida y en homenaje a él escribió el título del libro.

Cáncer

"*El día que mamá sanó*" surge de la historia real de una mamá, *Pilar Carbone*, como un modo de sanar y poner en palabras el proceso tan duro que fue atravesar un cáncer de mama con dos hijos pequeños.

Dice la autora: "Cuando me dijeron que tenía cáncer no pensé en mí. Lo primero que se me vino a la cabeza fue la imagen de mis hijos que tenían un año y medio".

¿Qué pasaría con ellos? ¿Cómo les explico?

Pilar se dio cuenta de que esa sensación la viven muchas mujeres que pasan por esta enfermedad con niños chiquitos.

La autora cuenta que durante la escritura del texto y las ilustraciones contó con el asesoramiento de una psicóloga y que el libro fue pensado desde la perspectiva de dos niños pequeños, con un lenguaje acorde a su edad, recursos lúdicos e imágenes atractivas.

La historia es un recorrido por diferentes momentos que tocan atravesar en esta enfermedad: el diagnóstico, la quimioterapia y sus efectos como la caída del pelo, los vómitos, hasta la cirugía, los días mejores y los no tanto.

Resalta la intención de transmitir un mensaje esperanzador de que es posible salir adelante, valorando la unión y disfrutando de cada momento.

"Desde que se publicó muchas mujeres me contactaron para agradecerme por el libro... Me siento muy feliz concientizando, hablando de prevención y a la vez que ayudo a los demás también voy sanando"

Internación en Neonatología

"*Neo*" es un libro escrito por *Gabriel Cortina*, narra la historia de un bebé, Neo, que pasa un tiempo en neonatología.

El autor cuenta que en el año 2009 nacieron sus hijos mellizos con 27 semanas de gestación. Estuvieron internados en neonatología algo más de dos meses y pasaron por varias dificultades, entre ellas una cirugía.

Gabriel comenta que tener a sus hijos internados en neonatología significaba lidiar constantemente con la incertidumbre, esto lo llevó a atravesar estados de estrés y temor crónico.

Dice el autor: "Como trabajo como editor, autor e ilustrador de contenidos infantiles, escribir y dibujar Neo fue la manera más natural de poder expresar todo lo que sentía y, sobre todo, resignificar lo vivido transformándolo en una amorosa historia".

Un poquito del cuento: "Neo estuvo flotando mucho tiempo en el espacio. Era cálido y agradable. Pero en un momento comenzó a faltarle el aire y sintió la necesidad de escapar. Despertó en una nave de cristal llena de luces y ruidos, y en ella viajó durante mucho tiempo. Tuvo que luchar contra monstruos espaciales; a veces ganaba, otras veces perdía y se enfermaba. Entonces llegaban las manos que lo acariciaban para curarlo. Y un día, esas manos que todo lo curan, por fin, lo liberaron de su nave para siempre".

Gabriel cuenta que al poco tiempo de su edición "*Neo*" se convirtió en una especie de bálsamo para las familias que vivencian una internación neonatológica y en un recurso para los profesionales.

Hay centros de salud que utilizan el libro como recurso para trabajar con las familias.

CUENTOS Y ESCRITURA TERAPÉUTICA COMO RECURSO EN PEDIATRÍA

Invitar a las familias a que escriban historias para acompañar diversas experiencias difíciles y sugerir cuentos específicos para que les lean a sus hijos, puede transformarse en un recurso terapéutico para los profesionales de la salud.

Proponer también a los chicos que escriban, dibujen y creen historias que surgen de sus propias experiencias y temores puede ser muy sanador.

Hay muchos más cuentos realmente interesantes que pueden ser de utilidad para los profesionales que trabajan con niños.

En mi página de Instagram (@mariapaulagerardi) realizo una reseña de los que utilizo para acompañar a las familias en las consultas de crianza y los grupo por temas (límites, enferme-

dades, nacimiento de hermanos, sueño, miedos, ejercicios de relajación, mudanzas, control de esfínteres, separaciones, duelos, etc.)

Bibliografía

- Bruder, Mónica. Escritura y cuento terapéutico.
- Carbone, Pilar. El día que mamá sanó. Editorial Amarillo ediciones.
- Cortina, Gabriel. Neo. Editorial Riderchail.
- Demarco, Magela. Sola en el bosque. Editorial La brujita de papel.
- Fernández, María Emilia. Florentina y su capa mágica. Editorial de autor (se consigue por contacto directo con la autora).
- Gerardi, María Paula. Conejito va a la escuela. Editorial de autor (se consigue por contacto directo con la autora).
- Mora, Carolina; Liguori, Natalia. Nuestro árbol de jacarandá. Editorial El Ateneo.
- Página de instagram cuentos para acompañar procesos @mariapaulagerardi
- Página de instagram "Orígenes. psi" @origenes.psi



Historia de nuestros hospitales

HISTORIA del HOSPITAL CARLOS BOCALANDRO

*Dra. María Rosa Damigella
Dra. María Cristina D'Afflitto
Dra. Bibiana Baldassarri*
Médicas Peditras

El Hospital Zonal General de Agudos Dr. Carlos Bocalandro, de 27 años de antigüedad, fue parte de un plan que consistió en la creación de cinco hospitales iguales en el conurbano de la provincia de Buenos Aires y debe su nombre al que fue ministro de Salud de la Provincia, en la gobernación del Coronel Domingo Mercante, durante la presidencia de Juan Domingo Perón.

Inaugurado el 26 de julio de 1996 comenzó con atención progresiva en consultorios, guardia e internación.

Está ubicado en la localidad de Loma Hermosa, partido de Tres de Febrero, sobre la Avenida Eva Perón (Ruta 8 km 20,500) número 9100, entre las calles Argentina, Río de la Plata y Río Pilcomayo, al noroeste de la Capital Federal, a 20 kilómetros del Congreso Nacional. Tiene un área programática en el segundo cordón del conurbano del Gran



Dr. Carlos Bocalandro

Buenos Aires y fue impulsado por las necesidades de la comunidad. Está emplazado sobre terrenos baldíos, que a veces se utilizaban para el acampe de circos.

Es una construcción de 2 plantas, con una superficie total cubierta de 12.550 m². La entrada





principal se encuentra sobre la Ruta 8 y de allí se accede al hall central de doble altura.

En la planta baja encontramos el área de Turnos, Recursos Humanos, Archivo, Registro Civil, oficina de ANSES y los sectores técnicos de Laboratorio, Farmacia, Radiología (con Ecografía y Tomografía), Vacunatorio (que cuenta con todas las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación y para Covid, funcionando de lunes a viernes de 7 a 14 horas, con demanda espontánea), Hemoterapia, Kinesiología, Anatomía Patológica y los Consultorios Externos de Psicología, Servicio Social y de las distintas especialidades.

En la parte posterior se hallan los sectores de reposición de materiales, lavadero, limpieza, mantenimiento, así como el sector de oxígeno central, sector de ambulancias, morgue, entre otros.

Por la zona sur, entrando por la calle Argentina, en el primer piso, se encuentra la guardia de 24 horas de Clínica Médica, Pediatría, Traumatología, Cirugía y Tocoginecología, con sala de espera cómodamente equipada y aire acondicionado, zona de anuncio de llamada de pacientes en forma electrónica, con pantallas visibles y audible por todos. Se inicia la atención con un triage, para valoración de la urgencia médica y controles básicos realizados por licenciadas capacitadas a tal fin. En el ingreso a ésta zona, se halla un sector de seguridad, que controla ingreso y egreso de pacientes y del personal, así como para resguardar la funcionalidad del establecimiento. (Figuras 2 a 6)

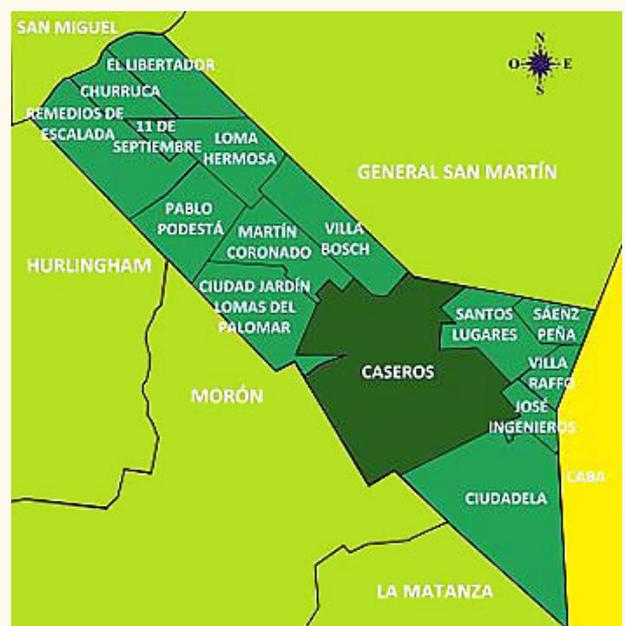
Con la llegada de la Pandemia por Covid 19, se abrió una Terapia en la Guardia General, con agregado de camas, contando con un total de 7 respiradores. Para pacientes con IRAB hay 5 equipos de CAFO, distribuidos en Terapia Intensiva de adultos, Pediatría y Neonatología.

En la planta alta, se halla la Dirección y otros Sectores Administrativos y los peines de Inter-

nación, Quirófanos, UTI, UCO y Neonatología. También cuenta con un auditorio para discusión de casos, invitados para charlas, cursos, jornadas y tres aulas para docencia. Además, una guardería utilizada para los hijos del personal hasta los 3 años. Encontramos también una pequeña Capilla, un quincho totalmente equipado para reuniones, encuentros y un sector de habitaciones para médicos de guardia y residentes.

Existe una rampa de acceso al ingreso, así como en el hall para llegar a la planta alta, de no ser posible el uso de escaleras. También cuenta con un ascensor en el hall central y 2 en la parte posterior, en cada extremo, junto a las escaleras para llegar al primer piso.

El Hospital Bocalandro es uno de los 80 hospitales provinciales que pertenecen a la provincia de Buenos Aires. Forma parte de la Región VII cuya cabecera se encuentra en General Rodríguez y es compartido por los partidos de Gene-



ral Las Heras, General Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Luján, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, San Justo y Tres de Febrero.

La Comunidad está formada por Caseros, Ciudadela, Churruca, El Libertador, El Palomar, José Ingenieros, Loma Hermosa, Martín Coronado, Pablo Podestá, Remedios de Escalada, Sáenz Peña, Santos Lugares, Villa Bosch, Villa Raffo. También recibe pacientes de zonas aledañas, como San Martín, Villa Ballester, José León Suárez, San Miguel, Moreno, Hurlingham y José C. Paz.

En el año 2014 el gobierno de la provincia, reequipó y amplió el hospital, con la incorporación de nuevas tecnologías, servicio de Oncoginecología y nuevos equipos, así como la instalación de un tomógrafo de gran utilidad para la población.

El Hospital es un establecimiento de atención pública y gratuita, que actualmente cuenta con 200 camas de internación distribuidas en Unidad Coronaria, Terapia Intensiva, Cirugía General, Traumatología, Neonatología (10 cunas, 2 servocunas, 3 luminoterapias, 2 incubadoras y 4 de terapia), Pediatría (20 camas), Tocoginecología, Clínica y Guardia. Se inició con un mínimo personal de 500 personas llegando actualmente al número de 1030.

Tiene consultorios de Dermatología, Cardiología, Urología, Oftalmología, Odontología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Pediatría, Psicología, Nutrición, Servicio Social, Kinesiología, Fonoaudiología y la reciente incorporación de un grupo de profesionales para la pesquisa, detección, acompañamiento y actividades de estimulación en pacientes con trastornos del desarrollo.

Se realizaron cirugías importantes de neurocirugía de adultos, cirugía bariátrica y cardíaca en un neonato.



Actualmente permite la formación de residentes de Clínica Médica, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Dermatología, Psicología y Servicio Social. Así como docencia para rotaciones de alumnos de UBA y Universidad de Morón. También cuenta con una escuela de Enfermería.

Cabe remarcar la gran camaradería y solidaridad entre los profesionales que redundan en el bien de los pacientes.

La creación del hospital generó un polo de atención sanitaria de rápido acceso con pronta resolución, armando redes con los CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) y hospitales circundantes, además facilitó el incremento del desarrollo urbano y comercial de la zona de Loma Hermosa.

En la actualidad su Director Ejecutivo es el Dr. Aníbal Rondan y los Directores Asociados, Dr. Pablo Urbano y la Licenciada Miriam Coutado.

Continúa siempre en crecimiento, al servicio de la comunidad, con recepción de las inquietudes y necesidades particulares de cada uno de los pacientes.





LINEAMIENTOS PRÁCTICOS SOBRE MEDICINA DEL VIAJERO EN PEDIATRÍA

Dra. M. Paula Della Latta*

La **Medicina del Viajero** es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos relacionados a la salud de las personas en relación con los viajes. Esto implica a toda persona que realice actividades que requieran viajar a algún destino diferente al de su residencia habitual (dentro o fuera de su país de residencia) como son los viajeros por turismo, viajeros por motivos laborales, expatriados, delegaciones diplomáticas, contingentes dedicados a la caza y la pesca, delegaciones deportivas, misioneros, militares, médicos en situación de catástrofes, cuerpos de ayuda humanitaria, arqueólogos, antropólogos, etc.

Esta disciplina, comienza a desarrollarse en Europa y en América del Norte en la década del '80 y en América Latina durante los años '90 y ha crecido en gran medida en los últimos 30 años. La sociedad científica que nuclea sus miembros a nivel mundial es la *ISTM (International Society of Travel Medicine)* fundada en 1991, mientras que a nivel regional se encuentra la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero (SLAMVI).

El campo de la Medicina de Viajero abarca una amplia variedad de disciplinas, incluida la epidemiología, la infectología, la salud pública, la medicina tropical, la salud de inmigrantes y refugiados y la medicina ocupacional.

Sin embargo, por ser una rama relativamente nueva de la medicina, la opinión de expertos y la experiencia individual aún dominan muchas de las áreas temáticas y conductas.

EPIDEMIOLOGÍA

El número de personas que viajan al extranjero ha crecido sustancialmente en la última década, en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial del Turismo, durante el período previo a la aparición de la pandemia de COVID-19, el número de llegadas de turistas internacionales continuaba en aumento habiendo alcanzado, en 2019, un total de 1.460 millones en todo el mundo. Esto se vio completamente interrumpido como consecuencia del COVID-19 en 2020.

Sin embargo, las cifras actuales muestran que el turismo internacional recuperó el 63% de los niveles previos a la pandemia en 2022, con Europa y Medio Oriente a la cabeza. Más de 900 millones de turistas viajaron a nivel internacional en 2022, el doble que en 2021.

Otra de las consecuencias de la pandemia, fue la gran caída en las tasas de coberturas de vacunación, observadas a nivel mundial durante 2020 y 2021, y que aún hoy, en 2023, no se han logrado recuperar.

Dentro de la población mundial de viajeros, los niños ocupan un lugar cada vez más importante y son por definición viajeros vulnerables. En países industrializados, se estima que anualmente 1.9 millones de niños viajan fuera de su país de origen, generalmente no son incluidos en la consulta previaje de Medicina del Viajero por sus padres y, solo algunas veces, son derivados por sus pediatras (~10%). En los últimos años ha

* Infectóloga pediatra. Médica de Planta de Epidemiología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires. Infectóloga del Servicio de Pediatría del Hospital Alemán de Buenos Aires. Vocal del Comité Nacional de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE). Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero (SLAMVI).

habido un incremento constante de viajes a destinos no convencionales, lo cual aumenta el riesgo de exposición a enfermedades poco habituales y en algunos casos inmuno prevenibles.

La combinación de dos eventos (la reactivación de los viajes sumado a las bajas coberturas de vacunas), expone a los diferentes países a un riesgo aumentado de reintroducción de enfermedades inmuno prevenibles, transmitidas por los viajeros que ingresan o retornan desde otros destinos.

De ahí que la Medicina del Viajero se haya convertido en los últimos años en una disciplina de gran aplicación en la práctica diaria, con alcances a múltiples especialidades médicas.

VIAJES Y RIESGOS: CATEGORIZACIÓN

La consulta previa de Medicina del Viajero implica realizar un asesoramiento adecuado en relación a las medidas preventivas a tomar antes o durante el viaje, con el fin de evitar adquirir enfermedades (infecciosas o no), relacionadas con el mismo.

Para ello se deben evaluar diversos factores:

- 1. Factores relacionados con el viaje:** lugar de destino e itinerario, duración de la estadía, estación del año, tipo de actividad a realizar (turismo convencional, ecoturismo, turismo aventura, etc.), condición sanitaria regional, requerimientos internacionales, estándares de vida en el lugar de destino, sitios donde residirá (hoteles, carpas, visitas a familiares, etc.), conductas alimentarias, tiempo previo de consulta al viaje, etc.
- 2. Factores relacionados con el huésped:** edad, enfermedad de base, medicación crónica, embarazo, inmunizaciones previas, conductas alimentarias, hábitos, conductas sexuales, etc.

En base a ello se puede establecer niveles de riesgo y dividirlos en alto (**AR**), intermedio (**RI**) o bajo riesgo (**BR**). Se considera **AR** cuando se visitan áreas rurales o en países en vías del desarrollo, destinos tropicales y subtropicales, con estadía prolongada, exposición intensa a la naturaleza y/o contacto con la población local.

Se considera **BR** si visitan áreas urbanas de países desarrollados, estadía corta, actividades sin contacto con la naturaleza o con la población local.

Se considera **RI** a aquellas situaciones intermedias entre las 2 anteriores, como una estadía breve, pero en un área considerada de alto riesgo o viajes a áreas desarrolladas, pero durante el transcurso de epidemias.

Estas condiciones orientarán a elegir las medidas preventivas más adecuadas, y dentro de ellas, a las inmunizaciones

VACUNAS PREVIAJE

Sin dudas las medidas preventivas más importantes antes de realizar un viaje, están basadas en la vacunación previa que debe recibir el viajero, y para ello se pueden dividir las vacunas en tres categorías:

- 1. Vacunas habituales:** aquellas que forman parte del Calendario Nacional de Inmunizaciones (esto varía en cada país). Esta categoría de “vacunas habituales” representa una oportunidad ineludible de realizar el recupero de dosis o “*catch up*” de calendario de inmunizaciones, durante la consulta pre viaje. Esto es imprescindible en la era post pandemia de COVID-19, debido a la gran caída en las coberturas de vacunación ya comentada a nivel mundial.
- 2. Vacunas requeridas** (bajo requerimiento internacional), también llamadas obligatorias: son exigidas previo al ingreso a un país, por las autoridades sanitarias locales. Compreendida en esta categoría, acorde al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se encuentra la vacuna contra la fiebre amarilla. Se debe tener en cuenta que además de ésta, y según las normas y leyes de cada país, pueden exigirse otras vacunas previas al ingreso en situaciones especiales, por ejemplo, la vacuna antimeningocócica para los peregrinos a la Meca en Arabia Saudita, o la antipoliomielítica en regiones con brotes de poliovirus, o las diferentes opciones de vacunas contra COVID-19, dependiendo de cada país.
- 3. Vacunas recomendadas:** éstas se indican independientemente del requerimiento internacional y con el fin de proteger al viajero, acorde al nivel de riesgo que se evalúa en la consulta del pre viaje. Ejemplos de estas vacunas son hepatitis A, fiebre tifoidea, antimeningocóci-

ca, antipoliomielítica, fiebre amarilla, cólera, influenza, rabia, sarampión ante situación de brote, etc.

La **consulta pre viaje** debe abordar por lo menos, los siguientes tópicos:

1. Vacunas (habituales, requeridas y recomendadas).
2. Infecciones transmitidas por vectores: usos de repelentes acorde a edad, zona de viaje y época del año.
3. Diarrea del viajero: prevención de la transmisión, eventual vacuna de cólera o de fiebre tifoidea.
4. Mordeduras de animales y rabia: riesgos según área y tipo de viaje. Eventual vacunación pre viaje.
5. Exposición solar.

LINEAMIENTOS GENERALES A TENER EN CUENTA DURANTE LA CONSULTA DEL VIAJERO

Todo profesional que debe asesorar sobre una consulta previa a realizar un viaje, debe contar con algunos conocimientos específicos que le permitan realizar una consulta adecuada.

1. Conocer las vacunas sometidas a requerimiento internacional y el riesgo de adquisición de las enfermedades en cada región, esquemas y efectos adversos de cada una: fiebre amarilla, poliomielitis, antimeningocócica.
2. Asesorar sobre las medidas preventivas dirigidas a cada tipo de viajero: se debe tener presente que el asesoramiento y las medidas preventivas a tomar durante la consulta pre viaje, para que resulten útiles, deben estar dirigidas a las características del viajero y no ser iguales para todos. Por ejemplo, ante un viajero adolescente que viaja como "mochilero" y un niño de 3 años, aunque viajen a la misma región geográfica, es importante incluir en el primero, las medidas preventivas de ITS (infecciones de transmisión sexual), mientras que en el segundo se debe jerarquizar las medidas de prevención de accidentes domésticos (intoxicaciones, ahogamiento, caídas, etc.).
3. Jerarquizar la prevención de las patologías más frecuentes: debido a que sería imposible abarcar en una consulta previa la prevención de todas las enfermedades que podrían adquirirse durante un viaje, es necesario conocer la epidemiología de las diferentes patologías en las

áreas que se visitarán, y asesorar en base a ello. Por ejemplo, priorizar las medidas de prevención de picaduras de insectos en viajeros que visiten durante la estación lluviosa, destinos tropicales en países en vías del desarrollo con circulación epidémica de dengue, vs. jerarquizar medidas de prevención de diarrea del viajero en esos mismos destinos, en épocas invernales (sin brotes de dengue).

4. Conocer y sopesar los riesgos que implican un viaje y desaconsejarlo en caso de considerarse de alto riesgo. Por ejemplo: lactante de 7 meses viajero a Río de Janeiro, Brasil, que no podrá recibir vacuna de fiebre amarilla (por edad) y posee riesgo de adquirirla durante el viaje (por ser endémica): se recomienda diferirlo hasta después de los 9 meses de vida, en que puede aplicarse la vacuna. Estas situaciones suelen ser muy complejas de resolver, se sugiere evaluar detalladamente el día a día del viaje, incluyendo actividades y lugares de residencia para establecer de la forma más precisa posible el riesgo real y asesorar a la familia en base a ello.
5. Conocer la epidemiología de aquellas patologías que requieran medidas preventivas específicas como vacunación o profilaxis antimicrobiana. Ejemplos de ello serían conocer el riesgo de paludismo o malaria en el Caribe y las indicaciones de profilaxis con antipalúdicos de acuerdo a la edad y características de cada viajero a zonas de playa como Colombia, Costa Rica o República Dominicana. Conocer el riesgo de fiebre amarilla en países sin requerimiento internacional como Brasil o Argentina. Conocer las áreas de riesgo en el mundo de fiebre tifoidea y las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna inactivada parenteral (única disponible en Argentina en la actualidad). Conocer zonas con riesgo de rabia e indicar, por ende, la profilaxis pre exposición con vacuna.
6. Tener conocimiento sobre medidas preventivas en adultos viajeros: si bien el paciente adulto debe consultar con especialistas propios, es muy frecuente que durante la consulta del niño viajero se solicite el asesoramiento familiar.

Por ello, es recomendable que el profesional que realice la consulta del viajero pediátrico, conozca conceptos básicos de Medicina del Viajero de adultos para realizar la orientación correspondiente. Por ejemplo, ante una consulta de un viajero de 18 meses a un área de alta incidencia de fiebre tifoidea, se deberá indicar a los padres que realicen la consulta con Infectología de adultos con una antelación mínima de 14 días para recibir la vacuna de fiebre tifoidea, que el niño no podrá recibir por su corta edad.

7. Ofrecer pautas de alarma para patologías frecuentes que puedan presentarse durante el viaje y en el postviaje, para lograr una consulta médica precoz.

Un ejemplo de esto es uno de los axiomas más importantes de la medicina tropical, que establece que “todo viajero con fiebre que haya visitado áreas de paludismo/malaria debe ser evaluado para descartar dicha enfermedad”. De igual manera, todo viajero con fiebre que haya visitado áreas con riesgo de dengue, debe ser evaluado para descartar dicha infección, hasta 2 semanas después de haber abandonado el área de riesgo.

CONTEMPLAR SITUACIONES DE VIAJERO ESPECIALES

Viajeros que visitan familiares o amigos

El riesgo de este grupo particular está relacionado con una mayor exposición a enfermedades transmisibles (entre otras) y medidas de protección insuficientes. Es más frecuente que estos viajeros no realicen consulta previa y que no estén debidamente vacunados, pero es más probable que permanezcan en áreas rurales remotas, tengan un contacto cercano con las poblaciones locales, consuman alimentos y bebidas de alto riesgo, emprendan viajes de última hora (vinculados a emergencias familiares) y realicen viajes de mayor duración.

Debido a la familiaridad con su lugar de origen, pueden percibir un riesgo menor, lo que puede resultar en tasas más bajas de vacunaciones previas a la partida o profilaxis contra malaria. El costo de las consultas previas al viaje, en ocasiones, no está cubierto por los servicios de medicina prepa- ga, y puede ser elevado, sobre todo para familias

numerosas, por otra parte, dicha consulta puede verse obstaculizada por limitaciones culturales y lingüísticas. Este tipo de viajes son frecuentes en inmigrantes oriundos de otros países.

Viajeros internos

Se denomina de esta manera a aquellos viajeros que se desplazan dentro del territorio de un mismo país. Habitualmente se desestiman las consultas en estos casos, porque tanto el viajero como el médico, suelen considerarlo de bajo riesgo, sin embargo, esto no se condice con la epidemiología real.

Para citar algunos ejemplos de ello, dentro de Argentina, se debe realizar prevención de patologías poco frecuentes como el Hantavirus a aquellos viajeros que circulen por áreas de riesgo como son ciertas zonas de las provincias de Río Negro, Salta, Misiones y el corredor Buenos Aires-La Plata.

También se deben jerarquizar las medidas de prevención de picaduras de insectos durante los viajes internos que coincidan con los brotes de dengue, así como también hacer hincapié en prevención de diarrea del viajero para aquellos viajeros a Salta, debido a la alta transmisión actual de fiebre paratifoidea.

VIAJEROS A EVENTOS MASIVOS

Esto abarca a los viajeros cuyo destino incluye a una gran cantidad de personas reunidas en un lugar específico, con un propósito específico, durante un período determinado.

Incluyen eventos deportivos (por ejemplo, los Juegos Olímpicos), eventos culturales (ej. exposiciones, festivales de música), eventos sociales (ej. reuniones del día nacional) y reuniones y peregrinaciones religiosas. Con la globalización, los eventos masivos (fuera del período de pandemia) se han vuelto cada vez más accesibles y por ende más concurridos. Éstos pueden saturar la capacidad de atención de salud pública de una comunidad.

Los factores asociados con un mayor riesgo de peligros para la salud en eventos masivos son: afluencia de un gran número de visitantes en un corto período de tiempo y las consiguientes condiciones de hacinamiento; viajeros que a menudo provienen de áreas que difieren mucho en geo-

grafía y cultura; la posibilidad de introducción, diseminación y exportación de enfermedades transmisibles.

El viaje a cualquier evento masivo debe planificarse teniendo en cuenta las condiciones particulares y los riesgos de enfermedad que presenta ese evento. Por ejemplo: la vacunación antigripal es una recomendación que siempre debe darse ante estos viajeros y en situaciones particulares como la peregrinación a la Meca, la inmunización antimeningocócica es mandatoria.

Los eventos en masa exponen a los asistentes a mantener contacto directo durante una gran cantidad de tiempo y en muchas ocasiones saturan a los sistemas de servicios básicos (higiene ambiental, cantidad de baños disponibles, etc.). La transmisión fecal-oral, como por ejemplo de Hepatitis A, es factible y se ve facilitada, por ende, se debe corroborar inmunidad previa (vacuna o serología) o indicar vacuna de hepatitis A.

VIAJEROS A CAMPUS UNIVERSITARIOS

Si bien la gran mayoría de las universidades que reciben estudiantes extranjeros, exigen la constancia que acredite inmunizaciones completas, se debe tener en cuenta que los campus universitarios funcionan en algunos aspectos como comunidades cerradas, por ende, la transmisión de múltiples enfermedades es un evento común.

Independientemente de la exigencia local, se debe verificar que todo viajero cuente con el CNI completo para edad e incluir (si no las tuviera incluidas por edad) la inmunización contra influenza, meningococo y varicela.

Debido a la complejidad que representa la consulta pre viaje y a la necesidad de estar actualizado en epidemiología en forma constante, la consulta de Medicina del Viajero muchas veces supera las posibilidades del pediatra y requiere del asesoramiento del infectólogo pediatra especializado en Medicina del Viajero. Debido a ello, es de buena práctica derivar con el especialista, a aquellos pacientes que deban realizar viajes a áreas con riesgo de adquirir alguna de las patologías que requieran intervenciones específicas.



CONCEPTOS JURÍDICOS PARA MÉDICOS QUE ATIENDEN A MENORES DE EDAD

Dra. Viviana Edith Soligo

Médica Pediatra

Reseña sobre el Trabajo Final Integrador realizado como alumna para el Curso Regular: Sincrónico on line: **“ABC de la Medicina Legal para Pediatras 2022”**, coordinado por *Dra. Mercedes Regina Acuña*.

El trabajo se desarrolló considerando que las Ciencias Médicas y la Bioética son disciplinas que deben actuar sinérgicamente con las Ciencias Jurídicas como garantes de la protección de derechos.

Se indicaron como “palabras clave”: menores - competencia - capacidad - capacidad progresiva - autonomía progresiva - Convención de los Derechos de los niños - interés superior del niño.

En el trabajo se analizaron aspectos del Código Civil y Comercial de la República Argentina (C.C y C.) aprobado por la ley 26.994 que se sancionó en 2015. Tan importante documento se habría elaborado tomando en cuenta los cambios sociales y culturales que dieron lugar a normas jurídicas sancionadas por los Diputados y Senadores nacionales:

- I. Ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, 26.061 de 2005.
- II. Ley de de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales de la Salud, Artículo 2°. Inc. e), 26.529 sancionada en 2009 y su Decreto Reglamentario N°1089/2012
- III. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Artículo 26. sancionada en 2010.

Se toma en consideración para realizar señalamientos, el documento denominado: “Código Civil y Comercial de la Nación Comentado” Tomo I; Título Preliminar y Libro Primero; Artículos 1 a 400. Editado Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Segunda edición de 2016; Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica. Gustavo Caramelo, Sebastián Picasso y Marisa Herrera. (Carmelo, Picasso, & Herrera, 2015)

En el trabajo se destacan algunos conceptos y los fundamentos que llevaron a la redacción de las leyes, porque los ciudadanos que concurren a

las consultas que brindan los efectores sanitarios, tienen a su disposición una gran cantidad de normas que podrían ser invocadas respecto de las obligaciones profesionales de las disciplinas médicas.

Las leyes son parte del orden que instauro el Estado por lo que es obligatorio su cumplimiento, pero los agentes sanitarios también deben seguir las normas y fundamentos de su oficio, arte o ciencia que requiere considerar cada caso de acuerdo a las mejores evidencias disponibles cuando un paciente solicita ayuda; aunque el término que describe con mayor precisión las circunstancias de quien solicita asistencia sanitaria podría ser “paciente”.

Establecer una relación de ayuda es la misión tradicional para los agentes sanitarios, aunque desde el punto de vista jurídico se trataría de un contrato implícito.

En todo caso se presupone que el médico debe llegar al mejor conocimiento posible sobre los procesos que determinan el problema por el cual se le solicita asistencia.

No siempre se trata de lo que coloquialmente se conoce como enfermedad, ya que el concepto alude a algún problema que limita las acciones que se consideran apropiadas según la edad o grado de desarrollo de un individuo o sujeto. Pero siempre es importante determinar la o las causas del sufrimiento o las dificultades que son presentadas ante un profesional del campo de las ciencias médicas.

Cuando el sujeto de una consulta es un niño, niña o adolescente, el profesional debe tomar en cuenta las preocupaciones de los padres o de quien asiste como acompañante, pero la situación se complejiza porque el principal interlocutor solo podría ser propio menor, cuando

el mismo haya adquirido cierta capacidad para comunicarse por medio de la palabra. Como sabemos la habilidad para informar sobre síntomas o motivos de padecimiento o sufrimiento, es una capacidad que se adquiere progresivamente y está condicionada por diversos factores solo parcialmente relacionados con la edad cronológica.

Además, es necesario tener en cuenta que, cuando el sujeto que debe ser asistido es un menor de edad, es decir un criterio determinado por las normas jurídicas, desde el punto de vista de los agentes sanitarios se trata de un sujeto en desarrollo, de tal forma que podría suceder que el asistido haya adquirido las habilidades necesarias para tomar conocimiento sobre que está siendo limitado en sus posibilidades para lograr la plenitud de sus potencialidades. Las que se adquieren de acuerdo a cierta cronología determinada por la biología y a los aportes multifacéticos que brinda el entorno.

A los fines de esta reseña, se realizará un punteo sobre los aspectos que se desarrollan en el trabajo citado, que asume como marco referencial la necesidad de considerar los factores “Determinantes de la Salud”, que en general son cuestiones que exceden las posibilidades del agente sanitario en la mayoría de las consultas. (Luxardo, y otros, 2020)

1. Principio de Autonomía como parte de los deberes de los médicos y otros agentes sanitarios

La aplicación del Principio de Autonomía da por sentado que, ante la solicitud de ayuda al Sistema Sanitario, sea respetado el Derecho a la Libertad que tiene cada sujeto para establecer sus normas personales de conducta, de tal forma que las conclusiones a las que llega el Profesional Médico, ante un cuadro, es considerada una opinión calificada, pero es también responsabilidad del agente sanitario garantizar que el paciente no se sienta presionado u obligado a seguir las indicaciones o tratamiento que se le ofrece.

El texto del Código de Ética Médica fue objeto de múltiples modificaciones a partir de 1948 y en la década de 1990 se incorporó el Principio de Autonomía, lo que sería un paso dirigido al objetivo de destacar la conveniencia de dejar de lado el modelo paternalista de relación médico paciente, privilegiando el diálogo y el consenso.

Desde el punto de vista de las ciencias de

la salud, eso implica la necesidad de recurrir a disciplinas que puedan asistir a los Médicos Físicos para comprender aspectos ajenos al funcionamiento biológico, ya que son muchas las circunstancias que pueden generar sufrimiento, no solo son aquellas que pueden ser definidas como “enfermedades”, trastornos o patologías desde las ciencias médicas.

El sufrimiento es una cuestión subjetiva y en algunos casos pueden manifestarse signos o síntomas físicos y las causas no están dentro de posibilidades de intervención de los médicos no especializados en problemas de salud mental o psicológica.

El caso de los niños y adolescentes tiene particularidades, ya que los límites de edad indicados por las normas jurídicas deben ser tenidos en cuenta. Pero cuando se señala que las decisiones deben tomarse de acuerdo al “grado de madurez” de cada sujeto, resulta una premisa imposible de cumplir, ya que la condición indicada solo puede ser determinada en forma consistente por medio de evaluaciones específicas, que exceden las competencias de los agentes sanitarios no especializados para evaluar el referido grado de madurez (podemos asumir que corresponden a un cierto “grado de desarrollo psicoemocional”)

De tal manera que la necesidad de tomar en cuenta la voluntad expresada por un sujeto menor de edad se transforma en un dilema para los agentes sanitarios. Se presenta como ejemplo para ilustrar lo dicho, el fenómeno que se describe habitualmente como “Conducta Opositora” que coloquialmente señala que: “un sujeto expresa con vehemencia desacuerdo con lo indicado o denegado por el entorno”.

Es ampliamente sabido que los niños que transitaron sin dificultades su gestación, poco después del año de su nacimiento necesitan afirmar su noción de identidad, pero como aún no adquirieron la posibilidad de comunicarse por medio del lenguaje, transitan una etapa durante la cual, si no logran obtener algo que anhelan alcanzar o poseer, reaccionan abrumados por la ira, una emoción considerada básica presente en todo individuo. Se enojan y presentan lo que conocemos como “pataletas o berrinches”.

Este período es parte inexorable del desarrollo y se considera que las manifestaciones de las crisis de excitación, que incluyen gritos, llantos y actividad motora acorde al estado de ánimo, dis-

minuyen a partir del tercer o cuarto año de vida extrauterina. Durante este período el ser humano joven debe ser capaz de adquirir lo que se conoce como “capacidad de tolerar la frustración”, una habilidad que requiere intervenciones adecuadas de los adultos que se ocupan de la crianza. Se trata de un período muy sensible ya que implica incorporar la posibilidad de comunicarse en forma eficaz y comprender las normas sociales de su entorno.

Durante esta etapa cada sujeto joven necesita sentirse amado y valorado para progresar en su desarrollo integral. Encausar las emociones e impulsos generando ideas, sentimientos y conductas que le permitan integrarse armoniosamente a su entorno doméstico y social en caso de asistir a un centro de cuidados diarios, lo que es un gran esfuerzo que requiere apoyos multifacéticos intensamente estudiados por distintas disciplinas.

Se requiere que los adultos logren transmitir las normas familiares y de la sociedad al individuo joven, pero son muchas las cuestiones que podrían ralentizar el proceso o impedir completamente que un determinado sujeto sea capaz de comprender que existen normas sociales durante el resto de su existencia.

2. Situaciones de conflicto entre un menor de edad y sus representantes legales

En base al texto del artículo 26 del C.C y C: “la persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente, puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico”.

“En los casos en que la voluntad expresada por el menor genere un conflicto con el o los representantes legales, o con el profesional, corresponderá que el caso sea abordado por el Comité de Ética de la Institución Asistencial o de otra institución si fuera necesario, para que emita opinión, en un todo de acuerdo con la Ley 26.061...”

En base al análisis realizado por Carmelo & otros el artículo 26 se debería considerar en conjunto con el art. 22 también comentado en esa obra. Es posible concluir que la incapacidad no es un principio en el C.C y C, por cuanto son las limitaciones o restricciones las que constituyen la excepción en el nuevo sistema (art. 22). Por eso la permeabilidad de los requisitos exigidos

en la norma comprende una amplitud de supuestos que pueden ser incluidos en esta suerte de “cláusula de capacidad creciente o abierta”, de la mano del Principio de Autonomía Progresiva de rango constitucional (art. 5° CDN) se aclara que las facultades y derechos reconocidos a los progenitores guardan relación con el objetivo de orientar y posibilitar el ejercicio de derechos por parte de las personas menores de edad.

Los cambios incorporados por la reforma del C.C. y C se enfocan en las capacidades de los niños y la eventual asistencia que podrían darle sus progenitores. Esto lleva a que las decisiones de los médicos que tienen como sujetos a niños y adolescentes deben considerar no solo a su paciente, el niño, sino también la complejidad de los vínculos familiares, ya que la autonomía de los menores es una cuestión que depende de múltiples factores, algunos propios del menor pero también del contexto doméstico o de cuidados primarios.

3. Capacidad progresiva y competencia

En el apartado anterior se señala el concepto de Capacidad Progresiva.

La capacidad en el **artículo 22** del C.C y C “**Capacidad de derecho**” refiere que:

“Toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos. La ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos, simples actos, o actos jurídicos determinados”

Y el **artículo 23. “Capacidad de ejercicio”** establece que:

“Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial”.

La capacidad, en términos generales, es la aptitud de la persona para ser titular de derechos, adquirir obligaciones y ejercer dichos derechos por sí misma.

Pero la capacidad en términos jurídicos, de acuerdo al texto de Camelo que se está tomando para delimitar los conceptos dice que:

El derecho civil tradicional ha calificado a la capacidad como un atributo de la persona, inherente a su condición de tal; por su parte, el reconocimiento de la capacidad guarda relación con el respeto de la dignidad y libertad personal y por ello sus eventuales limitaciones solo pueden

ser establecidas legalmente. Así, en función de la entidad de este atributo –que se constituye hoy día ya como un verdadero derecho humano, tal como más adelante explicaremos– así como la amplitud del principio general, no son aplicables interpretaciones extensivas o analógicas que constituyan incapacidades cuando la ley no lo estableció en forma expresa.

Esto se relaciona con los artículos 25 y 26 que son los que se refieren a “Persona humana” En el art 25 se determina que: “Menor de edad es la persona que no ha cumplido dieciocho años”

Sin embargo, en el art 26 sobre el “Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad”. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico”.

En este punto un agente sanitario podría preguntarse qué implica para el legislador “madurez suficiente”. Pero eso no se aclara, por lo que debe entenderse que será el prestador de servicios médicos asistenciales quien en primera instancia debería definir la cuestión. Aunque, como se explicó, la tarea del médico físico es determinar la existencia o no de patologías, condiciones o enfermedades; pero las cuestiones del desarrollo son tratadas por agentes especializados en ese campo o la psicología.

Ante una situación tan ambigua la Sociedad Argentina de Pediatría publicó en 2018, un artículo que presenta un modelo para evaluar la autonomía de los niños de acuerdo a evidencias científicas, que es orientativo para comprender los aspectos a considerar respecto de la capacidad del niño o adolescente. (Martakis K, 2018).

4. La autonomía progresiva de los sujetos humanos es una realidad cuya evaluación en cada individuo requiere un proceso multifacético

Es relevante destacar que el concepto de niñez es una construcción cultural inacabada, que surge como resultado de un largo proceso histórico.

En la antigüedad la niñez fue ajena al concepto de persona, por tanto, en el mundo jurídico, los niños y niñas, así como las mujeres y los esclavos no tenían relevancia social, aunque se descontaba que eran parte de la intimidad del hogar de cada ciudadano.

La vida de los infantes solo era relevante de acuerdo a la voluntad del padre. En Grecia antigua se practicaba la exposición y la inmolación de infantes; en Roma el infanticidio era una práctica frecuente. El advenimiento del cristianismo, como religión oficial del Imperio Romano, llevó a la proscripción de las acciones contrarias a los principios morales de la nueva religión. Sin embargo, recién durante el siglo XX se comienzan a establecer normativas de consenso público internacional para la infancia. (Sánchez Pérez, 2018)

La Pediatría es una especialidad que surge a principios del siglo XIX del tronco común de la Medicina Física y la Puericultura. Más allá de la falta de normas referentes a la protección de los niños, se consideraba que su cuidado era responsabilidad de sus progenitores. El estatus social de los infantes dependía de la conformación de familias legitimadas por el matrimonio y el reconocimiento por parte del padre.

El cuidado de los niños era una cuestión exclusivamente doméstica, recién comenzó a ser un tema de preocupación social cuando se modificó el sistema productivo gracias a la industrialización. (Alvarez Lara, 2011)

Progresivamente se aplicó el método de las ciencias modernas al cuidado de los seres humanos en desarrollo. Y el estudio científico del desarrollo se inició durante el siglo XX, en gran medida debido a que resultó evidente la influencia que la devoción y el afecto con el que se cuidaba a los lactantes podía influir en su salud y aún en su sobrevivencia. También el psicoanálisis, al tratar los problemas de niños y adultos, desarrolló teorías que dieron cuenta sobre que el desarrollo de cada sujeto está fuertemente determinado por los avatares de los vínculos con los referentes afectivos desde las etapas iniciales de la vida extrauterina. (Palacios, Marchesi, & Coll, 2014) (Betancourt M, 2009)

La capacidad de tomar decisiones se desarrolla desde la primera infancia. Los niños comienzan a poder desplazarse y dirigir sus movimientos al final del primer año de vida extrauterina, pero en esta etapa están lejos de poder evaluar las consecuencias de sus movimientos. Por eso deben ser asistidos por otro sujeto más desarrollado que él durante un período de por lo menos 7 años. Necesita que se le brinde la posibilidad incorporar el lenguaje como forma de elaborar pensamientos que le brindarán la capacidad de interactuar

con otros sujetos de su entorno cercano y auto protegerse al menos en forma parcial.

La conciencia de las propias capacidades y responsabilidades se adquieren lentamente durante la infancia. Pero, además para sobrevivir, el infante necesita ser cuidado con dedicación y afecto, condición imprescindible para el desarrollo pleno de todas las capacidades que cada individuo tiene en potencia. (Betancourt M, 2009)

En especial es indispensable la existencia de un vínculo de apego suficientemente bueno para que el desarrollo integral sea óptimo. La carencia de una conexión afectiva muy fuerte con el niño desde el inicio de la vida, disminuye seriamente sus posibilidades de supervivencia. Esta cuestión es parte de los conocimientos de la medicina moderna a partir de los desarrollos de René Spitz, que fueron fundantes de diversas líneas de trabajo dentro de la psicología evolutiva. Sin afecto suficiente por parte de otro individuo que nos cuide y proteja, los seres humanos tendremos dificultades también para alcanzar autonomía plena que es un objetivo deseable, pero no siempre posible. (Craig & Baucum, 2009)

El imperativo jurídico de reconocer la Autonomía Progresiva como derecho, conlleva que en el futuro las ciencias jurídicas deban ahondar sobre el rol de la familia, ya que es incuestionable que se trata de una institución previa a todo estado jurídicamente organizado, que permaneció como una cuestión sobre la que las normas legales no repararon más allá de la consagración de los matrimonios y la determinación de la filiación. Ciertamente es un avance que de acuerdo al Artículo 7º: Responsabilidad familiar de la Ley 26061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, se establece que la familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. (...). (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2005) Y que los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad. Y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.

CONCLUSIONES

Estos aportes solo son un inicio del complejo proceso que llevará a la adecuada integración

de los múltiples aspectos de la realidad humana, sobre los que las ciencias jurídicas procuran asegurar la dignidad de las personas humanas.

Dado que los cambios sociales llevan a que deban modificarse las normas jurídicas que involucran a los agentes sanitarios, se debería asumir que los mismos deben ser parte de la construcción de los sistemas que se aplicarán para que sea compatible el adecuado desarrollo de las tareas de asistencia sanitaria y los principios bioéticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Lara, R. (2011). El concepto de Niñez en la Convención de los Derechos del Niño y en la legislación Mexicana. Revista electrónica del Instituto de investigaciones Jurídicas (5).
- Betancourt M L. (2009). Autismo, depresión anaclítica y prevención en salud mental infantil. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38(1), 110-124.
- Carmelo G., Picasso S., & Herrera, M. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación Tomo I (1 ed.). Ciudad Autónoma de Buenos, Argentina: Infojus.
- Craig G., & Baucum D. (2009). Desarrollo de la personalidad y socialización en la infancia. En C. & Bacum, Desarrollo Psicológico (págs. 167- 199). Alabama, Estados Unidos de Norteamérica: Pearson Educación.
- Gerald W. (2013). Promesas y Mitos de la Ciencia Moderna . En G. Untoiglich, & coordinadora, En la Infancia los Diagnósticos se Escriben con Lapiz (págs. 45-55). Buenos Aires , Argentina : Noveduc.
- Luxardo N, Passerino L M., Sasseti F, Heredia CR, Palermo M C, & al, e. (2020). Antecedentes del concepto “determinantes sociales de la salud” en el estudio de las desigualdades. Teseo; 2020.
- Martakis K B. H.-B. (2018). Desarrollo de la autonomía del niño en la atención pediátrica: hacia un modelo ético. Arch Argent Pediatr, 116(3):e401-e408.
- Palacios J, Marchesi Á, & Coll C. (2014). 1. Psicología evolutiva. En Comiladores, Desarrollo psicológico. Madrid: Alianza.
- Sánchez Pérez C. (2018). Recuerdos Silenciados: Percepción de la niñez en la Grecia antigua. Opción al Grado de Licenciada, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades Seminario de grado: Sociedad y Política en el mundo greco-romano, Santiago de Chile.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina . (2005). Ley de proteccion integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes 26061. Buenos Aires .
- Siurana Aparisi J C. (marzo de 2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas(22), 121-157.



Qué debe saber el pediatra sobre

CEFALEAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dra. Fanny Breitman

Consultora, Hospital de Pediatría Prof. Dr. J. P. Garrahan
Ex Coordinadora Sector Mediano Riesgo. Área ambulatoria Htal. de Pediatría Garrahan
Ex Secretaria, Prosecretaria, Consultora del Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria SAP
Ex Profesora Adjunta Facultad de Medicina UNLAM

Las cefaleas en la infancia y adolescencia son muy frecuentes. La **prevalencia** reportada de cefaleas crónicas y recurrentes en niños y adolescentes, según diferentes fuentes bibliográficas, arroja resultados de 3%, 4 a 11% y 8 a 23% en los grupos etarios de 3 a 7 años, de 7 a 11 años y 11 a 15 años respectivamente. Hay predominio femenino a partir de la pubertad. Estas cifras son muy variadas ya que dependen de las poblaciones estudiadas y/o criterios diagnósticos no homogéneos, sumado a que alrededor de un 50% de pacientes no consulta por su síntoma.

DEFINICIONES ORIENTATIVAS

Si bien la amplia mayoría de las causas son benignas, es un síntoma que genera mucha preocupación en los pacientes, familiares y profesionales, ya puede ser un indicativo de patología grave, aunque improbable, pero posible.

Un abordaje inicial permite clasificarlas en **primarias** y **secundarias**. Estas últimas son la

expresión o síntoma de anormalidades identificables, estructurales o metabólicas, de manera tal que debe haber una relación temporal con la causa y debe resolverse con la terapia adecuada.

Las cefaleas primarias no permiten identificar causas; son las más frecuentes y primordialmente benignas. Dentro de este grupo las entidades más comunes son migraña y cefalea tensional, pero se incluyen otras cefaleas trigeminales.

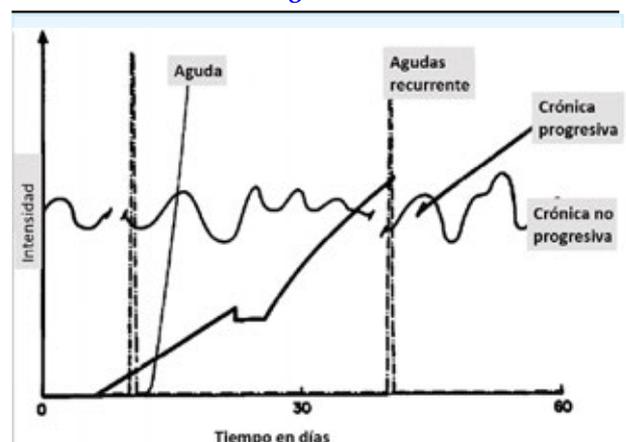
En cuanto a la **localización** pueden ser cefaleas **localizadas** o **generalizadas** y la **intensidad** leve, moderada o grave (Figura 1).

Otro enfoque clásico de las cefaleas se refiere a la **evolución temporal** de las mismas, que pueden ser **agudas** (duran generalmente horas o días), **agudas recurrentes** (episodios de cefalea separados por períodos asintomáticos variables), **crónicas no evolutivas** (con altos y bajos se mantienen más de 6 meses sin cambiar sustancialmente su intensidad a lo largo del tiempo) y **cefaleas crónicas progresivas** (van empeorando sin períodos de acalmia significativos). (Figura 2).

Figura 1

- **PRIMARIAS:** no tienen causa identificable
 - migraña
 - cefalea tensional
 - cefaleas trigeminales
- **SECUNDARIAS:** tienen causa identificable
 - **grave** alertas (banderas rojas)
 - **benigna** (ej. enfermedades febriles comunes)
- **INTENSIDAD:** leve, moderada, grave (no ayuda al diagnóstico diferencial)
- **UBICACIÓN:** localizadas, generalizadas (holocraneanas)

Figura 2



Fuente: Rothner AD. J of pain and symptom management 1993;8(2):81-84

EVOLUCIÓN TEMPORAL

Las *cefaleas agudas ocasionales* dan cuenta de más del 90% de los casos. Están producidas, en su amplia mayoría, por enfermedades febriles banales generalmente virales o bacterianas de poco riesgo. Con menos frecuencia, pero no desdenable, puede tratarse de un primer episodio de migraña (veremos más adelante que no se puede hacer diagnóstico definitivo de esta entidad, hasta que no se hayan experimentado al menos 5 crisis). Dentro de este grupo se incluyen los casos post traumatismos leves o moderados (que a su vez pueden desencadenar crisis migrañosas).

Las sinusitis suelen ser sobrediagnosticadas como causa de cefalea aguda (y crónica). En caso de presentarla, es de tipo localizada de acuerdo al seno afectado y debería manifestar algún signo o síntoma propios de las sinusitis (congestión nasal, dolor en puntos sinusales, rinorrea).

Hay *cefaleas agudas generalizadas* que responden a entidades graves, que, aunque muy infrecuentes, requieren diagnóstico y tratamiento **urgente**. Generalmente se acompañan de signos/síntomas neurológicos focales o indicativos de hipertensión endocraneana. Dentro de este grupo se encuentran las infecciones intracraneanas (meningitis, encefalitis), hemorragia subaracnoidea (por malformación arterio-venosa o rotura de aneurisma).

Otras entidades de este grupo de cefaleas son:

- Intoxicación con CO: debe pensarse siempre que el paciente tenga cualquier tipo de aparato de combustión y en cualquier época del año, si bien predomina en invierno. Es una intoxicación potencialmente mortal, totalmente prevenible.
- Ingesta de alcohol, marihuana, cocaína.
- Hipertensión severa, como crisis hipertensiva. La hipertensión leve o moderada no es causa de cefalea (tener presente que el dolor *per se* puede provocar hipertensión leve).
- Hipertensión endocraneana de cualquier origen: tumores del sistema nervioso central, hidrocefalia (cuando es reciente o por descompensación de cuadro crónico) raramente producen cefaleas agudas.
- Las crisis epilépticas pueden culminar con cefalea aguda, pero es excepcional como signo de presentación.

Otras entidades, que son emergencias o urgencias, se presentan con *cefalea aguda* que

tiende a ser de tipo *localizada* y con signos neurológicos focales. Son ejemplos de ello: infecciones intracraneanas (absceso cerebral o epidural, osteomielitis de calota), hemorragias (intraparenquimatosa, extradural, subdural), trombosis de senos venosos (secundarios a otitis, osteomielitis, sinusitis, traumatismo), síndrome de Arnold-Chiari I, disección de la carótida extracraneana por trauma.

Las **alertas** (banderas rojas) en *cefaleas agudas no primarias* de posibles causas graves, son las que se acompañan de: convulsiones, rigidez de nuca, anormalidades del fondo de ojo, alteración de conciencia o nivel cognitivo y otros signos/síntomas neurológicos. Una cefalea aguda de comienzo brusco que aumenta en minutos y referida como tan severa que es la peor que se ha experimentado, indica fuerte sospechas de hemorragia intracraneana. Veremos más adelante que hay migrañas con auras atípicas que presentan anormalidades neurológicas agudas, que requieren diagnóstico diferencial con las entidades comentadas.

En cuanto a *cefaleas primarias agudas recurrentes* tienen como la causa más frecuente a *migraña* (sinónimo jaqueca). Otros tipos, no infrecuentes, son las cefaleas en puntadas (dolor punzante de segundos de duración en zonas diferentes de la calota y predominan en personas migrañosas) o cefaleas relacionadas con la menstruación.

Hay *cefaleas agudas recurrentes primarias* sumamente **inusuales** en pediatría tales como:

- Cefaleas trigeminales autonómicas: cefalea en racimo o cefalea de Horton, hemicránea paroxística, SUNCT. El nombre de este grupo indica que el dolor afecta áreas del V par y se acompaña de manera variable de congestión conjuntival, edema de párpados, congestión nasal, lagrimeo.
- Desencadenadas por contacto directo en piel de la cara o ingesta de algo frío.
- Desencadenadas por rotación brusca de la cabeza, ejercicio intenso, preorgasmo u orgasmo, si bien puede ser primarias deben descartarse causas orgánicas.
- Las neuralgias del V par y otros nervios craneales difícilmente se vean en niños.

Es importante referir los *criterios diagnósticos de migraña* ya que, como se mencionó, es la

entidad por lejos más frecuente de este grupo de cefaleas. Se presentan sintetizados y adaptados de la versión III de los criterios publicados por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS por su sigla en inglés) en 2013.

- A)** Deben repetirse 5 o más ataques que cumplan **B** a **D**.
- B)** Duración de la crisis (sin tratamiento) 4-72hs (2- 72hs en menores de 18 años).
- C)** Dos de las siguientes:
- **I:** unilateralidad
 - **II:** carácter pulsátil
 - **III:** intensidad moderada o grave
 - **IV:** se agrava con la actividad física rutinaria
- D)** Una de las siguientes:
- **I:** náuseas y /o vómitos
 - **II:** fono y fotofobia
- E)** Se descartan otras causas que puedan producir el fenómeno.

Estos criterios diagnósticos tienen, en pediatría, una alta especificidad (aproximadamente 92%) pero baja sensibilidad (27-50%) porque las crisis en la infancia suelen ser más cortas y, usualmente, los niños no tienen fono y fotofobia juntas (o capacidad de referir) y la intensidad es difícil de evaluar.

En cuanto al punto E) no indica que deben realizarse *necesariamente* estudios diagnósticos, sino aplicar criterio clínico, búsqueda de alertas y seguimiento apropiado para definir el cuadro.

Se presenta en 10-20% de niños y adolescentes (más en estos últimos y adultos) *migraña con aura* cuyos criterios diagnósticos, también de la misma fuente (IHS 2013), se mencionan a continuación:

- A)** Dos o más ataques que cumplan criterios de migraña.
- B)** Aura con síntomas focales neurológicos reversibles, con duración menor a 60 minutos e instalación gradual en 5 a 20 minutos.

El *aura típica* no presenta signos motores y lo más frecuentes son *síntomas visuales* como fopsias, escotomas, líneas brillantes en zigzag, seguido de *parestesias* de miembros y/o periorbitales, asimétricas o no y *disfasia* que casi no se observa en pediatría.

Personas con migraña pueden presentar auras sin cefaleas

Ocasionalmente hay pródromos (diferentes al aura) 1 o 2 días antes de la crisis, particularmente a partir de la adolescencia, como irrita-

bilidad, fatiga, palidez, anorexia, decaimiento, somnolencia.

La migraña no es diagnosticada como tal, estimativamente, en 50% de los casos y las crisis se interpretan como “ataques de hígado”, “problemas de cervicales” “sinusitis” “nervios”. Estas interpretaciones, así como la falta de consulta médica por parte de pacientes, contribuyen a dificultar los datos de prevalencia.

Existen raramente *auras atípicas* con signos /síntomas neurológicos más complejos que el aura típica. Ejemplo de éstas son: Alicia en el país de las Maravillas (visión deformada como Alicia en los espejos), confusional (indistinguible clínicamente de otros cuadros confusionales encefalíticos, tóxicos), oftalmopléjica, hemipléjica/hemiparética, troncal (antes basilar: ataxia, disartria, tinnitus, hipoacusia, vértigo, diplopía, alteración de la conciencia) retiniana (amaurosis, hemianopsia, cuadrantopsias). Estas auras se pueden presentar solas o combinadas.

En todos los casos las auras atípicas son reversibles, pueden durar unos días, pero se debe descartar siempre causas secundarias orgánicas.

La migraña en pediatría se presenta a una edad media de alrededor de 8 años, pero se ha hecho diagnóstico retrospectivo de niños de menos de 2 años.

Las *características del dolor* de las crisis son variables, aún en el mismo paciente. En general es:

- Vespertino y muy ocasionalmente es al despertar o lo despierta de noche,
- el carácter pulsátil y la unilateralidad se da en alrededor de la mitad de los pacientes, en el resto es punzante o compresivo,
- en la mayoría dura 2 a 4 hs. pero puede durar menos,
- la localización más habitual es frontal o frontotemporoparietal. Es muy inusual la localización occipital, particularmente si está aislada. La localización facial es excepcional y se presenta en patología bucodental.

Los **acompañantes** de las crisis que se presentan en alrededor del 50% de los pacientes son náuseas, vómitos, pero también palidez, mareos, fotofobia. En porcentajes menores, alrededor del 30%, aparecen dolor abdominal, fonofobia, sudoración, visión borrosa, parestesias, presíncope y/o síncope. En este último caso es imprescindible el diagnóstico diferencial preciso con convulsión, cuya presencia es una alerta de organicidad.

En cuanto a **desencadenantes**, en aproximadamente 30% de los pacientes no se identifican, mientras que en otro 30% puede ser tensión emocional, cansancio intelectual y/o físico y en alrededor del 10% lectura, fiebre, ayuno. Los alimentos están muy excepcionalmente involucrados, de manera tal que no corresponden dietas de exclusión a menos que haya una relación causal clara, directa y constante con un tipo de alimento específico. Las maniobras de Valsalva, estornudar, defecar, ejercicios intensos pueden ser desencadenantes de migraña, pero no es habitual y deben descartarse causas orgánicas. Los traumatismos de cráneo leves o moderados pueden desencadenar una crisis migrañosa de cualquier tipo en personas predispuestas genéticamente.

La causa más frecuente de **cefalea crónica no progresiva** es la cefalea tensional. Se mencionan los criterios diagnósticos adaptados de la IHS 2013:

- A)** Al menos 10 episodios que cumplan **B-D**
- B)** Duración 30 minutos a 7 días
- C)** Al menos 2 de las siguientes:
 - **I:** Localización bilateral
 - **II:** Carácter compresivo (no pulsátil)
 - **III:** Intensidad leve a moderada
 - **IV:** No aumenta con actividad física
- D) - I:** No náuseas ni vómitos
 - **II:** fotofobia o sonofobia

Las cefaleas tensionales pueden presentar (o no) hipersensibilidad muscular pericraneana provocada y las crisis son de frecuencia muy variable (episódica muy infrecuente a crónica).

Como se observa la variabilidad de la cefalea tensional es muy amplia y algunas características no se pueden obtener del interrogatorio de un niño.

De forma que no siempre es posible diferenciar bien migraña de cefalea tensional y se postula que podría tratarse de manifestaciones polares del mismo fenómeno. Hay pacientes que cambian de categoría diagnóstica con el tiempo o tienen ambos diagnósticos simultáneos. La frecuencia y/o intensidad de las crisis aporta poco al diagnóstico diferencial y los factores psicológicos influyen en ambas entidades

Otras causas de cefalea crónica no progresiva que clínicamente se presentan con síntomas propios de cefalea tensional son:

Psicogénicas (sinonimia somatización o tras-

torno somatomorfo) generalmente vinculado a estrés por situaciones familiares o personales conflictivas como abuso, *bullying*, depresión o por simulación, que no deja de ser un problema psicológico.

No se puede realizar claramente el diagnóstico diferencial de estos tipos de cefalea. De todas formas, el abordaje semiológico es el mismo y el tratamiento se focaliza en los hallazgos de la anamnesis personal y medio ambiental y los síntomas predominantes.

Otras causas menos frecuentes de cefalea crónicas no progresiva son: síndrome de *apneas obstructivas de sueño*, *migraña crónica* (>15 ataques/mes más de 3 meses), *postraumatismo craneano* inmediato o diferido.

El consumo o exposición crónico de ciertas sustancias, en general durante varios meses, de más de 3 días/semana, tanto como la supresión brusca, también pueden producirlas. Los productos más comunes son analgésicos (ergotamina usada frecuentemente por quienes padecen migraña) y estrógenos, pero hay enorme lista de otras sustancias como CO, organofosforados, anilinas, aditivos (monoglutamato de Na, aspartamo, tiramina), cafeína (bebidas cola, café, té, bebidas energizantes) alcohol, marihuana, cocaína.

En el universo de las cefaleas crónicas no progresivas y las agudas recurrentes, 90 a 97,4% son primarias. La prevalencia relativa de migraña y cefalea tensional es muy variable según las fuentes con valores de 40-72% y 14-40% respectivamente, por las razones que fueron expuestas antes.

Como causas secundarias es importante señalar que los problemas oftalmológicos, a pesar que se los suele inculpar frecuentemente, no lo son. Es factible que los niños con hipermetropía, forias, astigmatismo o miopías muy severas puedan experimentar cefalea, que será generalmente después de una jornada de mucho uso de la visión y no matinal.

Lo mismo sucede con el diagnóstico de sinusitis. Entre ambas causas no supera el 3% de las cefaleas crónicas y recurrentes. La hipertensión, como no suele ser grave en pediatría, es una causa sumamente infrecuente y los tumores del sistema nervioso central no superan el 1°oo.

DIAGNÓSTICO

Es eminentemente clínico, teniendo en cuenta que son mayoritariamente primarias, y la semiología es su base fundamental, que incluye: anamnesis personal, familiar, medioambiental, examen físico minucioso (ejemplo: pesquisa de lesiones de piel compatibles con síndromes neurocutáneos, examen de la articulación temporomandibular que es causa de dolor facial y temporal), examen neurológico básico (pares craneanos, movimientos oculares, simetría en la fuerza muscular, tono y reflejos ostrotendinosos, taxia, marcha), examen oftalmológico que puede ser realizado en el consultorio pediátrico (agudeza visual lejana y cercana y si fuera posible tener un entrenamiento básico de examen de fondo de ojo). Contar con una consulta especializada es un recurso difícil de obtener por la demora de turnos y/ o la ausencia de especialistas en las guardias, pero esta información es un arma sumamente útil en una urgencia.

Tampoco es sencillo generar una historia clínica completa con el tiempo limitado de consulta, pero es subsanable, en parte, reiterando visitas según criterios de riesgo que veremos a continuación.

Una herramienta muy útil que aporta al diagnóstico es el *calendario de cefaleas* para consignar sobre las crisis dolorosas, en una tabla: día, hora de inicio y finalización, analgésicos usados, síntomas que preceden, síntomas que acompañan, intensidad leve (puede mantener la actividad), moderada (tiene que disminuir la actividad), severa (debe interrumpir la actividad) y consignar hechos no rutinarios. Se pueden usar escalas analógicas para estimar la intensidad del dolor.

Cabe mencionar que las personas que padecen migraña pueden presentar o haber presentado (ya que se manifiestan sobre todo en niños pequeños) cuadros episódicos que se consideran equivalentes migrañosos como: tortícolis paroxístico, vértigo paroxístico benigno, vómitos cíclicos o migraña abdominal.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No son necesarios, salvo sospecha de problemas infecciosos o inflamatorios autoinmunes (realizar análisis de sangre). Con respecto al EEG no está recomendado para diagnóstico ni pronós-

tico. En los pacientes con migraña pueden aparecer alteraciones inespecíficas, no significativas, que se prestan a interpretaciones erróneas y el diagnóstico diferencial con epilepsias occipitales es extremadamente raro.

Repasemos los aportes de las imágenes:

- La *Rx de cráneo* no aporta ningún dato salvo sospechas de fractura.
- La *RMN sin contraste* tiene alta especificidad y sensibilidad para visualizar tejidos blandos, parénquima, meninges, tumores isodensos, fosa posterior, malformación de Chiari I, signos indirectos de hipertensión endocraneana. Estas son ventajas (además de no irradiar al paciente), pero tiene las desventajas del costo y la difícil accesibilidad. La administración de contraste permite caracterizar el tumor e identificar productos inflamatorios.
- La *TC sin contraste* es el estudio de elección para identificar hemorragias con una sensibilidad de 98% y especificidad de 99% en las primeras 24 hs del sangrado. Esta sensibilidad se pierde a la semana del mismo. También es útil para la anatomía ósea, identificación de sinusitis y pre punción lumbar. Es un procedimiento rápido, no requiere anestesia, accesible, económico, pero la radiación es alta y la sensibilidad y especificidad para tejidos blandos es más baja que la RMN. Este aspecto se puede mejorar, en ausencia de RMN, con administración de contraste.

Los estudios de alta complejidad como AngioRMN, AngioTC con sin contraste tienen indicación específica con sospechas de obstrucción/trombosis venosa y se indican con la intervención de profesionales especialistas en el tema.

Es importante saber que son frecuentes (5-20% según distintas fuentes) hallazgos incidentales en las neuroimágenes (incidentalomas) es decir anomalías intracraneanas que no tienen relación o no son causa de la cefalea o que no requieren ningún tratamiento (Ejemplo.: quistes aracnoideos pequeños, asimetrías ventriculares, alteraciones inespecíficas de sustancia blanca, calcificación de plexos coroideos).

ALERTAS O BANDERAS ROJAS

Para tener mayor o menor sospecha (no afirmar) que la cefalea es secundaria a una patología grave que requiera tratamiento urgente:

- Presentación en niños pequeños, menores de 4 a 6 años, con edades disímiles según las fuentes. En niños pequeños son más frecuentes los tumores del SNC, menos frecuentes las cefaleas primarias y las limitaciones de la capacidad del niño a expresarse dificultan los diagnósticos.
- Presencia de vómitos reiterados, particularmente si son al despertar y fuera de la crisis dolorosa.
- En cuanto al dolor: aumento de la frecuencia o cambio llamativos del patrón doloroso de un migrañoso, unilateralidad fija, localización occipital exclusiva, si aumenta al pasar de acostado a parado, si aparece con esfuerzos físicos, maniobra de Valsalva, defecar, toser, estornudar, orgasmo, si se manifiesta al despertar o despierta reiteradamente. *La intensidad del dolor o la respuesta al tratamiento no orientan la etiología.*
- La ausencia de antecedentes de migraña en familiares de primer o segundo grado, es inusual y por lo ende sospechoso, ya que se presentan en el 60 al 90% de los casos, sobre todo del lado materno.
- Si el paciente es inmunocomprometido o presenta una patología neuroectodérmica el riesgo de patología estructural es mayor.

La *indicación de neuroimágenes* se basa en estas banderas rojas, además de examen neurológico y/o oftalmológico anormal y en las migrañas con aura atípica, cefaleas trigeminales autonómicas y concomitancia con convulsiones (son frecuentes en tumores supratentoriales).

En las masas tumorales intracraneanas, la cefalea es el síntoma de presentación en 10-40% de los casos, suele ser inespecífica y progresiva particularmente si producen hidrocefalia. Raramente se presenta aislada ya que se acompaña de banderas rojas sobre todo vómitos matinales y a veces letargia, torpeza motora, trastornos visuales, de aprendizaje, anorexia, trastornos de crecimiento o puberales, lateralización de la cabeza, macrocefalia (en niños con fontanela permeable).

A los 6 meses de evolución de la patología tumoral, el 90% de los pacientes presenta manifestaciones neurológicas u oftalmológicas.

Algunos de los síntomas conductuales rotulados de alertas, se superponen a causas psicogénicas, pero también ocurre que la patología

orgánica puede aparecer en pacientes y familias con diferente grado de perturbación. Nuevamente el criterio clínico guiará la conducta más apropiada posible.

La migraña y la cefalea tensional no generen riesgo de vida, pero son fuente de sufrimiento, ausentismo escolar (3ª causa) y 1ª causa de padecimiento incapacitante entre los 15 y 49 años (migraña). De manera que el tratamiento debe ser encarado con energía.

El punto de partida básico consiste en terapéutica no farmacológica, que incluye la propia semiología. La anamnesis (incluye emociones, entorno familiar y social) y el examen físico exhaustivo le dan al profesional la posibilidad de dar nombre (nunca "no es nada") al padecimiento, lo que es clave para tranquilizar y contener al paciente y su familia. Se podrá explicar el carácter benigno de estos cuadros, identificar factores desencadenantes o agravantes y recomendar hábitos de sueño y alimentación regulares.

Es una experiencia compartida por otros autores, que un porcentaje alto de pacientes mejora su síntoma después de una primera entrevista contenedora.

TRATAMIENTO DE LA CRISIS DOLOROSA

Se indican analgésicos comunes. En lo que hay más estudios controlados son: paracetamol o AINES (ibuprofeno, naproxeno). Una condición para obtener mayor eficacia es que se administren precozmente, apenas empieza el dolor y si hubiera aura, en la misma, con la dosis máxima permitida por vez.

Otros productos son los triptanos como el sumatriptan oral o subcutáneo en mayores de 6 años.

La clásica ergotamina está en desuso porque no se pudo demostrar la eficacia y por sus efectos adversos.

Frente a crisis muy severas o refractarias al tratamiento inicial se pueden administrar opiáceos y corticoides.

Siempre se debe tener cuidado con evitar la cronicidad de los medicamentos y la automedicación.

Se puede agregar según necesidad y ámbito antieméticos, frío local, oscuridad, reposo, O₂.

La medicación profiláctica se considera necesaria de acuerdo a la repercusión del síntoma y grado de incapacidad que produce (ausencia

escolar, interrupción de actividades) y hay que guiarse, tentativamente, por la frecuencia de crisis que superen 1 a 2 veces por semana de intensidad severa.

Como la fisiopatología de migraña y cefalea tensional no está del todo clara, se genera el uso de medicamentos muy variados, que tienen el factor común de actuar sobre diferentes estructuras y neurotransmisores del SNC

Los medicamentos con los que se reunió mayor experiencia en el tiempo son ciproheptadina, flunarizina, propranolol. También se utilizan antidepresivos como la amitriptilina y anticonvulsivantes con ácido valproico, topiramato, levetiracetam.

La *medicación profiláctica* se indica por 4-6 meses si una evaluación a los 2 meses muestra una mejoría del 50% en parámetros como frecuencia, intensidad, horas mensuales de dolor.

Existen tratamientos complejos de los que hay poca experiencia y que requieren de la intervención de especialistas en el tema como con antagonistas del *Calcitonin Gene Related Peptide* (CGRP), cannabis, botox.

Si bien son muy escasos los estudios controlados y randomizados, hay experiencias relatadas favorables con la realización de ejercicios de relajación, *biofeedback*, acupuntura, hipnosis.

Es muy difícil valorar la eficacia de las drogas utilizadas, tanto en las crisis como profilácticas, ya que el efecto placebo es muy alto en porcentajes que van del 20 al 50%, además de las mejorías espontáneas de migrañas y cefaleas tensionales en proporciones similares.

La amplia mayoría de los casos evoluciona favorablemente, pero es conveniente advertir el riesgo de recurrencias y bajar las expectativas de curación total o definitiva ya que no hay un tratamiento ideal o exentos de efectos adversos.

CONCLUSIONES

El abordaje de las cefaleas es accesible al pediatra general. Es importante diferenciar cefaleas primarias de secundarias urgentes, basado en diagnóstico semiológico personal, familiar, social. La semiología minuciosa constituye la máxima herramienta diagnóstica y también terapéutica en cefaleas primarias. Si bien las cefaleas primarias no son psicógenas, tienen una gran influencia de factores psicológicos.

Basado en evidencias de buena calidad, se puede opinar que, en las cefaleas recurrentes de niños y adolescentes con examen neurológico normal y ausencia de banderas rojas, no están indicados estudios neuroradiológicos.

ABREVIATURAS

SUNCT: (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform pain Conjunctival injection and Tearing*) Cefalea neuralgiforme de breve duración con inyección conjuntival y lágrimas.

SNC: Sistema Nervioso Central.

RMN: Resonancia Magnética Nuclear.

TC: Tomografía Computada.

CO: Monóxido de Carbono.

AINE: Antiinflamatorios No Esteroideos.

IHS: International Headache Society.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Neurology. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention Neurology | 2019 ; 91(11):500.
- American Family Physician Practice Guidelines Outpatient. Primary Care Management of Headaches 2021;104,(3).
- Arroyo H Cefalea en la infancia y adolescencia. Clasificación etiopatogénica, Rev Neurol 2003; 37 (4): 364-370.
- Breitman F. Aspectos clínicos de migraña en pediatría. Evaluación prospectiva sobre 100 casos de cefalea crónicas y recurrentes Medicina Infantil 1995; II: 167-176.
- Breitman F. Cefaleas (PRONAP), módulo 2 ,1995 Conti R, Marta G, Wijers L et al. Red flags Presented in Children Complaining of Headache in Paediatric Emergency Department Children 2023:10(2):366.
- Di Blasi M. Cefaleas agudas y recurrentes Módulo 2 m Capítulo 1 m PRONAP 2022.
- Domínguez Salgado M et al. La cefalea en la infancia. Una aproximación diagnóstica An Esp Pediatr 2002;57(5):432-43.
- Figueroa C, Breitman F, Massaro M et al. Evolución de pacientes con Migraña en Pediatría Medicina Infantil 1997;IV(4):237.
- Gladstein, Jack Pediatric Headache Copyright © 2022 Elsevier Inc.
- Hayes, L, Palasis S, Bartel T et al Headache-Child Expert Panel on Pediatric Imaging ACR Appropriateness Am Coll Radiol 2018;15:S78-S90.
- Hershey A Nelson-textbook-of-pediatrics-21st-edition-2020. Chapter 595 Headaches.

- ICHD-3 beta International Classification of Headache Disorders 3rd edition ICHS 2013.
 - J Ivan Lopez. Pediatric Headache e-MEDICINE Updated: Jan 02, 2019.
 - Jackson J Pediatric Migraine Headache-Still Searching for Effective Treatments NEJM 2017;376;2.
 - NICE guideline Headaches Methods, evidence and recommendations May 2019.
 - Onofri A, Pensato U, Rosignoli C. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis.
 - Park E, Yoo I. The diagnostic values of red flags in pediatric patients with headache. *Brain & Development* 44 (2022) 512–519.
 - Powers S, Coffey C Chamberlin L Trial of Amitriptyline, Topiramate, and Placebo for Pediatric Migraine. *NEJM* 2017: 376;2.
 - Practice Guidelines Outpatient Primary Care Management of Headaches: Guidelines from the VA/DoD *American Family Physician* 2021;104 (3).
 - Rothner AD The evaluation of headaches in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology* 1995, 2(2):109-118.
 - The Journal of Headache and Pain 2023 24:8.
 - Wilne S, Kolle K, Collier J *Arch Dis Child* 2010;95:534–539 The diagnosis of brain tumours in children: a guideline to assist healthcare professionals in the
- 



Perlitas legales

LEY LUCIO

Dra. Mercedes Regina Acuña

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

La ley de Lucio es una norma que busca prevenir y detectar el maltrato infantil en Argentina, impulsada por el caso de Lucio Dupuy. Fue aprobada por unanimidad en el Senado de la Nación el 14 de abril de 2023

LEY LUCIO



LEY 27.709

LEY DE CREACION DEL PLAN FEDERAL DE
CAPACITACION SOBRE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES

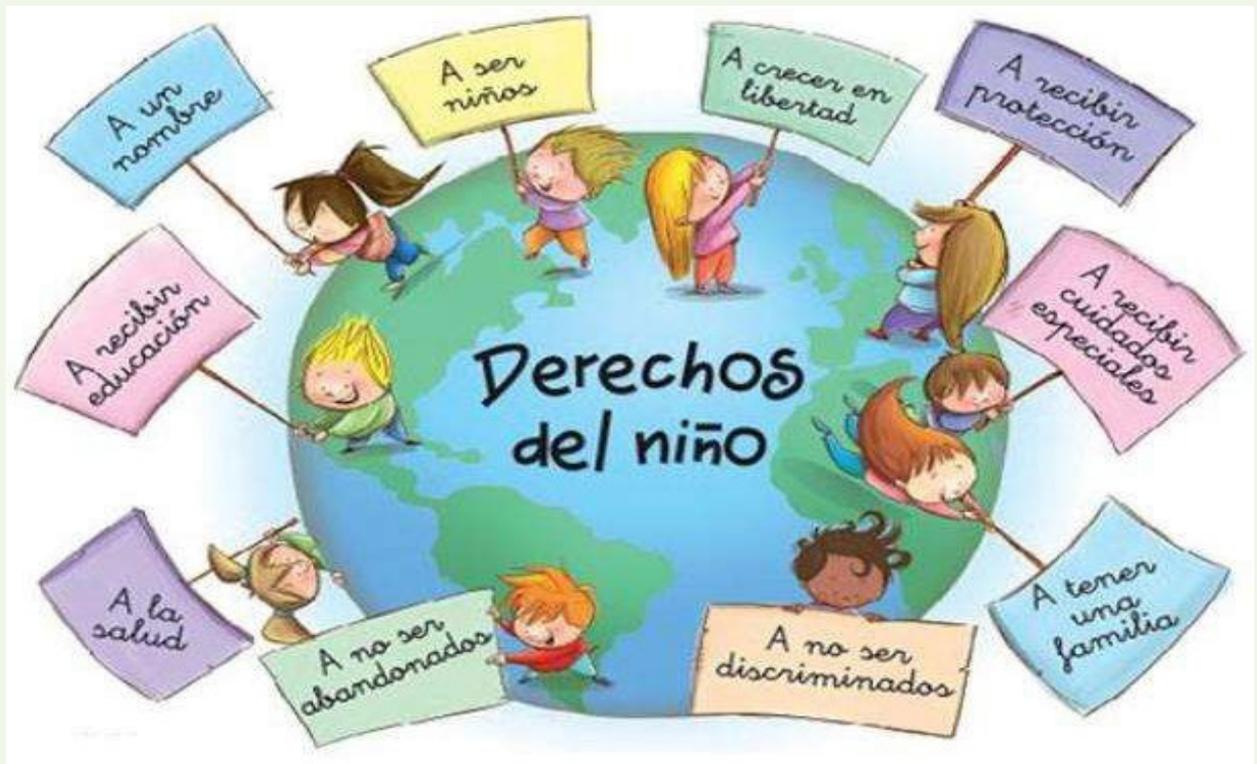
MARCO NORMATIVO DE LA LEY LUCIO

LEY DE PROTECCION
CONTRA LA
VIOLENCIA FAMILIAR.
24417

LEY DE PROTECCION
INTEGRAL DE LOS
DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES.
Ley 26.061

Convención de los Derechos del Niño. Declaración Americana de los Derechos del Hombre.
Convención Americana de los Derechos Humanos. Pacto Internacional de los Derechos Civiles y
Políticos. Leyes Locales, Leyes 13.298 de Protección de los Derechos del Niño y el Joven, Ley de
Identidad de Género.

Ley 14.528 de Adopción de la Provincia de Buenos Aires.



El 20 de noviembre se celebra el Día Universal de la Infancia; un día para concientizar sobre los derechos de los niños más vulnerables, para defender sus derechos, para actuar y colaborar con aquellas campañas que trabajan con esta finalidad. El 20 de noviembre de 1959, se firmó la Declaración de los Derechos del Niño. Era la primera vez que se reunían los países para tratar los derechos de los niños de todo el mundo, fue firmada por 78 países e incluye 10 principios. Estos principios no fueron suficientes, porque la Declaración no era vinculante o sea que los países no estaban obligados a cumplirla. Se siguió trabajando en los distintos países, ONG y demás instituciones para preparar un nuevo texto que defendiera los derechos de todos los niños y niñas y adolescentes del mundo. Tres décadas más tarde, el 20 de noviembre de 1989 se firmó la Convención sobre los Derechos del Niño. Fue firmada por 195 estados, quienes, a diferencia de la anterior, se comprometían a cumplir con los derechos de la infancia. Contiene 54 artículos, prevé una serie de obligaciones y responsabilidades para los adultos que deben cuidar el bienestar de los niños: gobiernos, padres, familiares, profesores, médicos y otros profesionales.

El texto completo se encuentra en el link:

[Declaración de los Derechos del Niño - texto completo - Humanium](#)

LEY 23.849. CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

Los cuatro principios fundamentales de la Convención son el interés superior del niño, el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, la participación infantil y la no discriminación. Establece que los Estados que lo ratifiquen deben asegurar, de manera obligatoria, que todos los menores de 18 años gocen de los derechos contenidos en él sin distinción de raza, color, idioma, nacimiento o cualquier condición del niño, niña, de sus padres o de sus representantes legales. Nuestro país ratificó la Convención en 1990 y en 1994 le otorgó el rango constitucional tras el Pacto de Olivos. Desde entonces el Estado Argentino está obligado a garantizar todos los derechos establecidos en la Convención a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en nuestro país.

LEY 26061 LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

LEY NACIONAL

DEROGA LA LEY DE PATRONATO DE MENORES. (visión tutelar y asistencialista de la infancia)

OBJETIVO: Protección integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes

2005

Reconoce N,N Y A, como sujetos de derechos. Con derecho a ser oídos y participar en las decisiones que los afectan

PRINCIPIO: CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Protección integral: ESTADO, FAMILIA Y SOCIEDAD.

DEFENSOR DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

GARANTIZAR EL PLENO DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DE N,NVA EN SU MEDIO FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL

LEY 24417 PROTECCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

1994

*TODA PERSONA QUE SUFRIESE LESIONES O MALTRATO FISICO O PSIQUICO POR PARTE DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR PODRA DENUNCIAR ESTOS HECHOS EN FORMA VERBAL O ESCRITA ANTE EL JUEZ CON COMPETENCIA EN ASUNTOS DE FAMILIA Y SOLICITAR MEDIDAS CAUTELARES. ACLARA QUE SE ENTIENDE POR GRUPO FAMILIAR EL ORIGINADO EN EL MATRIMONIO O EN LAS UNIONES DE HECHO.

*CUANDO SE TRATE DE MENORES O INCAPACES, ANCIANOS O DISCAPACITADOS, LOS HECHOS DEBERAN SER DENUNCIADOS POR SUS REPRESENTANTES LEGALES Y/O EL MINISTERIO PUBLICO. ESTAN OBLIGADOS A EFECTUAR LA DENUNCIA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, SOCIALES O EDUCATIVOS, PUBLICOS O PRIVADOS, LOS PROFESIONALES DE SALUD Y TODO FUNCIONARIO PUBLICO EN RAZON DE SU LABOR.

*MEDIDAS CAUTELARES:

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

ANTECEDENTES DE LA LEY LUCIO

EL origen se basa en la trágica muerte de Lucio Dupuy, niño de 5 años de edad, abusado sexualmente y asesinado a golpes por su madre, Magdalena Esposito Valenti, y su pareja, Abigail Paez, en noviembre del 2021 (La Pampa). Finalmente Lucio murió el 26 de Noviembre producto de una golpiza de la que fue victima dentro de la vivienda en la que vivía junto a su madre de 24 años y su pareja de 27 años. Ambas, fueron detenidas inmediatamente luego del hecho.

Después de su muerte, tras la investigación judicial, se determino que el niño había sido asistido al menos 5 veces en un lapso de tres meses por politraumatismos en distintos centros asistenciales de la Pampa. No obstante no había denuncias de ningún profesional sobre los golpes que presentaba, como así tampoco de las autoridades del Jardín de infantes al que asistía.

“EL CRIMEN PUSO EN ESCENA LA VIOLENCIA FAMILIAR, ACOSO O INDIFFERENCIA DE LA QUE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SON VÍCTIMAS CADA DÍA, Y DE LAS SITUACIONES DE ABUSO QUE SUFREN , PRINCIPALMENTE POR PARTE DE LAS PERSONAS DE SU ENTORNO.”

La **Ley Lucio** establece tres nuevas herramientas que refuerzan la **Ley 26061** de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes:

- **Capacitación obligatoria para los agentes del Estado que trabajan en relación con la niñez:** se trata de detectar indicios en las víctimas de maltrato, abuso, descuido o abandono que pueden pasar desapercibidos, como cambios de comportamiento o en los dibujos que realiza.
- **Reserva de identidad:** se trata de una modificación de la legislación que apunta a preservar la autoría de los denunciantes de actos de violencia.
- **Campañas de concientización en medios de comunicación y redes sociales:** la ley establece una difusión de carácter semestral de las iniciativas para informar sobre los derechos de los niños y cómo evitar las situaciones abusivas.

La **Ley Lucio** fija que el **Plan Federal de Capacitación sobre Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes** estará destinado a las personas que se desempeñan en áreas y dependencias de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial del Estado Nacional, que forman parte corresponsable del Sistema Integral de Promoción y Protección de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Además, establece que podrán también ser destinatarios del plan agentes de las administraciones provinciales, municipales y de organizaciones sociales, deportivas, recreativas y culturales.

Obligatoriedad de la Implementación de la Línea 102 en todo el territorio argentino para la promoción de derechos de las infancias y la atención gratuita.

La autoridad de aplicación de la ley será la **Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia**, dependiente del **Ministerio de Desarrollo Social de la Nación**, que, entre otras tareas, deberá elaborar los contenidos del Plan Federal de Capacitación en articulación con el **Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (Cofenaf)**

El **Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (COFENAF)** es un órgano creado por la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que tiene como objetivo elaborar, promover y efectivizar políticas públicas destinadas a las infancias y adolescencias de todo el país. El COFENAF está integrado por representantes de las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Nación, y está presidido por la **Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF)**. Algunas de las funciones del **COFENAF** son:

- * Construir acuerdos interjurisdiccionales para el diseño e implementación de políticas públicas de infancia.
- * Promover la articulación entre los distintos niveles de gobierno y los organismos competentes en materia de niñez y adolescencia.
- * Impulsar la creación y fortalecimiento de los **sistemas locales** de protección integral de derechos
- * Monitorear y evaluar el cumplimiento de la Ley N° 26.061 y los convenios internacionales ratificados por el Estado argentino.
- * Proponer acciones para la prevención y erradicación de toda forma de violencia, explotación, abuso y discriminación hacia las niñas, niños y adolescentes.
- * Fomentar la participación activa y protagónica de las niñas, niños y adolescentes en los espacios públicos y privados.

El **COFENAF** se reúne periódicamente en sesiones plenarias, donde se debaten y deciden los temas prioritarios para las infancias y adolescencias. También se realizan encuentros regionales y temáticos para profundizar el trabajo en cada territorio. El **COFENAF** cuenta con un sitio web oficial donde se pueden consultar las actas, balances, autoridades y noticias relacionadas con su actividad.

La secretaría de niñez, adolescencia y familia

Es un organismo que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Sus funciones son:

- Diseñar e implementar políticas federales e inclusivas destinadas a promover los derechos de niñas, niños, adolescentes y personas mayores .
- Coordinar y articular la oferta socio institucional, de carácter público o privado, a través de acciones integradas, desarrollando programas para jóvenes y adultos mayores.
- Definir lineamientos rectores para la implementación de políticas públicas de niñez, adolescencia, familia y personas mayores.
- Realizar capacitaciones y materiales para la comunidad en general y para público especializado.
- Organizar actividades para la comunidad en espacios propios de atención integral, acompañamiento, promoción de derechos y participación.
- Comunicarse ante **cualquier** situación de vulneración de los derechos de niñas, niños y adolescentes a través de la línea 102.
- Facilitar herramientas de sensibilización y capacitación para prevenir las violencias en espacios digitales, como el grooming.
- Apoyar proyectos que promuevan los derechos de las adolescencias y escuchen sus voces, ideas y necesidades.
- Asistir a niñas, niños, adolescentes y sus familias en los trámites necesarios para conocer su identidad.
- Contactar cuidadoras y cuidadores domiciliarios formados de todo el país.
- Impulsar espacios de participación en los diferentes niveles del Estado.

LOS SERVICIOS LOCALES DE PROTECCION DE DERECHOS

Son organismos municipales que se ocupan de promover y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, según la Ley Provincial 13.298. Estos servicios tienen las siguientes funciones:

- Recibir denuncias e intervenir de forma inmediata ante situaciones de amenaza o vulneración de derechos, sin necesidad de una denuncia previa.
- Realizar acciones para prevenir situaciones de vulneración de derechos, como talleres, campañas, capacitaciones, etc.
- Adoptar medidas para reparar los derechos dañados, como brindar asistencia psicológica, social, jurídica, educativa, sanitaria, etc.
- Coordinar y articular con otras instituciones y organizaciones que trabajan con la niñez y la adolescencia, como escuelas, hospitales, centros comunitarios, etc.
- Informar y asesorar a los niños, niñas y adolescentes y sus familias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

Los servicios locales dependen de los servicios zonales, que son organismos provinciales que supervisan y apoyan el trabajo de los servicios locales. A su vez, los servicios zonales dependen del Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia, que es el responsable de diseñar e implementar las políticas públicas para la promoción y protección integral de derechos en la provincia.

DEBER DE DENUNCIAR.

En los delitos contra la integridad sexual hacia niñas, niños y adolescentes, la responsabilidad de denunciar recae en cualquier persona que tome conocimiento del hecho y el sistema de administración de justicia iniciara acciones penales de oficio. Vale decir, rige la acción de denunciar por parte de quienes integran los equipos de salud, funcionarios, funcionarias y personas integrantes de organismos públicos, docentes y profesionales del ámbito privado, ya que el estado de indefensión de víctimas de abusos sexuales lo justifica.

La normativa refuerza la necesidad de denunciar ante los organismos judiciales protectores que busquen el amparo de la víctima por sobre la sanción del victimario.

DONDE DENUNCIAR?

FISCALIAS ESPECIALIZADAS.

FISCALIAS.

COMISARIAS DE LA MUJER O DE LA FAMILIA.

COMISARIAS.

Modificación del art.72.CP Argentino. Ley 27455-LOS DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL DE MENORES DE 18 AÑOS SON DE INSTANCIA PUBLICA.

DEBER DE COMUNICAR.

Los miembros de los establecimientos educativos y de salud públicos o privados y todas las personas integrantes de instituciones públicas que tuvieren conocimiento de la vulneración de derechos de niñas, niños o adolescentes, deberán comunicarlo ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión. (Art. 30- Ley 26061)

ORGANISMOS OBLIGADOS.

Establecimientos educativos públicos o privados.

Establecimientos de salud públicos o privados.

Agentes funcionarios y funcionarias públicos.

LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES TIENEN DERECHO A SER ESCUCHADOS Y SU RELATO DE UNA SITUACION DE ABUSO SEXUAL, OBLIGA A ACTIVAR LOS MECANISMOS DEL SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL.

CODIGO PENAL ARGENTINO

El abuso sexual está dentro del grupo de delitos contra la integridad sexual, es decir, aquellos delitos que atacan la libertad y la voluntad sexual de una persona.

Los delitos contra la integridad sexual son:

- Abusos sexuales simples
- Abusos sexuales agravados
- Promoción y facilitación del abuso y explotación sexual con fines económicos
- Corrupción de niños, niñas y adolescentes (NNA)
- La producción, financiación, ofrecimiento, el comercio, publicación, facilitación, divulgación o distribución por cualquier medio de imágenes y espectáculos con material de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes (MASNNA) o material de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes (MESNNA) (Art. 128 del Código Penal Argentino)
- La mera tenencia de material de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes (MASNNA) o material de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes (MESNNA) con fines inequívocos de distribución o comercialización (Art. 128 del Código Penal Argentino)
- Exhibiciones obscenas (Artículo 129 del Código Penal Argentino)
- Trata de Personas. Captación, traslado, sustracción o retención de una persona con el fin de explotarla sexualmente
- Ciberacoso sexual infantil o grooming (Art. 131 del Código Penal Argentino)

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 27.709. Ley de Creación del Plan Federal de Capacitación sobre Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 27709/2023 | Argentina.gob.ar
 - Ley 24.417. Protección contra la Violencia Familiar. Ley 24417/1994 | Argentina.gob.ar
 - Ley 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Texto completo | Argentina.gob.ar
 - LEY 13.298. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Buenos Aires. Texto completo | Argentina.gob.ar
 - El Abogado del Niño. Laura Selene Chaves Luna. Buenos Aires. Febrero 2015. Edición Tribunales.
 - Código Penal Argentino. Artículo 128. Artículo 129. Artículo 131. Programa de Asesoramiento y Promoción de Derechos de las Víctimas del Delito de Trata de Personas. Ley 27.436 que modifica el artículo 128 del Código Penal de la Nación (mpd.gov.ar)
 - Convención de los Derechos del Niño. UNICEF. CDN_version_ninos.pdf (unicef.org)
 - d686384bb74549eb1bc759d354331062.png (1200x1200) (z-dn.net), imagen de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.
- 



Boletín bibliográfico 88

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

PEDIATRAS SE MOVILIZAN CONTRA LOS AHOGAMIENTOS: “NUESTRA FUNCIÓN ES PREVENIR”

BUENOS AIRES, Argentina. Los pediatras y otros médicos de atención primaria tienen una función clave en la prevención de ahogamientos, un “grave problema de salud pública” que representa una de las principales causas de muerte y secuelas en niños y adolescentes, advirtió un comunicado de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el Día Mundial de la Prevención de Ahogamientos, que desde 2021 se conmemora todos los 25 de julio por resolución de las Naciones Unidas. El lema de este año es: “Cualquiera puede ahogarse, a nadie debería sucederle”.



Dra. María Florencia Barril

“El ahogamiento muchas veces no causa la muerte, pero genera grandes consecuencias al paciente, a la familia y al sistema de salud”, resaltaron los pediatras argentinos. “Se calcula que, por cada caso fatal, hay 4 eventos no fatales, muchos de los cuales llevan a secuelas y discapacidad. Pero es probable que haya mucho subregistro”, señaló a la *Dra. María Florencia Barril*, pediatra del Hospital de Morón, en el Gran Buenos Aires, Argentina, e integrante del Comité Nacional de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los ahogamientos son la tercera causa de muerte por lesiones involuntarias y en 2016 representaron la sexta causa de muerte en niños de 5 a 14 años en países como México (2% del total) y Brasil (4%), según datos de *The Lancet* reportados por *Medscape* en portugués.

En el año 2021 en Argentina hubo 281 muertes, 108 de las cuales se produjeron en menores de 18 años, o 1 caso cada 3 días. “Puede ocurrirle a cualquiera de nosotros: solo se necesita un medio líquido [incluso apenas 10 cm], una condición propicia y un ser humano”, subraya el comunicado. Y las cifras podrían empeorar por el cambio climático, no solo por eventos extremos como inundaciones o huracanes, sino también porque cada grado de aumento de temperatura aumenta los ahogamientos, según reportó *The New York Times*.¹



Dra. Cecilia Rizutti

“Los incidentes viales tienen mejor establecidas las causas y circunstancias, pero, en ahogamientos, tenemos muy malas estadísticas. Probablemente, el número de ahogamientos en agua o cualquier otro medio líquido, como aceite o barro, sea mucho mayor. Los niños pequeños, sobre todo los deambuladores, se han ahogado en cualquier cosa. Se inclinan y ya no se pueden levantar”, describió otra firmante del documento, *Dra. Cecilia Rizutti*, también miembro de los Comités Metropolitano y Nacional de Prevención de Lesiones de la sociedad científica.



Dr. Rubén Zabala

Los ahogamientos son lesiones no intencionales, antes consideradas “accidentes”, “que son no tan frecuentes, pero sí muy graves, porque son instantes, son segundos en donde el ingreso de agua a las vías aéreas trae consecuencias mortales o de una altísima gravedad. Por eso la prevención es fundamental y nuestro rol como pediatras es transmitir información a los padres para que tengan comportamientos seguros”, manifestó el secretario del Comité Nacional de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, Dr. Rubén Zabala.

Aunque las medidas para enfrentar estos eventos son variadas, la recomendación oportuna del pediatra puede hacer la diferencia, salvar vidas de una manera “invisible” pero eficiente. “Somos agentes de prevención primaria, no solo de prevención secundaria y terciaria. Nuestra función es prevenir”, aseguró la Dra. Barril. “Proteger a los niños es siempre nuestra incumbencia. Y es una tarea diaria de hormiga”, suscribió la Dra. Rizzuti.

EDADES DE RIESGO

De acuerdo con la Sociedad Argentina de Pediatría las causas de ahogamientos en cada grupo de edad son distintas: los más pequeños por distracción de los adultos y defectos en la infraestructura, los más grandes por imprudencia, desconocimiento del entorno, uso de sustancias que alteran la toma de decisiones.

Los menores de 5 se dividen en dos grupos: los que no se desplazan solos y los que lo hacen. Los menores de 1 año que no caminan, se ahogan en la bañera o las pequeñas piscinas cuando el adulto se distrae. “Es fundamental decirles a los padres: no dejen a los niños solos ni siquiera un segundo, en ninguna circunstancia. Si te olvidaste la toalla, lleva al niño contigo a buscarla”, enfatizó la Dra. Rizzuti.

Los que caminan o gatean pueden caerse en un

balde, una palangana o un fuentón con agua, un pozo sin tapar, una piscina pequeña, la piscina de la casa u otra piscina sin un cerco adecuado de protección. También pueden ahogarse en recipientes de 20 litros de pintura que se reutilizan en las casas como artículo de limpieza: “A esa edad el niño camina, se cae y no tiene capacidad para salir por sus propios medios. Es un incidente trágico, pero que, lamentablemente, todos los años ocurre”, expresó el Dr. Zabala.

Los canales, las zanjas (acequias) y los bebederos son otros escenarios permanentes de situaciones de riesgo, alertaron los pediatras.

En el grupo de niños menores de 5 años, el ahogamiento ocurre comúnmente en piscinas y en piscinas domiciliarias o de clubes, pero sobre todo domiciliarias. “Nosotros hacemos hincapié en la importancia de cercos en las piscinas completos, con puertas a prueba de niño, con una altura mínima de 1,30 metros y un diseño que no permite que el niño trepe. Si bien es poco simpático para mucha gente porque no les gusta estéticamente, es la forma más efectiva de prevenir ahogamiento de niños menores de 5 años”, sostuvo el Dr. Zabala.

Otra medida fundamental es el cuidado permanente, la “mirada atenta y cercana” de un adulto responsable cuando hay niños dentro o alrededor de la piscina. “Tiene que ser una persona mayor de 18 años, que sepa maniobras de reanimación cardiopulmonar y sepa nadar y que, en el caso de estar dentro del agua, pueda estar al alcance de la mano”, enumeró el pediatra.

Enseñar a los niños a nadar también es una medida de protección, pero no infalible. “La American Academy of Pediatrics recomienda la natación a partir de los 4 años, aunque esto dependerá de las habilidades y desarrollo de las infancias.² Y si bien saber nadar es una ventaja, de ninguna manera elimina el riesgo de ahogarse ni tampoco es para confiarse y sacar la supervisión constante del adulto», previno la Dra. Barril.

Por otro lado, se desaconseja el uso de los salvavidas no homologados, como los “bracitos” y “patitos”, así como de colchonetas inflables, “porque crean una falsa sensación de seguridad”, alertó el Dr. Zabala.

En adolescentes, en cambio, los incidentes ocurren especialmente en superficies de aguas oscuras y en movimiento, como ríos, lagos o mares. “Un problema es que subestiman el riesgo.

Hay que advertirles que nunca se tiren de cabeza al agua sin ver el fondo, ni que tampoco se metan después de tomar alcohol o consumir sustancias”, destacó la *Dra. Rizzuti*.

En síntesis, las **recomendaciones** son:

- Adultos conscientes y comprometidos que comprendan los peligros del entorno, lo adecuen a la presencia de niños y los eduquen para comportarse cerca y dentro del agua.
- Entornos seguros y señales claras que se respeten.
- Ambientes acuáticos con información y supervisión adecuada en número y equipamiento.
- Personal e infraestructura suficiente y capacitado en todos los niveles del sistema de salud para la atención inmediata y la detección y tratamiento de las secuelas.
- Campañas periódicas, que generen conciencia en la población incluyendo la enseñanza de reanimación cardiopulmonar.

En la actualidad, varios comités de la Sociedad Argentina de Pediatría están en proceso de elaboración del primer consenso nacional sobre prevención y manejo de ahogamientos.

Las doctoras *Barril y Rizzuti* y el *Dr. Zabala* han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

REFERENCIAS

1. Baumgaertner E. La principal causa de muerte de niños pequeños en EE. UU. es el ahogamiento. *The New York Times*. Publicado el 12 de julio de 2023.
2. Gladish K, Washington RL, Bull MJ. Swimming programs for infants and toddlers. *Pediatrics*. Ene 2002;109(1):168-9. doi: 10.1542/peds.109.1.168. PMID: 11773565.

Matías Loewy;

Medscape Noticias Médicas;

25 de julio de 2023

MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NIÑOS Y ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA

El riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) aumentó entre niños y adultos con dermatitis atópica, y es aún mayor conforme es más

grave la afección de la piel, según datos de un gran estudio de cohortes publicado recientemente en *JAMA Dermatology*.¹

El estudio también encontró un mayor riesgo de enfermedad de Crohn en adultos y niños con dermatitis atópica, así como un mayor riesgo de colitis ulcerosa en adultos con dermatitis atópica y en niños con dermatitis atópica grave, informaron los investigadores.

“Es imperativo que los médicos comprendan la dermatitis atópica y la trayectoria de nuestros pacientes con ella para poder brindar el mejor estándar de atención», declaró en un comunicado de prensa el autor principal del estudio, Dr. Joel M. Gelfand, MSCE, profesor de investigación clínica del Departamento de Dermatología de la University of Pennsylvania en Filadelfia, Estados Unidos.²

“Hoy en día existen tratamientos nuevos y mejores para la dermatitis atópica, y probablemente seguirán habiendo más”, continuó el Dr. Gelfand. “Pero los profesionales deben comprender cómo esos tratamientos podrían afectar otras enfermedades autoinmunes. Para los pacientes con dermatitis atópica y otra enfermedad autoinmune, algunos fármacos disponibles actualmente pueden exacerbar los síntomas de su otra enfermedad o pueden ayudar a tratar las dos enfermedades inmunes al mismo tiempo”.

Los resultados del estudio respaldan la idea que la dermatitis atópica y la enfermedad inflamatoria intestinal pueden tener algunas causas subyacentes comunes, dijo la *Dra. Sheilagh Maguiness*, dermatóloga pediátrica y profesora asociada del Departamento de Dermatología de la University of Minnesota, en Minneapolis, Estados Unidos, a quien se le pidió que comentara los hallazgos.

“A medida que se comprende mejor la patogénesis de la dermatitis atópica, reconocemos que, en lugar de ser simplemente una enfermedad cutánea, la inflamación subyacente y la desregulación inmune que conducen a ella, la clasifican más bien como una enfermedad inflamatoria sistémica con comorbilidades significativas”, dijo a *Medscape*. “Será más probable que pregunte a los pacientes y a sus familias sobre los síntomas gastrointestinales y, si los tienen, puede que los refiera a un gastroenterólogo más rápidamente que en el pasado”, añadió la *Dra. Maguiness*, que no participó en el estudio.

Cohorte de atención primaria del Reino Unido

La dermatitis atópica se ha asociado con un número cada vez mayor de comorbilidades, entre ellas la enfermedad inflamatoria intestinal, pero los estudios que la relacionan con esta o con la colitis ulcerosa, han arrojado resultados mixtos, escribieron los autores. Además, pocos estudios han examinado por separado cómo la dermatitis atópica o su gravedad pueden estar relacionadas con el riesgo de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

Para examinar el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn de nueva aparición en niños y adultos con dermatitis atópica, los investigadores llevaron a cabo un estudio de cohorte poblacional utilizando la base de datos de expedientes médicos electrónicos THIN (*The Health Improvement Network*) de pacientes registrados en consultorios de atención primaria del Reino Unido. Utilizaron 21 años de datos recopilados desde enero de 1994 hasta febrero de 2015.

Los investigadores compararon a cada paciente que tenía dermatitis atópica con hasta cinco controles según la edad, la práctica y la fecha índice. Debido a que THIN no captura la gravedad de la dermatitis atópica, utilizaron la exposición al tratamiento evaluada por derivaciones dermatológicas y los tratamientos que recibieron los pacientes como sustitutos de la gravedad. Los autores utilizaron regresión logística para examinar los riesgos de enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn de niños (de 1 a 10 años) y de adultos (de 30 a 68 años) con dermatitis atópica, y compararon sus resultados con los resultados de los controles.

En la cohorte pediátrica, el equipo comparó a 409.431 niños que tenían dermatitis atópica con 1,8 millones de niños sin la enfermedad. Un poco más de la mitad eran varones. En la cohorte de adultos, compararon a 625.083 personas que tenían dermatitis atópica con 2,68 millones de controles, y poco más de la mitad eran mujeres. Los datos sobre raza o etnia no estaban disponibles, escribieron los autores, pero se considera que la base de datos THIN es representativa de la población del Reino Unido.

Gravedad de la dermatitis atópica se asocia con el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal

El riesgo de enfermedad inflamatoria intesti-

nal de nueva aparición parece ser mayor para niños y adultos con dermatitis atópica, y varía según la edad, la gravedad de la dermatitis atópica y el subtipo de enfermedad inflamatoria intestinal, informaron los autores.

En general, la dermatitis atópica en niños se asoció con 44% más de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal (hazard ratio ajustado [HR]: 1,44; intervalo de confianza [IC] de 95%: 1,31 a 1,58) en comparación con los controles, y 74% más de enfermedad de Crohn en comparación con los controles (HR: 1,74; IC 95%: 1,54 a 1,97). Una dermatitis atópica más grave se asoció con un mayor riesgo tanto de enfermedad inflamatoria intestinal como de enfermedad de Crohn.

La dermatitis atópica no pareció aumentar el riesgo de colitis ulcerosa en niños, excepto para aquellos con una manifestación grave (HR: 1,65; IC 95%: 1,02 a 2,67).

En general, los adultos con dermatitis atópica tenían 34% (HR: 1,34; IC 95%: 1,27 a 1,40) mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal, 36% (HR: 1,36; IC 95%: 1,26 a 1,47) mayor de enfermedad de Crohn y un aumento de 32% (HR: 1,32; IC 95%: 1,24 a 1,41) del riesgo de colitis ulcerosa, que se incrementaba con el aumento de la gravedad de la dermatitis atópica.

Evidencia sólida con una nota de precaución

“Este estudio proporciona los datos más sólidos hasta la fecha sobre la asociación entre la enfermedad inflamatoria intestinal y la dermatitis atópica. Brinda evidencia clara de que la mayoría de los dermatólogos o proveedores de atención primaria no suelen recibir formación al respecto”, dijo por correo electrónico la Dra. Kelly Scarberry, profesora asistente de dermatología en Case Western Reserve University en Cleveland, Estados Unidos. “Será mucho más probable que realice estudios de diagnóstico en mis pacientes con dermatitis atópica que tienen problemas gastrointestinales”.

Sin embargo, la gravedad se midió indirectamente, añadió la Dra. Scarberry, que no participó en el estudio, y no se tomaron datos raciales ni étnicos importantes.

La Dra. Lindsay C. Stowd, profesora asociada de dermatología de la Wake Forest University, en Winston-Salem, Carolina del Norte, Estados Unidos, que tampoco participó en el estudio, dijo que encontró que el tamaño de la cohorte y los datos

longitudinales eran puntos fuertes del estudio.

Pero, añadió por correo electrónico, la “falta de antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, raza, origen étnico y comorbilidades son limitaciones, al igual que la exposición al tratamiento utilizada como indicador de gravedad, dado que las prácticas de tratamiento de los médicos difieren”.

Para el Dr. Steven R. Feldman, Ph. D., profesor de dermatología en Wake Forest, “la conclusión más importante, y es un hallazgo definitivo, [es] que la enfermedad inflamatoria intestinal es poco frecuente, incluso en pacientes con dermatitis atópica”.

“Los resultados podrían malinterpretarse”, advirtió el Dr. Feldman, que tampoco participó en el estudio. “Si bien existe un mayor riesgo relativo, el riesgo absoluto es pequeño”. El estudio encontró que “el grupo de riesgo relativo más alto son los niños con dermatitis atópica grave, que tienen un riesgo aproximadamente cinco veces mayor de enfermedad de Crohn”. Sin embargo, añadió, las tasas de incidencia de enfermedad de Crohn fueron solo de 0,68 por 1.000 años-persona en niños con dermatitis atópica grave y de solo 0,08 por 1.000 años-persona en los controles.

“Básicamente, debido a que la enfermedad de Crohn y la enfermedad inflamatoria intestinal no ocurren con mucha frecuencia, el aumento modesto en el riesgo relativo que encontraron los investigadores no debe ser causa de mucha preocupación”, afirmó. “Los hallazgos no muestran ninguna necesidad de examinar a los pacientes con dermatitis atópica para detectar enfermedad inflamatoria intestinal más de lo que necesitaríamos examinar a los pacientes sin dermatitis atópica”.

El riesgo relativo aumentado “podría ser una pista de posibles conexiones genéticas entre enfermedades”, añadió. “Pero cuando tomamos decisiones clínicas, esas decisiones deben basarse en el riesgo absoluto de que pueda ocurrir algún evento”.

La Dra. Susan Massick, dermatóloga y profesora asociada de *The Ohio State University* en Columbus, Estados Unidos, que no participó en el estudio, opinó: “Todavía estamos rascando la superficie de la complejidad de las vías inmunes e inflamatorias en la dermatitis atópica y la enfermedad inflamatoria intestinal”.

“Es importante recordar que correlación no significa causalidad”, aclaró la Dra. Massick por correo electrónico. “Sería prematuro sacar conclusiones directas basadas únicamente en este estudio”.

Los autores recomendaron que se realizaran futuros estudios relacionados en poblaciones más diversas.

El estudio fue apoyado por Pfizer. El Dr. Gelfand y dos coautores declararon tener relaciones financieras relevantes con Pfizer. El Dr. Gelfand y tres coautores declararon sobre relaciones financieras relevantes con otras compañías farmacéuticas. Las Dras. Maguiness, Scarberry, Strowd y Massick han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. El Dr. Feldman declaró tener relaciones financieras relevantes con Pfizer y varias otras compañías farmacéuticas.

Referencias

- Chiesa Fuxench ZC, Wan J, Wang S, Syed MN, y cols. Risk of Inflammatory Bowel Disease in Patients With Atopic Dermatitis. *JAMA Dermatol.* 30 Ago 2023:e232875. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.2875. PMID: 37647058.
- Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania. Inflammatory Bowel Disease Linked to Atopic Dermatitis, Penn Medicine Research Finds. News Wise. Publicado el 19 de septiembre de 2023. Consultado en versión electrónica.

Lorraine L. Janeczko;

Medscape Noticias Médicas;

5 de octubre de 2023

LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES SE RELACIONAN CON INFECCIONES A LARGO PLAZO EN LOS NIÑOS

Investigadores franceses advirtieron sobre el uso excesivo de fármacos supresores de la acidez en lactantes, tras descubrir que están asociados a un aumento del riesgo de infecciones graves a una edad posterior.¹

La atención prestada al uso de inhibidores de la bomba de protones durante la lactancia se debe a que está aumentando el uso de estos fármacos en niños pequeños en Francia, Nueva Zelanda, Escandinavia y Estados Unidos.²⁻⁵

Gran parte de este uso no es para tratar casos confirmados de reflujo gastroesofágico, sino más bien para calmar el nerviosismo de los padres de bebés con molestias, según los investigadores, que han estudiado los patrones nacionales de prescripción. Además de la preocupación por las infecciones, el uso inadecuado o prolongado de los supresores de la acidez también se asocia a un aumento del riesgo de afecciones como la lesión renal aguda intrahospitalaria y las enfermedades inflamatorias intestinales en los niños.^{6,7}

Los inhibidores de la bomba de protones, como omeprazol, son eficaces para reducir el ácido gástrico en lactantes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, pero los investigadores advierten contra el uso de los fármacos para controlar la regurgitación y el babeo normales que se habrían resuelto por sí solos de todos modos.

“En este estudio, el uso de inhibidores de la bomba de protones en niños pequeños, se relacionó con un mayor riesgo de infecciones graves, en general y para diversos sitios y patógenos. En esta población, los inhibidores de la bomba de protones no deberían utilizarse sin una indicación clara”, informaron en JAMA Pediatrics la epidemióloga Marion Lassalle, doctora en farmacia, Ph. D., de EPI-PHARE en Saint-Denis, Francia, quien dirigió el estudio, y sus colaboradores.¹

A partir de los datos de un registro nacional de nacimientos, Lassalle y sus colaboradores, compararon las tasas de infección en más de 1,2 millones de lactantes que recibieron un inhibidor de la bomba de protones a una edad promedio de 88 días, con las tasas de infección en los niños que recibieron otro tipo de supresor de la acidez (un antagonista de los receptores de histamina o un antiácido) a una edad promedio de 82 días. Más de 600.000 niños formaron parte de cada grupo.

Algo más de la mitad de los participantes eran de sexo masculino y se realizó un seguimiento de los niños hasta una edad máxima de 9 años. Para los que utilizaron un inhibidor de la bomba de protones en lugar de otro supresor de la acidez hubo una tasa global más alta de infecciones graves que requirieron hospitalización (hazard ratio ajustado [HRa]: 1,34; IC de 95%: 1,32 a 1,36). Hubo mayores tasas de infecciones en el tubo digestivo; oído, nariz y garganta; riñones o vías urinarias; vías respiratorias bajas, y sistema nervioso.

Las infecciones graves aparecieron por primera vez 9,7 meses (intervalo: 3,9 a 21,3) después de que un niño dejara de utilizar un inhibidor de la bomba de protones, un lapso que el grupo de Lassalle determinó basándose en que había un retraso de al menos 90 días en surtir una receta de inhibidores de la bomba de protones.

Posibles factores de confusión

“El estudio muestra asociación, no causalidad”, afirmó la Dra. Rina Sanghavi, gastroenteróloga pediátrica del UT Southwestern Medical Center de Dallas, Estados Unidos. La Dra. Sanghavi observó que los niños que siguieron tomando inhibidores de la bomba de protones estaban por lo general más enfermos en su primer año de vida, como demuestran las mayores tasas de enfermedades respiratorias y de uso de corticosteroides. Esto podría significar que las infecciones que acabaron padeciendo tenían muchas causas y no necesariamente el inhibidor de la bomba de protones.

Del mismo modo, la Dra. Sophia Patel, gastroenteróloga pediátrica de la Cleveland Clinic de Ohio, señaló el intervalo promedio de casi diez meses entre la interrupción de un inhibidor de la bomba de protones y la aparición de una primera infección grave. Ese intervalo es tan largo que es posible que la infección se haya debido a otra cosa, apuntó la Dra. Patel.

A pesar de las limitaciones del estudio, las doctoras Sanghavi y Patel afirmaron que los hallazgos son un buen recordatorio para que los médicos utilicen los inhibidores de la bomba de protones solo cuando sea necesario y limiten su uso una vez iniciado. La base general de evidencia para limitar el uso de inhibidores de la bomba de protones es sólida, señalaron ambas médicas, aunque este estudio no demuestre una causalidad directa entre el uso de inhibidores de la bomba de protones y las tasas de infección.

“Preguntese: ‘¿Necesita este niño un inhibidor de la bomba de protones?’”, recomendó dijo la Dra. Sanghavi. Si es así, dijo, ella suele recetarlos durante un periodo de 2 semanas a un máximo de 2 meses y nunca autoriza surtidos automáticos. Con este enfoque, los padres y el niño volverán a la clínica con frecuencia, lo que en la mayoría de los casos permite una reducción más rápida del fármaco.

Lassalle, Ph. D., y las doctoras Sanghavi, y Patel han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

REFERENCIAS

1. Lassalle M, Zureik M, Dray-Spira R. Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Serious Infections in Young Children. *JAMA Pediatr.* 14 Ago 2023:e232900. doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.2900. PMID: 37578761.
2. Taine M, Offredo L, Dray-Spira R, Weill A, y cols. Paediatric outpatient prescriptions in France between 2010 and 2019: A nationwide population-based study: Paediatric outpatient prescriptions in France, 2010 to 2019. *Lancet Reg Health Eur.* 7 Jun 2021;7:100129. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100129. PMID: 34557839.
3. Blank ML, Parkin L. National Study of Off-label Proton Pump Inhibitor Use Among New Zealand Infants in the First Year of Life (2005-2012). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Ago 2017;65(2):179-184. doi: 10.1097/MPG.0000000000001596. PMID: 28403034.
4. Lyamouri M, Mårild K, Nielsen RG, Størdal K. Proton pump inhibitors for infants in three Scandinavian countries increased from 2007 to 2020 despite international recommendations. *Acta Paediatr.* Nov 2022;111(11):2222-2228. doi: 10.1111/apa.16491. PMID: 35860963.
5. Wolf ER, Sabo RT, Lavalley M, French E, y cols. Overuse of Reflux Medications in Infants. *Pediatrics.* 1 Mar 2023;151(3):e2022058330. doi: 10.1542/peds.2022-058330. PMID: 36756736.
6. Li Y, Xiong M, Yang M, Wang L, y cols. Proton pump inhibitors and the risk of hospital-acquired acute kidney injury in children. *Ann Transl Med.* Nov 2020;8(21):1438. doi: 10.21037/atm-20-2284. PMID: 33313183.
7. Schwartz NRM, Hutfless S, Herrinton LJ, Amsden LB, y cols. Proton Pump Inhibitors, H2 Blocker Use, and Risk of Inflammatory Bowel Disease in Children. *J Pediatr Pharmacol Ther.* Nov-Dec 2019;24(6):489-496. doi: 10.5863/1551-6776-24.6.489. PMID: 31719810.

Marcus A. Banks;

Medscape Noticias Médicas;

1 de septiembre de 2023

ADENDUM

“CUANDO LOS MALOS ENTRAN EN COMBINACIONES, LOS BUENOS DEBEN ASOCIARSE; DE OTRA SUERTE SUCUMBIRÁN UNO POR UNO EN UN SACRIFICIO SIN PIEDAD, EN UNA LUCHA DESPRECIABLE.”

Edmund Burke

12 de enero de 1729, Dublín, Irlanda; 9 de julio de 1797, Beaconsfield, Reino Unido.

Escritor, filósofo y político, considerado el padre del liberalismo conservador británico, tendencia que él llamaba old whigs, en contraposición a los new whigs, quienes, al contrario de los old whigs, apoyaban la Revolución francesa, de la que fue un acérrimo enemigo.

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

