NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA

Por una niñez y adolescencia sanas en un mundo mejor

AÑO XXXIV | Agosto 2024 | N° 90

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: **regionmetropolitana@sap.org.ar** • Facebook: **Pediatras Metropolitanos Argentinos** • Instagram: **@pedmetarg**

Directora Titular
Dra. Claudia G. Vaccarelli
1era Directora Asociada
Dra. Mirta S. Vázquez
2da 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, María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y Claudia Corigliano

ÍNDICE

- Editorial. Hacia un mundo mejor…..... 2
  Claudia G. Vaccarelli
- Actividades de la Región 3
- La base simbiótica de la autonomía..... 6
  Patricia Cirigliano
- Manejo inicial del shock anafiláctico 10
  Fátima Carrasco Gamarra, María Florencia Barril
- Historia de nuestros hospitales: año de fundación de los hospitales porteños..... 24
- Cómo proceder si los niños concebidos por técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), preguntan por su origen 25
  María Paula Gerardi
- Chagas congénito 27
  Jaime Altcheh y Guillermo Moscatelli
- Mesa Redonda: Novedades en adolescencia post pandemia..... 34
- ¿Qué es un rótulo en envases alimentarios? 38
  Marcela Pérez
- Perlitas Legales. Responsabilidad profesional, seguros médicos, fondos solidarios 44
  Mercedes Regina Acuña
- Boletín bibliográfico 90 47
  Carlos Luzzani
- Adendum..... 52

"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.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:2

EDITORIAL

HACIA UN MUNDO MEJOR...

"En la niñez, como en el oro, se puede grabar cualquier figura"
Juan Luis Vives

Estimados colegas y miembros de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría, con gran entusiasmo les doy la bienvenida a una nueva edición de nuestra revista Noticias.

Me enorgullece compartir con ustedes el número 90° de esta distinguida publicación, ya que es fundamental, como profesionales de la salud, que nos mantengamos actualizados y conectados a través de la promoción del conocimiento médico y la difusión de las actividades científicas y académicas de la Región.

Agradezco de corazón a todos los autores, revisores y colaboradores que han contribuido a la calidad y relevancia de esta edición, y a todo el Grupo Editorial de la misma, con el Dr. Carlos Luzzani a la cabeza, quien es el motor fundamental e incansable defensor de nuestra revista; sus esfuerzos son fundamentales para mantener el alto estándar de la misma. Esperamos que este número sirva como una fuente de inspiración y conocimiento compartido, y que continúe siendo un recurso invaluable para todos nuestros miembros. Cada uno de ustedes, con su conocimiento, experiencia y pasión por la Pediatría, contribuye de manera significativa al fortalecimiento y enriquecimiento de nuestra Institución. Me emociona que en tiempos tan difíciles como los que estamos atravesando, la Región cuente con un maravilloso grupo de Profesionales de la salud Pediátrica que con total generosidad comparten su tiempo y su talento con el único objetivo de que cada niño reciba la mejor atención posible.

Estoy convencida que gracias a la colaboración y al trabajo conjunto de profesionales como ustedes, podemos avanzar en la mejora continua de la atención pediátrica en nuestra Región. Esto se demuestra con la participación activa de todos en reuniones, comités regionales y en la avidez de una actualización constante de nuestros conocimientos. En momentos como estos, es importante recordar que el éxito de nuestra Región se fundamenta en la solidaridad y el compromiso de cada uno de sus miembros. Gracias a Uds. por ser parte integral de esta comunidad de pediatras dedicados y ser un ejemplo inspirador para las generaciones presentes y futuras de los profesionales de la salud.

Cada uno de nosotros ha elegido el camino de la Pediatría no sólo como una carrera sino como una vocación de servicio, por lo cual es muy importante que sigamos trabajando juntos, con determinación y empatía, para construir un mundo donde cada niño y adolescente tenga la oportunidad de crecer y prosperar en un entorno seguro y saludable, teniendo siempre como norte el lema de nuestra Sociedad: **"Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor"**, que encapsula no solo nuestros ideales, sino también nuestras acciones diarias en la promoción y prevención de la salud infantil y adolescente.

En nuestra Región Metropolitana, estamos avanzando hacia dicho lema, con pasos firmes y determinación, abordando los desafíos actuales y trabajando para mejorar continuamente la calidad de vida de nuestros jóvenes pacientes, con la esperanza que se reconozca también en términos económicos, la dedicación y responsabilidad a la que nos afrontamos diariamente.

En el campo de la Pediatría, la salud y el bienestar de nuestros niños son prioritarios. Sin embargo, es crucial reconocer que el entorno económico en el que trabajamos influye profundamente en nuestra capacidad para brindar atención de calidad. Un mundo mejor para los pediatras es aquel en el que se valora adecuadamente su experiencia, dedicación y esfuerzo. Esto se traduce en una remuneración justa y equitativa que refleje la importancia de su trabajo en la sociedad. Además, condiciones laborales que promuevan un equilibrio saludable entre la vida profesional y la personal, son fundamentales para garantizar pediatras motivados y comprometidos.

Tengo la esperanza que en algún momento las autoridades con decisión política y económica a nivel nacional, comprendan que es imprescindible trabajar hacia un mundo donde cada niño tenga acceso a la mejor atención posible, para lo cual se necesita que los Profesionales de la Salud Pediátrica sean valorados y respaldados económicamente en su noble misión. Esto no solo es una cuestión de justicia, sino también de eficiencia y efectividad en la atención médica infantil.

"Nuestra mayor debilidad reside en rendirnos. La forma más segura de tener éxito es intentarlo una vez más" (Thomas A. Edison).

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 tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones."

Actividades en la Región Metropolitana

Otras Actividades en la Región Metropolitana

PRIMERA JORNADA INTERSECTORIAL de DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO 2024

LUGAR: Aula Magna, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

FECHA: 19 de octubre de 2024)

AUTORIDADES: *José R. Kremenchuzky, Lidia Giudici, Esteban Rowensztein, Claudia Sykuler, Elsa Coriat, Paula Bruun, Graciela Szyber, Claudia Rost, Alejandra Giacobone, Agustina Tamagno, Gabriela Yrala, Mariangel Foster, Silvina Pedrouzo, Anigely Roman, Daniel Karabelnicoff, Paula Tosto, Yanina Romani, Noelia Millán, Beatriz Janin, Nora Woscoboinik, Rut Kuitca.*

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:3-5

OBJETIVOS

Objetivo General

Promover un espacio de intercambio y reflexión entre trabajadores/as de los sectores Salud, Educación y Desarrollo Social sobre estrategias que permitan favorecer el desarrollo y resguardar las infancias a través de una mirada subjetivante.

Objetivos Específicos

Transmitir la importancia de la construcción subjetiva como requisito para el desarrollo infantil temprano en la que el entramado histórico, social y cultural de los vínculos tiene un peso ineludible.
Alertar sobre los posibles riesgos de "retracción infantil" y otros problemas del desarrollo, en el contexto epocal y las diversas posiciones en las prácticas, destacando la centralidad de la acción del Otro para la constitución SUBJETIVA.
Diseñar estrategias de escucha sensible y acciones comunes para afrontar estas situaciones de riesgo posible, en el marco de una red de intercambio y sostén interdisciplinaria e intersectorial.
Elaborar un documento de pronunciamiento acerca de los objetivos antes detallados para difundir y extender a todos los profesionales en los diversos territorios.

ORGANIZACIÓN DE LA JORNADA

Programa:

8:00 a 08:20: Acreditación.

8:20 a 8:30: Palabra de Inicio a la Jornada. *Dr. José Kremenchuzky* y *Lic. Daniel Karabelnicoff.*

8:30 a 9:15: Apertura con referentes de las distintas áreas a quienes está destinada la jornada. *Dra. Lidia Giudice , Lic. Paula Bruun, Lic. Rut Kutica.*

9:15 a 9:30: Relato *Mercedes Pedemonte.*

9:30 a 9:45: Presentación **Eje 1: "Niñas y niños en desarrollo, una mirada integral".** Definición de Infancia y de Desarrollo Temprano.

9:45 a 10.30: Espacio de intercambio/debate sobre Eje 1.

10.30 a 10:45: Presentación **eje 2: "Tramas y problemáticas del desarrollo de 0 a 3 años - despliegues en el tiempo y el espacio"**. Las Áreas de Especificidad en sus complejas imbricaciones. Procesos de desarrollo y sus posibles dificultades: signos, manifestaciones y síntomas.

10:45 a 11:30: Espacio de intercambio/ debate sobre Eje 2.

11.30 a 11:45: Presentación **Eje 3: "Crianzas: Una Construcción Colectiva. El Contexto De La Época, Los Caminos De La Dependencia Infantil A La Autonomía".** Inscripciones simbólicas del niño en la cultura: miradas, voces y caricias que alojan.

11:45 a 12:30: Espacio de intercambio/ debate sobre Eje 3.

12:30 a 13:00: Conferencia: *Dr. Alfredo Jerusalinsky.*

13:00 a 14:00: Receso - Almuerzo.

14:00 a 14:15: Presentación **Eje 4: "El diagnóstico como proceso de observación, delimitación y explicación de las tempranas manifestaciones infantiles".** Posicionamientos ético-profesional y técnico-instrumental.

14:15 a 15:00: Espacio de intercambio/debate sobre Eje 4.

15:00 a 15.30: Presentación **Eje 5: "Políticas públicas e institucionales".** Lógicas intersectoriales e interdisciplinarias de intervención profesional en contexto: lo comunitario y lo territorial en el trabajo con las familias.

15.30 a 16:00: Intercambio sobre Eje 5.

16:00 a 16:30: Receso - Café.

16.30 a 17:15: Cierre con referentes de las distintas instituciones/Organizaciones que acompañan la jornada: FEPI - SAPI - OMEP- REDE BEBE (Brasil) - FORUM INFANCIAS - ALSEPNEO.

17:15 a 17:30: Cierre Cultural.

Otras Actividades en la Región Metropolitana

PRIMERAS JORNADAS INTERSECTORIALES E INTERDISCIPLINARIAS DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Se llevarán a cabo en el **Aula Magna de la Facultad de Medicina** el **19/10/24.**

Organizadas por un numeroso grupo de profesionales, pediatras, unidos al equipo interdisciplinario de todas las áreas que abordan este tema.

A ello se suma la Intersectorialidad, compuesta por el área docente y de acción social, para el abordaje integral de esta problemática.

Dado el aumento de niños y niñas que vemos todos los días con obstáculos serios en su desarrollo, que se manifiestan con dificultades en la comunicación y el lenguaje, serán de sumo interés para el pediatra.

Más si tenemos en cuenta que la mirada de este colectivo estará enfocada en la búsqueda de la subjetividad, algo que en el terreno de la pediatría es importante revisar, dado que es una práctica que se impone todos los días en nuestro consultorio.

En estas Jornadas ponemos énfasis en la necesidad de jerarquizar el primer nivel de atención, como forma la detección temprana y de buscar en los lazos de la familia.

Los cambios para que niños y niñas puedan encontrar la senda del desarrollo evitarán, en muchos casos, los costos y un sufrimiento familiar mucho mayor.

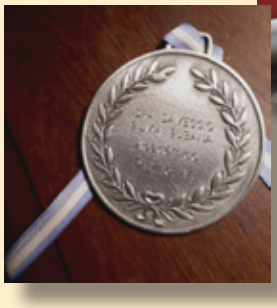
Un problema que, al abordarse en primera infancia con la visión de la complejidad, está destinado a ser contenido, entendiendo que en esta etapa de la vida la construcción del aparato psíquico aún es posible gracias a la gran plasticidad cerebral.

Informes: jornadadesarrollo2024@gmail.com

PEDIATRAS METROPOLITANAS DESTACADAS

La Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría dedica este espacio con el fin de reconocer a la ***Dra. Silvia Daveggio***, Representante Distrito Norte, a quien el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito IV, ha distinguido en un Acto Académico en junio de este año por su trayectoria como *Directora del Curso Superior de Administración Sanitaria* (dictado por ese Colegio) y además por haber sido designada como *Consejera* de dicha Institución.

Por ello, es un orgullo para nuestra Región que una de sus integrantes haya podido alcanzar tanto mérito el cual ha ocupado un lugar crucial en su vida profesional.



Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:6-9

LA BASE SIMBIÓTICA DE LA AUTONOMÍA

*Dra. Patricia Cirigliano**

IDEAS Y ACCIONES

A medida que el niño solidifica el nexo entre sus ideas y la realización propia, va adquiriendo una noción cada vez más clara de su capacidad personal para realizar actividades sin la ayuda adulta.

Sin embargo, la cualidad afectiva estará por encima de la capacidad motora. Durante varios años, los pequeños necesitarán de un tácito o expreso permiso de sus padres para atreverse a probar realizaciones más importantes o riesgosas.

Si se tiene en cuenta que el aumento de la autonomía lleva consigo el alto precio de desprenderse del contacto directo con los padres, es más fácil comprender el porqué de las idas y vueltas de los niños que oscilan entre depender o ser independiente.

La progresiva adaptación de las conductas autónomas requiere, por lo tanto, la cooperación adulta, pues si los mayores no retiran parte del auxilio que han estado prestando, los niños no podrán hacerse cargo de su propia acción.

Con los estímulos y cuidados precisos, la psicomotricidad acuática precede a la psicomotricidad de base que los niños alcanzan en tierra en forma natural alrededor de los 5 años de vida.

* Doctora en Psicología Clínica, Doctora en Sociología, Profesora y Licenciada en Educación Física y Deportes. Educadora e Investigadora científica en la Infancia temprana.
Creó Matronatación para bebes normales y en desventaja en 1960 y es el método pionero en el mundo.
Periodista Profesional, autora de 8 libros y presentó trabajos y participó como disertante invitada en Congresos en Argentina, Brasil, México, Venezuela, Santo Domingo, Cuba, Estados Unidos, España, Francia, Alemania, Italia, Grecia, Suecia, Japón. Rusia y Tailandia.
Miembro de FIEP (Federación Internacional de Educación Física), del Panathlon Club de Buenos Aires y Miembro Vitalicio de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Por su trayectoria profesional ha sido reconocida en el país y por UNICEF y UNESCO.
En 2020 “International Swimming Hall of Fame” (USA) le otorgó el Premio Hunt Neuman por su vida dedicada a la investigación y educación acuática de los bebés.

Gestados en el agua, nadar será sin duda un logro holístico que implica un recorrido cuya calidad estará signada, en gran parte, por los recuerdos intrauterinos y los intercambios amorosos entre padres e hijos.

El poder del agua, su fascinación y simbolismo materno universal, genera estímulos diversos y también ambivalentes. Propicia la unión corporal cuando se necesita el soporte que produce el vínculo simbiótico y, por otra parte, invita al despegue para conquistar el espacio a través de un medio conocido y obtener, por sí mismo, objetos deseados y personas queridas.

Favorecidas por la naturaleza del medio acuático y el placer de jugar en familia, sumarán oportunidades las propuestas y explicaciones docentes.

La intervención pedagógica adquiere entonces mayor responsabilidad porque aumentan tanto las posibilidades para acertar como para fallar.

Provocado por la ignorancia existe, lamentablemente, el malentendido común de ridiculizar o desvalorizar socialmente las conductas de apego en la infancia temprana.

Somos los humanos, entre todos los mamíferos, los únicos que echamos al cachorro de la cueva en lugar de esperar su evolución para que se aleje solo.

Es clave comprender la importancia definitoria que tiene el buen apego, en su etapa simbiótica, para alcanzar el logro de la verdadera autonomía,

Desde los 15 días de vida

El comienzo temprano en actividades lúdicas de aprendizaje como lo son las actividades acuáticas, brindan a padres e hijos una ocasión, que se reitera clase a clase, para elaborar con éxito las difíciles etapas evolutivas que inciden sobre las conductas de separación. Porque, semejante al aprender a caminar, aprender a nadar es también aprender a separarse, partir y regresar.

Los humanos oscilamos toda la vida entre la autonomía y la dependencia. Se sabe que,

cuando se admite el concepto de independencia estamos hablando, en realidad, de una dependencia madura y la diferenciamos de la dependencia total o infantil.

Asumir la independencia –que también reconocemos en el término autonomía– conlleva luchas internas y externas, grados muy variables de ambivalencia entre uno y otro polo y no pocos avances y retrocesos "a saltos".

Sin embargo, no todos los seres viven adecuadamente los pasos progresivos que conducen a la independencia.

Es decir, los escalones de una pirámide en cuya base podemos imaginar a una criatura indefensa e inhábil para supervivir por sí misma, y en la cúspide un ser humano completo y capaz de proyectar y realizar en concordancia con las apetencias propias y las exigencias del medio ambiente.

MADURACIÓN Y CAPACIDAD DE APRENDIZAJE

Las oportunidades sociales y culturales, y la educación sistemática aportan lo suyo para que aquella conquista sea tal y no un empujón traumático hacia la autodefensa y la autonomía.

La infancia obligada a independizarse "de golpe", como se muestra en las comunidades sometidas a la guerra o la miseria, encuentra graves dificultades momentáneas y las hallará en el futuro.

El privilegio que supone crecer y madurar en medio de un contexto favorable debería ser aprovechado al máximo por padres y educadores. La búsqueda del equilibrio entre lo espontáneo y lo programado, entre la estimulación adecuada y la sobre exigencia, es un norte perseguido continuamente por los buenos docentes.

La autonomía puede ejercitarse en pasos progresivos, y de ese modo la separación de los mayores es vivida por los niños como un triunfo de su persona ante las dificultades de un desafío excitante que merece ser respondido.

Los niños limitados con rigor o exageración acaban por resignar sus ímpetus a favor de la autonomía, lo que redunda en una disminución de los rendimientos a que podrían aspirar en condiciones más favorables.

El caso de los niños no limitados –por falta de adultos responsables a cargo de su cuidado o a causa de una decisión de los padres– encuentra obstáculos diferentes.

El primero y sin duda el más grave consiste en desconocer el alcance de sus capacidades y el peligro real al que podrían someterlos algunas de sus acciones.

Sin embargo, el riesgo que los niños corren al toparse con experiencias negativas e inesperadas es mucho mayor en la infancia desprotegida.

Aprender a destiempo es sinónimo de aprender mal y, con este criterio, todo aprendizaje sincrónico ayuda al desarrollo, mejora los resultados al superar las crisis evolutivas y afianza la autoestima.

Un pequeño que confía en sus propias producciones y en la ayuda social de sus mayores, se posiciona en la mejor condición para progresar en los aprendizajes naturales, culturales y del sistema educativo.

LAS OPORTUNIDADES

Los juegos en el agua, propician intercambios favorables y productivos.

Las interacciones familiares, acompañadas por una visión lúcida y sinceramente interesada, componen, poco a poco, un mosaico de experiencias que difícilmente puedan obtenerse fuera del medio acuático y sin el auxilio docente.

Al enseñar, habrá de dedicarse una atención especial al análisis prolijo de aquellas interacciones madre-hijo que abran, espontáneamente, la puerta de ingreso a la acción docente.

¿En qué medida esa actitud bien intencionada es adecuadamente recibida? ¿Qué modificación positiva es producida "a posteriori" de la intervención pedagógica? ¿Cuál es el rango preciso que es conmovido por el intercambio abierto a la acción? ¿Son los afectos, la apertura social, la adquisición de la técnica, la valoración entre los integrantes de la familia, la autoestima del niño y sus niveles de autonomía?

Estos y otros múltiples interrogantes mantienen el alerta docente y obligan, a buscar internamente y encontrar las estrategias del juego, las propuestas y las consignas, las correcciones y el aliento ante los logros del infante y la familia.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:6-9

Existe un consenso que acepta el apego muy estrecho entre el infante y su madre en los primeros meses de vida. Desde recién nacido hasta el medio año, es normal que el niño sea alzado, mecido, transportado, mimado y alimentado en los brazos maternos.

La rutina social del trabajo irrumpe, a menudo, cortando la continuidad de estos alimentos afectivos que involucran tanto al hijo como a la madre.

Los niños sufren muchas veces una primera separación obligada a los pocos meses de empezar a vivir. Aunque bien cuidados por familiares u organismos tales como los jardines maternales, el vínculo primario materno-filial no deja de estar resentido en mayor o menor grado.

APEGO

Sentimientos y emociones ambivalentes son experimentados por la díada Madre-Hijo y forman interacciones cuya cuota de conflicto varía en cada familia.

La presencia del padre y abuelos actúan en la reparación afectiva.

Aunque se carece de evaluaciones científicas que sea lícito transportar a situaciones y culturas diferentes, el estudio de los reconocidos investigadores Dres. Klauss y Kennell, sobre las conductas maternales e infantiles de apego y desapego, inducen a dar relevancia a los efectos negativos de las separaciones tempranas.

Las crisis evolutivas de la díada marcan hitos de sentimientos encontrados, y desequilibrios a veces violentos en la relación madre-hijo.

Sin embargo, estas "crisis de crecimiento" naturales son esperables y por tanto consideradas propias de la evolución infantil.

A pesar de ello, la resolución de la crisis configura una gama de modelos adaptativos, no siempre buenos, para el eje dependencia-independencia de la personalidad del niño.

La práctica de los juegos en el agua pone a prueba en forma constante la capacidad de padres e hijos para separarse física y psicológicamente. Además de lo que ocurre en cada momento acuático, la historia del apego y el desapego familiar ha de ser tenida en cuenta. Cada clase conforma un espacio saludable para reparar las heridas que producen en adultos y niños las separaciones obligadas, la falta de tiempo compartido y el angustioso sentimiento provocado por ausencias indeseadas.

Será un acierto profesional descubrir, aún en los juegos más sencillos, la forma en que incide el tema de la separación y la independencia en las interacciones familiares y con los docentes.

Si se procediera ingenuamente, sería común que los niños o sus padres rechazaran las propuestas de aprendizaje.

Durante las clases se presentan simultáneamente numerosas conductas tentativas de los pequeños que tratan de alcanzar los juguetes, de manipularlos o arrojarlos. Los niños insisten en trepar escaleras, subir a las plataformas, atravesar los aros y túneles y zambullirse de diversas maneras.

Cuando los niños de edad temprana intentan avanzar en sus experiencias necesitan tanto del aliento y cuidado de los mayores, como de una cooperación concreta para llegar al éxito.

La colaboración de los padres implica, a veces, una prohibición, pero siempre una ayuda.

¿CUÁNDO PROHIBIR ES AYUDAR?

Ayudar a un niño a desenvolverse en el agua en forma eficiente no es un auxilio reglamentado por la técnica sino, a menudo, el resultado de la atención sensible y cariñosa de los padres, que conocen claramente los gestos de su hijo o la decodificación de sus demandas preverbales.

Algunas veces, será necesario sostener el peso del cuerpo o, por el contrario, solamente controlar el inestable equilibrio de un bebé sentado o parado sobre una plataforma móvil. Determinar el grado suficiente y necesario de esta asistencia adulta a los más chicos, merece en muchas oportunidades el consejo pedagógico de quienes conocen bien las etapas del desarrollo infantil.

Sin embargo, para favorecer la eficiencia psicomotriz, falta también una cuota generosa de observación que acaba con una "lectura corporal" que hace posible a los docentes anticiparse a la realización infantil cuando los propios padres no pueden hacerlo.

Proceder a tiempo evitará golpes y caídas,

"chapuzones sorpresivos" y otras experiencias negativas.

Podríamos decir que en el agua no hay errores pequeños.

En situaciones vulnerables, aún con un compromiso respiratorio mínimo, la "angustia de muerte", como fenómeno atávico, es sufrida en forma instantánea pero gravemente persistente.

El Pánico al Agua es heredero obligado de algunas experiencias acuáticas infantiles desagradables, irrelevantes según un criterio adulto demasiado común, mientras los pequeños las perciben como catastróficas.

Existe una situación delicada que no puede soslayarse: no puede compararse un tropiezo en tierra a menudo fácilmente reparable con abrazos, palabras consoladoras y cariño, con una acción desafortunada en el agua.

Al hablar entonces del macro concepto de Autonomía, hemos de entenderlo como un desarrollo natural que puede ser bien impulsado o inhibido por la experiencia. A los docentes les cabe la responsabilidad de propiciar un rango exitoso de la independencia acuática infantil.

El compromiso respiratorio y la necesidad de aprender las técnicas natatorias de propulsión, quitan ingenuidad a los errores y promueven, imprescindiblemente, una mayor atención por parte de padres y maestros.

Consignas acertadas y oportunas detenciones en las acciones de los niños, apuntalan los avances exitosos y eliminan los desenlaces exageradamente frustrantes.

Las "Leyes del agua" son inconmovibles. Padres amantes suelen desconocerlas a menudo y es común que crean, erróneamente, que las mismas habilidades son útiles para nadar y sobrevivir en una emergencia.

Además de un logro evolutivo, la autonomía es también un signo de la apropiación de una compleja red de atributos positivos de la personalidad.

En todo orden, basada en la etapa simbiótica, se considera a la dependencia madura infantil una conquista cada vez más válida ante la creciente complejidad del mundo actual y el venidero.

MANEJO INICIAL DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

Dra. Fátima Carrasco Gamarra*
Autora Colaboradora: ***Dra. María Florencia Barril*****

El shock es un síndrome agudo que se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada que impide el correcto aporte de oxígeno a los tejidos. Inicialmente se activan una serie de mecanismos fisiológicos compensatorios, que son los responsables de la sintomatología más precoz (taquicardia, palidez, sudoración, polipnea, agitación, oliguria). Cuando estos mecanismos fracasan se produce el shock descompensado, de peor pronóstico. Si bien en pediatría el shock hipovolémico y shock séptico son los más comunes, no podemos dejar de lado el shock anafiláctico.

La anafilaxia es un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunitarios o no, con aparición de síntomas y signos sugestivos de una liberación generalizada de mediadores de mastocitos y basófilos, tanto en la piel (eritema, prurito generalizado, urticaria, angioedema) como en otros órganos (gastrointestinal, respiratorio o cardiovascular). La afectación cutánea es la más frecuente y orientativa para el diagnóstico, pero puede estar ausente hasta en 20 % de los casos.

En el caso de verse afectado el sistema cardiocirculatorio se trataría de la reacción alérgica más grave que puede ocurrir y si presenta hipotensión es entonces cuando se denomina shock anafiláctico.

El tratamiento inicial del shock es común a casi todos los tipos, y en él es básico seguir el orden ABCDE. La primera acción siempre será estabilizar la vía aérea y la administración de oxígeno a concentración máxima. Una vez garantizada la vía aérea y la oxigenación, la resucitación pasa por garantizar un adecuado aporte vascular a los tejidos. Para ello se administrarán fluidos isotónicos intravenosos, y se podrán necesitar drogas vaso activas. Además, puede ser necesario tratamiento específico en función del tipo de shock, como antibióticos (shock séptico), transfusión de hematíes (shock hemorrágico), adrenalina (shock anafiláctico).[1]

DEFINICIÓN

La anafilaxia consiste en una reacción sistémica de aparición brusca, que puede ser resultado de la activación de varios mecanismos en los que se liberan súbitamente mediadores inflamatorios de mastocitos y basófilos. Clínicamente, se caracteriza por la asociación de síntomas que afectan simultáneamente a varios órganos. Esencialmente se expresa a nivel de piel (exantema, urticaria o angioedema); aparato respiratorio (rinorrea, broncoespasmo, edema laríngeo o sibilancias); síntomas abdominales (dolor cólico abdominal, diarrea o vómitos) y/o manifestaciones cardiovasculares (taquicardia, cambios en la presión arterial como hipotensión con pérdida de conocimiento). Si todos estos síntomas no pueden ser compensados o frenados en su momento, el siguiente paso es una descompensación hemodinámica del paciente, una insuficiencia circulatoria generalizada, con perfusión tisular insuficiente para satisfacer las demandas de los órganos y tejidos vitales, el paciente entra en lo que conocemos como Shock.[2]

ETIOLOGÍA

Los desencadenantes de una anafilaxia varían con la edad, y pueden provocar un episodio por la activación de distintos mecanismos *(Tabla 1)*. Las causas principales de anafilaxia en niños son los alimentos, los fármacos y las picaduras por himenópteros. Respecto a las causas, los alimentos

* Ex residente del Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle.
** Especialista en Pediatría. Coordinadora de Región Metropolitana SAP. Vocal del Comité de Prevención de lesiones de la SAP. Integrante del Comité de Prevención de lesiones y de Pediatría Ambulatoria de la Región Metropolitana. Integrante de Comité de Docencia e Investigación Htal. de Morón. Coordinadora Docente de Residentes de Pediatría Htal de Morón. Subdirectora de la Carrera de Especialista en Pediatría Universidad de Buenos Aires (sede Morón). Jefa de Trabajos Prácticos Materia Pediatría Universidad de Buenos Aires.

son la primera causa (66% de los casos), seguidos de los himenópteros (19%) y los medicamentos (5%). Por edades, los alimentos son la causa más frecuente a cualquier edad. La segunda causa, el veneno de himenópteros (abeja y avispa), es más frecuente en niños en edad escolar y adolescentes. Los medicamentos, la tercera causa, también están más frecuentemente implicados en los adolescentes y son muy poco frecuentes en el caso de los preescolares. Los medicamentos implicados con más frecuencia han sido los AINES y los betalactámicos.2

Anafilaxia por alimentos

Suponen la primera causa de anafilaxia en niños y adolescentes. Los alimentos que provocan anafilaxia con más frecuencia en los niños son la leche, el huevo, pescado, legumbres y frutos secos. También parece influir la edad, siendo la leche y el huevo las primeras causas en niños menores de 2 años, y los frutos secos como la avellana y el anacardo en preescolares. El cacahuete es un desencadenante importante en niños de cualquier edad. La anafilaxia por alimentos suele ocurrir habitualmente en la primera hora después del contacto con el alimento, normalmente por la ingestión del mismo de forma directa o inadvertida. También se han descripto reacciones retardadas (4-5 horas después de la ingesta). Aunque poco frecuentes, se han descripto casos de anafilaxia por el contacto cutáneo con el alimento desencadenante, así como por la inhalación de vapores originados durante la preparación del alimento, o por la ingestión de alimentos contaminados por ácaros. El asma, particularmente el asma grave o inestable, se ha relacionado con un mayor riesgo de presentar una anafilaxia desencadenada por un alimento.[2]

Anafilaxia por picadura de insectos

Las picaduras por himenópteros constituyen la segunda causa de anafilaxia pediátrica. La aparición de la clínica es muy rápida, y la muerte se puede producir en los primeros 30 minutos tras la picadura. La mayoría de las muertes por picadura de abeja o avispa ocurren en la población adulta. Respecto al tipo de reacciones, se ha descripto una frecuencia de reacciones sistémicas del 3% en adultos y del 1% en niños.La peculiaridad de la anafilaxia por veneno de himenópteros consiste en la posibilidad de indicar inmunoterapia específica para la prevención de futuros episodios. El riesgo de reacciones tras nuevas picaduras depende de los síntomas referidos por el paciente en episodios previos, el grado de exposición, y la edad del paciente.2

Anafilaxia por fármacos, agentes biológicos y vacunas

Según los datos del registro europeo, los medicamentos son la tercera causa de anafilaxia pediátrica. Los antibióticos betalactámicos y los AINES son los fármacos más frecuentemente implicados, y entre ellos la amoxicilina, debido probablemente a su elevado consumo. La proporción de reacciones sistémicas por inmunoterapia específica en la población general es del 0,2 al 0,5 % de las dosis. La anafilaxia tras inmunizaciones rutinarias se estima en 1,32 eventos por cada millón de administraciones. Las vacunas más frecuentemente implicadas son la triple viral y la influenza.[2]

Anafilaxia por látex

Los niños con malformaciones genitourinarias o espina bífida son pacientes con riesgo de sensibilización y posterior desarrollo de alergia al látex.

Anafilaxia inducida por ejercicio (AIE)

Es un trastorno poco frecuente, y se suele asociar a historia personal de atopia, y en algún caso herencia familiar autosómica dominante. En el 30-50% de los casos el paciente ha ingerido en horas previas un alimento al que está sensibilizado (anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimento específico o inespecífico). Los alimentos más frecuentemente implicados son trigo, otros cereales, frutos secos, y pescados. Otros factores precipitantes añadidos a considerar pueden ser la toma coincidente de AINE, la exposición a ambientes fríos, cálidos, húmedos, menstruación, amalgamas dentales, o la coincidencia del esfuerzo con la estación polínica.

TABLA 1. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ANAFILAXIA EN PEDIATRÍA

ETIOLOGIA	MECANISMO
Alimentos: leche, huevo, frutos secos, pescado, legumbres	Inmunológico dependiente de IgE
Picaduras de insectos: Himenópteros (abeja, avispa)	Inmunológico dependiente de IgE
Medicamentos: Betalactámicos (amoxicilina) y AINES (Ibuprofeno, metamizol), quimioterápicos	Inmunológico dependiente de IgE
Medios de contraste radiológico, opiáceos, algunos AINES	No inmunológico
Agentes biológicos: vacunas, Anticuerpos monoclonales, Inmunoterapia con alérgenos	Inmunológico dependiente de IgE
Hemoderivados, dextranos	Inmunológico no dependiente de IgE
Látex: Guantes, chupetes, juguetes, pañales, globos, colchonetas	Inmunológico dependiente de IgE
Inhalantes: epitelios, pólenes	Inmunológico dependiente de IgE
Factores físicos: ejercicio, frío, calor, radiación solar	No inmunológico
Anafilaxia idiopática: considerar alérgenos ocultos y nuevos alérgenos. Descartar síndrome de activación mastocitaria	Idiopático

Extraido de: Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en:https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf

FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos por los que se desarrolla la reacción alérgica se pueden agrupar en inmunológicos, no inmunológicos o idiopáticos. De todos ellos, el más frecuente y estudiado es la vía inmunológica mediada por IgE. En primer lugar, es necesario que el individuo presente anticuerpos IgE específicos para un alergeno. La producción de IgE comienza en los tejidos linfoides periféricos como respuesta a la exposición a un alergeno. Después, los anticuerpos IgE específicos viajan por la sangre hasta unirse a los receptores IgE de alta afinidad de basófilos y mastocitos, en sangre y tejidos periféricos respectivamente. Cuando el alergeno entra en el organismo se une a los anticuerpos IgE específicos de mastocitos y basófilos. De esta manera, se activan y de granulan liberando enzimas y citocinas (histaminas, triptasa, TNF) que actúan directamente en los tejidos produciendo los síntomas alérgicos y también reclutando otras células como los eosinófilos, que a su vez liberarán más mediadores que propaguen la reacción alérgica. Algunos alergenos presentan reactividad cruzada, es decir, el mismo anticuerpo IgE es capaz de unirse a diferentes alergenos. Se han explicado otros mecanismos inmunológicos, como los relacionados con IgG y con complejos inmunes/complemento, mucho menos frecuentes y poco estudiados.

Las anafilaxias no inmunológicas pueden ser secundarias a estímulos físicos o a la administración de algunos fármacos, como los opiáceos o la vancomicina, que pueden activar los mastocitos y basófilos de forma directa (sin relación con IgE) produciendo la liberación de histamina.

Por último, la anafilaxia idiopática es aquella en la que tras un estudio alergológico completo no se llega a identificar el agente causal y no hay factor desencadenante aparente.[3]

La liberación local y sistémica de estos media-

dores causa un aumento de las secreciones en las mucosas, un incremento de la permeabilidad capilar y una marcada reducción del tono de los músculos lisos en los vasos (vasodilatación e hipotensión arterial), y obstrucción de los bronquiolos, llegando así a producirse el shock anafiláctico.[4]

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La anafilaxia puede afectar a cualquier órgano o sistema, dando lugar a manifestaciones clínicas tan amplias que pueden dificultar el diagnóstico.

En lactantes el diagnóstico clínico puede ser más difícil y es típica la presencia de intensa irritabilidad. Habitualmente la anafilaxia se desencadena por la exposición a una causa potencial, seguido de rápido comienzo con resolución en segundos a horas. A veces, la evolución es impredecible. Suele iniciarse en los primeros 5-30 minutos tras la ingesta de un alimento, incluso de forma más precoz si la causa es la picadura de un himenóptero o un fármaco administrado vía parenteral, o incluso llegar a tardar varias horas. Los síntomas y signos más frecuentes ver *Tabla 2*.

TABLA 2. SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DE ANAFILAXIA

Muco-Cutáneos	Prurito nasal, ocular, oral o faríngeo Prurito palmoplantar Prurito generalizado Eritema (rubor) Urticaria Inflamación conjuntival Angioedema
Digestivos	Náuseas Vómitos Dolor abdominal Disfagia Pirosis Diarrea
Respiratorios	Rinorrea Congestión nasal Estornudos Opresión torácica Disfonía, ronquera, afonía Estridor Tos perruna Sibilancias Disnea Cianosis Parada respiratoria
Cardiovasculares	Taquicardia/Bradicardia Mala perfusión periférica Mareo Arritmia Hipotensión Dolor torácico Parada cardiaca Colapso cardiovascular
Neurológicos	Hipotonía Decaimiento Sensación de muerte inminente Ansiedad Mareo Confusión Pérdida de conciencia

Extraído de: Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en:https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf

Síntomas muco-cutáneos

Se dan en un 90% de los casos y son urticaria, prurito, eritema, angioedema, edema periocular, o inflamación conjuntival. En algunos casos pueden estar ausentes en anafilaxias muy graves que se inician con shock.

Síntomas respiratorios

Hidrorrea, estornudos, congestión nasal, disfonía, ronquera, afonía, sensación de cierre faríngeo o asfixia, estridor, dificultad respiratoria, sibilancias, tos, opresión torácica, cianosis, parada respiratoria.

Síntomas gastrointestinales

Náuseas, vómitos, diarrea, disfagia, pirosis, dolor abdominal intenso tipo cólico.

Síntomas y signos cardiovasculares

Taquicardia, bradicardia, dolor torácico, colapso, síncope, incontinencia, mareo, arritmias cardiacas, mala perfusión periférica e hipotensión.

Síntomas neurológicos

Hipotonía, decaimiento, ansiedad, confusión, sensación de muerte inminente, mareo, pérdida de conciencia. Los pacientes tratados con beta-bloqueantes, orales o tópicos, pueden experimentar reacciones más intensas, con bradicardia paradójica, hipotensión profunda y broncoespasmo intenso, con menor respuesta a la adrenalina. Los niños pueden desarrollar un edema de glotis precoz, simulando la aspiración de un cuerpo extraño.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico *(Tabla 3)*, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio. Los síntomas más frecuentes en la anafilaxia pediátrica son los cutáneos, aunque pueden estar ausentes en casos severos con hipotensión o aparecer posteriormente, tras la mejoría de la perfusión periférica. El segun-

TABLA 3. CRITERIOS CLÍNICOS DE ANAFILAXIA

Criterio 1.
Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o "flushing" (sofoco), edema de labios, úvula o lengua) , y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia...)

Criterio 2.
Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:

- Afectación de piel y/o mucosas
- Compromiso respiratorio
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
- Síntomas gastrointestinales persistentes

Criterio 3.
Disminución de la TA tras la exposición a un alérgeno conocido para ese niño (minutos o algunas horas):

- Lactantes : TAS < 70 mmHg
- Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2)
- Niños > 10 años: TAS < 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basal.

PEF: Pico flujo espiratorio; **TA:** Tensión arterial; **TAS:** Tensión arterial sistólica
*Modificado de Sampson HA.

Extraido de: Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en:https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf

do órgano más frecuentemente afectado es el aparato respiratorio. Los síntomas digestivos son algo menos frecuentes y si son poco intensos (un único vómito, náuseas) pueden plantear dudas diagnósticas en el caso de los lactantes, por ser muy inespecíficos.

Además del reconocimiento de los síntomas, se debe interrogar al paciente acerca de antecedentes de alergia, de asma mal controlada, o de episodios previos de anafilaxia.

La valoración de un paciente siempre debe ser sistemática. Para ello disponemos de herramientas como el ABCDE y el triángulo de evaluación pediátrico (TEP). Esto nos permite valorar el estado fisiológico y establecer unas medidas iniciales de tratamiento. Las lesiones cutáneas propias de la anafilaxia no alteran el TEP *(Figura 1)*.[5]

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Un sin número de enfermedades producen algunos de los signos o síntomas de la anafilaxia. Solo después de que se ha descartado fehacientemente el diagnóstico de anafilaxia debería el médico considerar otros cuadros, pues el fracaso en identificarla y tratarla en forma temprana y adecuada puede ser fatal. Algunos de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con el diagnóstico diferencial son:

- **Envenenamiento por pescado:** a menudo ocurre en los primeros treinta minutos de ingerir pescado rancio o descompuesto, incluidos el atún o el delfín (mahi-mahi). Típicamente, este envenenamiento se presenta con urticaria, náuseas, vómitos, diarrea y dolor de cabeza. Se trata con antihistamínicos.
- **Angioedema familiar (también se denomina angioedema hereditario):** esta forma clínica es distinguible del angioedema temprano de la anafilaxia o del relacionado con medicación ya que suele ser blanco y no pruriginoso en sus manifestaciones cutáneas. La urticaria no ocurre en el angioedema hereditario. Esta enfermedad autosómica dominante se trata con un reemplazo de concentrado de inhibidor de

FIGURA 1. TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

Extraido de: Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en:https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf

C1 estearasa o con plasma fresco congelado; se utilizan también como preventivos de ataques ácido delta-aminocaproico y derivados hormonales masculinos.

- **Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA):** se asocian con angioedema reactivo, predominantemente de la vía aérea superior. Esta reacción puede desarrollarse días o años después de iniciado el tratamiento con ECA. Se desconoce el mejor tratamiento para esta forma de angioedema, pero es vital un manejo intensivo para mantener permeable la vía aérea.
- **Ataques de asma casi fatal:** pueden presentarse con estridor o broncospasmo y, en general, no presentan urticaria ni angioedema. El tratamiento de la crisis asmática grave es muy diferente del de la anafilaxia; incluye, además de oxígeno y broncodilatadores inhalados, corticoides sistémicos y eventual asistencia respiratoria mecánica.
- **Ataques de pánico:** se observa estridor por inversión de las cuerdas vocales. No hay urticaria, angioedema, hipoxia o hipotensión. Se puede administrar heliox mientras mejora la sintomatología.
- **Reacciones vaso-vagales:** pueden remedar la anafilaxia, pero no cursan con urticaria, angioedema o broncospasmo.

TRATAMIENTO

La valoración de un paciente con anafilaxia debe comenzar desde el Triángulo de Evaluación Pediátrica. En caso de una anafilaxia "activa", siempre nos encontraremos con un TEP inestable en cualquiera de sus variantes, desde una dificultad respiratoria hasta un fallo cardiorrespiratorio. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, algunos pacientes pueden consultar cuando los síntomas ya se han resuelto de forma espontánea y presentar un TEP estable. En estos casos ha de individualizarse la necesidad de tratar. Ante un paciente inestable, se realizará la valoración reglada ABCDE. Al igual que los antibióticos parenterales en la sepsis, en la anafilaxia la adrenalina es la única medicación de primera línea y se incluye dentro de la valoración inicial, ya que presenta un inicio de acción rápido y actúa a diferentes niveles.[3]

Primera línea de tratamiento

Adrenalina

Debe administrarse lo antes posible. Su administración previa a la llegada a Urgencias disminuye la posibilidad de ingreso, comparado con su administración tras su llegada al hospital. El retraso de administración es el principal factor asociado a riesgo de fallecimiento. Posee efecto sobre los receptores □1, □1, y □21. No existen contraindicaciones absolutas para su uso. Debe administrarse vía IM en la cara antero lateral del muslo, alcanzando así concentraciones plasmáticas y tisulares más rápido que por vía subcutánea (SC), y con mayor seguridad que por vía intravenosa (IV). La dosis vía IM de adrenalina 1:1000 (1 mg/1 ml) es 0,01 mg/kg (máximo 0,5 mg), dosis equivalente a 0,01 ml/kg (máximo 0,5 ml). Puede repetirse cada 5-15 minutos si hay ausencia de respuesta. Pacientes con episodios previos y aquellos con flushing, diaforesis o disnea pueden precisar varias dosis. Aquellos que no respondan a varias dosis de adrenalina IM, pueden requerir administración vía IV (dosis de entre 0,1 y 1 µg/kg/minuto). No se recomienda la vía SC ni la vía inhalada, a excepción del caso del estridor laríngeo, donde la adrenalina nebulizada (2-5 ml) puede ser útil.[5]

Segunda línea de tratamiento

RETIRADA DEL ALÉRGENO

Debe ser retirado inmediatamente, sin retrasar el inicio del tratamiento definitivo. No es recomendable provocar el vómito.[5]

Posición

Si presenta disnea, debe situarse en sedestación semi incorporada. Si predomina la inestabilidad hemodinámica debe colocarse en decúbito supino. La posición de Trendelenburg es controvertida. En caso de pérdida de conciencia y persistencia de respiración espontánea se recomienda la posición lateral de seguridad.[5]

Oxigenoterapia

Todos los pacientes deben recibir oxígeno suplementario independientemente de su situación respiratoria. Debe mantenerse una saturación de oxígeno superior a 94-96%.

Fluidoterapia

Debe administrarse si existe inestabilidad hemodinámica. El suero salino fisiológico es de elección (dosis 20 ml/kg), pudiendo repetirse cada 5-10 minutos hasta normalizar la tensión arterial o corregir los signos clínicos de inestabilidad hemodinámica.[5]

Broncodilatadores

El salbutamol puede ser utilizado para revertir el broncoespasmo no respondedor a adrenalina. Puede administrarse inhalado (4-8 puff) o nebulizado (0,15 mg/kg, máximo 5 mg) cada 10-20 minutos. La asociación con bromuro de ipratropio puede ser útil.[5]

Tercera línea de tratamiento

Antihistamínicos

Los antihistamínicos antiH1 y anti-H2 no son tratamiento de primera línea. Su uso aislado es insuficiente y como tratamiento complementario quedan limitados al alivio de síntomas cutáneos. No debe retrasarse la administración de adrenalina en espera de su acción. El único anti-H1 en nuestro medio vía parenteral es la dexclorfeniramina. Si se opta por la vía oral son preferibles los antihistamínicos de segunda generación para evitar la somnolencia y disfunción cognitiva.[5]

Glucocorticoides

Su uso radica en el potencial teórico de prevenir reacciones bifásicas o prolongadas, aunque no ha sido demostrado. Pueden administrarse una vez acometidas la primera y segunda línea de tratamiento.[5]

Glucagón

Útil en niños que no responden a adrenalina, en especial si reciben tratamiento con betabloqueantes. Su administración rápida puede producir vómitos siendo importante el posicionamiento en decúbito lateral de seguridad por el riesgo de aspiración. Debe permanecer refrigerado (2-8 °C), protegido de la luz, y administrarse inmediatamente una vez reconstituido.[5]

Otros fármacos vasopresores

No existen datos específicos en relación con el uso de vasopresores distintos a la adrenalina IV. Probablemente haya pacientes con shock anafiláctico refractario que puedan beneficiarse de dopamina, dobutamina o noradrenalina.[5]

Azul de metileno

En anafilaxias graves peri operatorias se ha descrito su uso para mejorar la vasoplejia y la hipotensión profunda.[5]

Indicaciones para la prescripción de un auto inyector de adrenalina

Indicaciones absolutas

- Anafilaxia previa desencadenada por alimentos o látex o inhalantes.
- Anafilaxia previa desencadenada por ejercicio.
- Anafilaxia previa idiopática.
- Alergia alimentaria y asma moderado/grave o inestable coexistente.
- Alergia a veneno de himenóptero con reacciones sistémicas diferentes a las cutáneo mucosas.

Indicaciones relativas

- Reacción alérgica previa ante trazas de alimento.
- Reacción alérgica previa a cacahuetes y frutos secos.
- Domicilio lejano de los servicios médicos y antecedente de reacción alérgica previa con alimentos, látex, veneno de himenópteros o inhalantes.
- Alergia alimentaria en el adolescente. Excluyendo síndrome de alergia oral.

MONITOREO

El monitoreo de estos pacientes debe ser estrecho y cuidadoso. Las modificaciones de los signos vitales pueden preceder a la reaparición de síntomas de reagudización del cuadro clínico. Debemos tener en cuenta en cuenta los siguientes elementos:

Frecuencia cardiaca

La normalización de este parámetro indica un posible mejoramiento del paciente, pero su incremento debe alertar por la posibilidad de un nuevo episodio.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:10-23

Tensión arterial

Es un dato fundamental para valorar la eficacia del tratamiento. El descenso súbito de la TA es un antecedente de empeoramiento del cuadro. Además. puede ser la única manifestación de la anafilaxia inducida por anestésicos generales.

Electrocardiograma

Se debe realizar en búsqueda de posibles arritmias.

Saturación de oxígeno

Su descenso indica mala oxigenación tisular o bien la presencia de bronco obstrucción que no está adecuadamente tratada.

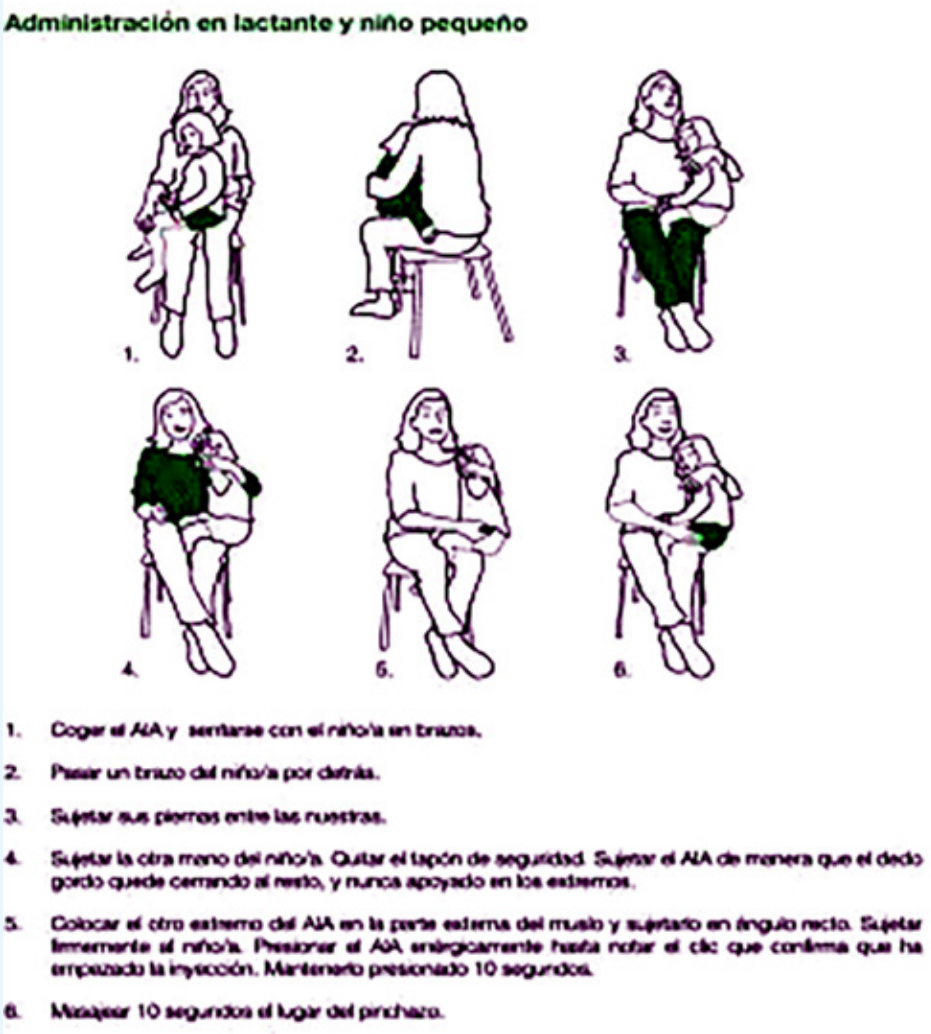
Laboratorio

Se debe tener un control de hematocrito, urea, glucemia, creatinina, ionograma, estado ácido base y repetirse de acuerdo a valores iniciales que se obtenga del paciente.

RECOMENDACIONES AL ALTA

Tras la resolución de la reacción anafiláctica, todos los niños deben permanecer en observación en un centro hospitalario un periodo mínimo de 12 horas. Este período será más prolongado e individualizado en niños con antecedentes de reacciones bifásicas previas, asma moderado o

FIGURA 2. ADMINISTRACION DE ADRENALINA AUTOINYECTABLE (AIA) EN LACTANTES



Extraído de: Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad Española de Pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en:https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf

grave con broncoespasmo importante, lejanía de centro hospitalario o dificultad para su acceso, reacciones previas de anafilaxia graves, o situaciones en las que la exposición al alérgeno pueda repetirse con facilidad.

Una vez finalizado este periodo de observación el niño puede ser dado de alta con una serie de recomendaciones

- Informar sobre cómo reconocer la anafilaxia.
- Aconsejar acudir de nuevo a urgencias si se reinician los síntomas.
- Adiestrar en el manejo del autoinyector de adrenalina (AIA) al niño, familiares y cuidadores *(Figura 2-3)*.
- Dar normas de evitación del agente desencadenante o sospechoso por escrito.
- Plan de acción individual por escrito *(Anexo 1)*.
- Llevar siempre identificación de riesgo de anafilaxia y posibles desencadenantes.

PREVALENCIA Y MORTALIDAD

La prevalencia de la anafilaxia pediátrica es desconocida y probablemente esté subestimada, dado que los casos leves y moderados a veces no se diagnostican como anafilaxia. En la población general se estima una prevalencia del 0,05 al 2%,

FIGURA 3. ADMINISTRACION DE ADREANLINA AUTOINYECTABLE (AIA) EN ADOLESCENTES

que parece estar incrementándose en los últimos años, con un aumento en los ingresos hospitalarios por anafilaxia, sobre todo en niños menores de 3-4 años, adolescentes y adultos jóvenes. En uno de los últimos estudios publicados sobre anafilaxia en niños se ha descripto un incremento de las reacciones anafilácticas por alergia a alimentos vistas en servicios de urgencias de 41 a 72 casos/1000007 . De hecho, en Estados Unidos se produce un episodio de anafilaxia de origen alimentario cada seis minutos con una prevalencia en la población general del 1,6% o incluso mayor 8 que contrasta con cifras europeas que indican que un 0,3% sufrirá alguna reacción anafiláctica en algún momento de la vida.

La mortalidad por anafilaxia es poco frecuente, aunque dadas las dificultades en su reconocimiento es posible que no esté correctamente evaluada. El mayor número de muertes por anafilaxia se ha descrito en adolescentes y jóvenes adultos, sobre todo cuando la causa son los alimentos.

Tras el tratamiento de la reacción anafiláctica hay que adoptar una serie de medidas educativas para el niño y su familia encaminadas a la prevención y reducción del riesgo de que presente otro episodio de anafilaxia. Esta labor debe ser compartida por todo el profesional sanitario que trata al niño: pediatra alergólogo, pediatra de Atención Primaria y enfermería principalmente. La educación deberá realizarse en todos los ámbitos donde esté el niño, tanto para la familia y cuidadores como para el personal del colegio que conviven muchas horas con el menor.

EDUCACIÓN DEL NIÑO Y LOS FAMILIARES

En general, toda persona que esté habitualmente con el niño, como cuidadores y profesores, es fundamental. Se deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

Alergeno responsable

Se debe proporcionar por escrito toda la información necesaria sobre el alergeno o alergenos responsables. También hay que informar de cómo poder identificarlo, de cómo evitarlo y en caso de que sea necesario de posibles alternativas. Asimismo, informaremos de otros alergenos con los que pueda tener reacción cruzada.

Manejo del autoinyector de adrenalina (AIA)

Es fundamental instruir con simuladores en el manejo del auto inyector al niño y su familia, y estos deberán hacer lo propio con otros cuidadores, profesores, etc. Es importante reforzar este aprendizaje de modo periódico en nuestras consultas. Sería deseable que a todo niño que se le paute un AIA se le facilitara un simulador para poder practicar en su domicilio y enseñar a otras personas si fuera necesario. Hay que informar que deben comprobar periódicamente la fecha de caducidad de AIA y que es necesario que siempre acompañe al niño allá donde vaya.

Identificación del niño

Cualquier niño que haya presentado una anafilaxia deberá llevar un distintivo que permita identificarlo. Este podría ser desde una placa o brazalete con una indicación sobre su alergia hasta dispositivos de identificación mediante códigos QR que pueden mostrar al ser escaneados por los teléfonos datos personales con foto incluida, datos de contacto en caso de emergencia, datos de alergias alimentarias y tratamientos, es decir, cualquier información que quiera el usuario.

Educación en el colegio

Es decir, la escolarización segura de todos los niños alérgicos con riesgo de padecer una anafilaxia. Los padres deben:

- Explicar la alergia del niño, así como los alimentos que debe evitar y las precauciones a tomar.
- Explicar los síntomas y signos de una reacción alérgica.
- Explicar el uso del AIA.
- Dar toda la información por escrito al colegio.
- Dar el plan de actuación individualizado por escrito. Hay que informar al colegio de la alergia del niño y se tiene que advertir de los posibles alergenos que pueden estar presentes en actividades escolares como: manualidades o talleres de cocina realizados con cáscaras, envases, etc., fiestas y celebraciones que van unidas a comida (tartas, pasteles, frutos secos) y decoraciones con objetos con látex como globos, uso de alimentos para aprendizaje: frutos del otoño, manipulación de alimentos para conocer textura, material de higiene en escuelas infantiles: pañales, toallitas, cremas, guantes…

Comedor escolar

Riesgo por la incorrecta manipulación de los alimentos. Se deberán realizar dietas aptas para el niño alérgico. El niño alérgico deberá estar siempre identificado y controlado en el colegio y su entorno, es decir, durante el transporte escolar, salidas al recreo, comedor, gimnasio, sala de laboratorio o cualquier otra instalación del colegio, así como en excursiones y campamentos fuera del centro.

CONCLUSIONES

Si bien el shock anafiláctico no es tan frecuente en pediatría, tenemos que estar al tanto del adecuado manejo de la anafilaxia para así poder prevenir que el paciente llegue a un estado de shock.

La identificación oportuna y la atención primaria del evento evita que los pacientes lleguen a tener mayores complicaciones. Por tal razón considero que la adecuada prevención, brindando información y capacitación a las personas que están en contacto con el paciente que sufrió un episodio de anafilaxia, es el método más adecuado para evitar un nuevo episodio de anafilaxia y que este llegue al shock anafiláctico.

Los padres y el personal de salud que realiza el seguimiento de estos pacientes deben proporcionar, el material claro y concreto para el oportuno manejo en caso de un nuevo episodio, también deben contar con los insumos adecuados, los cuales deben estar en condiciones para su uso.

Con las nuevas tecnologías, el acceso a celulares inteligentes en la mayor parte de la población, es posible plantar lo citado en el trabajo, el uso de códigos QR donde las personas puedan tener el acceso a la información individual y detallada del paciente, si bien esta es una opción que posiblemente se irá incorporando con los años, en la actualidad contar con información de manera escrita, sigue siendo el método más empleado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olabarri M. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Anafilaxia en urgencias. Pag (1-9). Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/13_Shock.pdf
2. Julia J. Sanchez C. Alvarez F. 2019 Manual en anafilaxia en pediatría (MAP). Pag (17-100). Disponible en: https://www.seicap.es/manual-de-anafilaxia pedi%C3%A1trica_44775.pdf
3. Velazco R. 2019. Protocolo de diagnóstico y terapéuticos en urgencia de pediatría. Sociedad española de pediatría. Shock. Pag (1-9). Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf
4. Julia J. Sanchez C. Alvarez F. 2019. Anafilaxia en pediatría. Sociedad española de pediatría. Pag (1-18). Disponibleen: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_anafilaxia.pdf
5. Archivo argentino de Pediatria SAP. 1998. Normativa de tratamiento del Choque anafiláctico. Pag (1-7). Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_272_279.pdf
6. Wood RA, Camargo CA, Lieberman P, Sampson HA. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2014;133(2): 461-467
7. Cardona V, Cabañes N, Chivato T, Guardía P, Fernández M, Freijó C y cols. Guía de Actuación en Anafilaxia: GALAXIA 2016. [en línea] http://www.respirar.org/images/galaxia_web_ 28-11-2016.pdf
8. Alergia a alimentos y látex. Guía para centros educativos y comedores escolares. Asociación española de personas con alergia a alimentos y látex (AEPNAA).
9. Sicherer SH, Simons FE, Section on Allergy and Immunology, American Academy of Pediatrics. Self-injectable epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. Pediatrics 2007; 119:638
10. Urner PJ , Baumert JL , Beyer K , Boyle RJ , Chan CH, Clark AT et al. Can we identify patients at risk of life-threatening allergic reactions to food? Allergy. 2016 Sep.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:10-23

ANEXO 1.
PROTOCOLO ACTUALIZADO PLAN DE ACCIÓN

Alumno/a:
Edad: Peso:
Centro escolar:
Curso:
Padre/Madre/ Representante:
Teléfono de aviso:
Profesor/a tutor/a:
Lugar de medicación:
FOTO

Alérgico/a a:
Asmático/a: NO SI (Riesgo alto a reacciones graves)

1er PASO: EVALUAR Y TRATAR

El especialista debe rellenar esta hoja

VIGILAR — Afecto a un solo órgano.

Ronchas o habones en la cara, enrojecimiento, picor en boca o en labios.

Hinchazón de: labios, párpados, manos u otra parte del cuerpo.

Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea.

Picor de ojos o de nariz, estornudos frecuentes, mucosidad abundante, ojos rojos o lagrimeo.

EMERGENCIA — Afecto a 2 o más órganos.

Opresión en garganta, voz ronca o afónica, tos repetitiva.
ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0.15/150-0.30/300

Respiración dificultosa, voz entrecortada, tos seca repetitiva, ahoga, pitos, piel o labios azulados.
ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0.15/150-0.30/300

Palidez, pulso débil, pérdida de conocimiento, mareo, sensación de muerte inminente.
ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0.15/150-0.30/300

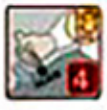
2º PASO: SI SOSPECHA DE ANAFILAXIA, AVISE AL 061 ó AL 112 Y SIGA INSTRUCCIONES

1. NO DEJE NUNCA SOLO AL NIÑO/ADOLESCENTE.
2. Llame a Urgencias (Tel.: 061 ó 112) y comunique que se trata de una anafilaxia.
3. Llame a los padres o a los tutores legales.
4. Aunque no pueda contactar con los padres o con el representante legal, no dude en administrarle la medicación (deber de socorro) siguiendo instrucciones del 061 ó del 112.

1. Coja la pluma autoinyectable de adrenalina con la mano dominante (la que usa para escribir), el dedo pulgar debe quedar cerrando el tesito, y nunca apoyado en los extremos.

2. Con la otra mano, quite el tapón de seguridad (amarillo o azul según la adrenalina).

3. Coloque el extremo negro o naranja del inyector en la parte externa del muslo y sujételo en ángulo recto.



4. Presione el extremo negro o naranja del inyector enérgicamente hasta que note el clic que confirma que ha empezado la inyección. Manténgalo presionado 10 segundos.

5. Masajee la zona de inyección durante 10 segundos.

6. Llame al 061 ó al 112, diga "anafilaxia", solicite atención médica inmediata.

SEICAAP Anafilaxia

El Dr. _____

colegiado nº _____ por el Colegio de Médicos de _____

como pediatra/alergólogo pediátrico/neumólogo pediátrico/médico he revisado el protocolo y prescrito la medicación específica de actuación.

Fecha y firma

Yo, _____

como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a mi hijo/a _____

en el seguimiento de este protocolo.

Fecha y firma

De acuerdo con el artículo 195 del Código penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que esté desamparada y en peligro manifiesto o grave, cuando pueda hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Así mismo, el artículo 20 del mismo Código indica que están exentos de responsabilidad criminal los que actúan en cumplimiento de un deber.
Cabe señalar que no hay responsabilidad de ningún tipo si en el uso del deber de socorrer se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:24

Historia de nuestros hospitales

AÑO de FUNDACIÓN de los HOSPITALES PORTEÑOS

1774 - Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia
1779 - Hospital General de Niños Pedro de Elizalde
1854 - Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano
1863 - Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda
1883 - Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez
1883 - Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía
1888 - Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández
1896 - Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
1897 - Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta
1897 - Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
1901 - Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
1901 - Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz
1904 - Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú
1905 - Hospital General de Agudos José María Penna
1908 - Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
1913 - Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand
1914 - Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield
1917 - Hospital General de Agudos Parmenio Piñero
1922 - Hospital de Oftalmología Santa Lucía
1926 - Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca
1931 - Hospital de Oncología María Curie
1934 - Hospital de Odontología Dr. José Dueñas
1934 - Hospital Materno Infantil Ramón Sarda
1936 - Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer
1938 - Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo
1940 - Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni
1942 - Instituto Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze
1961 - Hospital de Quemados Dr. Arturo Umberto Illia
1968 - Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García
1969 - Hospital de pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
2020 - Hospital General de Agudos Cecilia Grierson

CÓMO PROCEDER SI LOS NIÑOS CONCEBIDOS POR TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRHA), PREGUNTAN POR SU ORIGEN

*Lic. María Paula Gerardi**

Cuando los hijos nacen por medio de TRHA, a las familias les surgen dudas y temores sobre cómo hablar sobre la concepción.

Sabemos que todos los niños tienen derecho a conocer cómo llegaron al mundo ya que forma parte de su historia.

El código civil, cuando habla del derecho a la información de las personas nacidas por técnicas de reproducción asistida, establece que esta debe constar en un legajo al que el niño puede acceder al ser mayor de edad.

Transmitir la verdad sobre el origen genera vínculos sólidos basados en el amor, el respeto y la confianza.

En cambio, los secretos familiares, las mentiras y lo que se oculta, genera pérdida de la confianza, dificultades en los vínculos y diversas sintomatologías.

Todos los niños en algún momento comienzan a preguntar sobre cómo nacieron. Esas preguntas se vuelven más difíciles de responder en el caso de familias que recurrieron a la reproducción asistida para concebir.

La sexualidad infantil va atravesando por distintas etapas. Durante ese proceso los chicos van sintiendo curiosidad y van creando hipótesis.

Entre los 3 y 6 años empieza la edad de las preguntas por las diferencias sexuales, el origen y la reproducción: *¿Cómo entra el bebé a la panza?, ¿Por qué tengo dos mamás?, ¿Yo no tengo papá?, ¿Por qué estuve en la panza de otra mujer?*

Las preguntas se van complejizando a medida que los hijos crecen y piden explicaciones más elaboradas sobre la sexualidad y la reproducción: *¿Cómo me puso el doctor dentro de tu panza?, ¿Puedo conocer a la donante?, ¿El donante es mi papá también? etc.*

En la consulta pediátrica pueden surgir inquietudes como las siguientes:

¿Cómo hablar 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?

Algunas sugerencias para que el pediatra pueda guiar a los padres en el camino de dar respuesta a estos interrogantes:

- Si en el momento de la pregunta no saben cómo responder es importante no mentir y darle alguna respuesta.

  Por ejemplo: *"lo vamos a pensar y luego nos sentamos a charlar del tema"*.
- Prepararse de antemano para las posibles preguntas pensando qué palabras utilizar y qué información dar, adecuándose a la edad del niño, a la información previa que posee.
- Cuándo el niño pregunta lo primero es escuchar qué quiere saber para no dar información de más y al mismo tiempo satisfacer su curiosidad.
- Es importante contar la historia familiar integrando el lugar de la o el donante.
- Los profesionales especializados en esta temática recomendamos abordar el tema con naturalidad desde que el niño nace e ir ampliando la información gradualmente.

* Lic. en psicología (UBA).
Especialista en consultas de crianza.
Contacto: mariapaulagerardi@gmail.com

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:25-26

Por ejemplo:

"Te estuvimos esperando mucho, mucho tiempo, teníamos muchas ganas de que estuvieras con nosotros."

"Teníamos problemas para que mamá quedara embarazada, buscamos ayuda y así pudiste llegar."

"Los doctores nos ayudaron a que llegues a la panza."

"Necesitamos la ayuda de una señora que se llama donante (o un señor o ambos) para que los doctores pudieran ayudar a que estés en la panza de mamá."

"A mamá (o papá) le faltaba una célula, que se llama óvulo (o espermatozoide) y necesitamos que otra persona (el o la donante) nos la dé para poder tenerte".

- Un buen recurso para abrir el tema es armar un cuento o historia incluyendo fotos y relatos.
- Apoyarse en cuentos escritos específicamente para niños sobre esta temática.
- Buscar asesoramiento profesional con un psicólogo que esté especializado en esta área.

Cada familia tiene una historia singular y su propia manera de abordar el tema, lo importante, siempre, es decir la verdad.

Existen espacios de apoyo y libros para familias que concibieron por técnicas de reproducción asistida.

Espacio "Concebir Asociación Civil" y espacio **"Orígenes Psi"** son dos grupos de apoyo para personas con dificultades en la reproducción donde se ofrece asesoramiento y talleres grupales.

Permiten trabajar los temores y dudas que aparecen frente al momento de contar el origen, facilitando el armado de la historia de la llegada de ese hijo o hija tan esperado.

Libros

- "Mi familia es de otro mundo" de Cecilia Blanco.
- "Hay muchas cosas que están bien", de Darío Fernández.
- "Somos familia", de Elizabeth Ormart.
- "Sueños de familia, hijos concebidos por técnicas de reproducción asistida", de Marianela Casanova.
- "Así fue como llegaste; fertilización asistida", de Silvia Jadur y Constanza Duhalde.
- "Así fue como llegaste; donación de espermatozoides", de Silvia Jadury Constanza Duhalde.
- "Así fue como llegaste; donación de óvulos", de Silvia Jadur y Constanza Duhalde.
- "Mi pequeño milagro", de Pilar Dolz del Castellar.
- "En Busca del Atesorado Bebé Canguro", de Carmen Martínez Jover.
- "Una historia especial", de Marianela Casanova - "Nora y Zoe quieren ser mamás",de Rosa Maestro.
- "Cloe quiere ser mamá", de Rosa Maestro.
- "Lucía y el cofre mágico de la familia", de Rosa de Maestro.
- "Anita y sus dos mamás", de Darío Fernández.
- "Mamá sueña con un bichito de luz", de Judit Franch.
- "¿Cómo llegué a este mundo?", de Diario Fernández.

CHAGAS CONGÉNITO

Dres. Jaime Altcheh y Guillermo Moscatelli***

Introducción

Esta enfermedad se considera dentro del grupo de las enfermedades desatendidas o enfermedades de la pobreza. Es producida por un parásito flagelado, el *Trypanosoma cruzi*. Las vías de transmisión son: vectorial (por contacto con la materia fecal del vector), transplacentaria, transfusional, trasplantes, oral (ingestión de alimentos contaminados con materia fecal del vector)[1,2].

El plan de lucha contra el vector y las mejoras en los controles de los hemoderivados impulsado por las diferentes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), posibilitó disminuir la incidencia de nuevos casos vectoriales en áreas rurales y los producidos por transfusiones. Por otro lado, las migraciones crecientes desde zonas rurales hacia áreas urbanas que ocurren en América Latina, cambiaron el patrón epidemiológico tradicional. La enfermedad de Chagas se urbanizó, generando que el mayor número de infectados se encuentren en las ciudades y los nuevos casos ocurran por transmisión transplacentaria[3,4].

La recomendación actual sugiere realizar tratamiento (benznidazol y nifurtimox) a niños y adolescentes, a las mujeres en edad fértil y a las madres con seropositividad a *T. cruzi* después del embarazo, para evitar la aparición de nuevos casos congénitos[5,6].

Los niños que nacen infectados tienen una curación cercana al 100%, si el tratamiento se establece en los primeros meses de vida (1,7). Ante la falta de datos sobre los efectos de las drogas disponibles sobre el embrión o feto, no se implementa el tratamiento parasiticida durante la gestación.

Vías de transmisión y situación epidemiológica

En regiones donde la transmisión vectorial está controlada, la vía de infección más frecuente es la congénita, situación que ocurre en nuestro país (3,5). La prevalencia de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas en América Latina oscila entre el 5% y el 40%, dependiendo de la zona geográfica. Se estima que, en la Región de las Américas, existirían cerca de 2 millones de mujeres en edad reproductiva infectadas por *T. cruzi*, de las cuales un 3 a 10% transmitirán la infección al feto por vía transplacentaria, y nacerían anualmente 9.000 infantes infectados (8). En solo tres países (Argentina, Chile y Uruguay) existen políticas nacionales de tamizaje de la infección por *T. cruzi* en todas las embarazadas (8). En Argentina se calcula el nacimiento de alrededor de 1.200 recién nacidos infectados por año.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Independientemente de la vía de adquisición, la enfermedad de Chagas evoluciona en dos fases: aguda y crónica; cada una de ellas con características clínicas diagnósticas y terapéuticas diferentes (9).

-Fase aguda

Se inicia al momento de adquirir la infección por cualquiera de sus vías y dura entre 30 y 90 días. Se caracteriza por presentar alta parasitemia y ser detectable por métodos parasitológicos directos.

En el 80% de los infectados, la fase aguda cursa asintomática.

Dentro de los síntomas inespecíficos más frecuentes se observa:

* Jefe Servicio Parasitología-Chagas. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Investigador Clínico GCBA. Investigador Principal CONICET.
Vice-director, IMIPP (Instituto Multidisciplinario de Investigación en Patologías Pediátricas). CONICET - GCBA.
** Médico Especialista en Pediatría. Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Investigador Adjunto CONICET.
Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP-CONICET-GCBA).
Docente de la Universidad de Buenos Aires.

- Chagoma de inoculación (en la vía vectorial)
- Síndrome febril prolongado
- Hepatoesplenomegalia
- Edema generalizado
- Adenomegalia
- Irritabilidad, somnolencia, anorexia
- Diarrea

Las expresiones clínicas graves de la fase aguda son: miocarditis y meningoencefalitis. El síndrome febril prolongado en zonas endémicas debe incluir el estudio diagnóstico para enfermedad de Chagas[14].

-Fase crónica

Luego de la fase aguda el sistema inmune controla la reproducción del parásito, manteniéndose la parasitemia en niveles bajos (no detectable por métodos parasitológicos directos). En esta etapa el diagnóstico se realiza por medio de las técnicas serológicas[7,10].

El primer tiempo de esta forma clínica suele llamarse indeterminada, aunque está en revisión tanto su denominación como los aspectos médicos de la misma. En este periodo el electrocardiograma y la radiografía de tórax son normales. Aproximadamente un 30% de estos pacientes, entre 10 y 20 años posteriores a la infección, presentan lesiones evidenciables del corazón y aparato digestivo.

En una cohorte de pacientes atendidos en el servicio de Parasitología del Hospital de Niños R. Gutiérrez de Buenos Aires, en el periodo 1980 a 2019 publicada en el 2021, la mayoría de los pacientes (259/289 [89,6%]) eran asintomáticos, y sólo 30/289 (10,4%) eran sintomáticos[11]. En relación a las alteraciones cardiológicas, en 18/219 (8,2%) presentaban alteraciones en su ECG al inicio del tratamiento, pero sólo el 5% eran de importancia clínica.

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA

Para que se produzca la infección transplacentaria debe existir parasitemia en la embarazada. El *T. cruzi* genera en el hospedero una infección persistente, por lo cual este parásito puede hallarse en sangre tanto en la fase aguda como en la crónica[1,5]. Este hecho biológico determina que:

- Una embarazada pueda transmitir el parásito en cualquier estadio de la infección.
- Una madre infectada puede transmitir la infección en uno o más de sus embarazos.

De acuerdo a la ley nacional N°. 26.281/07, debe realizarse el estudio de Chagas a toda mujer embarazada. Idealmente, dicho estudio debería solicitarse en su primer control prenatal. Para ello deben realizarse dos pruebas serológicas en paralelo. Toda mujer embarazada que llegue al parto sin este estudio, debe realizarse el mismo durante su internación. La infección aguda durante la gestación aumenta el riesgo de transmisión transplacentaria. El diagnóstico de infección se establece a partir de 2 estudios serológicos reactivos[9].

La mayoría de las embarazadas infectadas en fase crónica no presentan síntomas o signos atribuibles a la enfermedad de Chagas. La transmisión transplacentaria en la fase crónica es de un 3 al 10% según las diferentes regiones[5,6].

La ley nacional de pesquisa neonatal N° 26.279/07, establece que todos los recién nacidos vivos deben ser estudiados luego del nacimiento para descartar una eventual infección congénita por *T. cruzi*. Además, la ley N° 26.281/07 hace obligatorio el seguimiento y estudio de todo niño de madre con infección crónica por *T. cruzi* hasta el año de vida. En nuestro país se producirían alrededor de 1.200 casos de infección congénita, pero debemos destacar que solamente se diagnostican alrededor de 300 casos por año. Esto marca un importante déficit de diagnóstico de los programas de atención materno infantiles.

Los recién nacidos vivos con infección intrauterina presentan distinto grado de morbilidad. Las manifestaciones clínicas varían ampliamente, desde niños prematuros con importante sintomatología y elevada mortalidad, hasta los neonatos de término y asintomáticos. La mayoría de los niños con infección congénita son asintomáticos. Los niños sintomáticos pueden presentar: bajo peso, prematurez, fiebre, hepatoesplenomegalia, hepatitis neonatal, sepsis. En casos aislados se observan cuadros de insuficiencia cardíaca o meningoencefalitis con crisis convulsivas. Se han descripto calcificaciones cerebrales en niños con signos de daño intrauterino temprano con microcefalia. En la gran mayoría de los niños con enfermedad

de Chagas congénita el ECG y la radiografía de tórax no presentan alteraciones [1,2,12].

Se han descripto coinfecciones transplacentarias de Chagas y VIH. En estos casos se observaron graves manifestaciones clínicas con compromiso del SNC. Desde el punto de vista parasitológico, una característica observada fue el alto número de parásitos presentes en el examen parasitológico directo por concentración (microhematocrito -MH-) al momento del diagnóstico[13].

Métodos diagnósticos

El diagnóstico se basa de acuerdo a la edad del paciente: en niños menores de 8 meses se realizan métodos parasitológicos directos de concentración (MH); y en mayores de 8 meses métodos serológicos[9].

Diagnóstico parasitológico

El método parasitológico directo de concentración, MH, tiene varias ventajas: utiliza pequeños volúmenes de sangre (0,3 ml), necesita poco tiempo para su realización (30 minutos) y posee alta sensibilidad[14]. Por todo esto consideramos que el MH es la técnica de elección para el estudio de todo recién nacido hijo de madre infectada. Es el procedimiento sugerido por los organismos de Salud Pública. Es de fundamental importancia colectar la sangre con anticoagulante.

Un inconveniente de esta técnica es que su eficiencia depende del operador, se comunica una sensibilidad que varía entre el 80 y el 93% en el período perinatal en centros especializados.

Los métodos parasitológicos indirectos (Xenodiagnóstico, inoculación en ratón lactante y el hemocultivo), son técnicas de una compleja infraestructura y se encuentran en desuso.

Métodos moleculares

PCR es un método directo, sensible y específico para detectar la parasitemia en los recién nacidos y en los lactantes, y también ha dado buenos resultados para la evaluación del fracaso terapéutico en la fase crónica de la enfermedad[7,15].

Un resultado positivo pos tratamiento indica claramente el fracaso de la eliminación del parásito. Un estudio publicado por el Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", describe que la PCR es un marcador temprano de la respuesta al tratamiento, ya que la PCR fue negativa en el 98,5% de los pacientes al final del tratamiento, permaneciendo negativa durante el seguimiento a largo plazo[7]. Estos resultados están en consonancia con informes anteriores de nuestro grupo y de otros autores, y se correlacionan con los indicadores serológicos de curación, que son la serorreducción (disminución de al menos el 20% de los títulos de anticuerpos de *T. cruzi* con respecto al nivel inicial) o seroconversión (cuando las pruebas serológicas realizadas resultaron negativas durante el seguimiento)[7,16].

En la infección congénita los neonatos sintomáticos son diagnosticados tempranamente, dado que su estado clínico "exige" al médico la búsqueda de esta entidad como diagnóstico diferencial con otras infecciones intrauterinas. En cambio, los asintomáticos solo son detectados cuando existe un tamizaje de las embarazadas y el estudio sistemático de los hijos de las madres con Chagas.

Como en toda enfermedad infecciosa, el diagnóstico de certeza está dado por la demostración del agente infectante. En esta patología tenemos la facilidad que:

- el protozoario presenta un movimiento característico y un tamaño que permite su fácil visualización por microscopía óptica,
- durante las primeras semanas de vida esta infección se encuentra en fase aguda con alta parasitemia.

Por lo tanto, el diagnóstico de infección congénita en las primeras semanas de vida debe basarse en la búsqueda del *T. Cruzi* por medio de un método parasitológico directo: la técnica de Microhematocrito (MH) o PCR (en proceso de validación).

Si el niño tuvo MH negativo, se sugiere repetir el MH o PCR al mes de vida dado que en ese momento la parasitemia es más elevada, y de persistir negativo, realizar serología cuantitativa a partir de los 8 meses de edad. Si en ese momento presenta anticuerpos específicos se considera infectado, en caso contrario se lo considera libre de infección.

Debemos destacar que las técnicas de PCR en tiempo real presentan una alta sensibilidad, pero un resultado positivo en niños asintomáticos requiere de un nuevo estudio para confirmar el

resultado especialmente en centros con bajo volumen de pacientes.

Diagnóstico serológico

Fase crónica: el diagnóstico se basa en la detección de anticuerpos específicos.

Las técnicas más comunes son: ELISA, Hemaglutinación, Inmunofluorescencia, aglutinación de partículas y quimioluminiscencia. La reacción de Machado-Guerreiro no es utilizada actualmente[1,7,9].

En todos los casos debe realizarse más de una prueba, con el fin de aumentar la especificidad y sensibilidad. Una de ellas debe ser ELISA. Se recomienda la realización de la cuantificación del nivel de anticuerpos específicos, especialmente para una adecuada valoración del nivel de anticuerpos al inicio del tratamiento y en los controles pos tratamiento alejados para valorar la respuesta terapéutica.

La búsqueda de anticuerpos específicos no es útil para el diagnóstico del recién nacido menor de 8 meses, por la presencia de anticuerpos maternos por pasaje transplacentario.

La detección de la fracción IgM específica permitiría un diagnóstico precoz, pero no ha sido adecuadamente estudiada.

El diagnóstico de Chagas congénito, pasados los primeros 8 meses de edad, se establece si tiene dos reacciones serológicas diferentes reactivas, dado que a esa edad generalmente no detectamos los anticuerpos maternos.

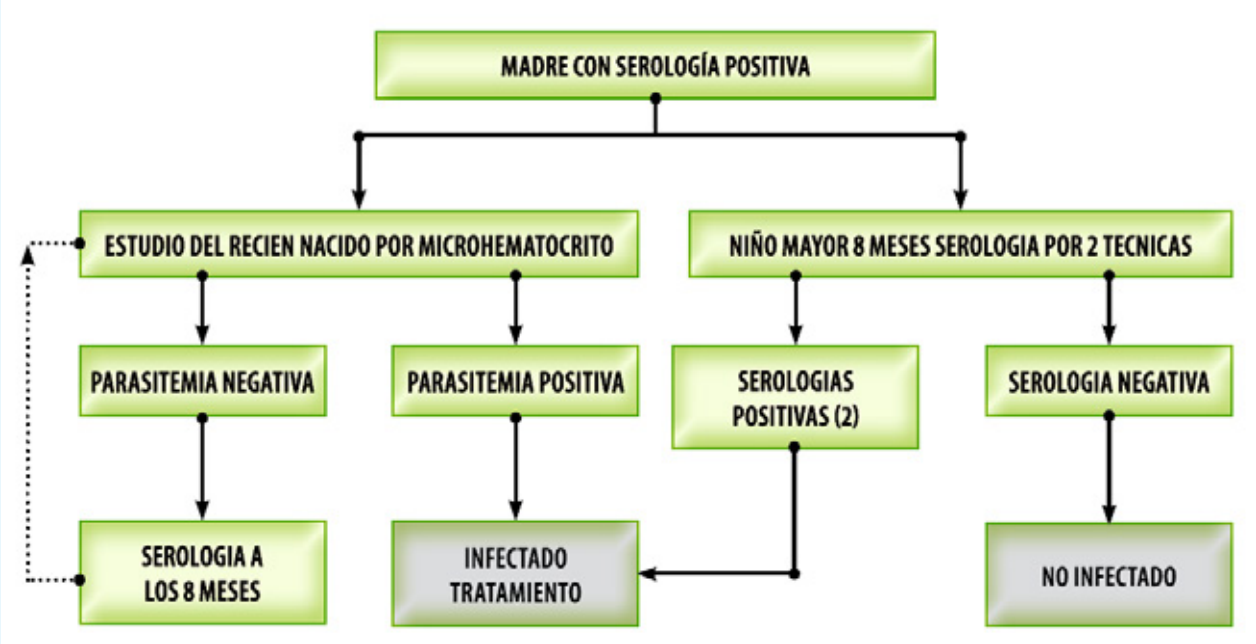
En la *Figura 1* se esquematiza la metodología a seguir para el diagnóstico de Chagas congénito.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento etiológico son curar la infección y prevenir lesiones en órganos. Las indicaciones actuales de tratamiento farmacológico para Chagas, son: 1) pacientes adultos con infección aguda, 2) pacientes pediátricos con infección aguda o crónica, 3) pacientes inmunosuprimidos con infección aguda o crónica reactivada y 4) mujeres en edad fértil o personas con capacidad de gestar con infección aguda o crónica, dado que existe evidencia suficiente que el tratamiento a esta población previene la infección congénita[5,17].

Las drogas utilizadas para el tratamiento de la infección, en la edad pediátrica y mujeres en edad fértil que han demostrado probada eficacia, son el nifurtimox y el benznidazol[16,18,19]. Estudios recientes demostraron la misma eficacia con 30 días de tratamiento versus 60 días[16,17].

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de Chagas congénito.



Fuente: Servicio de Parasitología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Rev Soc Bras Med Trop. 2005;38:41-5.

Nifurtimox: para el tratamiento durante los primeros meses de vida se han propuesto diferentes esquemas terapéuticos. En Argentina se obtuvieron buenos resultados terapéuticos, utilizando 10-15 mg/kg/día en 3 dosis en < 40 kilos de peso y 8-10 mg/kg/día en 3 dosis en ≥ 40 kilos, durante 30 días (máximo 720 mg/día). Se presenta en comprimidos de 120 mg. Se encuentra en desarrollo un comprimido de 30 mg (11,16).

Benznidazol: se utiliza 5 a 10 mg/kg/día en 2 dosis durante 30 días (máximo 300 mg/día). Se presenta en comprimidos de 12.5, 50 y 100 mg [9,18,19].

La respuesta al tratamiento es cercana al 100% en la fase aguda vectorial o congénita de la infección[1,16,18].

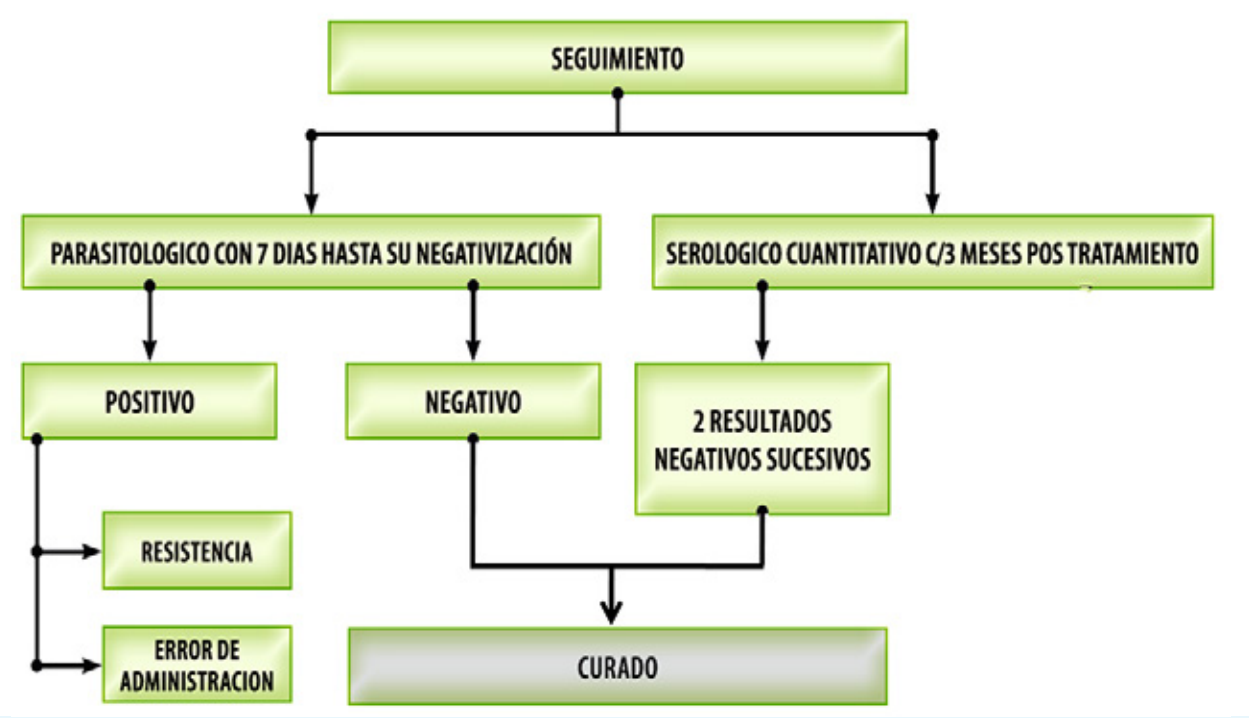
Los efectos colaterales de estas dos drogas son similares: inapetencia, irritabilidad, trastornos en el sueño, leucopenia, plaquetopenia, eritema cutáneo, trastornos digestivos[20,21]. El 59% de los pacientes asistidos en el Hospital de Niños R. Gutiérrez no presentaron ningún efecto colateral[21]. En aquellos pacientes que presentaron efectos adversos no fue necesario abandonar el tratamiento. En niños mayores de 7 años con infección adquirida por vía transplacentaria observamos exantema con el benznidazol; la suspensión por dos o tres días y el agregado de un antihistamínico permitió finalizar el esquema terapéutico[21]. En dos neonatos de bajo peso observamos leucopenia y plaquetopenia al inicio de la medicación. A partir de esta situación en los niños prematuros o con bajo peso, iniciamos el tratamiento con la mitad de la dosis. Si a los 7 días el control hematológico no muestra alteraciones, se instala la dosis definitiva hasta completar 30 días.

Seguimiento

A todos los pacientes se les debe realizar hemograma y hepatograma, creatinina a los 7, 30 y 60 días de iniciado el tratamiento. Si un niño inicia el tratamiento con microhematocrito positivo, recomendamos realizar control de la parasitemia en forma semanal hasta su negativización[9]. Esta se observa alrededor de la 2da a 3ra semana de tratamiento.

En caso de persistir positiva la parasitemia se deberá tener en cuenta las siguientes posibilidades:

Figura 2. Algoritmo para el seguimiento de los niños en tratamiento de Chagas



Fuente: Servicio de Parasitología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

a) Una inadecuada administración de la medicación (baja dosis).
b) Rechazo de la medicación (vómitos).
c) Presencia de cepa resistente al fármaco. Ante esta última eventualidad sugerimos el cambio de medicación.

Finalizado el tratamiento se debe realizar un control serológico cada 3 meses el primer año y luego cada 6 meses, hasta obtener 2 resultados consecutivos negativos que indican curación *(Figura 2)*.

Este hecho se observa con más frecuencia en pacientes menores de 2 años, mientras que en mayores de dicha edad se observa una lenta caída de los títulos de anticuerpos que puede observarse luego de varios años o bien continuar con valores positivos en títulos bajos durante toda su vida[7].

Los pacientes que presentan una caída progresiva en los títulos de anticuerpos específicos de al menos un 20% al año pos tratamiento en relación a la línea de base, y con técnicas parasitológicas negativas pos tratamiento, se consideran que presentan adecuada respuesta al tratamiento. Cuanto menor es el tiempo de evolución de la infección, más rápida es la obtención de la negativización de la serología. En niños mayores esto puede llevar años para observarse.

En aquellos casos que se observe persistencia de títulos elevados, en los controles pos tratamiento, se debe plantear la posibilidad de realizar un estudio parasitológico por PCR y de ser positivo indicar un nuevo tratamiento[1,7,9].

BIBLIOGRAFÍA

1. Altcheh J, Moscatelli G, García Bournissen F. Chagas Disease (Trypanosoma cruzi). En: Congenital and perinatal infections, Oxford University Press 2018. Part II, Chapter 16; p211-222. ISBN: 9780190604813. DOI: 10.1093/med/9780190604813.001.0001.
2. Freilij H, Biancardi M, Lapeña A, et al. La enfermedad de Chagas en la edad pediátrica. Enf Emerg 2007;9 (Supl 1):17-21.
3. Moscatelli G, Berenstein A, Tarlovsky A, et al. Urban Chagas disease in children and women in primary care centres in Buenos Aires, Argentina. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2015 Aug;110(5):644-8. doi: 10.1590/0074-02760150107. Epub 2015 Jul 24.
4. Moscatelli G, García Bournissen F, Freilij H, et al. Impact of migration on the occurrence of new cases of Chagas disease in Buenos Aires city, Argentina. J Infect Dev Ctries 2013; 7(8):635-637.doi:10.3855/jidc.2930.
5. Moscatelli G, Moroni S, García Bournissen F, et al. Prevention of congenital Chagas through treatment of girls and women of childbearing age. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2015 Jun;110(4):507-9. doi: 10.1590/0074-02760140347.
6. Fabbro DL, Danesi E, Olivera V, et al. Trypanocide treatment of women infected with Trypanosoma cruzi and its effect on preventing congenital Chagas. PLoS Negl Trop Dis. 2014 Nov 20;8(11):e3312. doi: 10.1371/journal.pntd.0003312.
7. Moscatelli G, Moroni S, García Bournissen F, et al. Longitudinal follow up of serological response in children treated for Chagas disease. PLoS Negl Trop Dis, 2019, 13(8): e0007668. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007668.
8. Organización Panamericana de la Salud. ETMI Plus. Marco para la eliminación de transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. [Consulta:20 de junio de 2022] Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf.
9. Guías para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012. [Consulta:25 de junio de 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/chagas.-guia-para-equipos-de-salud.pdf.
10. Altcheh J, Freilij H. Chagas Disease: A clinical approach. Birkhäuser Advances in Infectious Diseases, 2019. ISBN: 978-3-030-00053-0.
11. Falk N, B. Ariel, Moscatelli G, et al. Effectiveness of nifurtimox in the treatment of Chagas disease: a long term retrospective cohort study in children and adults. Antimicrob Agents Chemother. 2022 Apr 13:e0202121. doi: 10.1128/aac.02021-21. Epub ahead of print. PMID: 35416710.
12. Freilij H, Altcheh J. Chagas congénito. En: Storino R, Milei J (eds). Enfermedad de Chagas. Ed. Buenos Aires: Mosby Doyma. 267-78, 1994.
13. Burgos JM, Begher SB, Freitas JM, et al. Molecular diagnosis and typing of Trypanosoma cruzi populations and lineages in cerebral Chagas disease in a patient with AIDS. Am J Trop Med Hyg. 2005 Dec;73(6):1016-8. PMID: 16354804. World Organization Health. [Consulta:25 de junio de 2022] Disponible en: [http:// http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/]

14. Freilij H. L., Muller L., and Gonzalez Cappa S. M. Direct micromethod for diagnosis of acute and congenital Chagas' disease. J. Clin. Microbiol. 1983 18:327–330. PMID: 6413530.
15. Schijman AG, Altcheh J, Burgos JM, et al. Aetiological treatment of congenital Chagas' disease diagnosed and monitored by the polymerase chain reaction. J Antimicrob Chemother 2003 52: 441–449. PMID: 12917253.
16. Altcheh J, Castro L, Dib JC, et al. Prospective, historically controlled study to evaluate the efficacy and safety of a new paediatric formulation of nifurtimox in children aged 0 to 17 years with Chagas disease one year after treatment (CHICO). PLoS Negl Trop Dis. 2021 Jan 7;15(1):e0008912. doi: 10.1371/journal.pntd.0008912.
17. Moscatelli G, Moroni S, Ramírez JC, Warszatska B, Fernanda L, González N, Rabinovich A, Altcheh J. Efficacy of short-course treatment for prevention of congenital transmission of Chagas disease: A retrospective cohort study. PLoS Negl Trop Dis. 2024 Jan 22;18(1):e0011895. doi: 10.1371/journal.pntd.0011895.
18. Altcheh J, Moscatelli G, Mastrantonio G, et al. Drugs for half the world: pediatric clinical pharmacology population pharmacokinetics study of benznidazole in children with Chagas disease. 16th World Congress of Basic and Clinical Pharmacology, 17-23 July 2010, Copenhagen, Denmark. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology, 2010; 107 (Suppl. 1), 162-692.
19. Altcheh J, Moscatelli G, Mastrantonio G, et al. Population pharmacokinetics study of benznidazole in pediatric Chagas disease suggests efficacy despite lower plasma concentrations than in adults. PLoS Negl Trop Dis. 2014 May 22;8(5): e2907. doi:10.1371/journal.pntd.0002907.
20. Altcheh J; Moscatelli G, Moroni S, et al. Adverse Events Associated With Benznidazole In Infants And Children With Chagas Disease: A Cohort Study, Pediatrics 2011;127:e212-8.
21. Berenstein A, Falk N, Moscatelli G, et al. Adverse Events Associated with Nifurtimox Treatment for Chagas Disease in Children and Adults. Antimicrob Agents Chemother. 2020 Nov 9:AAC.01135-20. doi: 10.1128/AAC.01135-20.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:34-37

ECOS DE LAS XV JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Mesa Redonda: NOVEDADES EN ADOLESCENCIA POST PANDEMIA

(Resumen)

Coordinador: ***Dr. Aubone, Pablo Eduardo***
Secretario: ***Dr. Sangineto, Darío Christian***

Exposición Panelista:
Dra. Mülli, Valeria
Médica Pediatra especialista en Adolescencia. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil. Jefa de Adolescencia del Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Secretaria del Grupo de Trabajo de Sexualidad, género y diversidades en el curso de vida, de la SAP.

La ***Dra. Mülli*** expuso sobre
"Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia"

PREVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Se debe explicar que las serologías negativas no aseguran ausencia de otras ITS que no se determinan en sangre.

ABORDAJE DE LA CONSULTA Y PESQUISA DE ITS

- En el examen físico, además de los genitales, tener presente la boca y zona anal en la evaluación de todos los adolescentes.
- En las mujeres homosexuales se deben revisar partes del cuerpo que pueden presentar signos de infecciones virales o bacterianas como ingles, pliegues de senos y de nalgas, ya que pueden transmitirse HPV, herpes, sífilis, por ser infecciones que se contagian por contacto.
- El PAP es necesario en mujeres cis heterosexuales, homosexuales, bisexuales y varones trans.

NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA ITS

- **Primaria:** menos costosa y más efectiva, siendo crítica para las ITS virales. Enfatizar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones sexuales e informar y entrenar la colocación correcta del preservativo.
- **Secundaria:** acceso a cuidados médicos, tratamientos de dosis única y notificar a las parejas.
- **Terciaria:** minimizar secuelas médicas y psicológicas de la ITS.

SOBRE LAS ITS

Sífilis

Desde el 2010 hay un aumento sostenido de casos, con picos en el 2019 (56,1 por mil) y en 2021 (26,5) y positividad en 2021 en adolescentes y jóvenes de 9,1%, para un promedio de 6,5% de positividad en años anteriores. También es el grupo que más se testea.

Grupo de 15 a 24 años: es el de mayor notificación de casos. Concentra casi el 44% de los reportes, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 31,4%.

La positividad promedio de las pruebas de tamizaje fue de 6,5% y en el grupo de 15 a 24 años de 9,1%.

En embarazadas, en general, la tasa de positividad fue de 5,8%, entre adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años fue de 7,7% y la tasa nacional de sífilis congénita se ubica en 1,3 por cada mil nacidos vivos.

Chlamydia

Difícil notificación, es la causa más frecuente de ITS bacteriana, con secreción genital inespecífica.

La notificación de casos de secreciones sin especificar en 2021 creció con respecto a 2020, de 8,3 a 11,1 casos por cien mil habitantes en

nuestro país.

Los casos de jóvenes de 15 a 24 años son los que más notificaciones concentran (30,3%), seguidos por los de 25 a 34 años, con 19,8%.

Gonorrea

Es la 2da causa de ITS bacteriana más frecuente.

En 2021 tasa de 6,4 casos cada 100 mil habitantes.

El 41% de los casos notificados son de jóvenes de 15 y 24 años, seguidos por el 29% del grupo de 25 a 34 años.

VIH

En 2021 los test en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años tuvieron una positividad de 0,7%, aumentando a 1,3% en la franja de 25 a 34 años.

Son el segundo grupo que más testeos se hace (18%) detrás del grupo de 25 a 34 años, que concentra el 21,6% de las muestras estudiadas.

Al igual que para las otras ITS, este agrupado de laboratorio tiene una alta cantidad de registros en los que no se consigna la edad: un 27%.

Hay un promedio de 5300 nuevos diagnósticos por año y la mayoría son por RS desprotegidas (en el 30% de los casos los diagnósticos fueron tardíos).

El 44,5% del total de casos corresponde a varones infectados durante relaciones sexuales con otros varones y uno de cada tres del total son varones cis de 20 a 39 años.

HPV

En adolescentes hay un 70% con lesiones que remiten espontáneamente.

El 50 al 60% de los adolescentes se infectó a los 5 a 6 años del IRS.

Es la 4ta causa de cáncer detectado en el país.

Nueva vacuna para 9 serotipos (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58).

Exposición Panelista:

Dra. Sangineto, Darío Christian

Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil.
Médico Psiquiatra del Cuerpo Interdisciplinario Forense de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.
Secretario General de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines (AAPI).
Integrante del Grupo de Trabajo de Discapacidad de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

El *Dr. Sangineto* expuso sobre **"Salud mental en atención primaria. Indicadores y estrategias posibles para el pediatra"**

EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL

La mitad de los trastornos mentales surgen antes de los 15 años.

Uno de cada 7 adolescentes, de 10 a 19 años, padece algún TM (14%).

El suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes argentinos entre 10 y 19 años.

8% adolescentes con alguna condición de discapacidad (2ª mental/intelectual – 25% de ese porcentaje)

EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Detección de indicadores de alteraciones del desarrollo

- Retraso Global del Desarrollo
- Trastorno del Espectro Autista
- Discapacidad Intelectual

Pesquisa de signos conductuales y emocionales

- Trastornos Depresivos
- Trastornos de Ansiedad
- TDAH
- Trastornos de Conducta
- Otros

Factores del entorno (facilitadores/ obstaculizadores/ perturbadores/riesgo)

- **Protectores**: vínculos, familia, escolaridad
- **Riesgo:** maltrato infantil, ASI

Vínculos y roles en la crianza (adultos disponibles y predecibles)

- **Evaluación integral**
  - Social, familiar, cultural
  - Historia vital evolutiva
- **Entrevistas semidirigidas**
  - Adultos referentes
  - NNyA
- **Informes escolares**
- **Interconsultas**
- **Articulación con 2° nivel de atención**

INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS

0 – 2 AÑOS
- Retraso en adquisición de pautas madurativas
- Llanto excesivo que no cede
- Inquietud
- Hipotonía
- Movimientos estereotipados-balanceo
- Ausencia de contacto visual
- Falta de interés en la relación con objetos y personas
- Pica, rumiación y disminución del apetito
- Alteraciones del sueño

2 – 6 AÑOS
- Problemas del control de esfínteres
- Dificultades significativas en la expresión y comprensión del lenguaje
- Ausencia de juego o juego estereotipado
- Temores o miedos excesivos
- Impulsión - Agresividad
- Hiperkinesia
- Retraimiento - Inhibición
- Falta de interacción social
- Alteraciones del sueño y de la alimentación

6 – 13 AÑOS
- Problemas de aprendizaje en lectoescritura
- Dificultades en adquisición de habilidades de autocuidado (vestido, higiene, alimentación)
- Tristeza, irritabilidad, preocupación desmedida
- Desatención, distraibilidad
- Hiperactividad
- Agresividad – Oposicionismo – Mentiras
- Berrinches frecuentes y graves
- Síntomas físicos recurrentes (cefalea, epigastralgia)
- Ansiedad por separación – Fobia escolar
- Inhibición en la relación con pares
- Masturbación compulsiva

13 a 18 AÑOS
- Irritabilidad - Tristeza
- Ansiedad
- Alteraciones de la conducta – Negativismo - Agresividad
- Cambios bruscos del humor
- Problemas alimentarios
- Abuso de alcohol y drogas
- Dificultades en la relación con pares
- Disminución del interés y la participación
  Comportamientos bizarros

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Aspecto
Estado nutricional, apariencia física, dismorfias, lesiones, vestimenta y cuidado.

Actitud
Colaboradora, indiferente, tímida, desafiante, agresiva, sobre adaptada.

Orientación
- Temporal
- Espacial

Lenguaje
- Nivel de adquisición
- Expresión y comprensión
- Tono y ritmo

Atención
- Distraibilidad
- Espontánea/Voluntaria

Pensamiento
- Curso y contenido
- Tipo y desarrollo del juego

Afectividad
- Conexión y expresión afectivas
- Estado de ánimo y tipos de afecto
- Reactividad y labilidad

Actividad
- Conducta motora
- Impulsividad
- Sueño y alimentación

Memoria

Sensopercepción

Interacción padres-hijo

Separación

Ansiedad excesiva, falta de respuesta afectiva

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Elaboración de plan de tratamiento por escrito

- Tratamiento de trastornos físicos
- Intervenciones psicosociales
- Intervenciones psicofarmacológicas
- Derivaciones
- Plan de seguimiento

Intervenciones psicosociales

- Psicoeducación
- Reducción del estrés/fortalecimiento de apoyos sociales
- Promoción de las actividades diarias
- Contención y acompañamiento
- Programas comunitarios de promoción y prevención/talleres/grupos

Intervenciones psicofarmacológicas

Derivación a especialista/hospital

Seguimiento

URGENCIAS EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

- Excitación psicomotriz
- Ideación suicida
- Autolesiones
- Crisis de ansiedad
- Trastornos de conducta
- Maltrato/asi
- Abuso de sustancias
- Efectos adversos farmacológicos

Exposición Panelista:

Dra. Pappolla, Rosa Inés

Médica Pediatra. Médica de Adolescentes. Sexóloga Clínica. Jefa Departamento Área Programática Penna. Miembro de la Comisión Directiva SAP.

La ***Dra. Pappolla*** expuso sobre **"Sexualidad y diversidad sexual en la adolescencia"**

Se enunciaron las premisas y definiciones universales de la Sexualidad del siglo XXI.

Para nuestra práctica pediátrica se reconocieron las fortalezas y debilidades que en estas temáticas nos compete como pediatras; fueron contempladas como andamiajes para la consulta: legislaciones, marcos Nacionales e Internacionales que regulan nuestra práctica en materia de sexualidad al igual que la bibliografía de consulta al alcance para ser capitalizada.

Se enunciaron, además, marcos conceptuales para indagar e investigar en lo que hace a circuitos neuro, bio, endócrinos junto a los contextos culturales que abordan la sexualidad en Occidente.

Se expusieron algunas herramientas que hacen al abordaje de la sexualidad en todo el curso de la vida para la práctica cotidiana.

Se presentaron para la discusión crítica con el auditorio narrativas y situaciones reales que hacen a la consulta, ya sean las mismas objetivables en el consultorio, la guardia. la urgencia, y la Internación; buscando en dicha instancia achicar la brecha entre "la academia y las situaciones reales" que ocurren en la consulta, atravesadas por varias diversidades: genéricas, de orientación, de inter culturalidad, de diversidad funcional y discapacidad, entre otras.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:38-43

QUÉ ES UN RÓTULO EN ENVASES ALIMENTARIOS?

*Dra. Marcela Pérez**

Prevenir las ETA (Enfermedades Transmitidas por Alimentos): APRENDER A LEER EL ROTULADO

El rótulo de un alimento es toda inscripción, leyenda, imagen o toda materia descriptiva o gráfica que se haya escrito, impreso, estarcido, marcado en relieve o huecograbado o adherido al envase del alimento. Tiene por objeto suministrar al consumidor información sobre características particulares de los alimentos, su forma de preparación, manipulación y conservación, su contenido y sus propiedades nutricionales.

UN POCO DE HISTORIA

En la antigüedad, las personas solían comprar alimentos frescos en los mercados locales y no había necesidad de etiquetas de alimentos. Sin embargo, con el tiempo, la producción de alimentos comenzó a industrializarse y la necesidad de etiquetarlos se hizo evidente.

Los archivos históricos evidencian que las autoridades gobernantes del pasado también se ocuparon de las reglas de codificación, principalmente de aquellas dirigidas a proteger a los consumidores de prácticas deshonestas en el comercio de alimentos. Las tablas asirias describían el método según el cual se calibraban las pesas para cereales, y manuscritos egipcios prescribían el tipo de etiqueta para ciertos tipos de alimentos.

El origen del diseño de etiquetas de alimentos (dulces) se remonta a la época de los fenicios. Esta civilización se dedicaba al comercio y empezaron a utilizar envases para transportar los alimentos y otros productos. Cada envase era marcado con el fin de diferenciarlos, según contenido y cantidad.

Los romanos también hicieron uso de las etiquetas en sus productos alimenticios y medicamentos. Para esa época no se usaban las etiquetas que se conocen en la actualidad, sino marcas pintadas que también informaban sobre el producto y cuánto pesaba.

Las primeras etiquetas impresas se dieron en Europa en el siglo XVI. Según los historiadores, los primeros que la usaron fueron fabricantes papeleros. Dos hechos claves marcaron la historia del diseño de etiquetas, la aparición de la litografía (1796) y de la máquina de hacer papel (1803) en Francia.

Estos avances tecnológicos permitieron grabar las etiquetas en una plancha metálica o piedra con la finalidad de imprimir copias del original. Esta tecnología se extendió a nivel mundial empleándose para etiquetar todo tipo de envases.

Con la llegada de la impresión a color en 1840, las etiquetas también evolucionaron y pasaron a ser más producidas y llamativas a los consumidores. Una de las primeras empresas que utilizaron etiquetas fueron las fábricas de chocolates, posteriormente se unieron las empresas de bebidas y productos de aseo personal, entre otros.

La primera ley sobre el tema fue promulgada en el Reino Unido en 1860, y requería que se etiquetaran los alimentos. Luego, en 1906, se promulgó la Ley de Alimentos y Medicamentos Puros de los Estados Unidos, que exigía que los alimentos y medicamentos fueran etiquetados con los ingredientes y los niveles de ciertas sustancias. Estas leyes marcaron el comienzo de una tendencia hacia el etiquetado de alimentos en todo el mundo.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX se adoptaron las primeras leyes generales y los primeros sistemas de control de alimentos básicos. En el Imperio Austro-Húngaro, entre 1897 y 1911, el Codex Alimentarius Austriacus, elaboró una serie de normas y descripciones de productos para una amplia variedad de alimentos. De allí toma su nombre el actual Codex Alimentarius. A comienzos del siglo XX las asociaciones comerciales realizaron los primeros intentos de facilitar el comercio mundial armonizando normas.

* Médica Veterinaria.
Posgrado Instructora Manipuladores de alimentos.
Jefa de Sección Inspección Veterinaria,
Municipio Lanús.

En 1906, se aprobó la Ley de Alimentos y Drogas Puros en los Estados Unidos, que estableció la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)

A partir de los años 50, y a medida que más información surgía sobre la alimentación y sus temas relacionados, comenzó también a aumentar la información sobre las preferencias de los consumidores. Si bien al principio su inquietud sólo se reducía a los aspectos «visibles» - el peso del contenido, variaciones en el tamaño, calidad - ahora incorporan aspectos «invisibles», como su procedencia, la presencia de microorganismos, residuos de plaguicidas, contaminantes ambientales y aditivos, y más recientemente la forma de cultivar y elaborar los alimentos. Hoy día se puede ver que los empaques de alimentos contienen información sobre éstos y otros temas,

Aprender a leer un rótulo es importante al momento de elegir un alimento ya que es posible distinguir un alimento no controlado y que puede generar una ETA (Enfermedad Transmitida por Alimentos). Asimismo, informa la composición de ese alimento.

¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE FIGURAR OBLIGATORIAMENTE EN EL RÓTULO?

El rótulo de alimentos envasados debe presentar obligatoriamente la siguiente información:

1) Denominación de venta del alimento
2) Lista de ingredientes
3) Contenidos netos
4) Identificación del origen
5) Nombre o razón social y dirección del importador, cuando corresponda

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:38-43

6) Identificación del lote
7) Fecha de duración
8) Preparación e instrucciones de uso del alimento, cuando corresponda
9) Rótulo nutricional

1) DENOMINACIÓN DE VENTA DEL ALIMENTO

Es el nombre específico y no genérico que indica la verdadera naturaleza y las características del alimento.

2) LISTA DE INGREDIENTES

Quedan exceptuados de este ítem sólo aquellos alimentos compuestos por un único ingrediente. Por ejemplo: azúcar, harina, yerba mate, vino, entre otros.

El resto de los alimentos deben incluir la lista de ingredientes, la cual debe figurar precedida de la expresión: "ingredientes:" o "ingr."

Los aditivos alimentarios se deben declarar formando parte de la lista de ingredientes.

Esta declaración constará de:

a. La función principal o fundamental del aditivo en el alimento.

b. Su nombre completo, o su número INS (Sistema Internacional de Numeración, CODEX ALIMENTARIUS FAO/OMS), o ambos.

3) CONTENIDOS NETOS

Cabe destacar que la capacidad del envase debe guardar relación con el volumen real del producto, no pudiendo existir entre ambos una diferencia mayor del 10% cuando se trate de envases opacos herméticamente cerrados y del 5% cuando se trate de envases transparentes.

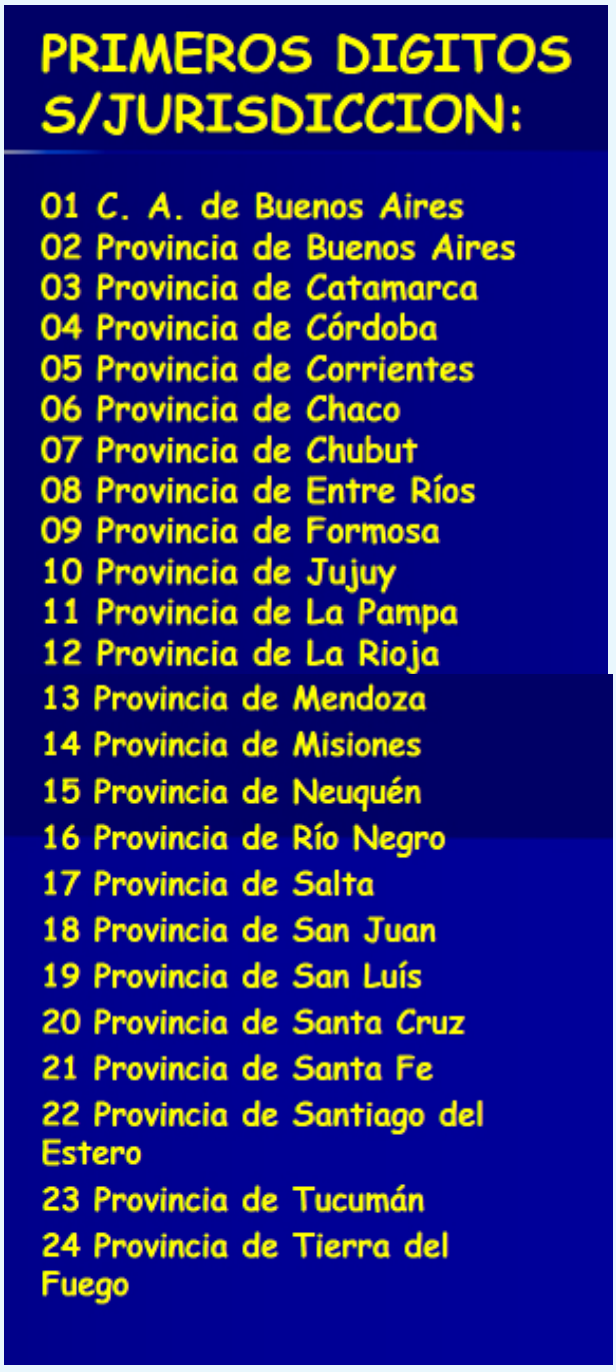
4) IDENTIFICACIÓN DEL ORIGEN

Se debe indicar:

- el nombre (razón social) del fabricante o productor o fraccionador o titular (propietario) de la marca;
- domicilio de la razón social; país de origen y localidad (es el lugar donde fue producido el alimento o donde recibió el último proceso sustancial de transformación si es que se elaboró en más de un país);
- número de registro o código de identificación del establecimiento elaborador ante el

organismo competente, es decir el Registro Nacional de Establecimiento (RNE) y el número de Registro Nacional de Producto Alimenticio (RNPA).

Estos números de registro son muy importantes, pues indican que tanto el establecimiento como el alimento fueron inspeccionados. Para otorgar el RNE se realiza una inspección del establecimiento para observar la construcción edilicia, o como están las maquinarias, por ejemplo. Para otorgar el RNPA se realiza el estudio de la fórmula, por ejemplo, que no se utilicen aditivos no permitidos o en dosis superiores a las permitidas.



Se puede consultar la validez de los registros en: https://www.argentina.gob.ar/anmat/regulados/alimentos/sifega/busqueda-publica

5) IDENTIFICACIÓN DEL LOTE

Todo rótulo debe llevar impresa, grabada o marcada de forma indeleble, legible y visible, una indicación en clave o lenguaje claro, que permita identificar el lote al que pertenece el alimento.

El lote es una clave que indica el conjunto de artículos de un mismo tipo, procesados por

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:38-43

un mismo fabricante o fraccionador, en un espacio de tiempo determinado bajo condiciones esencialmente iguales. El número o clave de lote será determinado en cada caso por el fabricante, productor o fraccionador del alimento, según sus criterios. Para la indicación del lote se puede utilizar:

a. Un código clave precedido de la letra "L". Dicho código debe estar a disposición de la autoridad competente y figurar en la documentación comercial cuando se efectúe intercambio entre Estados Partes; o

b. la fecha de elaboración, envasado o de duración mínima, siempre que la(s) misma(s) indique(n) por lo menos el día y el mes o el mes y el año claramente y en el citado orden.

6) FECHA DE ELABORACIÓN Y/O FECHA DE VENCIMIENTO

- El día y el mes para los productos que tengan una duración mínima no superior a tres meses;
- el mes y el año para productos que tengan una duración mínima de más de tres meses. Si el mes es diciembre, bastará indicar el año, estableciendo: "fin de (año)".

En particular, para los alimentos congelados, cuya fecha de duración mínima varía según la temperatura de conservación, se deberá señalar esta característica. En estos casos se podrá indicar:

a. fecha de duración mínima para cada temperatura, o

b. duración mínima para cada temperatura, debiendo señalar en esta última situación el día, el mes y el año de fabricación.

7) PREPARACIÓN E INSTRUCCIONES DE USO DEL PRODUCTO

Cuando corresponda, el rótulo deberá contener las instrucciones necesarias sobre el modo apropiado de empleo, incluida la reconstitución, la descongelación y/o el tratamiento que deba realizar el consumidor para el uso correcto del producto.

8) ADVERTENCIAS DEL ELABORADOR

Por ejemplo, alimento para un determinado grupo poblacional, como celíacos o diabéticos, o cuando se acompañan juguetes y trae advertencias de cuidado con los niños, que contiene gluten, fenilcetonuria, etc.

9) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DIRECCIÓN DEL IMPORTADOR, PARA ALIMENTOS IMPORTADOS

10) INFORMACIÓN NUTRICIONAL (A PARTIR DE AGOSTO DE 2006 ES OBLIGATORIA)

ETIQUETADO FRONTAL: LEY 27.642

El etiquetado frontal es una advertencia que indica de manera explícita, en el paquete o en el envase, que ese producto contiene azúcares, sodio, grasas totales, grasas trans o grasas saturadas.

Estos componentes se asocian a un mayor riesgo de padecer Enfermedades No Transmisibles (ENT) como la obesidad, la hipertensión, la diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer, entre otras.

Sellos que deben agregarse al rótulo:

- "EXCESO EN AZÚCARES";
- "EXCESO EN SODIO";
- "EXCESO EN GRASAS SATURADAS";
- "EXCESO EN GRASAS TOTALES";
- "EXCESO EN CALORÍAS".

El sello de advertencias debe tener las siguientes disposiciones:

- forma de octógonos de color negro con borde y letras de color blanco en mayúsculas;
- tamaño no inferior al (5%) de la superficie de la cara principal del envase;
- no estar cubierto de forma parcial o total por ningún otro elemento.

Si contiene edulcorantes, el envase debe contener debajo de los sellos de advertencia la siguiente leyenda: "CONTIENE EDULCORANTES, NO RECOMENDABLE EN NIÑOS/AS".

Si contiene cafeína, el envase debe contener debajo de los sellos de advertencia la siguiente leyenda: "CONTIENE CAFEÍNA. EVITAR EN NIÑOS/AS"

Agradezco la colaboración del *Sr. Daniel Romero* quien me ayudó a redactar la reseña histórica

Bibliografía

- Código Alimentario Argentino, Capítulo V.
- Guía de Rotulado para alimentos envasados, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca.
- Codex Alimentarius. Etiquetado de los Alimentos.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2024;90:44-46

Perlitas Legales

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SEGUROS MÉDICOS FONDOS SOLIDARIOS

Dra. Acuña Mercedes Regina
Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)

La consulta es un acto médico del que nace un contrato médico-paciente.

NACE UNA RESPONSABILIDAD MEDICA

Responsabilidad

Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por si o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal. (Diccionario de la Real Academia Española).

Responsabilidad Profesional

Es la que incurre la persona, por el ejercicio de su profesión, al faltar a los deberes especiales que esta le impone. Es una infracción típica concerniente a ciertos deberes propios de esa determinada actividad.

CLASES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

- **Responsabilidad Ética:** conducta profesional y respetuosa con los pacientes y con sus colegas.
- **Responsabilidad Administrativa:** gestión adecuada de los tiempos de citacion medica y la gestión adecuada de los recursos médicos del lugar del trabajo.
- **Responsabilidad Civil:** consentimiento informado, confidencialidad, reporte y auditoria de errores médicos.
- **Responsabilidad Penal:** falsificación de historia clínica o recetas médicas.

Desde lo jurídico, el profesional tiene dos tipos de Responsabilidad:

Responsabilidad Civil Código Civil	Responsabilidad Penal Código Penal
Hay violación de la actuación profesional. Hay daño al paciente. Debe resarcirse al daño provocado con suma pecuniaria de dinero.	Hay delito contra las personas. Art. 84 y 94 del C. Penal. Suspensión de matrícula y prisión.

Artículo 94 C.P

Se impondrá prisión de 1 mes a 2 años o multa de dinero e inhabilitación especial por 1 a 4 años, al que, por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.

Artículo 84 C.P

Sera reprimido con prisión de 6 meses a 3 años e inhabilitación especial, en su caso, por 5 a 10

años, el que por su imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes de su cargo, causare a otro la muerte.

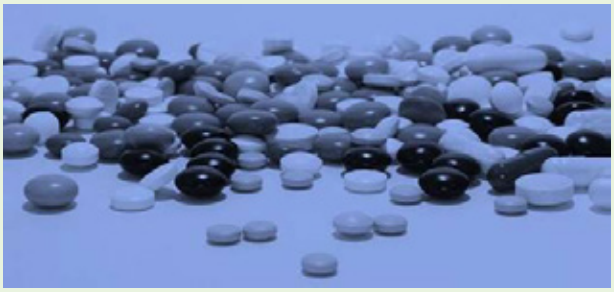
EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

ART. 208. Código Penal con sus incisos.

CURANDERISMO

Artículo 208. Código Penal con Inciso

CHARLATANISMO MÉDICO - CURACIÓN TOTAL



PRESTACIÓN DE NOMBRE

Hasta aquí se resumió el **acto médico** y se correlacionará con el **acto de comercio**. ¿Qué es un acto de comercio?... Son todos los actos que están descriptos en el Código de Comercio, en su artículo 8 Inciso 6. Y específicamente lo estoy relacionando para señalar que en este inciso está inscripto el seguro. El mismo está regulado por la Ley 17418.

SEGURO. CONCEPTO

Es el contrato por el cual el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir con la prestación convenida si ocurre el evento previsto.

PARTES DEL CONTRATO DEL SEGURO (CS)

Asegurador: es la empresa que asume el riesgo.

Tomador: es quien contrata el seguro y paga la prima.

Asegurado: es el titular del interés asegurable.

Beneficiario: es quien cobra la indemnización.

CARACTERÍSTICAS

A través del CS, el asegurador asume el riesgo de su asegurado, se obliga a responder por las consecuencias que le provoque a su asegurado un hecho determinado, y como contraprestación, el asegurado se obliga a pagarle la llamada Prima o Cotización.

ELEMENTOS DEL CONTRATO

1. **OBJETO:** Toda clase de riesgos excepto los *prohibidos* por ley.
2. **PRIMA:** Es el monto que el asegurado debe pagar periódicamente a la compañía de seguros, para mantener su cobertura de seguro activa. Es básicamente el costo del seguro.
3. **RIESGO:** Hecho futuro o incierto del cual puede derivarse en un daño. *En el contrato debe estar bien especificado cual es el riesgo asumido por el asegurador.*
4. **INTERÉS ASEGURABLE.**

5. PÓLIZA: Documento. *Condiciones del contrato de seguro.*

Los seguros de profesionales médicos, generalmente, cubren el riesgo civil, es decir cubren en el caso de una mala praxis médica una suma de dinero de cuanto se debe resarcir por el daño ocasionado. Depende de las condiciones del seguro contratado. La mayoría no cubren los casos de juicios penales; el profesional deberá costearse los gastos del abogado penalista particularmente contratado. Son pocas las empresas de seguro que cubren los gastos que ocasionan un siniestro de mala praxis en el caso de un juicio penal. Se debe tener en cuenta si el seguro contratado tiene franquicia acordada.

¿Qué significa franquicia en un seguro?

La "franquicia" es el monto de dinero que, como asegurado, debés pagar de tu bolsillo, antes que el seguro comience a cubrir los gastos restantes. Es un pago que se aplica en determinadas situaciones o coberturas específicas. Cuando ocurre un siniestro o se presenta un reclamo cubierto por la póliza de seguro, la franquicia establece un límite mínimo de gastos que el asegurado asume por cuenta propia. Una vez que se alcanza o supera ese monto, el seguro se hace cargo del resto de los gastos hasta el límite establecido en la póliza.

FONDO SOLIDARIO

- **Propósito:** Fondo creado para proporcionar ayuda económica a personas que se encuentran en situaciones adversas o necesidades específicas.
- **Financiamiento:** Organizaciones no gubernamentales, donaciones, etc. En el caso de fondo solidario de un colegio médico, son los aportes pagados por cada profesional adscripto o colegiado en ese colegio médico.
- **Beneficiarios:** Todos aquellos que cumplen ciertos criterios de elegibilidad y se encuentran en situaciones de necesidad. En el caso de colegios médicos se debe tener matricula al día y que ante un evento de siniestro de mala praxis deberá comunicarse en 48-72 hs de conocido los hechos.
- **Cobertura:** variable.
  No hay póliza en el fondo solidario.

Generalmente el fondo solidario de profesionales médicos solo cubre los gastos de asesoramiento del abogado, gastos administrativos, pero no cubre el monto de dinero que debe resarcirse el daño en juicio civil.

Al final de este artículo, debes asesorarte del seguro médico que tienes contratado. Leer la letra chica y te pregunto:

- *¿CONOCES TU SEGURO DE PRAXIS MÉDICA?*
- *TENÉS LA POLIZA. ¿LA LEISTE?*
- *¿QUE RIESGOS O SINIESTROS TE CUBRE?*
- *¿HACÉS REEMPLAZOS DE TERAPIA NEONATOLOGIA? ¿TE CUBRE EL SEGURO QUE CONTRATASTE?*
- *¿TE CUBRE LA TELECONSULTA?*
- *REALIZAS CIRUGÍAS MENORES EN GUARDIA. ¿TE CUBRE TU SEGURO?*

REFERENCIAS

- Fundamentos de Medicina Legal. Alejandro Basile. David Waisman. Editorial Ateneo.
- Urgencias y Emergencias Medicas. Aspectos Medico-Legales. Moroni-De Echave-Miñones. Editorial Dosyuna. 2020.
- Ley de Seguros. Ley 17418 del 30/8/67 (infoleg.gob.ar).
- Código de Comercio de la República Argentina. Biblioteca. www.biblioteca.org.ar/libros/3022.pdf

Boletín bibliográfico 90

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA PARA LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DISCAPACIDADES Y TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

La primera declaración de consenso revisada por pares sobre la atención médica para la población pediátrica con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo (TND), tiene como objetivo comenzar a corregir la desigualdad en el acceso a la atención adecuada que experimentan estas infancias en comparación con sus pares sin estas condiciones.[1] La declaración fue publicada en Pediatrics.

Las disparidades en la cultura, la mentalidad y la práctica de la atención médica, a menudo, comienzan en la infancia para jóvenes con condiciones que incluyen trastorno del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), escribieron la Dra. Carol Weitzman, codirectora del Autism Spectrum Center del Boston Children's Hospital, en Boston, Estados Unidos, y Cy Nadler, Ph. D., jefe de la sección de Psicología del Autismo del Children's Mercy en Kansas City, Estados Unidos, coautores del estudio, y sus colaboradores.

Sin un mejor acceso a una atención segura y adecuada, las personas con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo experimentan más aislamiento, accidentes, restricciones y lesiones en los encuentros de atención médica, escribió el equipo de investigación.

Atención accesible, humana y eficaz

"En el centro de esta declaración de consenso hay una afirmación de que todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria que sea accesible, humana y eficaz", escribieron.

La declaración de consenso se desarrolló como parte de la iniciativa interprofesional impulsada para establecer un estándar de práctica en atención médica para apoyar a los jóvenes con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo, Supporting Access for Everyone (SAFE), lanzada por la Developmental Behavioral Pediatric Research Network y la Association of University Centers on Disability. El panel de consenso estuvo compuesto por profesionales, personas cuidadoras y personas adultas con trastornos del neurodesarrollo. Después de un foro público de dos días, el panel de consenso celebró una conferencia y desarrolló una declaración sobre atención de la iniciativa mencionada, una "Declaración de derechos de atención médica de trastornos del neurodesarrollo y consideraciones de transición". Desarrollaron diez declaraciones en cinco dominios: capacitación; comunicación; acceso y planificación; diversidad, equidad, inclusión, pertenencia y anticapacitismo; y el cambio político y estructural.

Preguntar: "¿Qué necesita?"

Un tema de la declaración que puede tener el mayor impacto es "la importancia de preguntarle a la persona que está frente a usted qué necesita" y elaborar un plan de atención en torno a eso, dijo la autora principal, Dra. Marilyn Augustyn, directora de la Sección de Desarrollo y Pediatría del Comportamiento en Boston University Chobanian & Avedisian School of Medicine, en Boston, Estados Unidos. "La comunidad médica no ha hecho eso muy bien con las personas con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo".

La Dra. Weitzman añadió: "Tradicionalmente, en los entornos sanitarios, hemos pedido a las personas que dejen sus discapacidades en la puerta". Muchas personas con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo a menudo tienen "discapacidades invisibles", dijo, y explicó que los y las pacientes pueden tener necesidades de adaptación que no son inmediatamente obvias, pero que podrían mejorar su acceso a la atención, por lo que preguntarles qué necesitan es fundamental.

Ejemplos de "capacitismo"

La declaración de consenso también llama la atención sobre el "capacitismo" estructural o las políticas o prácticas que favorecen a las personas sanas sobre las que tienen discapacidades y detalla la necesidad de más capacitación y cambios de políticas.

El artículo ofrece algunos ejemplos de capacitismo, como excluir inapropiadamente de la investigación a personas con discapacidad y trastornos del neurodesarrollo; que el personal asuma que las y los pacientes que no hablan, no tienen capacidad de comunicación; o la falta de conciencia de las necesidades sensoriales antes de usar estetoscopios fríos o iluminar directamente los ojos.

La Dra. Weitzman dice que este trabajo es sólo el comienzo de un proceso complejo. Su objetivo es ser impulsora del desarrollo de un plan de estudios para capacitar a todas y todos los profesionales médicos y a otras personas que trabajan con pacientes sobre las discapacidades del desarrollo neurológico. La esperanza es que esto conduzca a más investigaciones para formalizar las mejores prácticas y hacer que las políticas sean obligatorias en lugar de opcionales.

La urgencia de resaltar estos problemas está relacionada en parte con la prevalencia de niños, niñas y adolescentes con discapacidades y trastornos del neurodesarrollo, que según el documento es aproximadamente 1 de cada 6.

Pero también hay razones personales para el equipo que desarrolló la declaración.

"Simplemente creemos que es un derecho humano", dijo la Dra. Weitzman. "Tener una discapacidad y trastorno del neurodesarrollo no significa que tengas menos derecho a una buena atención".

La Dra. Augustyn añadió: "La población pediátrica que he tenido el honor de cuidar durante los últimos 30 años merece toda esta atención y más. Creo que ya es el momento".

Este trabajo fue apoyado por Developmental Behavioral Pediatric Research Network y Association of University Centers on Disability. La Dra. Weitzman fue consultora de Helios/Meliora. Los otros autores han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

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

Marcia Frellick;
Medscape; 9 de mayo de 2024

Referencias

1. Weitzman C, Nadler C, Blum NJ, Augustyn M; Supporting Access for Everyone Consensus Panel. Health Care for Youth With Neurodevelopmental Disabilities: A Consensus Statement. Pediatrics. 1 may 2024;153(5): e2023063809. doi: 10.1542/peds.2023-063809. PMID: 38596852.

TRATAMIENTO DEL ACNÉ EN LATINOAMÉRICA, RECOMENDACIONES DE UN CONSENSO

Todos los casos de acné, incluso los leves, deben tratarse de manera efectiva. Esta es una de las recomendaciones que un panel de expertos dio a conocer recientemente en *Anais Brasileiros de Dermatologia*.[1]

El acné afecta a más de 80%-85% de adolescentes y adultos jóvenes, pero a veces sigue siendo un problema importante en la edad adulta, especialmente para las mujeres. El trastorno inmunoinflamatorio crónico de la unidad pilosebácea puede causar secuelas como cicatrices y discromías. Ante su frecuencia y por los desafíos en la región, los 8 dermatólogos expertos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Ecuador, México y Panamá, desarrollaron el consenso con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones en la práctica diaria del tratamiento del acné.

La principal limitación encontrada por este panel de expertos, fue el escaso número de publicaciones relacionadas con el acné y su tratamiento, hechas exclusivamente para evaluar las características y desafíos locorregionales en Latinoamérica, refirió a *Medscape* en español una de las autoras, Dra. Patricia Troielli, especialista en dermatología, coordinadora del curso de acné de la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD) y vicepresidenta del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD).

De acuerdo con la Dra. Troielli, la idea de la reunión, financiada por un laboratorio, era generar un lugar de discusión acerca de ciertos temas que tienen que ver con la actualidad.

"Es un excelente artículo con los *hot topics* actualizados en el manejo de acné, revisado por

expertos en el tema», evaluó para Medscape en español la Dra. Gabriela Litwak, dermatóloga que atiende en el ámbito privado en Argentina y que no participó del consenso.

LA PRÁCTICA CLÍNICA NO ES IGUAL EN TODA LA REGIÓN

"Este consenso es para estar de acuerdo en cuáles son las banderas rojas que tenemos que levantar para Latinoamérica", señaló la Dra. Troielli. "Empezando por la falta de estudios y la necesidad de hacerlos, y de trabajar sobre la alimentación". Aclaró que no son alimentos específicos, sino que son vías inflamatorias, "que hoy sabemos que se producen por las dietas altas en glúcidos, que a veces condicionan en los pacientes, alteraciones de tipo hormonal".

La Dra. Troielli comentó que, de forma general, la práctica clínica presenta diferencias entre los países debido a influencias demográficas, raciales/étnicas, exposomas, entre otras cuestiones específicas de cada región. A modo de ejemplo, compartió que los dermatólogos de Panamá, Colombia y Ecuador ven más complicaciones de cicatrices y de hiperpigmentación posinflamatoria que el resto, y los pacientes andinos tienen mayor sensibilidad en la piel por la altura, lo que afecta el cumplimiento terapéutico ante la irritación en la piel.

Entre los desafíos comunes mencionó el aumento de la población transgénero, específicamente de hombres transgénero, que en la mayoría de los países no acceden a un buen cuidado de la salud porque es todavía una población marginada. "Tenemos también que aprender a informarles sobre el acné y a tratarlos".

Respecto a los tratamientos, la Dra. Troielli comentó que la mayoría de los fármacos están disponibles en todos los países, pero, por ejemplo, sobre ácido azelaico que Brasil tiene en la guía de tratamiento para formas más leves y moderadas de acné, en Argentina no está.

"Y llamamos la atención sobre la recomendación de espirolactona como forma de disminuir la cantidad de antibióticos que se están dando para el acné, y que se respete el uso de la firma de consentimiento informado con la prescripción de isotretinoina", finalizó.

Para la Dra. Litwak, este artículo actualiza cambios importantes en el manejo del paciente con acné, porque desaconseja el uso de antibióticos como monoterapia y resalta la importancia del tratamiento precoz para evitar cicatrices, además de que brinda la opción de espironolactona en el acné de la mujer adulta (tratamiento farmacológico poco utilizado pero efectivo). La dermatóloga destacó también como importante la indicación del tratamiento de mantenimiento luego del de isotretinoina, fundamental para evitar recaídas. «La duración del tratamiento con isotretinoína basada en la mejoría clínica y no en dosis total acumulada, es un cambio de paradigma de los últimos 20 años", mencionó la Dra. Litwak.

PUNTOS ESENCIALES DEL CONSENSO

Tratamiento precoz

Todos los casos de acné, incluso los leves, deben tratarse de manera efectiva. La cicatrización puede ocurrir después de cualquier intensidad de acné. Los retinoides tópicos son eficaces para prevenir las cicatrices por sus propiedades antiinflamatorias directas e indirectas.

Acné en la mujer adulta

Las terapias tópicas suelen ser suficientes para los casos leves. Para la mayoría de los moderados y graves, se requiere combinar tratamiento tópico y sistémico.

Tratamiento tópico

- **Retinoides:** se recomienda el uso de retinoides tópicos de tercera generación (adapaleno 0,1%) para el tratamiento del acné comedonal leve y el acné inflamatorio leve a moderado.
- **Ácido azelaico (gel a 15%):** se recomienda como monoterapia de primera línea tanto para el acné inflamatorio como para el no inflamatorio en mujeres adultas. También está indicado para el tratamiento de la hiperpigmentación posinflamatoria. Esta opción es segura para su uso durante el embarazo y la lactancia.
- **Antibióticos tópicos:** no se debe prescribir su uso aislado.
- **Peróxido de benzoilo (BPO):** se recomienda en bajas concentraciones como monoterapia para acné femenino adulto de leve a moderado.
- **Dapsona (gel a 5%):** muestra solo una eficacia de baja a moderada.

- **Combinación fija:** se recomienda una terapia tópica combinada (retinoides-peróxido de benzoilo, antibióticos-peróxido de benzoilo y antibióticos-retinoides) para el acné inflamatorio en mujeres adultas.

Tratamiento sistémico

Puede ser necesario en casos graves.

El uso de antibióticos orales, preferiblemente con tetraciclina, está indicado por las guías, pero las tasas de recaída son muy altas.

Puede ser preferible comenzar con espironolactona: su uso para el tratamiento del acné no está aprobado, pero es muy eficaz. La dosis recomendada para el tratamiento inicial, debe ser de unos 100 mg al día, preferiblemente dividido en dos tomas, después de las comidas. El fármaco tiene una vida media corta de 6 a 9 horas y depende de los alimentos para su adecuada absorción.

La coadministración de diuréticos y tetraciclinas puede dar lugar a una disminución de la función renal y debe ir acompañada de seguimiento mediante análisis de laboratorio.

Tratamiento de mantenimiento

La evolución habitual presenta frecuentes recidivas. Se recomiendan retinoides tópicos como adapaleno (0,1%) o gel de ácido azelaico (15%) como terapia de mantenimiento de primera línea para mujeres adultas. De la clascoterona aún no hay estudios para la fase de mantenimiento. En algunos casos, puede ser necesario el uso de dosis bajas de espironolactona o esquemas especiales de dosis bajas de isotretinoina oral.

Casi todos los pacientes en tratamiento sistémico, especialmente quienes usan isotretinoina o retinoides tópicos y peróxido de benzoilo, experimentan diversos grados de efectos secundarios (irritación, ardor, piel seca, eritema y descamación), que afectan el cumplimiento terapéutico.

Isotretinoina oral

Se utiliza para el manejo del acné grave o refractario (cicatrización nodular, quística o activa), o moderado (papulopustuoso) que no responde a la terapia convencional. La tasa de recaída de los pacientes que toman isotretinoina para el acné es de alrededor de 30%, pero se ha descripto hasta 50%, incluso cinco años después de la interrupción del medicamento, especialmente en el acné troncal grave, con edad más temprana de inicio del medicamento y en pacientes con macrocomedones.

El tratamiento debe basarse en la evaluación clínica y ya no solo en la dosis acumulada. Si es necesario, el tratamiento debe continuarse, incluso después de los 150 mg/kg. Posterior al uso de isotretinoina oral, se debe recomendar un tratamiento tópico de mantenimiento de un año para todos los pacientes, con el fin de reducir las tasas de recaída. La isotretinoina oral se sigue prescribiendo de forma segura por médicos dermatólogos con experiencia en el seguimiento de esta y con el consentimiento informado y firmado por las y los pacientes. Esta es la regla en Brasil y Chile, y ha sido recomendado en Colombia y Ecuador.

Hiperpigmentación inducida por acné/tratamiento de la hiperpigmentación posinflamatoria

El uso diario de protector solar también es importante para pacientes con fototipos altos, especialmente quienes tienen hiperpigmentación posinflamatoria. El uso regular y aislado de protector solar durante ocho semanas durante los meses de verano, resultó en una mejoría de la hiperpigmentación posinflamatoria en mujeres afroamericanas e hispanas. En el tratamiento de la hipercromía del acné, es importante interrumpir el proceso inflamatorio de forma temprana y eficaz. Se pueden agregar agentes blanqueadores al tratamiento. Advierta a las y los pacientes sobre los posibles riesgos y la duración del uso de cada tipo de crema blanqueadora, especialmente cuando se utiliza hidroquinona. Existen nuevas opciones con excelentes perfiles de seguridad que pueden utilizarse solos o en combinación con otros tratamientos, como la dermocosmética, que contiene tiamidol.

Cicatrices

Para reducir el riesgo de cicatrices se debe iniciar un tratamiento temprano incluso en pacientes con acné leve. Los factores de riesgo para la cicatrización son la gravedad del acné, el tiempo entre su aparición y el primer tratamiento efectivo, el acné recurrente y el sexo masculino. Además, los antecedentes familiares de cicatrices

de acné, así como la intensidad del trastorno, el tiempo sin tratamiento y la manipulación de las lesiones influyen en la presencia de cicatrices de acné atrófico y deben discutirse con el paciente.

Procedimientos

Según el panel de expertos, el uso de exfoliaciones y láseres puede estar asociado con el tratamiento del acné y la pigmentación, pero no son obligatorios y aumentan significativamente los costos.

Para la mayoría de estos procedimientos (incluida la luz pulsada intensa, la microdermoabrasión, las exfoliaciones, los corticosteroides intralesionales, la crioterapia y la extracción de comedones), la evidencia disponible es muy escasa y de muy baja calidad. Por lo tanto, deben considerarse como complementos del tratamiento.

No hay suficiente evidencia para recomendar el uso rutinario de terapias de luz (incluyendo el láser y la terapia fotodinámica) ni recomendaciones establecidas sobre la dosis óptima, el dispositivo, el momento y la frecuencia de uso.

Cuidado de la piel

La rutina de cuidado de la piel puede ser una estrategia importante en términos de satisfacción y adherencia del paciente. Se recomiendan limpiadores suaves (syndets) y humectantes no comedogénicos asociados, para mejorar la tolerabilidad de los medicamentos tópicos y aumentar las posibilidades de éxito, un factor de protección solar (FPS) de al menos 30, y aconsejar a las y los pacientes que eviten los protectores solares comedogénicos y a base de aceite.

La dermocosmética con acción blanqueadora puede combinarse con el tratamiento del acné para acelerar la mejora de la hiperpigmentación posinflamatoria junto con la mejora del acné.

Maquillaje

Recomendar maquillaje no comedogénico para reducir el impacto de la presencia de lesiones al inicio del tratamiento.

Dieta y nutrición

Aunque los datos sobre la dieta y el acné necesitan más estudio, se recomienda proporcionar información como la relación negativa con los alimentos con un alto índice/carga glucémica, los productos lácteos con proteína de suero de leche (whey), y reforzar la necesidad de comer más frutas y verduras.

La prescripción de probióticos no forma parte de la rutina hasta que se disponga de una mejor evidencia.

Calidad de vida

Los factores psicológicos pueden exacerbar el acné y disminuir el cumplimiento. La percepción del paciente sobre el trastorno puede diferir de la evaluación del dermatólogo y la intensidad del trastorno no estar directamente relacionada con el grado de impacto psicológico. Las herramientas psicométricas para evaluar este impacto, entre ellas el Acne-QoL y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), son poco prácticas en el día a día.

Acné pediátrico

Las lesiones sugestivas de acné en pacientes de entre 1 y 7 años son raras. Cualquier paciente con acné inflamatorio en este grupo de edad debe ser remitido a endocrinología para descartar otras patologías.

Paciente masculino transgénero

Faltan estudios bien realizados para guiar el tratamiento del acné en pacientes masculino transgénero, aunque en pacientes en terapia hormonal, el acné es el efecto secundario más comúnmente diagnosticado, con un inicio promedio de 11,5 meses de terapia con testosterona. El número de casos reportados de acné grave o resistente en estos pacientes, que responden solo a la isotretinoina oral, está aumentando.

La interacción entre el consumo crónico de testosterona y la isotretinoina no ha sido ampliamente estudiada, por lo que se sugiere un seguimiento frecuente de laboratorio, especialmente analizando la función hepática, los lípidos y las pruebas de embarazo. Estos pacientes deben usar anticoncepción

.

Presencia en las redes

En opinión del grupo de consenso, los autores sugieren desarrollar campañas educativas que ayuden a los usuarios a rechazar la información falsa o engañosa, al tiempo que promuevan la difusión de conocimientos dermatológicos rigurosos y basados en la evidencia. Recordando la importancia de la privacidad y los principios éti-

cos de su posición como profesionistas médicos, y a construir una base más sólida de orientaciones correctas dentro de estos canales.

Exhortaron a los dermatólogos a aumentar su presencia en diversas plataformas de redes sociales, con un lenguaje adecuado para conectar con la generación Z (nacidos entre 1995 y 2010).

"Este consenso pone en el tapete un tema de relevancia actual, que es la influencia de las redes sociales en los pacientes que sufren acné", dijo la Dra. Litwak, quien es muy activa en *Instagram* (@dermatogaby). La dermatóloga advirtió de pacientes que acuden a la consulta confundidos por la información que recogen de las redes, que usualmente es generada por personas inexpertas y no profesionales médicos.

"El principal desafío como dermatólogos que tratan a pacientes con acné en la práctica cotidiana es reasegurar que nuestros conocimientos están basados en la experiencia y evidencia científica, diferenciándonos de lo que circula en las redes sociales", concluyó.

El artículo tuvo apoyo financiero de Beiersdorf. La Dra. Troielli ha declarado ser orador y miembro del acne advisory board para Eucerin y Beiersdorf; así como oradora e investigadora para L'Oréal y La Roche-Posay. La Dra. Litwak ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Roxana Tabakman;
Medscape Noticias Médicas;
7 de mayo de 2024

Referencias

- Rocha M, Barnes F, Calderón J, Fierro-Arias L, y cols. Acne treatment challenges - Recommendations of Latin American expert consensus. An Bras Dermatol. May-Jun 2024;99(3):414-424. doi: 10.1016/j.abd.2023.09.001. PMID: 38402012.

ADENDUM

"Lo peor que hacen los malos es obligarnos a dudar de los buenos."

Jacinto Benavente

12 de agosto de 1866, Madrid, España; 14 de julio de 1954, Madrid, España.

Dramaturgo, director, guionista y productor de cine español. Prolífico autor teatral (La noche del sábado (1903), Rosas de otoño (1905) y Los intereses creados (1907)), en 1922 fue galardonado con el Premio Nobel de Literatura. Fue el tercer hijo de Venancia Martínez y Mariano Benavente, médico pediatra.

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
REGION METROPOLITANA