



NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXIV

Diciembre 2024

N° 91

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

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

Directora Titular

Dra. Claudia G. Vaccarelli

1^{era} Directora Asociada

Dra. Mirta S. Vázquez

2^{da} Directora Asociada

Dra. Viviana E. Soligo

Coordinadores

Distrito Norte

*Dra. Mercedes Acuña / Dra. Cristina D'Afflito /
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. 20 de octubre, día de la Pediatría, mucho más que una fecha en el calendario... 2
Claudia G. Vaccarelli
- Actividades de la Región 3
- Pediatras destacados..... 4
- El miedo a la consulta pediátrica y las intervenciones médicas 6
María Paula Gerardi
- Acné en pediatría: Guía para el médico pediatra 9
Marianela Palmieri
- Historia de nuestros hospitales 17
Viviana Soligo
- Vínculo de apego y su impacto en el neurodesarrollo 20
Gladys M. Convertini
- Reconocimiento a la trayectoria 26
Irene Dechiara
- ¿Qué debe saber un médico/a de adolescentes sobre autolesiones? 36
*Jimena Tello, Eliana Papávero,
Guillermina Olavarría y Luciana Vera*
- Seguimiento del paciente con síndrome de Down 42
María Florencia Barril
- Perlas Legales. La protección de la infancia en la era digital: retos y soluciones frente al grooming y el ciberacoso 49
Mercedes Regina Acuña
- Boletín bibliográfico 91 53
Carlos Luzzani
- Adendum..... 61

“El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente”

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

EDITORIAL

20 DE OCTUBRE, DÍA DE LA PEDIATRÍA, MUCHO MÁS QUE UNA FECHA EN EL CALENDARIO

“Solos somos una gota, juntos un océano”
Ryunosuke Satoro

Día de la Pediatría, una oportunidad para detenernos a reflexionar sobre la esencia de nuestra especialidad, para reafirmar nuestra vocación y renovar el amor por una profesión que, aunque desafiante, nos llena de gratitud y satisfacción.

Es un día para recordar porqué elegimos este camino, porqué nos comprometemos cada día a luchar por el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, y porqué, a pesar de los obstáculos, seguimos adelante con la misma pasión.

La pediatría es una especialidad que va más allá de la medicina. Es, ante todo, una vocación de servicio. Los pediatras no solo curamos, sino que somos educadores, acompañantes y defensores de los derechos de los niños.

Cada niño que llega a nuestra consulta, cada historia que escuchamos, cada diagnóstico que realizamos, lleva consigo una responsabilidad que va mucho más allá de lo técnico. Es un compromiso con la salud integral de nuestros pacientes, pero también con su futuro, con su desarrollo físico, emocional y social.

Como pediatras, sabemos que nuestra especialidad médica es la única en la que cada acción tiene un impacto directo en la vida de una persona que aún está en formación, cuyas decisiones, en muchos casos, determinarán su calidad de vida futura. Cuando atendemos a un niño, no solo estamos tomando decisiones médicas, sino también jugando un rol en su bienestar a largo plazo.

Somos profesionales de la salud que, en silencio, nos entregamos por completo en la lucha por el bienestar y la calidad de vida de nuestros pacientes. Somos el pilar de tantos sistemas de salud, pero, a pesar de nuestra dedicación incansable, a menudo carecemos de la visibilidad que realmente merecemos.

Hoy, en el Día de la Pediatría, es un momento oportuno para reflexionar sobre las realidades que enfrentamos a diario. Es cierto que nuestra profesión está llena de gratificaciones emocionales, especialmente cuando vemos la mejoría de nuestros pacientes, cuando somos testigos del crecimiento saludable de un niño o cuando logramos acompañar a las familias en momentos de vulnerabilidad. Pero también es cierto, y necesitamos que toda la Sociedad esté al tanto de que enfrentamos desafíos constantes: pluriempleo, condiciones laborales precarias, remuneración económica deficiente, largas horas de trabajo, guardias interminables, estrés emocional por las situaciones difíciles que enfrentamos en nuestra práctica diaria.

El trabajo que realizamos es invaluable. Cuando un pediatra salva la vida de un niño, cuando realiza un diagnóstico temprano que cambia el curso de una enfermedad, cuando acompaña a una familia durante un proceso difícil, no hay cantidad de dinero que pueda medir la magnitud de ese esfuerzo; trabajamos todos los días con la certeza de que cada niño que atendemos tiene el potencial de cambiar el mundo. Desde la prevención hasta la intervención, cada consulta pediátrica tiene un impacto profundo en el desarrollo de una persona, y por ende, en el futuro de nuestra sociedad. Los niños que atendemos hoy son los adultos que construirán el mañana.

En este contexto, quiero expresar un sincero agradecimiento a cada uno de ustedes, mis colegas metropolitanos. Su dedicación, esfuerzo y compromiso con la salud infantil no sólo son admirables, sino que también son esenciales para avanzar en la mejora continua de nuestra profesión. Día a día, enfrentamos desafíos únicos los cuales superamos con profesionalismo y humanidad, cualidades que inspiran a todos los que tenemos el privilegio de trabajar codo a codo desde nuestra querida Región Metropolitana, siempre dispuestos a ofrecer lo mejor de nosotros a cada niño que pasa por nuestras consultas, pero también debemos estar listos para luchar por nuestra calidad de vida profesional.

Amamos ser pediatras, y ese amor por lo que hacemos nos impulsa a seguir aprendiendo, avanzando y dando lo mejor de nosotros mismos. Unidos como Metropolitanos, empecemos a trabajar por nuestro futuro, buscando mejorar las condiciones adversas actuales, con la convicción de que:

“No puedes cambiar el pasado, pero puedes dar forma a tu futuro con cada decisión que tomes hoy”
Ryunosuke Satoro

¡Feliz Día de la Pediatría!

Dra. Claudia G. Vaccarelli

Directora Titular de Región Metropolitana
Sociedad Argentina de Pediatría

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



Encuentros Metropolitanos. 2025



Región Metropolitana. SAP

Comité de Educación Continua.

Actividad virtual a desarrollarse de Abril a Noviembre 2025, los 4tos sábados de cada mes, a través de plataforma zoom.

Esta actividad pertenece a la Red Nacional de Educación Continua y le corresponde 1 crédito.

TEMAS

- Generalidades en bioética. Desafíos en Pediatría
- Infecciones Perinatales
- El niño con tos
- Certificado único de discapacidad
- Patología ocular en el niño
- Exantemas
- Indicadores de psicopatología grave. Urgencias en salud mental
- Agua y vida, de 0 a siempre
- El niños febril menor de 36 meses

Agendate!!!

Inscripción por mail a partir de Enero 2025

Mail: educacioncontinuar@gmail.com

PEDIATRAS DESTACADOS

La **REGIÓN METROPOLITANA** de la **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA** dedica este espacio a reconocer y felicitar a integrantes de la misma, por diferentes eventos que los involucraron

Premio a la Trayectoria al Dr. Manuel Maza

Médico Pediatra Jerarquizado, Neurólogo Infantil, miembro del Comité Regional de Discapacidad (Región Metropolitana), y Asesor del Comité Científico del 5° Congreso Nacional de Discapacidad, recibe el **“Diploma de premio a la trayectoria”**, por su labor a lo largo de los años en el Grupo de trabajo de Discapacidad (18 septiembre 2024).



Entregado por el Presidente de la SAP Dr. *Miguel Javier Indart de Arza*, el Presidente del 5° Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría Dr. *Juan José Varón Redondo* y la Secretaria Científica del 5° Congreso Nacional de Discapacidad Mgter. *María del Carmen Martínez Perea*.



Participan del momento su familia, hijos y nietos.



Integrantes de la Región Metropolitana SAP.



Designación de Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría al *Dr. Carlos Rafael Luzzani*

Esta distinción se otorga, de acuerdo al artículo 14 del Estatuto de la Sociedad Argentina de Pediatría, a los Médicos, profesionales universitarios y otras personalidades que se hubieran distinguido de un modo sobresaliente, en su relación con la Pediatría o especialidades afines o que hubieran protegido de un modo particularmente eficaz a la Asociación o las Instituciones dedicadas al cuidado del niño, el adolescente y la familia. Se tiene en cuenta sus merecimientos y su labor durante muchos años en pro de la salud infantil.

Fue otorgada el Día de la Pediatría, celebrado el 21 de octubre de 2024, en Centro Dr. Carlos Gianantonio.

Comisión Directiva de SAP con el *Dr. Carlos R. Luzzani*.



Con la *Dra. Stella Maris Gil* (ex presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría), *Dra. Claudia Vaccarelli* (Directora Titular de Región Metropolitana); *Dra. Mirta Vázquez*, *Dra. Débora Rocca Huguet*, *María Laura Boria* y otros integrantes de la Región.



SEMANA DE CONGRESOS Y JORNADAS NACIONALES 2024

Durante el referido evento, la *Dra. María Florencia Barril*, Coordinadora del Distrito Oeste, participó del recorrido de poster el 17 de septiembre, con la presentación de un trabajo de investigación: **“Análisis del uso de sistema de retención infantil en la población que se interna en el Hospital de Morón”**.

Fue su autora, junto con las *Dras. Florencia Cabrera* (residente de 2^{do}) y *Daniela Casas* (concurrente de 2^{do}).



EL MIEDO A LA CONSULTA PEDIÁTRICA Y LAS INTERVENCIONES MÉDICAS

Lic. María Paula Gerardi*

Los miedos en la infancia son habituales y el miedo al doctor y a las intervenciones médicas es uno de ellos. Llantos, gritos, vómitos, negarse a entrar, no dejarse revisar... son algunas de las manifestaciones de los niños.

Ante la visita al pediatra y ciertos estudios como análisis de sangre, vacunas, radiografías, los chicos pueden tener miedo a tener que quedarse solos con el médico y separarse de sus padres.

También pueden tener miedo a sentir dolor o temer a lo desconocido en relación a lo que les hará el pediatra.

A veces el miedo puede estar relacionado con alguna situación traumática vivida anteriormente en casa o con algún profesional.

¿CÓMO INTERVENIR CON LOS CHICOS QUE SIENTEN MIEDO Y CÓMO ORIENTAR A LOS PADRES?

A veces los adultos se muestran muy ansiosos o preocupados por la salud de sus hijos, por el miedo que sienten los pequeños o porque hagan un berrinche o no se dejen revisar. Esto es percibido por los niños, por lo tanto, es importante acompañar a los padres desde la empatía para que puedan adoptar una actitud tranquila y contenedora.

Con los niños es importante sugerir a las familias que pongan palabras y anticipen qué pasará para evitar que imaginen fantasías que los asusten más. También es recomendable que el pediatra haga lo mismo antes y durante el chequeo médico.

Muchas de las cosas que suceden en la consulta son obvias para los adultos, no así para los chicos.

- Frente a una *consulta de control* explicarle al niño que el doctor solo lo va a revisar para ver cómo está creciendo su cuerpecito. Que no lo va a pinchar ni le va a hacer nada que le duela y que no va a estar solito, sino que sus papás van a estar al lado de él.

Por ejemplo "El doctor va a mirar dentro de tu boca y tus orejas, te va a escuchar la espalda con un estetoscopio, te va a tocar la cabeza, te va a pesar y medir, etc."

- Frente a alguna *situación de enfermedad puntual* que lleve a la consulta se le puede decir por ejemplo "hoy vamos a ver al doctor para que te ayude a curar tu pancita que hace unos días te duele mucho". El doctor (decir el nombre) te va a levantar la remera, te va a tocar la panza, etc.

- Frente a *intervenciones médicas* (análisis de sangre, vacunas, hisopados, radiografías, etc.) hay que explicarles a los chicos que se les va a hacer, quien se lo va a hacer, cuánto va a durar, si van a estar solos o acompañados de sus papás.

- Por ejemplo "Te van a sacar sangre (es un líquido rojo que está dentro del cuerpo) con una jeringa y una aguja. Es un pinchacito en el brazo (señalar donde), se siente como un mosquito que pica (mostrar cómo es con una jeringa de juguete). Duele un poquito, pero es muy rápido, después sacan la aguja, te ponen una curita y nos vamos a tomar un helado".

ALGUNAS IDEAS PARA AYUDARLOS A SUPERAR EL MIEDO:

- Algunos juegos previos pueden ser útiles, por ejemplo: jugar al doctor, darles inyecciones a los muñecos, jugar a revisarlos intercambiando roles: uno es el papá doctor y el niño el que está enfermo y al revés.

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

- También jugar con muñecos de peluche, tarros vacíos de remedios, barbijos, curitas, gasas, delantal, termómetro, jeringa o estetoscopio de juguete, etc.
- Podemos leer previamente algunos libros para niños sobre la visita al médico. También se puede tener algunos cuentos en el consultorio para que el niño mire mientras lo revisan.
- Enseñarle al niño ejercicios de respiración y relajación para regular el miedo y la ansiedad.
- Que los chicos lleven algún juguete, hojas y lápices para usar en la sala de espera y así hacer el momento más llevadero. Se les puede preguntar qué les gustaría llevar.
- Llamar al pediatra por su nombre para que los chicos se vayan familiarizando con él.
- De ser posible bajarse el barbijo para que el niño pueda ver la cara y expresiones del profesional.
- Con los más pequeños es importante tener algunos juguetes y peluches en el consultorio, los títeres funcionan muy bien. Durante la consulta mostrarle primero en un muñeco que procedimiento se le realizaran y jugar unos segundos con el niño.
- Hacer vínculo con el pediatra desde el juego antes de revisarlo: cosquillas, esconderse y aparecer, cantar una canción, hacer caras graciosas, etc.
- Validar el miedo: poner palabras a lo que está sintiendo. Por ejemplo: “Entiendo que te dé miedo, mamá esta con vos”, “va a terminar rápido”, “después podemos hacer algo divertido juntos”.
- Preguntarle si prefiere abrazar un peluche, pensar en algo lindo, respirar profundo, tomar la teta si están en etapa de lactancia y darle la mano o abrazarlo mientras le dan una vacuna o le sacan sangre. A veces sirve distraerlo con alguna cosa.
- Tener mucho cuidado con la información que se le brinda a los padres ya que el niño está escuchando. Es importante explicarle también a él con palabras acordes a la edad o hablar en privado con la familia.

QUÉ NO ES RECOMENDABLE HACER?

- Extorsionar o amenazar “si no comes toda la comida te llevo al doctor para que te pinche”, esto genera miedo a la figura del médico. La idea es que los chicos no vivan la visita al médico como un castigo.
- Llevar a los chicos engañados al pediatra ya que probablemente sientan bronca y generará desconfianza en la figura del adulto.
- Decirles expresiones como “no tengas miedo”, “no te va a doler”, “no llores ya no sos un bebé”. Es importante reconocer y dar lugar a que exprese sus emociones (llanto, enojo, miedo)

MIEDOS Y FOBIAS

Hay que diferenciar los miedos comunes relacionados con este tema de las fobias. Las mismas provocan un miedo intenso y persistente que puede interferir con la capacidad del niño para entrar a la consulta o realizar estudios. Esto puede generar efectos en su salud. En este caso es necesario pedir una interconsulta con psicología infantil.

UN CASO CLÍNICO

Los padres de Lucía consultaron porque la niña de 6 años presentaba miedo intenso a las vacunas, análisis de sangre e ir al odontólogo.

Esto repercutió en su salud, presentaba muchas caries en su boca y no había manera de que dejara que le dieran las vacunas.

Los padres tuvieron que solicitar una sedación para que el odontólogo pudiera curar las caries.

En la consulta de orientación a padres refirieron que Lucía había vivido una situación, en la que siendo pequeña tuvo varias intervenciones médicas invasivas por un problema de salud. Algunas se realizaron de forma violenta y sin mediar el juego o la palabra.

Esto se volvió un hecho traumático y fue necesario iniciar un espacio terapéutico. Mediante el juego y el dibujo e intervenciones pensadas con el pediatra y la familia se sanó esa vivencia violenta de la infancia.

LIBROS DE CUENTOS SUGERIDOS PARA COMPARTIR CON LAS FAMILIAS

- **"Al doctor"** de M. Seitun y S. Chas. Editorial Grijalbo.
- **"Vamos al hospital"** de Sue King. Editorial Parragon.
- **"Voy a la doctora"** de Carolina Mora. Colección crecemos. Editorial El Ateneo.
- **"La cicatriz"** de Ilan Brenman. Editorial Algar.
- **"Nacho en el hospital"** de Liesbet Slegers. Editorial Edelvives.
- **"Respiro arcoiris", "Respiro en el bosque", "Respiro de noche"** de V. Bunge: @lic.victoriabunge y M. Sanz@marianasanz. Ilustraciones de Editorial Pupek @pupek.editorial.
- **"Tu respiración mágica"** de N. Ortner y A. Taylor. Gaia ediciones @gaiaeditions
- **"El despertar de la ranita" y "Tranquilos y atentos como una rana"** de Eline Snel. Editorial Kairós.
- **"Respira"** de Inés Castel Branco. Editorial Akiara.
- **"Cinco Loritos"** "son unos cuentos pensados y escritos para trabajar sobre las cinco emociones básicas (miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto), centrándonos sobre todo en el miedo que suele producir en el niño y la niña la toma de contacto con el instrumental médico y un medio desconocido como el hospital".
- **"CINCO LORITOS"**
 - Don Hospital
 - Doña Pincha Jeringa
 - Don Tensio Metro
 - Don Oto Scopio
 - Don Depre Sor
 - Don Mendo Fonendo de Orientación Andújar (Se pueden descargar y ver en *YouTube*).

DIBUJOS ANIMADOS

- **"Doctora juguetes"**
- **"Daniel tigre", "Pocoyo", "Teo" y "Tiburón bebé"** tienen capítulos que abordan la consulta al médico.



ACNÉ EN PEDIATRÍA: GUÍA PARA EL MÉDICO PEDIATRA

*Dra. Marianela Palmieri**

INTRODUCCIÓN

El acné es una afección inflamatoria crónica, común en la adolescencia, pero su inicio puede darse a cualquier edad, incluyendo la infancia. A pesar de ser una condición benigna en la mayoría de los casos, el acné puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los niños y adolescentes, afectando su autoestima y bienestar emocional.

Este artículo tiene como objetivo proporcionar al pediatra una guía actualizada sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo del acné en la población pediátrica. Se revisarán los últimos avances en la fisiopatología, clasificación, diagnóstico y tratamiento del acné, así como las complicaciones y el pronóstico. Además, se proporcionarán recomendaciones prácticas para el manejo clínico de esta afección común en la consulta pediátrica.

La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos del acné, la identificación temprana de las lesiones y la implementación de tratamientos adecuados son fundamentales para mejorar el pronóstico y minimizar las secuelas a largo plazo.

FISIOPATOLOGÍA DEL ACNÉ

La fisiopatología del acné es multifactorial y compleja, involucrando una interacción de factores hormonales, genéticos, bacterianos y de la respuesta inflamatoria del huésped.

Componentes clave de la fisiopatología

Hiperproducción de sebo

Estimulada por los andrógenos, la glándula sebácea produce un exceso de sebo. El sebo, junto con las células muertas de la piel, obstruye el folículo piloso.

Hiperqueratinización folicular

Las células de la pared folicular se adhieren más fuertemente, formando un tapón que obstruye el folículo. Esta obstrucción favorece la proliferación bacteriana.

Colonización bacteriana

Propionibacterium acnes es la bacteria predominante en los folículos obstruidos. La bacteria metaboliza los lípidos del sebo, produciendo ácidos grasos libres que inducen una respuesta inflamatoria.

Respuesta inflamatoria

Los neutrófilos, los macrófagos y otras células inmunitarias se reclutan hacia el folículo inflamado. Se liberan mediadores inflamatorios, como las citoquinas, que amplifican la respuesta inflamatoria y dañan los tejidos circundantes.

El microbioma y el acné

El microbioma cutáneo es el conjunto de microorganismos (bacterias, hongos y virus) que habitan de forma natural en nuestra piel. Estos microorganismos no son nuestros enemigos, sino que forman parte de un ecosistema complejo que desempeña un papel crucial en la salud de la piel.

En el caso del acné, se ha observado que existe una *disbiosis* o desequilibrio en la microbiota cutánea. Esto significa que la cantidad y tipo de bacterias presentes en la piel de una persona con acné son diferentes a las de una persona con piel sana.

CLASIFICACIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL ACNÉ

La clasificación del acné permite una evaluación más precisa de la gravedad y facilita la elección del tratamiento adecuado. Las manifestaciones clínicas son diversas y van desde lesiones no inflamatorias hasta lesiones inflamatorias más severas.

* Especialista en Dermatología Infantil. Docente Universitaria.
Diplomada en Cuidado de heridas crónicas. Hospital General de Niños Pedro Elizalde.

CLASIFICACIÓN DEL ACNÉ

Existen diversas formas de clasificar el acné, pero una de las más utilizadas es la que se basa en la gravedad y el tipo de lesiones presentes:

- **Acné comedoniano:** Predominan los comedones (puntos blancos y negros). Es la forma más leve de acné (*Figura 1*).
- **Acné papulopustuloso:** Además de comedones, se presentan pápulas (lesiones sólidas elevadas) y pústulas (*Figura 2*).
- **Acné nodular quístico:** Se caracteriza por la presencia de nódulos (lesiones grandes, dolorosas y profundas) y quistes. Es la forma más grave de acné (*Figura 3*).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las lesiones típicas del acné incluyen:

- **Comedones:**
 - Comedones abiertos: puntos negros, formados por sebo oxidado en la apertura del folículo piloso.
 - Comedones cerrados: puntos blancos, formados por sebo atrapado debajo de la piel.
- **Pápulas:** pequeñas protuberancias rojas, sensibles e inflamadas.
- **Pústulas:** lesiones elevadas con contenido purulento.
- **Nódulos:** lesiones grandes, dolorosas y profundas, que pueden dejar cicatrices.

Figura 1. acné comedónico



Figura 2. acné pápulo-pustulosos



Figura 3. acné nódulo-quístico



- **Quistes:** lesiones grandes, purulentas y que pueden causar dolor intenso.

LOCALIZACIÓN

El acné suele aparecer en áreas con mayor concentración de glándulas sebáceas, como:

- Cara: frente, nariz, mejillas y mentón.
- Espalda: parte superior.
- Pecho
- Hombros

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GRAVEDAD Y DURACIÓN

- **Edad:** el acné suele aparecer en la adolescencia, pero puede ocurrir a cualquier edad.
- **Hormonas:** los cambios hormonales, especialmente durante la pubertad, desempeñan un papel importante.
- **Genética:** la predisposición genética influye en la gravedad y duración del acné.
- **Factores ambientales:** la dieta, el estrés y ciertos medicamentos pueden empeorar el acné.

COMPLICACIONES

- **Cicatrices:** las lesiones inflamatorias severas pueden dejar cicatrices permanentes.
- **Hiperpigmentación postinflamatoria:** manchas o máculas oscuras en la piel después de la inflamación.
- **Impacto psicológico:** el acné puede afectar la autoestima y la calidad de vida de los pacientes

Es importante destacar que la clasificación y las manifestaciones clínicas del acné pueden variar de un paciente a otro.

SUBTIPOS DE ACNÉ

Si bien el acné vulgar es la forma más común, existen otros subtipos de acné, cada uno con características clínicas y patogénicas particulares. Estos subtipos pueden requerir enfoques terapéuticos más específicos.

1. Acné conglobata:

- Forma más grave de acné, con lesiones nodulares y quísticas grandes y dolorosas que pueden fusionarse formando abscesos.
- A menudo se acompaña de fiebre y malestar general.
- Puede dejar cicatrices importantes y deformidades.

2. Acné fulminans:

- Forma muy rara y grave de acné, que se presenta con lesiones nóduloquísticas grandes y dolorosas, fiebre alta, malestar general y elevación de los marcadores inflamatorios.
- Puede afectar huesos y articulaciones.

3. Acné cosmético:

- Causado por el uso de productos cosméticos comedogénicos que obstruyen los poros.
- Se caracteriza por la aparición de comedones y, en ocasiones, lesiones inflamatorias.

4. Acné mecánico:

- Relacionado con la fricción o presión sobre la piel, como el uso de cascos o mochilas.

- Se manifiesta con la aparición de pápulas y pústulas en las áreas de roce.

5. **Acné medicamentoso:**

- Inducido por el uso de ciertos medicamentos, como corticosteroides, yoduros, litio y algunos anticonvulsivantes.

- Las manifestaciones clínicas pueden variar según el fármaco.

6. **Acné profesional:**

- Asociado a ciertas ocupaciones que exponen a la piel a sustancias irritantes o comedogénicas.

- Se observa en trabajadores de la industria, cocineros, etc.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante diferenciar estos subtipos de acné de otras afecciones cutáneas que pueden simular el acné, como:

- **Rosácea:** enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta principalmente la cara y no presenta comedones.
- **Dermatitis perioral:** erupción eritematosa alrededor de la boca.
- **Foliculitis:** pueden confundirse con las lesiones del acné

DIAGNÓSTICO DEL ACNÉ

El diagnóstico del acné generalmente se basa en un examen físico detallado de las lesiones cutáneas. *No suele requerir pruebas de laboratorio adicionales* a menos que se sospeche una causa subyacente o se consideren tratamientos más complejos.

Examen Físico

El profesional a cargo evaluará:

- **Tipo de lesiones:** comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes.
- **Distribución:** cara, espalda, pecho, hombros.
- **Severidad:** leve, moderada, severa.
- **Presencia de complicaciones:** cicatrices, hiperpigmentación.

Historia Clínica

Además del examen físico, el dermatólogo realizará una historia clínica detallada para identificar posibles factores desencadenantes, como:

- Antecedentes familiares de acné.
- Hábitos de cuidado de la piel.
- Uso de cosméticos y medicamentos.

- Dieta.
- Estrés.
- Enfermedades subyacentes.

TRATAMIENTO DEL ACNÉ (ver algoritmo)

El objetivo principal del tratamiento del acné es controlar la inflamación, reducir la formación de comedones y prevenir las cicatrices. La elección del tratamiento dependerá de la gravedad del acné, la edad del paciente y la tolerancia a los medicamentos.

Tratamiento Tópico

Retinoides: son el pilar del tratamiento tópico del acné. Actúan reduciendo la formación de comedones y la inflamación. Los retinoides más utilizados en pediatría incluyen adapaleno, tretinoína y tazaroteno.

Ventajas: alta eficacia, mejora a largo plazo.

Efectos adversos: irritación inicial, sequedad, eritema.

Peróxido de benzoilo: acción comedolítica y antibacteriana. Es útil en el tratamiento de lesiones inflamatorias. Se encuentra en concentraciones de 2,5 %, 5% y 10 %.

Ventajas: buena tolerancia, eficaz en el tratamiento de lesiones inflamatorias.

Efectos adversos: puede causar sequedad y decoloración de la piel.

Antibióticos tópicos: se utilizan para tratar las lesiones inflamatorias y prevenir la resistencia bacteriana. Los más comunes son la clindamicina 1% y la eritromicina 4%

Ventajas: Eficacia en el tratamiento de lesiones inflamatorias.

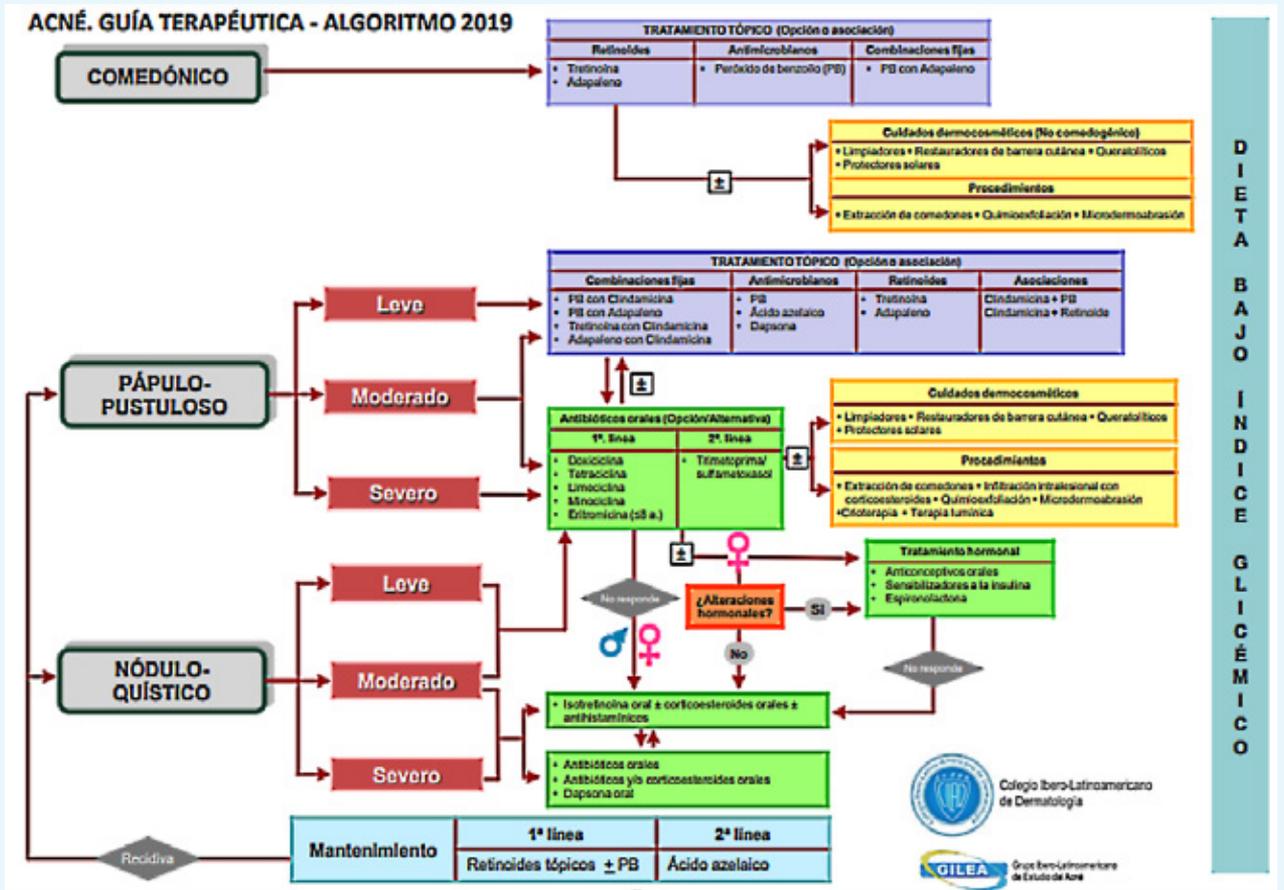
Efectos adversos: resistencia bacteriana.

Otras opciones: Ácido azelaico, niacinamida, productos combinados

¿Por qué combinar tratamientos?

- **Acción sinérgica:** diferentes ingredientes pueden actuar de forma sinérgica, potenciando su efecto individual.
- **Amplio espectro de acción:** combinaciones de tratamientos pueden abordar múltiples factores del acné, como la inflamación, la proliferación bacteriana y la obstrucción de los poros.
- **Reducción de la resistencia:** al combinar di-

Acné. Guía terapéutica - Algoritmo 2019



D I E T A B A J O I N D I C E G L I C É M I C O

ferentes agentes, se reduce el riesgo de que las bacterias desarrollen resistencia a un solo tratamiento.

Combinaciones comunes

- **Peróxido de benzoilo + retinoides:** esta combinación es una de las más utilizadas y efectivas. El peróxido de benzoilo mata las bacterias que causan el acné y reduce la inflamación, mientras que los retinoides (como el adapaleno o la tretinoína) promueven la renovación celular, desobstruyen los poros y reducen la producción de sebo.
- **Peróxido de benzoilo + antibióticos:** la combinación de peróxido de benzoilo con antibióticos como la clindamicina o la eritromicina es útil para controlar las infecciones bacterianas asociadas al acné.
- **Retinoides + ácido azelaico:** esta combinación es eficaz para reducir la inflamación y la producción de sebo, además de tener propiedades despigmentantes.

- **Ácido salicílico + peróxido de benzoilo:** el ácido salicílico ayuda a exfoliar la piel y a eliminar las células muertas, mientras que el peróxido de benzoilo combate las bacterias.

Consideraciones importantes

- **Tolerancia individual:** la tolerancia a los tratamientos tópicos puede variar de una persona a otra. Es importante iniciar con concentraciones bajas y aumentar gradualmente, si es necesario.
- **Efectos secundarios:** los tratamientos tópicos pueden causar irritación, sequedad y enrojecimiento. Es fundamental seguir las indicaciones del dermatólogo y consultar ante cualquier reacción adversa.
- **Duración del tratamiento:** el tratamiento del acné requiere constancia. Los resultados pueden tardar en aparecer, y es importante continuar el tratamiento incluso después de que los brotes hayan mejorado

Tratamiento Sistémico:

- **Antibióticos orales:** se utilizan en casos de acné moderado a severo, especialmente cuando el tratamiento tópico ha fallado. Las tetraciclinas (minociclina, doxiciclina) y las macrólidos (eritromicina) son las más utilizadas
 - Ventajas: rápida respuesta, eficaz en lesiones inflamatorias
 - Efectos adversos: resistencia bacteriana, fotosensibilidad, trastornos gastrointestinales.
- **Anticonceptivos orales:** en mujeres, pueden ser útiles para regular las hormonas y reducir la producción de sebo.
- **Isotretinoína:** medicamento derivado sintético de la vitamina A. Se reserva para casos de acné severo que no responden a otros tratamientos.
- **Medidas generales:** limpieza facial adecuada, evitar manipular las lesiones, protección solar.

¿Cuándo se utiliza la isotretinoína?

- Acné nodular: lesiones profundas y dolorosas.
- Acné conglobata: forma grave de acné con múltiples nódulos, quistes y fístulas.
- Acné con riesgo de cicatrización permanente: cuando existe una alta probabilidad de que el acné deje marcas significativas en la piel.

¿Cómo actúa la isotretinoína?

- Reduce la producción de sebo: disminuye la actividad de las glándulas sebáceas, lo que reduce la cantidad de aceite en la piel.
- Disminuye la inflamación: reduce la respuesta inflamatoria del cuerpo al acné.
- Modifica la calidad de la piel: hace que la piel sea menos propensa a obstruirse.

La isotretinoína puede causar efectos secundarios significativos. Algunos de los más comunes incluyen:

- Sequedad de piel, labios y ojos: Es muy común y se puede aliviar con hidratantes.
- Aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Sensibilidad a la luz solar.
- Depresión y otros problemas de salud mental.

Debido a los posibles efectos secundarios, el tratamiento con isotretinoína debe realizarse bajo estricta vigilancia médica.

Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental:

- Realizar pruebas de embarazo: las mujeres

en edad fértil deben realizarse una prueba de embarazo antes de iniciar el tratamiento y cada mes durante el mismo.

- Utilizar dos métodos anticonceptivos: durante el tratamiento y al menos un mes después, se deben utilizar dos métodos anticonceptivos efectivos.
- Solicitar hemograma, función renal y hepática.
- Informar al médico sobre cualquier otro medicamento que se esté tomando.

SEGUIMIENTO:

Es fundamental realizar un seguimiento regular de los pacientes para evaluar la respuesta al tratamiento, ajustar la dosis o cambiar el tratamiento si es necesario.

Otros tratamientos para el acné: Luz pulsada y Peelings químicos.

Además de los tratamientos farmacológicos tradicionales, la luz pulsada intensa (IPL) y los peelings se han posicionado como opciones complementarias en el tratamiento del acné. Estos procedimientos ofrecen una serie de beneficios y pueden ser especialmente útiles en ciertos casos.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

- **Educación del paciente:** Es esencial educar al paciente y a su familia sobre el acné, su tratamiento y la importancia de la adherencia al tratamiento.
- **Combinación de tratamientos:** En muchos casos, la combinación de diferentes tratamientos tópicos puede ser más eficaz que el uso de un solo agente.
- **Paciencia:** El tratamiento del acné requiere paciencia, ya que los resultados pueden tardar varias semanas en aparecer.
- **Evitar factores desencadenantes:** Recomendar al paciente evitar factores que puedan empeorar el acné, como el estrés, una dieta rica en grasas y el uso de productos comedogénicos.

El rol de la dieta en el Acné:

¿Mito o realidad?

La relación entre la dieta y el acné ha sido objeto de debate durante muchos años. Si bien no existe una evidencia científica concluyente que demuestre que ciertos alimentos causen directamente el acné, algunos estudios sugieren que ciertos patrones dietéticos pueden influir en su aparición y gravedad.

¿Qué dicen los estudios?

- **Dieta de alto índice glucémico:** Alimentos con alto índice glucémico, como los azúcares refinados y los alimentos procesados, pueden aumentar los niveles de insulina y los factores de crecimiento similares a la insulina (IGF-1), lo que a su vez podría estimular la producción de sebo y agravar el acné.
- **Lácteos:** Algunos estudios han asociado el consumo de leche y otros productos lácteos con un mayor riesgo de acné, especialmente en adolescentes. Se cree que las hormonas presentes en la leche podrían influir en la producción de sebo.
- **Grasas:** Las dietas ricas en grasas saturadas y trans se han relacionado con un empeoramiento del acné, mientras que las grasas saludables, como los ácidos grasos omega-3, podrían tener un efecto beneficioso.

¿Qué alimentos evitar?

Aunque no hay una lista definitiva de alimentos prohibidos para las personas con acné, se recomienda limitar el consumo de:

- Alimentos procesados y azúcares refinados: Galletas, dulces, refrescos, etc.
- Lácteos: Leche, yogur, queso.
- Carnes rojas y grasas saturadas: Embutidos, carnes procesadas.

¿Qué alimentos son beneficiosos?

- Frutas y verduras: Ricas en antioxidantes y vitaminas que ayudan a combatir la inflamación.
- Proteínas magras: Pollo, pescado, legumbres.
- Grasas saludables: Aguacate, frutos secos, semillas.
- Agua: Ayuda a mantener la piel hidratada y eliminar toxinas.

RESUMEN

- **El acné es una condición tratable,** multifactorial que requiere un diagnóstico preciso, un enfoque integral y un plan de tratamiento personalizado que dependerá de la gravedad del acné, el tipo de lesiones y la respuesta individual del paciente.
- **Existen múltiples opciones:** Los tratamientos incluyen medicamentos tópicos (retinoides, peróxido de benzoilo, antibióticos), medicamentos orales (antibióticos, anticonceptivos, isotretinoína), procedimientos como la luz

pulsada intensa y los peelings químicos, y medidas generales de cuidado de la piel.

- **La combinación de tratamientos:** A menudo, se combinan diferentes tratamientos para obtener mejores resultados.
- **La paciencia es clave:** Los resultados del tratamiento pueden tardar en aparecer, y es importante seguir las indicaciones del dermatólogo.
- **El apoyo emocional es fundamental:** El acné puede tener un impacto significativo en la autoestima, por lo que es importante buscar apoyo emocional durante el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poole CN, McNair V. Infantile Acne. 2023 Jul 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31082168.
2. Samyia M, Lam JM. Acné infantil. CMAJ. 6 de diciembre de 2016; 188(17-18):E540. doi: 10.1503/cmaj.160139. PMID: 27873756; PMCID: PMC5135542.
3. Katsambas AD, Stefanaki C, Cunliffe WJ. Guidelines for treating acne. Clin Dermatol. 2004 Sep-Oct;22(5):439-44. doi: 10.1016/j.clindermatol.2004.03.002. PMID: 15556732.
4. Chen Y, Knight R, Gallo RL. Evolving approaches to profiling the microbiome in skin disease. Front Immunol. 2023 Apr 4; 14:1151527. doi: 10.3389/fimmu.2023.1151527. PMID: 37081873; PMCID: PMC10110978.
5. Castelo-Soccio L, McMahon P. Dermatología pediátrica. J Clin Aesthet Dermatol. 2017 Mar;10(3):S8-S15. PMID: 28360970; PMCID: PMC5367868.
6. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Dermatology: how to manage acne vulgaris. Drugs Context. 2021 Oct 11;10:2021-8-6. doi: 10.7573/dic.2021-8-6. PMID: 34691199; PMCID: PMC8510514.
7. González-Mondragón EA, Ganoza-Granados LDC, Toledo-Bahena ME, Valencia-Herrera AM, Duarte-Abdala MR, Camargo-Sánchez KA, Mena-Cedillos CA. Acne and diet: a review of pathogenic mechanisms. Bol Med Hosp Infant Mex. 2022;79(2):83-90. English. doi: 10.24875/BMHIM.21000088. PMID: 35468121.
8. Picardo M, Eichenfield LF, Tan J. Acné y rosácea. Dermatol Ther (Heidelb). 2017;7(Suppl 1):43-52. doi: 10.1007/s13555-016-0168-8. PMID: 28150107; PMCID: PMC5289119.
9. Campos-Muñoz L, Belmar Madrid C, Conde-Taboada A, Iglesias Puzas A, Gonzalez Guerra E, López-Bran E. Calidad de vida en niños con enfermedades de la piel: una muestra española. An Pediatr (Engl Ed). 2023 Sep;99(3):170-175. doi:

- 10.1016/j.anpede.2023.08.007. Epub 2023 Aug 30. PMID: 37658021.
10. Tugrul B, Demirdag HG, Aslan C, Mustu Koryürek Ö. An overlooked burden of acne in adolescents: the psychosocial well-being of their families. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023 Jul;99(1):37-43. doi: 10.1016/j.anpede.2023.06.009. Epub 2023 Jun 12. PMID: 37316404.
 11. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander SF, Levy M, Lucky A, Mancini AJ, Orlow SJ, Yan AC, Vaux KK, Webster G, Zaenglein AL, Thiboutot DM; American Acne and Rosacea Society. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics*. 2013 May;131 Suppl 3:S163-86. doi: 10.1542/peds.2013-0490B. PMID: 23637225.
 12. Liu H, Yu H, Xia J, Liu L, Liu GJ, Sang H, Peinemann F. Topical azelaic acid, salicylic acid, nicotinamide, sulphur, zinc and fruit acid (alpha-hydroxy acid) for acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 1;5(5):CD011368. doi: 10.1002/14651858.CD011368.pub2. PMID: 32356369; PMCID: PMC7193765.
 13. Chandrasekaran S, De Sousa JFM, Paghdar S, Khan TM, Patel NP, Tsouklidis N. Is Isotretinoin in Acne Patients a Psychological Boon or a Bane: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug 2; 13(8):e16834. doi: 10.7759/cureus.16834. PMID: 34513424; PMCID: PMC8407467.
 14. A Kaminsky, M Florez-White, MI Arias, E Bagatin en nombre del Grupo Ibero Latinoamericano de Estudio del Acné (GILEA-CILAD). *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43 (1): 18-23.
 15. https://www.cilad.org/educacion/Cap_cientificos/GILEA/2019/ACNE_algorithmo2019.pdf
- 



Historia de nuestros hospitales

HOSPITAL DE ODONTOLOGÍA INFANTIL “DON BENITO QUINQUELA MARTÍN”

*Dra. Viviana Soligo**

El Hospital de Odontología Infantil “Don Benito Quinquela Martín”, ubicado en la avenida Pedro de Mendoza esquina Palos, del barrio de La Boca, fue inaugurado el 1 de abril de 1959. En la foto del frente actual se observa cómo atraviesa el aire el mascarón de proa que el propio Don Quinquela hizo para el *Lactarium* n° 4 de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Esto se debe a que Don Benito quiso donar un hospital para su barrio y ofreció el terreno para su construcción. La propuesta fue rechazada en 1941 por falta de presupuesto y por superponerse con la zona de influencia del Hospital Argerich.

Don Quinquela optó por aceptar un cambio de destino para este terreno y el 4 de octubre de 1947 se inauguró, con una fiesta popular, el Lactario Municipal N° 4 que era un banco de leche materna donada. (Figura 1).

Finalmente en 1959 se cambió el destino del inmueble inaugurándose el Hospital de Odontología que lleva su nombre. El mismo está destinado a la atención odontológica de niños y adolescentes, de acuerdo a la voluntad de su mentor y benefactor. Es el único hospital odontológico infantojuvenil de toda la red de salud de la Ciudad de Buenos Aires. (Figura 2)

Figura 1. Lactario Municipal N° 4



* Médica Pediatra. Región Metropolitana SAP

Figura 2. Hospital de Odontología Infantil “Don Benito Quinquela Martín”



Por supuesto el nombre de la institución es un homenaje a quien donó el terreno en el que se encuentra el centro sanitario.

Benito Quinquela Martín (1890- 1977), cuyo nombre de nacimiento era Benito Juan Martín, fue un pintor argentino proveniente del barrio porteño de La Boca. Hijo de progenitores desconocidos, que lo abandonaron en la Casa de Niños Expósitos. Fue adoptado a los 7 años de vida por la familia Chinchella, dueños de una carbonería.

Don *Benito “Quinquela” Martín* no sólo fue parte de la historia del barrio de La Boca sino que, también, hizo todo lo posible por mejorarlo y transformarlo. Pintó los frentes de las casas de los vecinos y las carcasas de los barcos del Riachuelo. Sus obras son inmejorables registros del ambiente laboral del barrio en el que transcurrió su vida.

El centro odontológico asiste anualmente, en forma integral, a 60.000 pacientes de hasta 15 años de edad. Es un hospital monovalente de alta complejidad, que abarca todas las especialidades odontológicas en forma multidisciplinaria.

Su estructura organizada en áreas multidisciplinarias facilita este tipo de atención, presentando todas las especialidades odontológicas incluyendo, por supuesto, la Odontopediatría y la prevención de la salud bucal.

Como ya fue referido, es el único establecimiento odonto-pedriátrico de los 33 hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Cuenta con 41 Unidades Funcionales Odontológicas completas (equipos) y un quirófano para cirugías dentomaxilares. El Hospital ofrece Guardias de 24 horas, de lunes a lunes.

La atención incluye un primer turno en el que el niño pasa por la Sala de Admisión y de allí será derivado a los distintos Servicios: Clínica, Endodoncia, Cirugía, Radiología, Discapacidad, Ortodoncia y Ortopedia. También cuenta con un Servicio Médico Pediátrico, Psicología Infantil y Psicopedagogía.



Carlos Chilotegui, odontólogo-odontopediatra, MN 13664 nos cuenta su experiencia personal como parte de la breve historia del centro asistencial:

“Concurrí al Hospital en el año 1975, para realizar un Curso de Postgrado de 3 meses, Casi al finalizar ese período, fui convocado por el Dr. Juan Pablo Mengide, Director del centro asistencial para desempeñarme como Odontólogo de Planta ad honorem. El 4 de agosto del mismo año, ingresé, cumpliendo un horario de 8 horas diarias de lunes a viernes. Hasta ese momento el Hospital no tenía Guardias de 24 hs. En octubre de ese año fueron creadas, y fui nombrado Titular de Guardia de 24 horas semanales, con día fijo de jueves 12 horas hasta viernes a las 12 horas- Estuve 3 años a cargo de dicha guardia, adquirí excelentes conocimientos sobre la especialidad y fue mi primer trabajo rentado. En el año 1978 fui nombrado por el Ministerio de Salud de CABA, odontólogo rentado de planta y reduje mi horario a 4 horas diarias de lunes a viernes.

El sistema en el Hospital es rotar por todos los Servicios, pudiendo decidir el servicio en el que se prefiere quedar en forma permanente. Elegí el Servicio de Radiología. Allí se realizan distintas

clases de placas incluidas tele radiografías, rx panorámicas y placas de 3x4 y 2x3.

Al cumplir 5 años ininterrumpidos se podía obtener la Especialidad en Odontopediatría.

Esto me abrió las puertas en el resto de mi vida laboral. En realidad, ironías de la vida, fui por 3 meses y me quedé 10 años”.

Carlos nos explica que se siente orgulloso de haber sido integrante del plantel de un hospital que reúne prestaciones de excelencia y el espíritu solidario de quien soñó con que todos los pibes puedan gozar de salud bucal y sonreír agradecidos por el amor que inspiró a Don Benito y a todos los profesionales que trabajan en una institución que honra la memoria del artista y la historia de su barrio.

FUENTES

- https://www.red-dental.com/O_V15701.HTM
- https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Quinquela_Mart%C3%ADn
- <https://centrodocumental.acumar.gob.ar/items/show/8389> (foto antiguo lactario)
- <https://www.pharmabaires.com/salud-e-interes-publico/1338-homenaje-al-hospital-de-odontologia-infantil-y-a-benito-quinquela-martin.html> (foto frente actual)



VÍNCULO DE APEGO Y SU IMPACTO EN EL NEURODESARROLLO

*Dra. Gladys M. Convertini **

INTRODUCCIÓN

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional. John Bowlby (1907-1991), elaboró su teoría en base a conexiones con otras teorías que lo llevaron a encontrar las respuestas que no hallaba en la teoría psicoanalítica. Comenzó con las investigaciones en 1956, teniendo como objetivo examinar y documentar las observaciones sobre la forma en que los niños pequeños reaccionaban ante el alejamiento temporal de la madre, cómo influía sobre el niño el cuidado maternal inadecuado y sus consecuencias a corto y a largo plazo. Cuando comenzó a investigar sistemáticamente los efectos de la separación del binomio madre-hijo en etapas precoces del desarrollo, definió las siguientes etapas:

- 1) Etapa de protesta**, de pocas horas a 1 semana o más, caracterizada por una preocupación marcada acerca de la ubicación de la figura de apego, que se expresaba en llamadas esperanzadas y llanto.
- 2) Etapa de desesperanza**: Al cabo de unos días, si la separación persistía, atravesaban por una fase de desesperación; aún preocupados por el progenitor perdido, reducían drásticamente sus movimientos, llorando en forma monótona o intermitente.
- 3) Etapa de desapego**: en esta etapa, comenzaban a mostrar mayor interés por el ambiente, no evidenciando rechazo a sus cuidadores, dando una falsa sensación de mejoría. En caso del reencuentro con la figura de apego, los niños ignoraban y evitaban activamente el contacto con la misma. Se los veía contentos, sin miedo aparente al entorno, superficialmente adaptados.

Luego de varios años de investigación, llegó a la conclusión de que la pérdida de la figura materna, era capaz de producir reacciones y procesos que podían tener manifestaciones aún en la etapa adulta, bloqueando la posibilidad de entablar relaciones profundas y saludables en la adultez

FORMACIÓN DE LA CONDUCTA DE APEGO

El apego es un sistema innato cerebral, instintivo y determinado biológicamente, que evoluciona organizando los procesos de motivación, emoción y de memoria con respecto a las figuras de apego. Este sistema básico, lo lleva al niño a crear vínculos selectivos con figuras significativas en su vida, le otorga sentido de seguridad brindándole la posibilidad de explorar el mundo y un esquema interno de sí mismo en su relación con la figura de apego. Aunque es concebido como pre-programado, como la alimentación, la conducta sexual y la exploratoria, su desarrollo saludable dependerá de cómo lo traten, cuán querido y aceptado se sienta.

Por su parte, el adulto también experimentará un poderoso impulso de comportarse de manera típica (abrazos, alzarlo, consolarlo, mantenerlo abrigado), que dependerá de cómo ha sido su relación con sus propios padres en su infancia.

Bowlby plantea 5 pautas de conducta que forjan el apego del bebé con su madre: **Succión, Aferramiento, Seguimiento, Llanto, y Sonrisas**. Luego, agrega una 6ª pauta que es la **Llamada**. El recién nacido, a través de sus sentidos, se encuentra capacitado para apropiarse del medio que lo rodea e internalizar las experiencias que le permitirán aprender y desarrollarse gradualmente hacia la autonomía.

Durante varios meses, son las propias acciones de la madre, las que aseguran y mantienen la proximidad con el hijo. El bebé puede distinguir a la madre de otra persona, antes de poder aferrarse a ella o poder seguirla activamente ante su alejamiento. Esas capacidades le permiten entrar en interacción social de una forma muy elemental

* Médica Especialista en Pediatría y en Desarrollo Infantil (UBA). Especialista en Gestión en Salud. Profesora Universitaria.

e inmadura, y mientras ese Otro, cuenta con capacidades maduras y ya desarrolladas para participar exitosamente en esa interacción.

Desde los primeros momentos de la vida la relación entre esa madre y ese bebé se va moldeando en una forma específica para cada diada, y el bebé, al poco tiempo, puede comenzar a hacer predicciones, tener expectativas de cómo su cuidador primario se va a conducir en determinada circunstancia. La experiencia de las repetidas interacciones se graba en su memoria y sabe qué puede esperar de su figura de apego en cada necesidad; sin duda, la conducta materna induce un cambio en la expresión de los genes mediante la interacción con ella, fenómeno conocido como “epigenética”.

Un buen apego incluye dos aspectos fundamentales: base segura y exploración. El concepto de **base segura** a partir de la cual el niño, adolescente e incluso adulto, salen a explorar y a la cual regresan, es decisivo para comprender el modo en que una persona emocionalmente estable se desarrolla y funciona a lo largo de su vida y para ello es imprescindible que los padres proporcionen ambos aspectos.

El sentirse seguro le permitirá, además, explorar el mundo sabiendo que puede regresar a su figura de apego cuando lo necesite. Esta conducta, organizada y madura, se manifiesta después de los 6 meses de vida y ya al año de vida, un niño sabe lo que puede esperar de sus cuidadores y cuál es la estrategia que mejor le va a servir para sobrevivir y le permite conocer cómo modificar su conducta para generar diferentes acciones de su entorno.

Alrededor de los 18 meses, usando la memoria evocativa, trae a su mente una imagen de la figura de apego que le ayuda a sentirse confortado, internalizando esa imagen a través de voces, rostros, aromas y sensaciones táctiles. Para que esto pueda desarrollarse, el niño debe haber adquirido la capacidad de representación mental de su objeto de amor, permitiéndole establecer comparaciones durante su ausencia y reconocerla cuando regresa. Se activa especialmente por dolor, fatiga, temor o inaccesibilidad del cuidador primario. La seguridad o inseguridad en el apego no es propiedad exclusiva del niño sino de la relación niño-cuidador que posteriormente se internaliza.

TIPOS DE APEGO

Mary Ainsworth (1913-1999), en 1977, estudió en Uganda y posteriormente en familias de hogares blancos de clase media de Baltimore, el desarrollo de la interacción madre-hijo en el primer año de vida. Encontró diferencias sustanciales en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego mediante la prueba de la Situación del extraño (Strange Situation) que permitía activar la **vivencia** de peligro, desencadenar las conductas de apego, evaluar la búsqueda de protección, valorar cómo el niño restablecía su equilibrio homeostático y retomaba la conducta exploratoria.

Pudo definir así tres tipos de apego:

a. Niños de apego seguro

Estos niños se caracterizaban por tener a sus madres como una base segura para explorar la habitación. Cuando las madres salían, disminuía su conducta exploratoria mostrándose visiblemente afectados. Su regreso los alegraba y se acercaban a ellas buscando el contacto físico por unos instantes para luego continuar con la exploración. Analizando estos hogares encontró que sus madres eran sensibles, accesibles y responsivas a las llamadas del bebé. Lo consideró un patrón saludable en sus conductas de apego. Estar apegado en forma segura implica que un individuo confía en su figura de apego, le permite sentirse valorado y poder generar vínculos saludables con sus afectos. Representó el 65-70% de los niños observados en distintas investigaciones.

b. Niños de apego inseguro-evitativo

Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Exploraban e inspeccionaban los juguetes sin utilizar a sus madres como base segura, ignorándolas. No se sentían perturbados cuando éstas abandonaban la habitación, no buscaban su proximidad a su regreso, se mostraban esquivos y aislados, tratando amistosamente al extraño. Observando estos hogares, las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a sus necesidades, rechazando el contacto corporal, carentes de expresividad emocional. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la

proximidad de la madre. Estar apegado en forma insegura implicaba que el niño no podía confiar en la figura de apego como proveedora de protección y seguridad, separándose emocionalmente de quien debía protegerlo. Representó el 20% del total de niños estudiados.

c. Niños de apego inseguro-ambivalente

Estos niños exploraban poco el ambiente, preocupados por el paradero de sus madres, presentaban un mayor discomfort, tanto en la separación como en la reunión, enojados, temerosos, con una permanente hiperactivación de la conducta de apego, mostrando tensión y ambivalencia ante la figura de apego. En el hogar, sus madres habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras, manifestando respuestas impredecibles. Representó el 10% en los estudios realizados.

d. Niños de apego inseguro desorganizado/desorientado

Posteriormente, se describió este cuarto tipo que inicialmente eran considerados como inclasificables y se lo consideró predictor de psicopatología grave. Se trataba de niños que, incapaces de regular sus emociones con la figura de apego, mostraban una carencia de estrategia de apego coherente, manifestada con conductas contradictorias de acercamiento seguidas de conductas de evitación o confusión. Manifestaban movimientos estereotipados, asimétricos y posturas anómalas, y expresiones faciales de temor. Sus madres compartían características de ser atemorizantes, sin poder responder a las necesidades de apego de sus bebés. Se trataba de mujeres deprimidas, que habían sido muchas veces abusadas física o sexualmente en la infancia, con situaciones traumáticas o de duelo no resueltas que les impedía una conducta empática con sus hijos. Estas respuestas contradictorias iban creando en los niños un modelo representativo interno de sí mismo, como no merecedores de afecto, incapaces de tener relaciones afectivas saludables.

APEGOS MÚLTIPLES

Numerosas observaciones infantiles confirmaban que normalmente los niños son capaces de establecer vínculos de apego con

distintas figuras (padres, abuelos, hermanos, tíos) siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas. El tipo de apego que genere con cada figura podrá ser diferente, dependiendo de la relación que mantenga con dicha figura. Además, la existencia de varias figuras de apego puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando la elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación y la estimulación rica y variada.

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DEL APEGO

John Bowlby, ya desde sus inicios, había especulado que el sistema de apego estaba ubicado en determinadas áreas del cerebro. Años después el avance de nuevas tecnologías le dio la razón ya que se comprobó que la citoarquitectura de la corteza cerebral es esculpida por los *inputs* del medioambiente en edades tempranas del apego.

Las neurociencias han contribuido con interesantes aportes acerca de las modificaciones cerebrales en relación al vínculo madre-hijo. Varios autores descubrieron que el vínculo madre-hijo tejía las redes neurales en el cerebro del niño, modificando la estructura y la actividad de nuevas conexiones neuronales o modificando las preexistentes. Se piensa que las influencias del medio-ambiente en etapas precoces del desarrollo, podrían generar modificaciones epigenéticas, generando cambios tanto en la organización del Sistema Nervioso como en su funcionamiento. La relación de apego facilita rutas neurales que se desarrollan en el **cerebro derecho**, donde quedan estructuradas capacidades tales como la función reflexiva, los mapas corporales, la empatía, la memoria autobiográfica y la autorregulación emocional. Éste está involucrado en la regulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA) y en la activación de la respuesta al estrés (producción de factor liberador de corticotropina, glucocorticoides y cortisol).

Hay evidencia convincente que la conducta social neonatal, asociada al eje HPA, incrementa la dominancia del hemisferio derecho y que el estrés perinatal lleva a debilitar la respuesta al estrés en la corteza prefrontal que se manifiesta en la adultez. Varios autores coinciden en involucrar al **Núcleo Accumbens**, con las emociones positivas y con aspectos motivacionales en

interacción social (apego social y materno-infantil) y a la **ocitocina** y a la **vasopresina** en la plasticidad cerebral funcional. Ambas intervienen en el desarrollo del vínculo que marcará las futuras relaciones sociales. Las experiencias tanto **prenatales**, con cambios estructurales en el hipocampo, como **postnatales**, son los verdaderos arquitectos de la mente, dejando marcas indelebles en la citoarquitectura cerebral tanto conscientes como inconscientes, que podrán ser resignificados más adelante y determinarán las relaciones futuras.

EL APEGO: MÁS ALLÁ DEL AQUÍ Y AHORA

La conducta de apego permitirá generar vínculos, al principio entre el niño y el adulto y luego entre adultos. Esta conducta, no siempre es inalterable ya que se van conformando nuevos vínculos a lo largo de la vida tan significativos como aquellos primeros vínculos con sus cuidadores primarios. Se irán resignificando y modificando de acuerdo a la retroalimentación que reciban del medioambiente. A medida que el niño crece, se produce una reactualización gradual de los modelos según sea el trato que sus padres le dispensen.

Si una persona durante su infancia tuvo un apego seguro con personas significativas que se mostraron sensibles, responsivos y predecibles, en su vida posterior tendrá una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca sus relaciones.

Por el contrario, si un sujeto ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo, estable o gratificante de las relaciones que pueda establecer en su vida adulta esperando rechazos y falta de empatía. Estos patrones establecidos tempranamente en la vida tienen un gran impacto en el funcionamiento social posterior, pero las experiencias continúan influyendo en el modelo interno de apego, sugiriendo que tienen la potencialidad de trasladar al niño hacia otro tipo de apego.

Varios autores plantean un modelo de “transmisión transgeneracional de la conducta de apego”, en el cual, los fenómenos de vincularidad temprana se transmitirían de generación en generación. Las variaciones que se produzcan sobre las experiencias de cuidado materno

sobre el niño podrán servir de matriz para una **transmisión conductual no genómica**, a través de las generaciones, de las diferentes capacidades de un individuo de responder ante determinadas situaciones de estrés. Es interesante reconocer que cuando una mujer es madre, reactualiza todo lo que vivió como hija en su relación con su propia madre y lo tiende a repetirlo en forma mayoritaria, teniendo una capacidad predictiva de alrededor del 80%.

CONCLUSIÓN: SIN EMBARGO, NO TODO ESTÁ PERDIDO...

“...esta posibilidad continua de cambio significa que una persona nunca es vulnerable a cualquier adversidad y también nunca es impermeable a cambios favorables”.

Esta frase de Bowlby abre un interesante panorama para considerar que nada está determinado como algo lineal, irreversible e inevitable. Si bien la transmisión generacional tiene una base genética, las experiencias por las que atraviesa una madre en su infancia, se reactualizará cuando se exponga al maravilloso mundo de la maternidad. El lugar que ese hijo por venir ocupe en su cerebro derecho se manifestará de una u otra forma, teniendo en cuenta también la respuesta que reciba de ese recién nacido que, con sus capacidades sensoriales activas, la llevará a desplegar toda su habilidad de maternaje, produciéndose una verdadera “conversación entre 2 sistemas límbicos”.

El establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, o la experiencia de la maternidad placentera, podrían llevar a una reelaboración del modelo internalizado. Cuando una mujer logra retener y recuperar el acceso a recuerdos dolorosos de su infancia y los vuelve a procesar de tal manera que puede aceptarlos, es también capaz de responder a la conducta de apego de su hijo de forma tal que desarrolle un apego seguro.

Es tarea indispensable del Equipo de Salud profundizar en estos temas que abren la posibilidad de hacer observaciones más sutiles, incorporar una semiología ampliada y agudizar la escucha, elementos fundamentales para incorporar en la Clínica. El posicionamiento desde la Salud con el aporte invaluable de la Interdisciplina, nos permite observar las conductas de interacción de

la díada madre-hijo con una mirada preventiva e implementar una intervención oportuna, sabiendo que pequeñas modificaciones en la conducta materna pueden hacer grandes diferencias en el vínculo primario, promoviendo el logro de una adultez con relaciones maduras y saludables a quienes hoy son motivo de nuestro cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. 4a ed. España: Masson, 1977.
- Amar Amar J, Abello Ramos R, Tirado García D. Desarrollo infantil y construcción de mundo social. Barranquilla: Ediciones Uninorte, 2014.
- Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal en inconsciente. 4a reimpr. Buenos Aires: Katz Editores, 2012. 227 p.
- Bowlby J. El apego. Buenos Aires: Paidós, 2009. v 1
- Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. (Publicaciones Científicas n° 14) Washington : Organización Mundial de la Salud, 1954.
- Bowlby J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 2009. 208 p.
- Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992;28:759-775.
- Bustos M. Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008;46(3):207-215
- Castaño J O. Mitos, dogmas y realidades en neurodesarrollo a través de los años. En: Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S: Buenos Aires, Paidós, 2011. p 577-586
- Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona : Paidós, 2000. 136 p.
- Fina Pla Vila. Implicaciones de la teoría del apego y las neurociencias en la comprensión de la relación terapéutica. XV SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS. Barcelona, (2013). [Consultado el 24 de junio de 2017] Disponible en http://www.caps.cat/images/stories/Fina_Pla.pdf
- Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*. 1999;3. [Consultado el 8 de julio de 2017] Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy P, Howard S, Steele M. Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age *Child Development*, 199;62(5):891-905.
- Freud, A. Psicoanálisis del desarrollo del niño y adulto. 2a reimpr. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- Freud S. Obras completas: Volumen 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013. 280 p.
- Galán Rodríguez A. El apego: más allá de un concepto inspirador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010;30(108):581-595
- Giménez Amaya JM. Neurobiología del «vínculo de apego» y embarazo. *Cuadernos de Bioética*. 2009;20(3):333-38.
- Gómez F. Experiencias vinculares tempranas: su importancia en el intercambio psicoafectivo madre-bebe y su impacto en el neurodesarrollo. [Consultado el 31 agosto 2017]. Disponible en <http://www.psicofisiologia.com.ar>
- Horst VD, Veer VD. The ontogeny of an idea: John Bowlby and Contemporaries on Mother-Child Separation. *History of Psychology*. 2010;13(1):25-45
- Kagan J. El temperamento y su trama: cómo los genes, la cultura, el tiempo y el azar inciden en nuestra personalidad. Madrid: Editorial Katz, 2011. 247 p.
- Klein M. Obras Completas: Tomo 2. Buenos Aires: Paidós, 1987. 1-304
- Kremenchuzky, J et al. El desarrollo del cachorro humano: TGD y otros problemas. *Pediatría en Interdisciplina*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico, 2009.
- Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S: Buenos Aires, Paidós, 2011. 704 p.
- Liendo SC. El desarrollo más allá de las conductas observables: cambios cerebrales. En: Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S: Buenos Aires, Paidós, 2011. p 549-576
- Lipina S. Pobre cerebro: los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo y emocional y lo que la neurociencia puede hacer para prevenirlos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2016. 232 p.
- Main M. The organized categories of infant, child and adult attachment: flexible vs inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2000;48(4):1055-1127
- Marrone M. La teoría del apego: un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática; 2001. 401 p.
- Martínez Herrera M. Psicopatología y "teoría de las relaciones objetales". *Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*. 2014;144:147-158. [Consultado el 25 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15333872009>

- Martínez JC. Crecimiento y desarrollo desde la óptica de la medicina perinatal. El nacimiento como evento, la inteligencia antes y después de nacer. En: Lejarraga H. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos. Fano V, del Pino M, Caino S. Buenos Aires: Paidós, 2011. p 539-548
- Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr* 2014;85 (3):265-268.
- Oiberman A. Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate: Psicología, cultura y sociedad*. 2005;5:115-129 [Consultado el 4 de marzo de 2018] Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico5/5Psico%2009.pdf>
- Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004;4(1):65-81.
- Oliver M. Estrés de la infancia: prevención e intervención en Pediatría. Buenos Aires: FUNDASAP, 2009. p 1-135.
- Piaget J. *Psicología de la inteligencia*. Barcelona: Editorial Crítica, 1983. p 1-197
- Sassenfeld A. Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva. *Clínica e Investigación Relacional*. 2012;6(3):548-569. [Consultado el 20 de agosto de 2017] Disponible en <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/ID/329/Consideraciones-sobre-el-apego-los-afectos-y-la-regulacion-afectiva-Andre-Sassenfeld-J>
- Schore A. Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatrics in Review*. 2005;26(6):204-217
- Schore JR. Schore AN. Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clin Soc Work J*. 2008;36:9-20
- Siegel DJ. *The Developing Mind How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, London: Guilford Press; 1999
- Siegel DJ. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant mental health journal*. 2001; 22(1-2):67-94.
- Spitz R. *El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones objetales*. 3a ed. 9a reimpr. Madrid: Aguilar, 1977.
- Winnicott D. *Realidad y juego*. 6a ed. Barcelona: Editorial Gedisa, 1966. p 1-199
- Wisner Fries A, et al. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *PNAS*. 2005;102(47) 17237-17240. [Consultado el 15 de julio de 2017] Disponible en [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073_pnas.0504767102](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0504767102)



RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA

Entrevista al Dr. Carlos Luzzani

Dra. Irene Dechiara*

En esta edición de nuestra revista, tenemos el privilegio de presentar al *Dr. Carlos Rafael Luzzani*, un querido pediatra con una vasta trayectoria profesional. El Dr. me recibió en su cálido hogar, con la sencillez y amabilidad que lo caracterizan, para realizar una entrevista –¡más bien una cordial charla!–, en la que compartió aspectos de su vida personal y profesional, así como sus reflexiones sobre la pediatría y la importancia de dejar un legado. Agradezco profundamente su hospitalidad y la oportunidad de compartir un momento tan enriquecedor, para conocer más de cerca su historia y su pensamiento.

El Dr. Luzzani es un médico pediatra con una destacada trayectoria de más de 50 años en el campo de la pediatría, cuyo compromiso con la salud infantil y la formación de nuevas generaciones de médicos, ha dejado una huella imborrable en la comunidad médica. Graduado en Medicina en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y especializado en Pediatría, realizó su residencia médica en el Hospital Torcuato de Alvear, CABA. El Dr. Luzzani ha ejercido muchísimos años como pediatra en el Hospital Manuel Belgrano, donde llegó a ocupar los cargos de Jefe de Sala y Jefe de Servicio. Su dedicación al bienestar de los niños y su profundo sentido de la ética profesional lo destacan como un médico honesto, sencillo y de gran corazón. También es especialista en Administración Hospitalaria y Gastroenterología Infantil.

Además de su práctica asistencial, el Dr. Luzzani ha tenido un papel fundamental en la docencia, desempeñándose en instituciones como la UBA, la Universidad Abierta Interamericana y el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Ha sido ayudante, docente adjunto y director de múltiples cursos. Su pasión por el ejercicio profesional se refleja en su activa participación en la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la cual es miembro desde 1973, ocupando importantes roles de liderazgo, incluyendo la Coordinación y Dirección de la Región Metropolitana. Actualmente es Socio Vitalicio y Asesor de la Región Metropolitana SAP. En el Día de la Pediatría, 21 de octubre de 2024, recibió la designación de Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Como editor de la revista “*Noticias Metropolitanas*” durante más de 20 años, el Dr. Luzzani ha contribuido al intercambio de conocimientos y avances en pediatría, promoviendo siempre una atención digna y humanizada hacia los pacientes. Su labor ha sido reconocida con varios premios en Jornadas Científicas y en las XV Jornadas de la Región Metropolitana recibió un merecido Reconocimiento a su Trayectoria.

El Dr. Luzzani no solo es un referente en el ámbito médico, sino también un ser humano comprometido con la vida y el bienestar de los demás. Su enfoque honesto y accesible, así como su capacidad para empatizar con los pacientes y colegas, lo convierten en un pilar fundamental en la comunidad de la salud.

A continuación, los invito a compartir los relatos más destacados de la entrevista.

* Médica Pediatra- Emergentóloga Pediátrica-
Coordinadora Distrito Norte
Región Metropolitana. SAP

¡HABÍA UNA VEZ... CARLOS LUZZANI!

Dra. Irene Dechiara (ID): Bueno, Dr., gracias por recibirme en su casa, vamos a comenzar esta entrevista haciendo una “ficha técnica”. Dr. Luzzani, empecemos por lo básico, su nombre completo y la historia detrás de él. ¿Por qué lo llamaron Carlos Rafael?

Dr. Carlos Luzzani (CL): Un placer tenerte aquí, Irene. Me llamaron así por mi abuelo paterno, que se llamaba Carlos, y el abuelo materno, que se llamaba Rafael. Así que... aquí estoy: los Carlos son nombres frecuentes en la familia. Mi bisabuelo se llamaba Carlo, italiano. Su hijo mayor, Carlos José, fue mi abuelo. Mi papá, Carlos Santiago. Y luego está lo de Rafael. Mi hijo se llama Carlos Federico, así que seguimos con la tradición. ¡Pero ya no creo que haya más Carlos en la familia! (risas)

ID: ¡Ah! ¿Y su hermano también?

CL: Mi hermano Daniel, que falleció hace dos años, le puso a su hijo mayor Carlos Daniel. Para nosotros Carlitos o Charlie. En Facebook, él no quería aparecer como Carlos Luzzani, así que le puso Charlie. Pero después de buscar en internet, me apareció otro Carlos, que resultó ser hijo de un tío.

ID: Entonces, ¿tiene algún apodo con el que lo conoce todo el mundo?

CL: Sí, claro. Me han puesto varios apodos, pero el más común es “Cacho”. Me conocen así desde siempre. Como coexistíamos mi abuelo, mi papá y yo, los tres Carlos de la familia en ese momento, para distinguirme me decían “Cacho”. Mi familia me sigue llamando así. En la secundaria, me pusieron “Chino” por mis ojos rasgados, que heredé de mi mamá. Así que era “Chino” para mis amigos y “Cacho” para mi familia.

ID: Y, ¿de pequeño le decían “Cachito”?

CL: Sí, “Cachito” me decían de chico. Siempre me cantaban esa canción de “Cachito mío” en los cumpleaños, y yo quería esconderme de la vergüenza.

ID: ¿Se considera una persona tímida?

CL: Sí, siempre fui más bien reservado.

ID: Bueno, entonces, continuando con la ficha técnica... ¿cuál es su fecha de nacimiento?

CL: 12 de julio.

ID: ¿Qué signo del zodiaco es?

CL: Cáncer.



ID: ¿Y en el horóscopo chino?

CL: Rata. No le doy mucha importancia, pero de vez en cuando lo leo.

ID: ¿Sabe que comparte su fecha de nacimiento con personalidades como Falvaloro y Neruda?

CL: ¡Sí! Siempre digo que escribo poesías como el Dr. René Falvaloro y tengo la técnica quirúrgica de Neruda, aunque, claro, exagero un poco (risas)

ID: Y la hora de su nacimiento, ¿la sabe?

CL: A las 4:00 h de la mañana, un lunes de julio. Mi papá fue a buscar a la partera cruzando la Facultad de Agronomía. Hacía mucho frío. Nací en esta casa, parto domiciliario. Me dijeron que nací con 4 kg (me pesaron en una balanza casera ya que mi familia tenía almacén). Primer hijo, y, bueno, ya sabes cómo se agrandan las historias familiares...

La familia, siempre

ID: Dr., Ud. me contaba que creció en una familia muy unida. ¿Con quién vive actualmente?

CL: Con mi señora, los dos solos. Tuvimos una mascota, un perrito que falleció en 2018, un cocker, que se llamaba Toby. No quisimos tener más perros después de su muerte. Nos dio mucho trabajo porque tenía muchos problemas de salud, pero fue un gran compañero.

ID: ¿Cómo era Toby?

CL: Era marroncito y blanco, un perro muy alfa, y con los años empezó a tener problemas



dermatológicos, oftalmológicos, neurológicos, cardiológicos... no sabíamos dónde llevarlo a veces. Lo tratamos con un veterinario que era amigo de la familia, y a pesar de todo, vivió casi 15 años. Pero al final tenía cataratas, y apenas podía oler. Fue muy duro.

ID: Me imagino que lo extrañan mucho. ¿Lo enterraron en algún lugar especial?

CL: No, la verdad es que ese tipo de rituales con mascotas no me gustan mucho. Cuando fallecen personas, es diferente. Mi hermano, por ejemplo, fue cremado, y una de sus hijas tenía las cenizas en su casa. Luego las llevó a un lugar cerca de Vicente López, donde solían reunirse. Mis padres también están allí, junto con mi hermano.

ID: ¿Y cómo está compuesta su familia?

CL: Mi señora, Graciela, mis dos hijos: Federico, el mayor, y Matías, el menor. Federico vive solo y Matías está en pareja con Verónica. Ellos tienen tres gatos.

ID: ¿Y sus hermanos?

CL: Dos. Daniel, como conté ya fallecido, y Néstor.

ID: Cuéntenos: ¿cómo conoció a su señora?

CL: La conocí gracias a unos amigos que nos

presentaron. Mis amigos me decían que tenía que conocerla, y a ella le decían lo mismo de mí. Ella cursaba la escuela secundaria y yo ya estaba en la facultad. Graciela tenía 17 años cuando la conocí, pero fui honesto, no quise salir con una menor, así que esperé a que cumpliera 18 años (risas) En realidad fue una casualidad. Las fechas se dieron así.

ID: ¿Y cómo fue esa relación?

CL: Estuvimos de novios 5 años y 364 días. Literal. Dije que seis años de novios no, así que nos casamos justo un día antes. (Risas)

ID: ¿Hubo algún pedido de mano formal?

CL: No, no hubo pedido de mano formal. La primera vez que fui a la casa de mi señora, su papá se sentó conmigo y me dijo: "Bueno, tenemos que hablar". Contesté que con mi conducta bastaba...Y así quedó la cosa. Era un hombre muy correcto, estricto y antiguo.

ID: ¿Se llevaba bien con su suegro?

CL: Sí, nos llevábamos bien. Era muy formal, pero siempre correcto. Y ahora llevamos casi 50 años de casados, falta poco para nuestras bodas de oro.

ID: ¡Qué linda historia! Y cuándo se casaron ¿ya había terminado la carrera de medicina?

CL: Sí, ya estaba recibido y había terminado la residencia. No teníamos un lugar donde vivir, y esta casa, que era de mis padres, estaba alquilada, en un sector, para ayudar con los gastos. Les pedí a mis padres que me dejaran vivir aquí, y acordamos que yo pagaría lo que correspondiera. Así fue, y también compensé a mis hermanos cuando arreglamos todo. Ahora la casa está en venta, porque es muy grande, tiene 200 metros cuadrados, y no es fácil mantenerla.



Los primeros pasos: niño, adolescente y estudiante, Carlos Luzzani

ID: ¿Cómo se portaba de niño? ¿se portaba bien, hacía travesuras?

CL: Muy pocas. Era obediente, igual, alguna travesura me mandaba.

ID: ¿Cómo lo retaban?

CL: A mí, si me retaban, me demolían.

ID: ¿Qué quiere decir eso?

CL: Claro, yo precisaba que otra persona siempre me diera aprobación. Si se enojaban conmigo, me destruían. Era una destrucción moral. No me daban con la chancleta o el cinturón, jamás. Era más una palabra, una mirada de desaprobación, y eso me afectaba mucho. Mi carácter es obsesivo, perfeccionista. Mi viejo estaba enfermo. Tenía Parkinson. Empezó de joven, no sé cuál fue el origen. Él me dijo en un momento que había tenido encefalitis cuando tenía 19 años. No sé si fue la causa. Estaba aprendiendo a tocar el bandoneón y se dio cuenta de que no podía digitar. Fue al médico y le diagnosticaron Parkinson. Se jubiló por enfermedad a los 39 años. Para la familia fue un golpe duro, porque mi vieja trabajaba en casa, éramos tres hijos, y vivíamos con mi abuela, la mamá de mi mamá, y un tío soltero, hermano de mi mamá.

ID: ¿Cómo fue la situación familiar en ese entonces?

CL: Mi tío trabajaba en la Facultad de Agronomía. Mi mamá traía trabajo a casa, y mi abuela tenía una pensión de mi abuelo. Además de la jubilación de mi padre. Así nos manteníamos. Yo sentía que no podía traer problemas a casa, tenía que ser un buen alumno y portarme bien. Esa responsabilidad la asumí desde muy chico, porque el hermano mayor suele tener esa carga. Y yo lo asumí completamente. No podía sacar malas notas ni recibir amonestaciones.

ID: ¿Cómo se reflejaba todo eso en el colegio?

CL: En el secundario, mis compañeros a veces me decían que era demasiado serio, pero yo no lo hacía sufriendo, lo hacía cómodo. Siempre planificaba mis estudios para poder cumplir con mis responsabilidades y tener tiempo libre. En la Facultad, por ejemplo, me anticipaba a los exámenes, estudiaba con tiempo y dormía bien la noche anterior. Había otros que se quedaban estudiando hasta las 3 de la mañana, pero yo ya tenía todo resuelto.

ID: Eso le daba seguridad, ¿verdad?

CL: Sí, me daba mucha seguridad. Es un mecanismo para quienes somos inseguros. Aunque también tenía tiempo para divertirme, hacer deportes, pero solo después de cumplir con mis responsabilidades.

ID: ¿Y usted practica algún deporte o es hincha de algún equipo?

CL: Soy hincha de Boca, y vivo el fútbol con más intensidad de lo conveniente. Mis hijos son lo contrario y me alegra.

ID: ¿Usted jugó al fútbol alguna vez?

CL: Sí, jugaba, pero mal (risas). Jugaba en la esquina o en la Facultad de Agronomía cuando era más joven. También participé de un campeonato universitario, pero con poca fortuna, como era de esperar.

ID: ¿Y a qué colegio fue?

CL: Al Colegio Nacional N° 12 Reconquista de Villa Urquiza, a 25 cuadras de mi casa (lo sé porque fui los últimos 3 años caminando) y la primaria la hice en el Tomás Sánchez de Bustamante, cerca de mi casa.

ID: ¿Era buen alumno?

CL: Estudiaba, sí. No era brillante, pero cumplía con lo que tenía que hacer. Siempre dije que mi trabajo era estudiar. No quería trabajar mientras estudiaba. Me impuse hacer la carrera en el tiempo estipulado y no reprobé ningún examen, ni parciales, ni prefinales.

ID: ¿Trabajó en otra cosa que no fuera medicina?

CL: Trabajé en una empresa de bobinas electrónicas, y también barrí colectivos en una línea de transporte, pero todo eso lo hice antes de ir la facultad. La medicina no te deja mucho tiempo para nada más. Luego comencé a ganar algunos pesos en el último año de Medicina.

ID: Sí, es una carrera que absorbe mucho tiempo y energía.

CL: Exactamente. Entre estudiar y trabajar, no queda mucho espacio para otras cosas, pero al final vale la pena.

ID: ¿Y siempre quiso estudiar medicina?

CL: Desde siempre dije que quería ser médico. Pero existía una historia familiar: se decía que mi abuelo no había dejado estudiar a mi papá, que quería ser médico. Quizás ese antecedente hizo que lo tomara como una obligación. Pero con los años, cuando tenía 15, empecé a cuestionarme si realmente quería ser médico. Me gustaba la biología, pero también otras materias como

literatura, historia, geografía. En el colegio nos hicieron dos test vocacionales, y en ambos salió que tenía aptitudes para carreras relacionadas con la medicina, lo cual me confirmó lo que ya sospechaba. Además, realmente sentía, a mis 17 años, que era lo que quería hacer.

ID: ¿Cómo fue el inicio de tu carrera universitaria?

CL: Al principio me costó mucho adaptarme. Era completamente diferente al secundario. Recibí varios “golpes”, pero aprendí y me fui adaptando. En cuarto año, empecé a hacer prácticas en el hospital Larcade de San Miguel. En ese momento pensé en ser cirujano, pero cuando tuve la oportunidad de operar, me di cuenta de que no era lo mío. Entonces comencé a acompañar al pediatra de esa guardia en la atención del consultorio. Me gustó, me sentí cómodo. En ese consultorio siempre había muchísimos chicos y nadie ayudaba al pediatra. Aprendí a golpes, pero me encantó. Así fue como decidí seguir pediatría.

ID: ¿Y pensó hacer neonatología?

CL: Al principio pensé que iba a hacer neonatología, pero me di cuenta de que era muy parecido a terapia intensiva, y esa especialidad no era lo mío. Así que seguí por el camino de la pediatría general, y fue la decisión correcta. Me sentí cómodo desde el principio. Soy una persona que, muchas veces, se maneja por percepciones, por instinto: cuando entré al Hospital Gutiérrez para cursar lo que se llamaba Semiología Pediátrica, sentí que era mi “ambiente”, que era lo mío.

Rutinas y tiempo libre

ID: ¿Cómo me describiría un día de semana típico de su rutina?

CL: De los últimos tiempos, solo salgo a caminar. A veces tengo obligaciones, por ejemplo, mañana tengo que ir a la kinesióloga porque tengo un problema de columna. Habitualmente me levanto a las 7:00 de la mañana. Otros días, cuando viene la señora que ayuda a Graciela, la señora de limpieza, me tengo que levantar temprano para que pueda limpiar. A veces, si Graciela se levanta temprano, yo estiro un poco más y me levanto media hora más tarde. Después disfruto el desayuno. Pero trato de caminar todos los días, hago alrededor de 5 km diarios, generalmente por la facultad de Agronomía. Hay

un recorrido, desde la entrada de Constituyentes hasta la salida de San Martín, un lugar hermoso donde he caminado toda mi vida. Es seguro y tranquilo, con custodia en los dos extremos, así que me siento cómodo ahí.

ID: ¿Y los fines de semana tiene alguna rutina?

CL: Salimos con amigos, siempre nos juntamos. Los domingos en la mañana me encuentro con un grupo de compañeros del Hospital Belgrano. Nos juntamos a tomar un café, somos siete y hemos cambiado de lugar varias veces. Ahora nos estamos juntando en una estación de servicio en Constituyentes, cerca de General Paz. La mayoría de nosotros vive por la zona, así que nos queda cómodo.

ID: ¡Qué lindo! Y con la cocina ¿cómo se lleva? ¿Le gusta cocinar?

CL: ¡No me dejan! Graciela es la que cocina, no me cree capaz. Nunca me enseñó, y yo necesito que me digan exacto: 100 g de esto, 150 g de aquello. Si me enseñaran, creo que podría hacer algo, pero como nunca me dejaron...solo asados

ID: ¿Le gusta comer, al menos?

CL: Sí, eso sí. Me gusta comer, aunque soy medido, pero no sé cocinar.

ID: ¿Es fan del deporte?

CL: Me gusta mucho ver cualquier deporte. Me encantan los Juegos Olímpicos, por ejemplo. Practiqué fútbol, pádel y natación. Hoy en día solo camino, pero es lo mejor para mi edad. Es un ejercicio saludable.

ID: ¿Y qué música le gusta?

CL: Cualquier música buena: me gusta el tango, el folclore, Beatles. No canto, aunque una vez me animé en un cumpleaños ¡tiraron tomates y lechugas! No toco instrumentos, pero, ya dije, me gusta cualquier música de calidad. Con mi señora somos fanáticos de Serrat. Por muchos años, íbamos a todos sus espectáculos.

ID: ¿Y se siente cómodo con la tecnología y sus avances?

CL: Voy aprendiendo a los ponchazos, viendo lo que hacen mis hijos. Ellos saben muchísimo, y me tienen paciencia cuando les pregunto. Pero es un proceso.

ID: ¡Claro! Sé que ayudó a armar las redes de la Región Metropolitana.

CL: Sí, empecé con el *Facebook*, luego *Instagram*. En ese momento se incorporaron Edgardo Flamenco, Claudia Corigliano y Cecilia

Rizzuti. Hoy en día, todo es tecnología. Si no estás en las redes sociales, es difícil llegar a los jóvenes.

ID: ¿Y sus hijos, ¿cómo se manejan con la tecnología?

CL: Federico, mi hijo mayor, es Licenciado en Ciencias de la Comunicación, un periodista de alma, así que está siempre conectado. Es el encargado de redes de un medio de difusión. Matías, que es traductor público de inglés, no tiene televisión. Me dice que proyecta series o películas en su televisor, ve cosas que estén en YouTube. Por su trabajo también tiene excelente manejo de informática.

ID: Y para finalizar esta sección: ¿tiene alguna rutina durante las vacaciones?

CL: Los últimos años hemos ido mucho a la costa, a Villa Gesell, con un matrimonio amigo. Con mi familia a varias provincias. También hemos viajado a Italia, Miami, Panamá, Brasil y a lugares de Argentina con un grupo de amigos que tienen vehículos 4x4. Con ellos, hemos recorrido lugares impresionantes, como la Puna de Jujuy, Salta, Catamarca y La Rioja. Aunque al principio era un poco miedoso para esos viajes off road, la experiencia valió la pena.

Dr. Luzzani, un hombre con mucha personalidad

ID: ¿Cómo se describiría a sí mismo si alguien lo tuviera que encontrar, por ejemplo, en un aeropuerto?

CL: Solían decir: “Me atendió ese doctor, bajito, pelado, de anteojos”. No vamos a negar la realidad (risas)

ID: Y más allá del aspecto exterior... Con respecto a su personalidad, ¿qué nos puede contar?

CL: Bueno, mis amigos, cuando nos fuimos juntando, un grupo de cinco matrimonios, todos decían que yo era un tipo seco. Hoy no me pueden sacar de encima. La primera impresión es distinta a la que después conocen, porque, cuando me abro, me tienen que parar (risas)

ID: ¿Siente que intimida a la gente en el primer contacto?

CL: Eso me lo dijo un médico en el hospital. Me decía: “también vos, intimidás, sos muy serio”. Sin embargo, preguntale a los residentes. Más allá de la seriedad del trabajo médico (y yo era muy exigente con ellos) nos reíamos mucho en los pases de sala que hacíamos en el hospital. Los médicos sabemos que, si no mechamos algo de humor, no podríamos trabajar. Esos ex residentes ahora son, por ejemplo, jefes o subjefes de pediatría en diferentes lugares.

ID: Otra pregunta de personalidad: ¿Cómo fue usted como papá? ¿Fue pediatra de sus hijos?

CL: No, no fui el pediatra de mis hijos. Fue un médico que conocí en el Hospital Alvear, Cándido Roldán, que todavía por suerte vive y es mi guía, digamos, como profesional y como persona. El compromiso afectivo con seres tan cercanos y queridos como los hijos, nubla las decisiones que debemos tomar como médicos. Además, uno tiene un librito y pregona una pediatría, pero puertas adentro, puede ser distinto. Lamentablemente, por ejemplo, siento que mi hijo mayor hubiera necesitado más apego, más demostraciones de afecto. No las tenía. De noche lloraba y yo lo dejaba llorar. Era el auge de “Duérmete niño» en esa época. De alguna manera, fui muy exigente. Pienso que ellos ahora están construyendo una autoestima que yo no les di. Pero los dos son puntuales, amables, honrados, trabajadores. Son mi orgullo. Al independizarse ellos pudieron tener “vuelo”, como personas, como profesionales. Nuevamente lamento haber sido muy exigente. Hay dos cosas que no puedo dejar de controlar, que son la salud de todos y la seguridad de los que me rodean.

ID: ¿Cómo es usted como paciente?

CL: Yo me entrego al médico o médica que me atiende. Lo que me digan, lo cumplo, pero no puedo esconder mis conocimientos médicos y pido que me expliquen para entender. Después hago lo que me digan.

ID: Dos preguntas más: ¿Cuál considera que sería su mayor virtud? ¿y su mayor defecto?



CL: Mi virtud y defecto es lo que yo te expliqué hasta ahora: soy demasiado exigente. ¿Es la virtud o es el defecto? Soy comprometido, si te digo que voy a hacer algo, lo voy a hacer; si te digo que no lo voy a hacer, no lo voy a hacer. Trato de mantener siempre un equilibrio, ser sincero al juzgar mis actos: ni mejor ni peor que la realidad.

ID: ¿Una de las mayores virtudes puede ser entonces la dignidad?

CL: Trato de mantener lo que considero el mayor bien de un ser humano, la dignidad. Todos los días se hace un poquito. Lo que quiero es que nadie me señale por actos indignos.

ID: ¿De qué se siente orgulloso?

CL: De mis hijos (ya lo dije), de haberme puesto objetivos y haber logrado más de lo que pensaba, más allá de las metas que se había planteado. Creo, también, que fui un buen hijo.

ID: ¿Y qué lo enoja?

CL: La falta de respeto me pone mal. El abuso a seres indefensos.

ID: ¿Y cómo es cuando está enojado? ¿Cómo manifiesta el enojo?

CL: Hay gente que se enoja y pega un grito, otra gente se enoja y pega un portazo, otro se encierra y no dice nada. Dos veces me peleé en la vida, nada más. En el hospital no me agarré a trompadas porque el otro no me respondió (risas). Pero se llevó unas cuantas cosas mías, porque le grité de todo. Era un colega que no atendía bien a los pacientes. Atendía a propósito mal a los chicos para que no venga más al hospital. A esta persona, un día le dije, “mira, acá hay un consultorio libre. Lo resolvemos, a solas” No me dijo nada y comenzó a alejarse. Había una madre que me estaba esperando y dos colegas que estaban escuchando. El “colega” se fue alejando. Grité una palabra sinónimo vulgar de cobarde varias veces. Me enfurecí, me enegüecí, fue lo que salió en ese momento.

ID: ¿Y cambió algo?

CL: No, pero después de eso, me sentí mejor. Cuando volví a donde estaba la madre, esperando, temblaba. “Señora, tranquila”, le dije. “No pasa nada”.

ID: ¿A qué le tiene miedo?

CL: No sé, a la enfermedad invalidante o la muerte de seres queridos.

CL: Sé que es algo inevitable, natural. Obviamente me tocará, como a todos. Pero no puedo decir que espero tranquilo. Una vez, una experiencia... una pavada. Me tenía que hacer un estudio. Me anestesiaron, pero no sé qué medicación usaron. Escuchaba de lejos lo que pasaba. Me dormí mirando el monitor con colores que subían y bajaban. “Esto es como la muerte”, pensé. Creo que ese momento debe ser como cuando uno desconecta una radio. Por un segundo se ve una lucecita, pero luego nada y así por toda la eternidad. Es un pensamiento muy negativo que por ahora no puedo evitar.

ID: Entonces, ¿qué quedó después de eso? ¿Qué piensa que hay después de la muerte?

CL: No creo en el cielo y el infierno, ni en el más allá. Creo en lo que hacemos en vida y en cómo nos recordarán. La vida es un regalo y debemos aprovecharla al máximo. Lo más importante es dejar un buen legado y ser recordado con cariño por aquellos a quienes hemos tocado. Antes, creía en el alma, el cielo, todo eso. Pero cuando falleció mi madre, hace más de 30 años, dejé de creer en esas cosas. Ya no creo en la vida después de la muerte.

ID: ¿Le resulta difícil pensar que quisiera que hicieran sus seres queridos con sus restos, cuando muera?

CL: No lo he pensado mucho, pero que no se compliquen con mis restos. Al final, lo importante es lo que uno deja en vida. Somos una “cáscara”, y cuando desaparecemos, lo que queda es el recuerdo, que se va diluyendo con el tiempo. Quizás mis hijos o mis nietos se acuerden de mí, pero eventualmente todo se pierde, solo quizás perduren los actos positivos de nuestra vida.

ID: Eso es cierto. Pero los recuerdos también se mantienen vivos en las personas, en sus corazones.

CL: Claro, pero también esos recuerdos se desvanecen con el tiempo. Es inevitable. Solo queda lo que uno pudo hacer en vida. Entonces, es una cosa muy dura para mí, el que antes era creyente fiel, el que creía en todo. La vida eterna y la vida después de la muerte, que iba a ver a los seres queridos que se murieron... todo eso será una contención de la religión de la que ahora no participo. Igual pienso que el que cree en la vida después de la muerte es más feliz. Debo volver a decir que creo en un ser supremo, Dios, pero no creo en la institución Iglesia y algunas cosas

Luzzani y reflexiones sobre la muerte

ID: ¿Cómo se lleva con la idea de la muerte?

que nos inculcaron como la vida después de la muerte. No quiero polemizar ni menospreciar la opinión de otros creyentes, a los que respeto, así como los seguidores de otras religiones. Si esas personas que tienen otras creencias me respetan yo los respeto, sin discusión.

ID: ¿Y cree que son buenas las mentiras piadosas?

CL: No sé si son buenas. ¿Cómo se le dice a la persona que está muy grave, que se va a morir? ¿No le resta fuerza a la lucha de esa persona por sobrevivir? No soy un médico de esos que te dicen la verdad cruda. Yo digo, con esfuerzo, pone ganas, lucha, ¡no te entregues!

Toda una vida, dedicada a la pediatría.

ID: ¿Hubo algún clic que hizo “un antes y un después” en la medicina o en la carrera, algo que lo cambió y Ud. dijo de ahora en más dejo de hacer esto o hago lo otro o cambio algo?

CL: Dejar el hospital. Y dejar de ser Jefe de pediatría, por ejemplo. Eso fue una decisión difícil. Sí, porque yo quería hacer las cosas bien. “Esto hay que hacerlo bien”. Pero no todos me lo perdonaron, hubo conflictos internos. Dije, bueno, o soy jefe de pediatría o mi salud. Y la de mi familia. Entonces dejé y pasé a ser médico raso. Y me tuve que enfrentar en el terreno, hasta el último momento y no me pudieron hacer nada. Yo no fui “piola” como jefe, porque fui estricto, moderadamente estricto. “Este es el límite, yo soy elástico, pero hasta acá”.

ID: Entonces, ¿los cargos de conducción son cargos que alejan mucho de la medicina propiamente dicha?

CL: En cargos de gestión se limita mucho la medicina asistencial que puedas realizar. A mí eso no me gustaba mucho. En ese aspecto no me gustaba tanto la gestión. Dejar de atender pacientes en el consultorio para sentarse en un escritorio a hacer cuentas y organigramas y actividades políticas. Se aprende de alguna manera y yo aprendí. Como soy estructurado, organizado, me gustaba pensar en actividades positivas, que provocaran el crecimiento individual y del servicio. Hice todas las cosas totalmente a conciencia, buscando siempre elevar el nivel. Hicimos muchos cursos con el auspicio de SAP. Una anécdota: en la sala tenía un cuaderno de tapa dura. Registraba historias clínicas, fecha, diagnóstico, ingreso, egreso,

etc. Con el tiempo, lo llamaba el “disco rígido”. Porque, claro, hoy sería una excepción, estaría todo en el celular o la PC. El disco rígido de Cachito, decían. Pero allí estaba todo y se recurría a él para muchas cosas, incluso hicimos trabajos aprovechando la información.

ID: Actualmente, cada vez hay menos candidatos para especializarse en pediatría, ¿Cree que la situación en la pediatría puede cambiar para mejor?

CL: La situación es manejada por economistas y políticos, no por médicos. Cada vez hay menos inversión en salud. La situación es complicada. La educación y la salud deberían ser prioritarias, pero están desatendidas. Necesitamos un cambio de mentalidad en la sociedad; debemos pensar en cómo ayudar a los demás, no solo en nuestro beneficio personal. La mentalidad egoísta no nos lleva a ningún lado. Todos los días veo cómo los más pequeños, que son el futuro de nuestra sociedad, son los más desatendidos. Si no cuidamos de ellos, ¿cómo esperamos construir una mejor sociedad?

ID: ¿qué cree que falta en la formación y la práctica médica para que los médicos se sientan más realizados?

CL: Muchas veces hay una desconexión entre lo que se enseña y la realidad del trabajo. Hay que dar el ejemplo y ser un modelo que seguir. Si los médicos mayores no muestran interés en su trabajo o en sus pacientes, ¿cómo pueden esperar que los demás lo hagan? También recordar que la medicina es una vocación y hay que encontrar la gratificación en lo que hacemos.

ID: ¿Y en su experiencia, ha sentido apoyo en su entorno profesional?

CL: En la Región sí. Hay profesionales que se esfuerzan y mucho. Agradezco a aquellos que están comprometidos.

Y por último...

ID: ¿Algo que tenga pendiente por realizar?

CL: En la vida, proyecto algo que me quedó: hay que viajar más, disfrutar más. Estar más relajado también. Difícil, difícil. Por eso quiero vender esta casa, ¿viste? Porque no puede ser que yo acumule, acumule, acumule. Sería muy triste que uno se muera con plata en el bolsillo.

ID: ¿Alguien a quien le tiene que agradecer?

CL: A mis padres que hicieron un gran esfuerzo



para que pueda estudiar. Y también agradecerle a mi familia actual, que me aguantaron, que siempre cuidaron el "frente interno", sin reclamos. Esta carrera tan absorbente, tan especial necesita de ese sostén.

ID: ¿Qué mensaje dejaría a los estudiantes de medicina, a los residentes y a los pediatras ya establecidos?

CL: Es complicado, pero que traten de buscar el equilibrio. Los médicos, más que nadie, tenemos una especial sensibilidad hacia nuestros pacientes. Siempre reflexionamos sobre lo que podríamos haber hecho mejor. Es fundamental estudiar y formarse; cuando no hay trabajo, hay que aprovechar para aprender más. Lo que les quiero transmitir es que sigan un objetivo, cumplan con su deber, y así podrán descansar tranquilos al final del día. La situación actual es muy dura, sobre todo por la falta de respeto a todos los integrantes del equipo de salud y la falta de apoyo de las autoridades que deciden. Nos maltratan y pagan poco, pero recurren a nosotros queriendo la mejor atención cuando les toca algún problema de salud personal o familiar.

Siempre hay que estar aprendiendo, ya sea a través de lecturas o cursos. La medicina es un campo en constante evolución. Y, sobre todo, les recordaría la importancia de tener un objetivo claro: hacer bien su trabajo y cuidar a los pacientes.

ID: ¿qué legado espera dejar a su familia y a sus pacientes?

CL: espero que mi familia me recuerde como alguien que valoraba la educación, la salud y la felicidad, que siempre buscó lo mejor para ellos. Quisiera que mis pacientes recuerden que siempre estuve ahí, brindándoles apoyo y dedicación. Lo más importante es dejar un buen ejemplo. Espero que mi labor haya valido la pena.

ID: ¿Qué mensaje le gustaría dejar al finalizar esta entrevista?

CL: No me siento merecedor de tanto reconocimiento. Soy un pediatra como muchos. Crítico conmigo mismo, tratando de hacer siempre lo mejor. A veces me cuestiono si hice lo correcto, pero estoy dispuesto a escuchar y aprender, hasta el último día. Estoy agradecido por este espacio, pero insisto en que no sé si lo merezco. Hay otros profesionales cercanos que son, también, merecedores.



Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Carlos Rafael Luzzani por haberme recibido en su hogar y por su valiosa participación en esta entrevista. Su disposición para compartir sus experiencias y reflexiones son un testimonio de su generosidad y compromiso con la comunidad médica.

También quiero agradecer a los colegas que participaron compartiendo experiencias y colaborando con comentarios y preguntas.

La Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría se siente profundamente orgullosa de contar con un profesional tan destacado, cuya dedicación y atención han sido constantes a lo largo de tantos años. Su colaboración desinteresada y su disposición para ayudar a otros son cualidades que lo convierten en un pilar fundamental en nuestra comunidad. Esperamos que el Dr. Luzzani continúe siendo una fuente de inspiración y apoyo por muchos años más, guiando a futuras generaciones de médicos con su sabiduría y corazón generoso.



¿QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO/A DE ADOLESCENTES SOBRE AUTOLESIONES?

Dres. Tello Jimena*, Papávero Eliana**, Olavarría Guillermina*** y Vera Luciana****

¿Qué son las conductas autolesivas?

Son aquellas que tienen como finalidad producir un daño contra sí mismo y que pueden categorizarse según se acompañen de intención suicida o no. Existen varios criterios de distinción, pero la dicotomía principal entre ambos tipos de autolesiones, se relaciona con la intención de muerte entre una y la otra. (Halicka et al, 2018; Vega et al, 2018; *International Society for the Study of Self Injury, s/f*)

¿A qué llamamos conductas autolesivas sin intención suicida o CASIS?

Se definen como la *destrucción deliberada y autoinfligida de tejido corporal sin intención suicida*, cuya función puede relacionarse con la búsqueda de alivio ante emociones intensas o estados mentales abrumadores o con la necesidad de comunicar o evitar un problema o situación.

Dado que el principal aspecto a considerar a la hora de identificar CASIS es la función de la conducta autolesiva, para algunos autores ciertos subtipos de autolesiones no se consideran siempre CASIS ya que no están necesariamente asociadas con un malestar emocional intenso o con las funciones antes comentadas. Entre ellas se mencionan conductas que son aceptadas en nuestra sociedad o forman parte de un ritual cul-

tural, espiritual o religioso reconocido como la perforación del cuerpo, los tatuajes, morderse las uñas o el labio o rascarse una herida y conductas como los atracones o la negativa a la ingesta, las prácticas sexuales de riesgo, o aquellas autolesiones relacionadas con un episodio psicótico, un estado de intoxicación aguda, delirium o en contexto de discapacidad intelectual y trastornos del neurodesarrollo. (*International Society for the Study of Self Injury, s/f*; Halicka et al, 2018; Vega et al, 2018; Gutiérrez et al, 2019; Vázquez López et al, 2023; Faura- García et al, 2021; Scoliers et al, 2009)

Clasificaciones. ¿Qué tipos de autolesiones existen?

Las autolesiones *pueden* clasificarse en función del **grado de la destrucción del tejido**, su **frecuencia** temporal o su **funcionalidad**.

En la primera forma de clasificación: las *autolesiones mayores* incluyen las formas más severas de automutilación como la enucleación de ojos, la castración, la amputación de una extremidad o comerse la propia carne; están comúnmente asociadas a psicosis y con la intoxicación por drogas. Las autolesiones *superficiales o moderadas* son aquellas de baja mortalidad y restringidas a la piel como cortarse, quemarse, rascarse, golpearse, clavarse agujas o arrancarse el cabello.

Según su **frecuencia** pueden ser *aisladas/episódicas o repetitivas* alcanzando estas últimas un 10 % entre quienes presentan CASIS en algún momento de su adolescencia.

La **funcionalidad** de las autolesiones es variada, pudiendo identificarse a modo esquemático las siguientes funciones:

- **Regulación:** evitar una emoción o modificar un estado afectivo en particular.
- **Comunicación:** expresar lo que sienten, o para pedir ayuda o comprensión.
- **Evitación:** escapar de algo ya sea del dolor emocional, de problemas o de morir.

* Médica Pediatra Especialista en Adolescencia. Servicio de Adolescencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde jimena_tello@hotmail.com

** Médica Psiquiatra Infanto juvenil. Servicio de Salud Mental Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. eliana.papavero@gmail.com

*** Médica Psiquiatra Infanto juvenil. Fundación FORO guilleolavarría@yahoo.com.ar

**** Médica Pediatra Especialista en Adolescencia Consultorios externos de Adolescencia Hospital General de Agudos Arturo Illia. Villa Gesell lucianaveramedina@gmail.com

Por último, las *autolesiones estereotípicas* suelen presentarse en personas con discapacidad intelectual o autismo e incluyen comportamientos monótonos y repetitivos como morderse o golpearse. Ocurren en presencia de observadores y no se acompañan de propósito franco.

(Vega et al, 2018; Del Rosario Flores-Soto et al 2018; Halicka et al, 2018; Boggiano et al, 2018, Ystgaard, et al, 2003; Madge et al, 2008, Hawton et al, 2005)

¿Cuáles son los mecanismos más frecuentes de CASIS?

Los cortes son el mecanismo más frecuente, sobre todo en los antebrazos, las piernas y/o el abdomen con algún tipo de utensilio afilado como un cuchillo o una cuchilla de una afeitadora o de un sacapuntas o punzones u objetos similares (que muchas veces se acumulan o atesoran). Otros métodos habituales son rascarse la piel, arañarse heridas, morderse, perforarse con objetos afilados, arrancarse el pelo, golpearse y quemarse. (Vega et al, 2018; Halicka et al, 2018)

CASIS: ¿Qué frecuencia tienen? ¿En qué edades?

En Argentina se estiman prevalencias en adolescentes de entre 12% y 30%, siendo mayor en mujeres. Se presume que la edad de inicio es entre los 12 y los 16 años, pero se reportan inicios antes de los 11 años en un 5% y un 24% de casos. Su frecuencia aumenta en la adolescencia temprana, alcanzando su punto máximo entre los 15 y 17 años, disminuyendo en la juventud. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021; Del Rosario Flores-Soto et al, 2018, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023)

¿Qué debemos pensar frente a adolescentes que se autolesionan?

Es crucial entender que las autolesiones suelen ser una manifestación de malestar emocional intenso, una forma de regular emociones, expresar sufrimiento o escapar del dolor o de una situación difícil, pudiendo o no su función estar vinculada a un intento de quitarse la vida, por lo que **siempre debe evaluarse el riesgo suicida en primer lugar** y luego la función o el propósito de las mismas, para una mayor comprensión del contexto de quien realiza la conducta autolesiva.

Es importante tener en cuenta que las CASIS **son factores de riesgo suicida** dado que pueden funcionar como una “conducta de aproximación” o “ensayo” disminuyendo la ansiedad o el temor de llevar a cabo una conducta suicida a futuro.

Por otro lado, debe considerarse que las CASIS *pueden co-ocurrir* junto con otros padecimientos de salud mental por lo que es importante evaluar mediante herramientas de tamizaje otros problemas como el consumo de sustancias, cuadros de ansiedad o depresión, entre otros.

A su vez, es fundamental *evaluar el riesgo orgánico de las autolesiones*, especialmente si implican métodos peligrosos como cortes profundos o frecuentes o ingesta de sustancias.

Los estudios de neuroimagen generalmente no están indicados a menos que existan síntomas neurológicos o trauma craneal asociado. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Ribeiro et al, 2016)

¿Cómo evaluar la presencia de conductas autolesivas en la consulta con adolescentes?

Existen dos grandes escenarios en la consulta respecto a las autolesiones: uno en el que se plantee explícitamente el problema por padres, por la escuela o espacio social del/la adolescente o por el/la adolescente; otro en el que se detecten durante la consulta. La *presentación postural, la vestimenta u ornamentos y el examen físico meticuloso*, son oportunidades de hallar autolesiones que muchas veces se camuflan con el uso de pulseras o pañuelos o ropa de mangas largas utilizadas fuera de contexto o a través de posturas forzadas, como el mantenimiento del prono en los miembros superiores. Si bien estos hallazgos obligan a ahondar en la entrevista sobre autolesiones, debe tenerse en cuenta que existe un grupo de adolescentes que aún no se lastimó pero que piensa en hacerlo y que *algunas autolesiones solo serán detectadas por la entrevista*, pues no dejan marcas permanentes en la piel.

Es importante hablar sobre las autolesiones de una manera calma, usar lenguaje claro y cercano. Es deseable propiciar un ambiente de confianza y privacidad, adoptando una *actitud afectuosa y empática, que valide el sufrimiento, pero no la conducta autolesiva* y acompañar esta situación. Puede ser útil implementar prácticas basadas en la evidencia para abordar problemas relaciona-

dos con el malestar emocional e incluso el riesgo suicida como la siguiente guía de cinco pasos:

- Preguntar de manera directa y respetuosa si alguna vez se lastimaron o pensaron en hacerlo. Sin juzgar o asumir la intencionalidad de sus conductas. Es importante considerar en este punto que las preguntas *no inducen las autolesiones o el suicidio*.
- Escuchar con empatía, disposición y calidez respecto al malestar emocional buscando comprender el contexto de dichas conductas y la función de las mismas.
- Disuadir de continuar con esa estrategia de afrontamiento del malestar.
- Referir o derivar a una ayuda especializada en Salud Mental.
- Acompañar (seguimiento posterior) garantizando que la persona llegue a una ayuda especializada (Agüero et al, 2017; Agüero et al 2018; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Rodante et al, 2023; Gagliesi et al, 2024)

¿Qué no sería aconsejable hacer o decir?

No es aconsejable *minimizar* la importancia de las autolesiones, responder con *prejuicios*, pánico o conmoción, intentar detenerlas con *amenazas o ultimátum*, realizar *promesas* relacionadas con mantener en secreto las autolesiones o *exponer* estas conductas con familiares o referentes afectivos sin el consentimiento del/la adolescente, *enviar mensajes optimistas o vitalistas*. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Gagliesi et al, 2024)

¿Debemos comunicar a sus padres o cuidadores siempre que detectamos esta situación?

Es obligación de los equipos de salud *guardar secreto profesional*, **salvo ante situaciones de riesgo cierto e inminente para la persona o para otras**. Por lo que es fundamental determinar si existe ideación o plan suicida que implique la necesidad de comunicar esta situación y las medidas de resguardo que se consideren adecuadas. Sin embargo, siempre es importante *promover el acompañamiento de referentes afectivos*. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Vázquez López et al, 2023)

¿Qué consideraciones debemos tener respecto a la evaluación del riesgo suicida en adolescentes?

Existen dos premisas fundamentales: la primera es que *la evaluación de riesgo debe hacerse siempre como una estrategia de prevención*, independientemente de la inferencia respecto a la presencia de dicho riesgo. La segunda, es que debe hacerse preguntando directamente a la/el adolescente y no basarse en información proporcionada por cuidadores o acompañantes. Actualmente contamos con herramientas como el cuestionario de tamizaje de riesgo suicida, ASQ (*Suicide Screening Questions*), adaptado y validado al español en Argentina para su uso por profesionales no especializados en salud mental para la evaluación de riesgo en niños/as y adolescentes de 10 a 18 años. (Rodante et al, 2023; Gagliesi et al, 2024)

¿Existen recursos nacionales de asistencia telefónica o virtuales al suicida?

La Ley Nacional Argentina de Prevención del Suicidio N° 27.130, sancionada en 2015 establece un abordaje integral e intersectorial para la prevención, asistencia y posvención del suicidio. Además, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio prevé la formación de equipos interdisciplinarios facilitando la atención a través de medios virtuales. Uno de los recursos más importantes es la **Línea 135** o **08003451435** desde todo el país del **Centro de Asistencia al Suicida**, que brinda asistencia telefónica gratuita, anónima y confidencial a personas en crisis o con riesgo suicida, como a sus familiares o allegados. Existen, a su vez, recursos como Salud Mental Responde en CABA 08003331665 o la línea del Hospital Nacional Bonaparte 08009990091 y organizaciones no gubernamentales.

(Ministerio de Salud de la Nación, 2022; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Centro de atención al Suicida, s/f; BA,s/f; Argentina.Gob.Ar, s/f)

¿Qué estrategias se pueden utilizar en la consulta de adolescentes con autolesiones?

Puede considerarse la estrategia de *reducción de daños*, si aún no está en condiciones de dejar de autolesionarse, fomentando el autocuidado: sugiriendo el uso de cuchillas limpias o no compartir con otros los instrumentos usados

para cortarse, higienizar las heridas y otros cuidados posteriores e información sobre posibles complicaciones. Se deben brindar *estrategias alternativas de afrontamiento* y considerar siempre intervenciones como *la reducción de medios lesivos disponibles*. (Thomas, 2018; NICE, 2022; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Gagliesi et al, 2024)

¿Qué alternativas de afrontamiento ante situaciones de crisis se pueden diseñar? ¿Qué es un Plan de Seguridad?

Dentro de las intervenciones con mayor evidencia se encuentra la confección de un *plan de seguridad*. Esta intervención consiste en una estrategia personalizada y estructurada que la persona puede utilizar cuando *experimenta pensamientos o emociones intensas que puedan llevar a conductas de riesgo*. Se desarrolla en conjunto con el/ la adolescente y puede ser revisado y actualizado a medida que cambien las circunstancias, siempre con la intención de proporcionar *herramientas claras para afrontar situaciones de crisis de manera efectiva*. Incluye cinco pasos:

- **Señales de advertencia:** reconocer los pensamientos, sentimientos o situaciones que suelen preceder una crisis suicida.
- **Técnicas de afrontamiento:** actividades o acciones que la persona puede hacer por sí misma para distraerse o calmarse sin la ayuda de otros.
- **Personas de apoyo:** contactos confiables (amigos, familiares) que puedan ayudar en momentos de crisis.
- **Contactos profesionales:** información de terapeutas, psicólogos o líneas de ayuda a los que se puede recurrir en situaciones críticas.
- **Creación de un entorno seguro:** identificación y limitación de los accesos a medios letales (por ejemplo, medicamentos o armas).

El plan de seguridad debe ser accesible en momentos de crisis y puede ser compartido con la familia, los cuidadores y los profesionales que el /la adolescente considere

(Stanley, B.; 2012, NICE, 2022; Gagliesi et al.; 2024)

¿Cuándo sospechar la presencia de algún problema de salud mental asociado y la evaluación interdisciplinaria de Salud Mental?

La co-ocurrencia entre las *CASIS* y otros padecimientos de salud mental es alta. Aproximadamente el 40-50% de adolescentes que se autolesionan pueden tener un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y hasta el 70% podrían cumplir con los criterios de un trastorno de personalidad. Además, la impulsividad y la regulación emocional deficiente, características comunes en quienes presentan *CASIS*, suelen encontrarse en diversos padecimientos de salud mental. La evaluación cuidadosa de estos síntomas es esencial para abordar el problema de manera integral. Además, como se mencionó previamente, también pueden utilizarse herramientas de tamizaje para detectar dichas co-ocurrencias.

Cuando las autolesiones se acompañan de cambios significativos en la conducta, el estado de ánimo o el rendimiento escolar o se presentan de forma grave o su frecuencia interfiere significativamente con la vida cotidiana, se debe sospechar la presencia de un problema de salud mental asociado. Esto, junto con la presencia de signos de alarma como: el aislamiento social, la irritabilidad, la tristeza persistente, la desesperanza, los sentimientos de ser una carga o de falta de pertenencia a un grupo, las alteraciones del sueño o del apetito, la ansiedad intensa, las conductas impulsivas, el abuso de sustancias y la ideación o plan suicida, deben ser motivo de derivación a una evaluación interdisciplinaria de Salud Mental. (Nock et al, 2006; Glenn et al, 2013)

¿Cuál es el tratamiento y curso y pronóstico de las CASIS?

Más allá de las estrategias de acompañamiento, evaluación de riesgo, reducción de daños y la elaboración de estrategias de afrontamiento como el plan de seguridad mencionadas previamente, las *CASIS* pueden requerir un abordaje interdisciplinario y/o intersectorial.

En lo referente al abordaje individual, la terapia dialéctico conductual (DBT), cuyo principal objetivo es el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, es una de las intervenciones psicológicas posibles y con efectividad clínica demostrada.

Los tratamientos farmacológicos no son intervenciones específicas para reducir las autolesiones, sin embargo, los fármacos pueden ser necesarios para tratar trastornos subyacentes. Deben considerarse los resguardos necesarios para evitar el uso de medicación como mecanismo de autolesión.

El *curso es fluctuante* con tendencia a la resolución durante la adolescencia y juventud, su cronificación es una situación de gravedad. El *pronóstico* depende de diversos factores, incluyendo la intervención temprana. La gravedad del padecimiento, la carencia de redes de apoyo o la falta de acceso a tratamiento pueden favorecer su cronificación. (Thomas, 2018; NICE, 2022; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023)

CASIS: ¿Cómo impactan en los profesionales de la salud?

Estas conductas generan un impacto significativo tanto a nivel emocional como profesional. Pueden causar *estrés, frustración, impotencia y ansiedad*. La necesidad de evaluar el riesgo inmediato y a largo plazo exige una toma de decisiones rápidas que puede contribuir al *síndrome de burnout*. Malestar que puede agravarse ante la falta de herramientas, formación específica y redes de apoyo emocional y profesional. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023; Agrest, 2023)

Referencias bibliográficas

- Agrest, M., Leiderman, E. A., Ardila-Gómez, S., Rodante, D., Encina-Zúñiga, E., Vidal-Zamora, I., Prieto, F., Geffner, N., Gabriel, R., Alvarado-Muñoz, R., & Reavley, N. (2024). Guías de primeros auxilios en salud mental para Argentina y Chile: un reporte del estudio de adaptación de las guías australianas. *Vertex*, 35(164). 6-18. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.542>
- Agüero G, Arrate M, Berner E. (2017) Adolescentes con autolesiones: serie de casos clínicos. *Intramed*. 6(2). 1-8. https://www.researchgate.net/publication/360745264_Adolescentes_con_autoagresiones_serie_de_casos_clinicos
- Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G., & Berner, E. (2018) Comportamientos autolesivos en adolescentes: Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(6). 394-401. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.394>
- Argentina.gob.ar (s/f) Atención al paciente. Argentina.gob.ar <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/atencion-al-paciente>
- BA (s/f) Atención telefónica. BA. <https://buenosaires.gob.ar/salud/salud-mental/atencion-telefonica>
- Boggiano, J. y, Gagliesi, P. (2018), *Terapia dialéctica conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad nacional de la Plata.
- Centro de atención al Suicida (s/f) Centro de atención al Suicida. www.asistenciaalsuicida.org.ar
- Del Rosario Flores-Soto, M, Cancino-Marentes, M. E. & Figueroa Varela, M. (2018) Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4). 200-216. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/200-216/es/#>
- Faura-Garcia, J., Calvete Zumalde, E., & Orue Sola, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Gagliesi, P.; Rodante, D. (2024): *Entrevista con Consultantes con Conductas Suicidas (ECCS)*. CABA: Tres Olas Ediciones
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013) Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4). 496-507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
- Gutiérrez M, Ulloa Rodríguez M, Ruiz L, Moreno (2019) Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria Medicina de Familia. *SEMERGEN*, 45(8). 546-551. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.010>
- Halicka J, Kiejna A. (2018) Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, 27(2). 257-261. <https://advances.umw.edu.pl/pdf/2018/27/2/257.pdf>
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7496), 891-894. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891>
- International Society for the Study of Self Injury (s/f) Facts & figures, information & insights. International Society for the Study of Self Injury. <https://www.itriples.org/aboutnssi>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(6), 667-677. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>

- Ministerio de Salud de la Nación (2021) Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud. CABA: Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordaje%20integral%20del%20suicidio%20en%20las%20adolescencias.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). Ley Nacional de prevención del suicidio N° 27.130, Decreto reglamentario 603/2021 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_suicidio_2022.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2023) Autolesiones en adolescentes y jóvenes. Lineamientos para un abordaje integral. CABA: Dirección de adolescencias y juventudes. https://amada.org.ar/Documentos_ENIA/Autolesiones_en_adolescentes_y_jovenes_Lineamientos_para_un_abordaje_integral.pdf
- NICE (2022) Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations#initial-aftercare-after-an-episode-of-self-harm>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Rodante, D., Papávero, E., Ingratta, A., Gorrini, A., Ralli, E., Rodante, E., Arismendi, M., Lowry, N., Ryan, P., He, J.P., Bridge, J., Horowitz, L., Daray, F. (2023) Validation of the Spanish ASQ translation: Screening pediatric patients for suicide-risk in Argentina. *General Hospital Psychiatry*, 85, 191-198. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834323001779?via%3Dihub>
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S., & van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 601–607. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral. Practice*, 19, 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Thomas J., Timo D. Vloet, Yesim T. & Andreas W. (2018) Suicidio y conducta autolesiva. IACAPAP. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfcee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf
- Vázquez López, p., Armero Pedreira, P., Martínez-Sánchez, L., García Cruz, J.M., Bonet de Luna, C., Notario Herrero, F., Sánchez Vázquez, A.R., Rodríguez Hernández, P., Díez Suárez, A. (2023) Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría*, 98(3). 204-212. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322002958>
- Vega, D., Sintes, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Anais, L., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S., Pascual, J. C. (2018) Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Españolas de Psiquiatría*. 46(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6522853>
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom [Deliberate self harm in adolescents]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, 123(16). 2241–2245. <https://tidsskriftet.no/2003/08/originalartikkel/villet-egenskade-blant-ungdom>



SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Dra. María Florencia Barril*

Los pediatras tenemos la tarea de realizar el seguimiento y controles de los pacientes con Síndrome de Down (SD), así como dar la noticia al nacimiento.

Junto con Comité de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría, Región Metropolitana, realizamos este protocolo de atención, esperando facilitar la atención de los pacientes con SD y de sus familias.

La trisomía 21 es la alteración cromosómica más frecuente en recién nacidos vivos y la causa principal de retardo mental severo en la infancia. (1 cada 700 recién nacidos vivos)

El diagnóstico prenatal, que solicita los obstetras, se puede realizar mediante: translucencia nuchal, estudios de sangre y amniocentesis. Lamentablemente el diagnóstico de SD no siempre se realiza en el momento del nacimiento; 74% de los casos se detecta dentro de los 6 primeros meses de edad.

Debo sospechar síndrome de Down ante la presencia de cabeza pequeña, perfil facial plano, piel redundante en la nuca, cuello corto, pliegue palmar transversal y único, hipoplasia de falanges, dedos y manos cortas, pelo lacio y fino, hendidura palpebral oblicuas hacia arriba, epicanto, alteraciones morfológicas de las orejas, cara redondeada, boca pequeña con lengua grande e hipotónica, paladar ojival, manchas de Brushfield¹, reflejo Moro pobre, hipotonía, hiperlaxitud, entre otros.

Ante la sospecha de SD, al nacimiento si no hay complicaciones, se debe favorecer el contacto piel a piel con la madre (CoPap). No postergar la noticia, pero primero se debe consensuar la información que se brindará con el equipo de salud. La comunicación la debe hacer el profesional que esté actualizado sobre etiología, pronóstico y seguimiento del paciente con SD. De preferencia, los dos padres presentes, en un entorno adecuado, privado y silencioso, con el bebé presente y en contacto con sus progenitores. Llamar al niño/a por su nombre y detallar los hallazgos que llevan a la sospecha.

Dar terminología clara y comprensible, sin perder la visión global del problema, evitando que se vuelva en un innecesario y doloroso catálogo de signos y síntomas. Se debe utilizar lenguaje delicado, afectuoso, empático, destacando los aspectos positivos (las capacidades que logran, la mejora en la calidad de vida en los últimos tiempos). Hacer lugar al duelo y/o sus fases que puede o no desencadenar esta noticia.

Ofrecer apoyo psicoterapéutico y/o espacios de apoyo comunitarios. Ofrecer un tiempo a solas luego de recibir la noticia. Dejar el espacio abierto a nuevas entrevistas. Aclarar que la confirmación es a través del estudio cariotípico. A pesar de tener un fenotipo muy característico, y poder diagnosticarse clínicamente, *es obligatorio la realización del cariotipo en sangre periférica del niño*, que nos permitirá saber si se trata de una trisomía 21 libre, un producto de translocación, o, por último, un mosaico (47, X4, T21 / 46 XY) que tiene una evolución diferente y más leve. Es de buena práctica la derivación con genetista para asesoría y planificación familiar.

* Especialista en Pediatría. Miembro Titular de la SAP. Coordinadora de Región Metropolitana SAP. Vocal del Comité Nacional de Prevención de lesiones SAP. Integrante del Comité Metropolitano de Prevención de lesiones SAP. Integrante del Comité Metropolitano de Pediatría Ambulatoria. Coordinadora Docente de residentes de Pediatría Htal. Morón. Interinato en Docencia e Investigación. Jefa de trabajos prácticos materia Pediatría UBA. Subdirectora de la Carrera de especialista en Pediatría UBA Sede Htal. de Morón.

¹ las manchas de Brushfield son decoloraciones blanquecinas o grisáceas que se localizan en la periferia del iris del ojo humano como consecuencia del acumulo de un exceso de tejido conectivo.

Todos los niños con SD necesitan del trabajo en conjunto del pediatra, la familia y la educación, para lograr su desarrollo integral y la mejor calidad de vida posible. El rol de pediatra en esta etapa es muy importante ya que debe organizar la circulación de la información del equipo multidisciplinario. La atención médica está dirigida a integrar las necesidades del niño y de su familia y a reforzar sus capacidades mediante el estímulo oportuno y adecuado; y se debe pesquisar precozmente los problemas de salud asociados que puedan tener. Acciones de prevención. Ante el diagnóstico contactar con familias y grupos en la misma situación.

En el período neonatal, como mencionamos, es fundamental pedir el cariotipo y estar alertas ante **vómitos o falta de defecación**, por la mayor incidencia de atresia duodenal y enfermedad de Hirschprung. Es fundamental el examen físico completo, destacando la importancia de la exploración cardíaca, por la alta incidencia de cardiopatías y el examen genital, para detectar precozmente criptorquidia (40%). Por la mayor incidencia de cataratas, estrabismo y nistagmus, la consulta con oftalmología es fundamental.

La hipotonía predispone a los problemas en la lactancia por lo que el trabajo con puericultoras es relevante. La mayor incidencia de leucemia y reacciones leucemoides, hace que debamos pedir un hemograma en esta etapa. Por la mayor incidencia de hipotiroidismo congénito, se debe priorizar el FEI.

El desarrollo neuromadurativo, presenta un desfase en todos los casos. En la tabla 1 muestra la edad media de aparición de los ítems madurativos.

Es esperable encontrar en el neurodesarrollo trastornos epilépticos (incidencia 5-10%), espasmos infantiles, trastorno del espectro autista (5-10%) y retardo mental. Eventual evaluación por Neurología Infantil si el pediatra lo considera.

Desde edades tempranas derivar a estimulación temprana, fonoaudiología, terapia ocupacional; evaluar en todas las visitas a partir de los 3 años, la necesidad de psicología y psicopedagogía, así como acompañante terapéutico en la escuela o el requerimiento de escuela especial. La intervención temprana mejora el desarrollo global, los trastornos del comportamiento alimentario, el lenguaje, la integración social y la adaptación

Tabla I Desarrollo esperable del paciente con Síndrome de Down.

Tabla II. Desarrollo motor y de lenguaje en niños con síndrome de Down (elaboración propia a partir de: DSMIG 2000. Cunningham, 1988. <i>Down's syndrome. An introduction for parents. Souvenir Press Ltd. Human Horizon Series</i>)		
Ítem	Edad media (en meses)	Edad media + 2 DS
Enderezamiento cefálico en prono	3	6
Cont. cefálico vertical	4	8
Reacción apoyo lateral	8	12
Reacción apoyo anterior	8	13
Sedestación estable	10	13
Bipedestación	13	21
Volteo	8	12
Rastreo	14	22
"Rodar"	12	17
Gateo	18	27
Marcha libre	24	33
Balbuceo	11	18
Responde a palabras familiares	13	18

entre padres. También pueden mejorar el pronóstico académico de estos niños.

Todos los pacientes con SD tienen desfasaje en el crecimiento. Por eso, para la evaluación de talla y peso, se utilizan tablas especiales. Las encontramos en el libro de crecimiento y desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría. *Tabla 2*

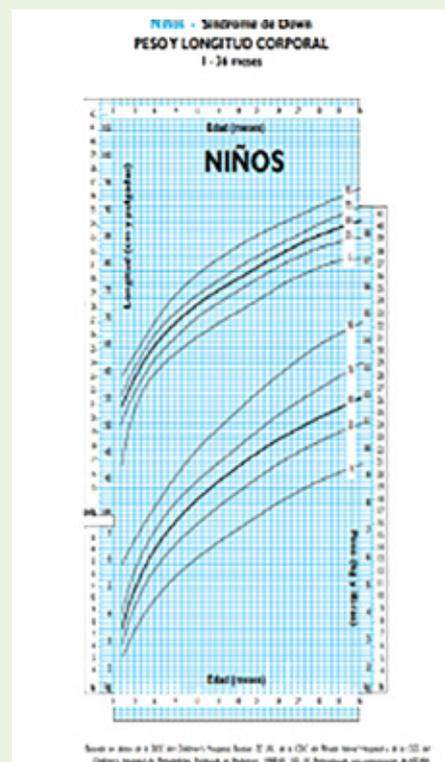
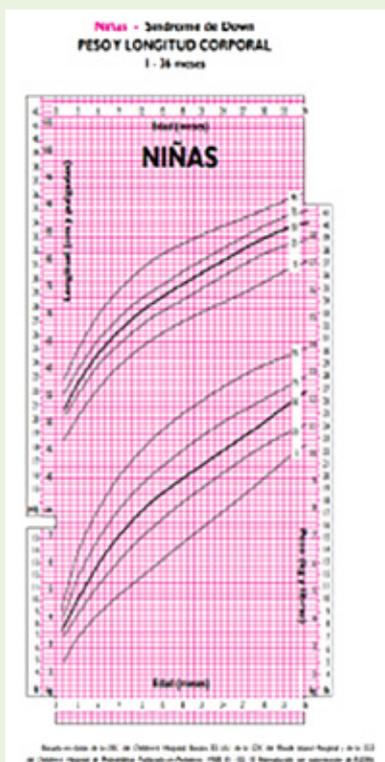
Los problemas gastrointestinales deben ser evaluados en todas las consultas, como citamos anteriormente; en el neonato buscar la signo-sintomatología. Los problemas más frecuentes son: atresia duodenal, ano imperforado, obstrucción parcial del tracto digestivo superior (fístula traqueo esofágica y estenosis pilórica), constipación crónica (hipotiroidismo vs. enfermedad de Hirschprung), enfermedad celíaca.

Los problemas cardiológicos: cardiopatías congénitas aparecen en el 30-64% de los pacientes con SD. La alteración del septo interventricular y aurículo-ventricular son las patologías más frecuentes. *Puede haber defecto grave en ausencia de soplo.* Por eso se recomienda la evaluación con ecocardiograma doppler color y examen por especialista en Cardiología Infantil en los primeros 3 meses, e idealmente antes del alta del Servicio de Neonatología. En los adolescentes y

adultos pueden aparecer defectos valvulares (incidencia de prolapso de mitral: 58%, regurgitación aórtica.: 10%), por eso se solicita ecocardiograma doppler color a los 11 años.

Los problemas auditivos son muy frecuentes. La prevalencia de hipoacusia es elevada, a veces manifestada en forma de conductas desajustadas pseudo psiquiátricas. Algunos estudios demuestran, en niños con SD con edades comprendidas entre 2 meses a 3 años de edad, que el 34% presentan normo-audición, el 28% tiene sordera unilateral y un 38% padecen sordera bilateral. Solo el 4% de los niños presentó sordera neurosensorial y la mayoría de ellos presentaba hipoacusia conductiva. Esto se debe a que la mayoría de los niños con SD poseen conductos auditivos pequeños (50%), hipoplasia medio facial (vía aérea estrecha), estrechez de las aperturas de los senos paranasales, hipertrofia adenoidea (esto genera rinitis-sinusitis recurrentes). Por lo anteriormente detallado, son predispuestos a tener otitis media serosa: 50-70%. Otras patologías frecuentes, a nivel otorrinolaringológico, son la estrechez traqueal, que genera croup recurrente, laringomalacia y traqueomalacia (43%). Muchos pacientes con SD presentan ronquido y posicio-

Tabla 2. Tablas de crecimiento para pacientes con SD. Libro de desarrollo y crecimiento. (SAP)



nes atípicas para dormir; síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), hipotonía y trastornos del sueño. Toda esta patología, sumado a las alteraciones articulatorias, problemas de control muscular de la lengua, problemas en la coordinación de labios y lenguas, hipotonía muscular, predispone a que tengan una voz y lenguaje alterado. Por eso la importancia del trabajo multidisciplinario con estimulación temprana, fonoaudiología y otorrinolaringología.

Se recomienda en el seguimiento del paciente con SD, realizar otoscopía en todas las consultas. Solicitar otoemisiones acústicas y potenciales auditivos del tronco encefálico (PEAT), al nacimiento y repetir a los 3 y 6 meses. Preguntar en forma dirigida la presencia de ronquidos, enuresis, sudoración nocturna o problemas del sueño. Evaluación periódica de la audición. Evaluación del lenguaje y derivar a fonoaudiología cuando lo requiera. Consultar a los padres por infecciones de la vía aérea superior y eventualmente pedir tomografía computada para evaluar senos paranasales.

La evaluación por oftalmología con fondo de ojo al nacer es fundamental, así como el control a los 6 meses y luego anual; esto se debe a que presentan defectos de refracción (90%), nistagmus (28%), estrabismo (48%), cataratas (13%) y mayor riesgo de queratocono, estenosis del conducto lagrimal y blefaritis/conjuntivitis.

Dentro de los problemas endocrinológicos, el hipotiroidismo es el de más relevancia, con una prevalencia del 30-40%. Realizar el FEI al nacimiento, y se debe solicitar TSH y T4L a los 6 meses y luego anualmente. En edad escolar, determinar anticuerpos antitiroideos. Ante sintomatología de hiper o hipotiroidismo pedir perfil tiroideo completo. Derivación oportuna al especialista en endocrinología infantil.

La incidencia de diabetes mellitus es levemente aumentada, no se recomienda el rastreo sistemático.

Con respecto a la enfermedad celíaca, el riesgo es mayor en los pacientes con SD. Solicitar serología a los 2 o 3 años. Se solicita anticuerpos Inmunoglobulina A antitransglutaminasa e inmunoglobulina A total; si esta está descendida, debe pedirse la Inmunoglobulina G (Ig G antitransglutaminasa). Repetir a los 6-7 años o siempre que haya sospecha de enfermedad celíaca por signo-sintomatología.

Los controles por odontopediatría deben ser desde recién nacidos. Los pacientes con SD tienen una erupción dental retrasada e inusual, pueden

faltar piezas de la dentición primaria y de la definitiva (agenesias o disgenesias dentales), pueden aparecer dientes pequeños o de formas raras. La respiración bucal y la lengua hipotónica, sumado a los problemas otorrinolaringológicos hacen que sean susceptibles a tener caries. Se recomienda control odontológico cada 6 meses.

Los trastornos ortopédicos, son de alta prevalencia- La displasia de caderas tiene mayor incidencia, por eso destaco la importancia de realizar las maniobras de Barlow y Ortolani en todas las consultas hasta los 6 meses y solicitar ecografía de cadera a todos los pacientes con SD.

La hiperlaxitud predispone a múltiples patologías ortopédicas, el seguimiento multidisciplinario con el traumatólogo infantil es de buena práctica.

Destaco la incidencia de inestabilidad atlantoaxial (15%): definida por la existencia de un espacio de 5 mm o más entre el atlas y la apófisis odontoides del axis. La mayoría son asintomáticas. El diagnóstico se realiza mediante radiografía lateral de la columna cervical, en posición de flexión, neutra y en extensión, obtenida entre los tres y cinco años de edad, previa a iniciar actividades deportivas o antes si el paciente va a ser sometido a cirugía.

Al realizar la radiografía de la columna cervical se debe medir la distancia entre el segmento posterior del arco anterior de C1 y el segmento anterior de la apófisis odontoides de C2. Cuando es inferior a 5 mm es normal, entre 5-7: inestable, más de 7: franca anomalía. Si es patológica se debe solicitar evaluación neurológica y traumática para descartar compresión medular. En general el tratamiento es la fusión vertebral.

Las vacunas recomendadas en la población con SD son las establecidas en los calendarios de vacunación para la población. Dada la "inmunosupresión relativa" de estos niños (déficit de subclases IgG2 e IgG4), las malformaciones anatómicas y la comorbilidad con cardiopatías y enfermedad respiratoria crónica, se recomienda vacunación antigripal anual, esquema completo anticovid desde los 6 meses, junto con otras vacunas como: vacuna polisacárida 23 valente, en mayores de 36 meses.

Se recomienda la realización de hemograma en el recién nacido y luego anualmente por el riesgo de leucemia mielógena aguda, reacciones leucemoides en el período neonatal (10%) y policitemia.

CONCLUSIÓN

El seguimiento del paciente con SD es un gran desafío para el pediatra. Necesitan del trabajo conjunto de la familia, el pediatra, el equipo multidisciplinario y el equipo educativo para lograr

el óptimo desarrollo integral y la mejor calidad de vida posible.

A continuación, el protocolo de seguimiento de paciente con SD que se sugiere como guía, para el pediatra.

Seguimiento Sme de Down



Comité de Pediatría Ambulatoria Región Metropolitana 2024

SME DE DOWN		RN	2M	4M	6M	9M	1A	2A	3A	4A	5A	6A	7A	8A	9A	10A	11A	12A	13A	14A			
1	CARIOTIPO	X																					
2	EVALUAR PROBL. GASTROINTESTINALES	X	Evaluar en todas la consultas																				
3	PREVENCIÓN DE LESIONES Y OTROS	EN TODAS LA CONSULTAS																					
4	CRECIMIENTO/ DESARROLLO	EN TODAS LAS CONSULTAS. VER TABLAS ESPECIALES																					
5	CARDIOLOGIA	ECO										ECO											
6	AUDICION	OEA/PEAT	EVALUACION CON OTOSCOPIA. SEGUIM CON ORL. EVAL DE AUDICION.																				
7	OFTAMOLOGIA	FO		X	CONTROL ANUAL																		
8	EVALUACIÓN DE TIROIDES	FEI		X	CONTROL ANUAL TSH T4. SI HAY SINT. T3																		
9	CRIBADO CELIAQUIA							X		X	X	X											
10	EVALUACION BUCODENTAL	X			X	SEMESTRAL. VER PROBL DE MALAOCLUSION																	
11	CRIBADO COLUMNA CERVICAL																						
12	COORDINACION DE SERVI EDUCATIVOS	EVALUAR EN CADA CONSULTA																					
	TERAPIAS	ESTIMULACION TEMPRANA										EVALUAR LA NEC DE TERAPIAS EN CADA CONSULTA											
13	VACUNAS	VACUNAS DE CALENDARIO + ANTIRIPAL (D/EM) + COVID(BM) + ANTINEUMOCOCCICA																					
14	HEMOGRAMA	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

Seguimiento Sme de Down

Comité de Pediatría Ambulatoria Región Metropolitana

Como transmitir la noticia:

No postergar la noticia y no aislar al CoPaP. Conservar la información que se brinda con el equipo de salud. La comunicación debe hacer la el profesional que esté actualizado sobre etiología pronóstico y seguimiento del paciente con SD. De preferencia, los dos padres presentes. En un entorno adecuado, privado y silencioso con el bebé presente y en contacto con sus progenitores. Llamar al niño/a por su nombre y detallar los hallazgos que lleva a la sospecha. Terminología clara y comprensible, sin perder la visión global del problema, evitando que se viviera en un innecesario y doloroso catálogo de signos y síntomas. Lenguaje delicado, afectivo, empático, destacando los aspectos positivos. (los complicados que hayran, la mayoría en la calidad de vida en los últimos tiempos) Hacer lugar al duelo y/o sus fases que puede o no desencadenar esta noticia. Ofrecer apoyo psicoterapéutico y/o espacios de apoyo comunitarios. Ofrecer un tiempo o sala luego de recibir la noticia. Dejar el espacio abierto a nuevos encuentros. Aclarar que la confirmación es a través del estudio cariotípico.

Controles periódicos

1. Cariotipo

El diagnóstico siempre debe confirmarse ante la sospecha con Cariotipo.

2. Evaluar problemas gastrointestinales

Atresia gastrointestinal (12 %), estenosis ano-rectal. Reflujo gastroesofágico y disfagia (31% a 80%). Constipación (ver alimentación, atresias, Hirschprung.)

4. Crecimiento y desarrollo

Utilizar las tablas especiales para sme. de Down. (SD) Hipotonía y retardo mental existe en todos los niños con SD. Evaluar problemas de alimentación.

5. Cardiología

Ecocardio al nacimiento y a los 11 años. Derivación oportuna al especialista.

6. Audición

OEA Y PEAT precoz. Se repite pesquisa a los 3 y 6 meses. Seguimiento por otorrinolaringología. Otoscopia todas las consultas. Evaluar roncopatías. Evaluación periódica de la audición.

7. oftalmología

Fondo de ojo y evaluación oftalmológica al nacer. Defecto de refracción 90% Estrabismo 48%

8. Tiroides

Alta prevalencia 30-40% FEI al nacer. Control con TSH y T4L a los 6 meses y luego anualmente. En edad escolar determinar ac antiroides.(entre 9-12 años). Con síntomas de hipertiroidismo solicitar T3.

9. Celiaquía

Solicitar serologías a los 2-3 años por alta prevalencia. Ac antitransglutaminasa IgA salvo que haya déficit de Ig A, se solicita Ig G. Repetir 6-7 años. Y siempre solicitar ante síntomas.

11. Columna.

Descartar Subluxación atlantoaxoidea. Radiografía lateral de columna cervical en flexión, neutra y extensión entre los 3 y 5 años de edad. Distancia entre el seg. posterior del arco anterior de C1 y seg. ant. de la apófisis odontoides de C2 inferiores a 5mm son normales. Entre 5-7 mm inestable. Mas de 7mm franca anomalía. Evaluación neurológica. Controles traumatológicos. Eco de Cadera.

13. Hemograma

Leucemia mielógena aguda. 10% de reacciones leucemoides en periodo neonatal. Policitemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Dra. Barril Florencia, Iorio otros. Seguimiento de paciente con Sme de down. *Pediatría en red* 5. 2023. Pag 581.
- Burgos Fernando. Guía de salud para niños con Sme de Down. *Revista de Región Metropolitana*. Pag 7-11.
- Dra. E. Altamirano; Prof. A. Alvarez; Lic. A.I. Antoniutti; Dra. N. Aspres; Fga. N. Blasco; Lic. L. Cavalli; Dra. C. Fenucci; Fga. G. Granovsky; E.T. Noales C.; Dra. M. Rittler; Dra. I. Schapira; Lic. V. Verri Consultorio Externo de Pediatría Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá". *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2000, 19 .Programa de Seguimiento de Niños con Síndrome de Down: Grupo At.i.e.n.do (Atención interdisciplinaria en niños con Down <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-10/protocolo-de-seguimiento-del-sindrome-de/>)
- Atalia Retamales M.1, Regina Moreno A.2, Andrea González Sm.l Jaime Cerda L.3, Macarena Lizama Morbilidad y Mortalidad durante el Primer Año de Vida en Pacientes con Síndrome de Down *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (4): 323-331 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000400003
https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/Ambulatoria/Viernes%20de%20noviembre/V18%20Gutierrez%20Seguimiento%20del%20nino%20con%20sindrome%20de%20down.pdf
<https://sepeap.org/alteraciones-auditivas-en-ninos-con-sindrome-de-down-es-preciso-un-seguimiento/>
- Díaz-Galindo L, Talero-Gutiérrez C, Pinilla-Zuleta R, et al. Alteraciones auditivas y desarrollo del lenguaje en niños con síndrome de Down: revisión sistemática de la literatura. *Acta Pediatr Esp*. 2018;76(1-2):e1-e8
- I. González Viejo, C. Ferrer Novella, E. Ferrer Novella, M. Pueyo Subías, J. Bueno Lozano, E. Vicente Azna. Exploración oftalmológica en niños con síndrome de Down: Principales resultados y comparación con un grupo control VOL. 45 N° 2, 1996 Exploración oftalmológica en niños con síndrome de Down: Principales resultados y comparación con un grupo control 137. <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-2-5.pdf>
<http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/f0d54f78ace6319c7766a-2abc2eb414c8398f601.pdf>
- Carlos Alberto Benitez. Enfermedad celíaca en niños con sme de Down. *Rev. Cjilena ped*. Vol 90, nro 6 . Santialgo de Chile. 2019
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600589
- Síndrome de Down: SAP promueve inclusión, Sociedad Argentina de Pediatría, 21 marzo de 2022 <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=100596>
- Kraminker P, Armando R, Síndrome de Down Primera parte: enfoque clínico-genético.SAP.*Arch Argent Pediatr* 2008; 106(3):249-259 Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2008/v106n3a11.pdf>
- Artigas M, Síndrome de Down (trisomía 21). *Asociacion Española de Pediatría*, 2010(6): 37-39 Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- F. Núñez Gómez^{1,2}, J.L. López-Prats Lucea¹. Cardiopatías congénitas en niños con síndrome de Down. Unidad de Cardiología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valencia. 2 Profesor Asociado. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- Dra. Patricia Kaminker y Dra. Romina Armando. Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico-genético Down syndrome. First part: clinical and genetic approach
- Karla Adney Flores-Arizmendi,¹ Tania Tonantzin Vargas-Robledo,² Gabriela Eguarte-Díaz,³ Lidia del Carmen. Criterio pediátrico *Acta Pediatr Mex*. 2021. Seguimiento médico de los niños con síndrome de Down Health supervision for children with Down syndrome
- J. Lirio Casero, J Garcia Perez. Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. *Pediatría integral* numero8. Octubre 2014. Link: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-10/protocolo-de-seguimiento-del-sindrome-de/>
- Chillarón JJ, Goday Arno A, Carrera Santaliestra MJ, Trastornos tiroideos en el síndrome de Down. *Rev Med Inter- nacional Síndrome de Down*. 2004; 9: 34-9.
- Chen MH, Chen SJ, Su LY, et al. Thyroid dysfunction in patients with Down syndrome. *Acta Paediatr Taiwan*. 2007; 48: 191-5.
- Goday A, Carrera MJ, Chillarón JJ, et al. Trastornos endocrí- nológicos en el síndrome de Down.
- A, Casaldaliga J, Trias K (eds). Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales. Barcelona: Masson; 2005. p. 174-86.
- Gruneiro de Papendieck L, Chiesa A, Bastida M, J *Pediatr Endocrinol Metab*. 2002; 15: 1543-8.
- Nys P, Cordray JP, Merceron RE. A retrospective study in 1845 patients. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2009; 70: 59-63.
- Myrelid A, Jonsson B, Guthenberg C, Increased neonatal thyrotropin in Down syndrome. *Acta Paediatr*. 2009; 98: 1010-3.
- McGowan S, Jones J, Brown A, et al. Scottish Down Syndrome Thyroid Screening Group. Capillary TSH screening programme for Down's syndrome in

- Scotland, 1997-2009. Arch Dis Child. 2011; 96: 1113-7.
- Rohrer TR, Hennes P, Thon A, Dost A, et al. DPV Initiative. Down's syndrome in diabetic patients aged <20 years: Diabetologia. 2010; 53: 1070-5.
 - Scaramuzza AE, Giani E, Riboni S, et al. Insulin pump therapy for type 1 diabetes treatment in a girl with Down's syndrome. Diabetes Res Clin Pract. 2009; 85: 16-8.
 - Fulcher T, Griffin M, Crowley S, et al. Diabetic retinopathy in Down's syndrome. J Ophthalmol. 1998; 82: 407-9.
 - Kraminker P, Armando R, Síndrome de Down Primera parte: enfoque clinico-genetico.SAP.Arch Argent Pediatr 2008; 106(3):249-259 Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2008/v106n3a11.pdf>
 - Dra. Tamara Rubio González, I Al. Lisandra Norbert Vázquez II y Al. Di Evaluación de crecimiento y desarrollo en paciente con síndrome de down. Dra. Tamara Rubio González, I Al. Lisandra Norbert Vázquez II y Al. Dianelys de la Caridad García González http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100003zII
 - Snaches Rocía y col, Síndrome de down, 2020. España <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/sindrome-down>
 - Jesus Florez. Sme de Down: Como comunicar la noticia, el primer acto terapéutico. Fundación Iberoamericana. 2017
 - Kaminker P y Armando R. Síndrome de Down. Segunda parte: estudios genéticos y función del pediatra Down syndrome. Second part: genetic surveys and pediatrician role. Actualización Archivos Argentinos de Pediatría SAP, año 2008; 106 (4) 334-340.
 - Petit, FM, Hebert, M., Picone, O., Brisset, S., Maurin, M.-L., Parisot, F., Capel, L., Benattar, C., Senat, M.-V., Tachdjian, G., Labrune, P. Una nueva mutación en el gen AFP responsable de la ausencia total de alfafetoproteína en la detección del síndrome de Down en el suero materno del segundo trimestre. Europa J. Hum. Gineta. 17: 387-390, 2009. [PubMed: 18854864]
 - Shaina Gordon ; Michelle D. Langaker Detección genética prenatal. NIH Universidad de Campbell. Año 2022
 - M.L. Martínez-Frías, E. Bermejo Sánchez, E. Rodríguez Pinilla Anales de Pediatría AEPED VOL. 45 N° 5, 1996 Diagnóstico clínico del síndrome de Down basado en 11 rasgos. Análisis epidemiológico de la especificidad de los rasgos estudiados.
 - Dra. Patricia Kaminker y Dra. Romina Armando Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico-genético. Arch. argent. pediatr. v.106 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2008 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000300011
 - Snaches Rocía y col, 2020. Síndrome de down. España <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/sindrome-down>
 - Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down, Autores: Comité Médico Asesor de DOWN ESPAÑA Y Colaboradores, Edición 2021 https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2021/10/PROGRAMA-SALUD_corr.pdf
 - Salgero Carmiña y otros. Enfermedades tiroideas en pacientes con SD en el departamento la Paz, Bolivia. Rev. Cient Cience. Vol 20 n1.2017
 - Castro Lobera y otros. Estudio de la función tiroidea en pacientes con SD. Elsevier España. Vol 23. N°2. Pag 87-90. 1999
 - M. Bull, T. Trotter, S. Santoro y colaboradores Pediatrics (2022) 149 (5). Examen de salud en niños y adolescentes con Síndrome de Down. Art. Intramed. Link: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=101242>
 - MSc. Dra. Marlen Rivero González, MSc. Dra. Raquel Cabrera Panizo, Dra. Alina García García, MSc. Dra. Norma Elena de León Ojeda. Hipotiroidismo primario en pacientes con síndrome de Down. Rev Cubana Pediatr vol.84 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2012



Perlitas Legales

LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA EN LA ERA DIGITAL: RETOS Y SOLUCIONES FRENTE AL GROOMING Y EL CIBERACOSO

Dra. Acuña Mercedes Regina

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

INTRODUCCIÓN

La revolución digital ha transformado profundamente la interacción social, creando espacios que facilitan el aprendizaje, la comunicación y el entretenimiento para los niños y adolescentes. Sin embargo, esta misma conectividad ha dado lugar a nuevas amenazas que ponen en riesgo su seguridad, entre ellas el *grooming* y el *ciberacoso*. Este artículo explora estas problemáticas, sus implicancias legales y la necesidad de una respuesta coordinada desde el ámbito familiar, educativo y jurídico.

LA EXPOSICIÓN INFANTIL AL PELIGRO EN LA ERA DIGITAL

Los riesgos en línea que enfrentan los menores incluyen, tanto contenido inadecuado (pornografía, violencia) como la posibilidad de contacto con adultos con intenciones maliciosas. El *grooming*, definido como el acoso sexual de un adulto hacia un niño o adolescente a través de redes sociales, es una de las formas más complejas de esta explotación. En esta práctica, los acosadores emplean estrategias manipulativas, estableciendo confianza con el menor, para luego solicitar imágenes íntimas o encuentros presenciales.

Fases del grooming y el perfil del groomer

El proceso del *grooming* suele atravesar varias fases:

- 1. Aproximación y construcción de vínculo:** El adulto contacta al menor, finge ser de su misma edad y se interesa en sus hobbies.
- 2. Sometimiento y control:** A través de la manipulación emocional, el acosador logra que

el menor envíe contenido íntimo, que luego se convierte en el medio para chantajear a la víctima.

El perfil del *groomer* abarca desde personas sin antecedentes a individuos con comportamientos antisociales y manipuladores, destacándose por su habilidad para explotar la vulnerabilidad de los menores.

GROOMING: DEFINICIÓN Y CONTEXTO LEGAL

El *grooming* se define como el acoso y manipulación por parte de un adulto hacia un menor de edad, utilizando medios digitales para establecer una relación de confianza con fines sexuales. En Argentina, esta conducta está tipificada como delito bajo la Ley N° 26.904, sancionada en 2013, que incorporó el artículo 131 al Código Penal. Este artículo establece penas de seis meses a cuatro años para quienes utilicen medios digitales para contactar a un menor con propósitos de abuso sexual. La campaña "*No al grooming*", liderada por organizaciones como Argentina Cibersegura, promueve la concienciación social sobre el tema, educando a padres y jóvenes sobre la importancia de denunciar y reconocer esta problemática.

El impacto psicológico en las víctimas de grooming y ciberacoso

Los menores que sufren *grooming* experimentan una manipulación emocional profunda que puede llevarlos a sentir vergüenza, miedo y aislamiento. Las investigaciones señalan que el *grooming* y el *ciberacoso* dejan secuelas psicoló-

gicas significativas, afectando la autoestima y el desarrollo emocional de los menores. Las señales de alerta incluyen cambios en el estado de ánimo, tendencia al aislamiento, bajo rendimiento escolar y, en casos graves, ideas suicidas.

¿CÓMO DENUNCIAR UN DELITO INFORMÁTICO?

Argentina ha desarrollado mecanismos para facilitar la denuncia de delitos informáticos, incluyendo aquellos relacionados con el *grooming* y la explotación sexual infantil. La guía de Argentina Cibersegura establece que, ante un posible delito informático, es esencial:

1. No borrar ni reenviar los mensajes o material que pueda servir de evidencia.
2. Realizar la denuncia en la comisaría más cercana, en cualquier fiscalía federal o, en el caso de CABA, en la Unidad Fiscal Especializada en Ciberdelincuencia (UFECI).

Además, la infografía de Argentina Cibersegura sugiere guardar copias de cualquier prueba relevante, siguiendo las indicaciones del investigador para resguardar la evidencia adecuadamente. Estos pasos son fundamentales para asegurar que las autoridades puedan investigar y actuar en consecuencia.

(Ver Infografía)


Argentina Cibersegura*

¿Cómo realizar una denuncia ante un delito informático?

¿Qué es un delito informático?

Un delito informático es un acto dirigido contra la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de los sistemas informáticos, redes y datos informáticos, así como el abuso de dichos sistemas, redes y datos.



Tipos de delitos informáticos	
<p>Delitos contra la confidencialidad la integridad y la disponibilidad de los datos y sistemas informáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Acceso ilícito a sistemas informáticos. ▶ Interceptación ilícita de datos informáticos. ▶ Interferencia en el funcionamiento de un sistema informático. ▶ Abuso de dispositivos que faciliten la comisión de delitos. 	<p>Delitos relacionados con el contenido</p> <p>Producción, oferta, difusión, adquisición de contenidos de pornografía infantil por medio de un sistema informático o posesión de dichos contenidos en un sistema informático o medio de almacenamiento de datos.</p>
<p>Delitos informáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Falsificación informática mediante la introducción, borrado o supresión de datos informáticos. ▶ Fraude informático mediante la introducción, alteración o borrado de datos informáticos, o la interferencia en sistemas informáticos. 	<p>Delitos relacionados con infracciones de la propiedad intelectual y derechos afines:</p> <p>Un ejemplo de este grupo de delitos es la copia y distribución de programas informáticos o piratería informática.</p>

¿Qué hacer ante un delito informático?



NO BORRE

No bome, destruya o modifique la información que posea en su computadora relacionada al hecho. Recuerde que siempre, la integridad de la información es vital para poder seguir adelante con las causas penales que se inicien.



DENUNCIE

Realice inmediatamente la denuncia ante la dependencia policial más cercana a su domicilio (comisaría de su barrio en cualquier lugar del país). Recuerden que tienen la obligación de tomar su denuncia.



NO REENVÍE

Nunca reenvíe los mensajes (correos electrónicos) constitutivos del delito.



GUARDE

A los fines de resguardar correctamente la prueba, una vez realizada la denuncia, proceda de la forma en que el investigador le indique.

¿Dónde denunciar un delito informático?



División Delitos Tecnológicos de la Policía Federal Argentina

📍 Cavia 335 1º, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 📞 Tel. 4800-1120/4370-5809
 📧 delitostecnologicos@policiafederal.gov.ar

Unidad Fiscal Especializada en Ciberdelincuencia – UFECI

📍 Sarmiento 663 6º, Ciudad de Buenos Aires
 📞 Tel. 11 5071-0040
 📧 denunciasufeci@mpf.gov.ar

También podés denunciar en cualquier fiscalía criminal o federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Federal del interior del país. Podés buscar la más cercana a tu domicilio desde el siguiente enlace: www.mpf.gov.ar/mapa-fiscalias

Área de Ciberdelincuencia - Policía Metropolitana

📍 Ecuador 261, CABA, Buenos Aires, Argentina
 📞 Tel. 4309-9700 Internos 4008 O 4009
 📧 ciberdelincuencia@buenosaires.gov.ar

Fiscalía de la Ciudad de Buenos Aires



Denunciá en línea ingresando a:
www.fiscalias.gov.ar/en-linea



Denuncia Telefónica:
0800 33 (FISCAL) 347225



Denuncia presencial:

- 📍 **Saavedra:** Ramallo 4389 – Tel. 4545 2012
- 📍 **Belgrano / Núñez:** Av. Cabildo 3067 3º piso – Tel. 5297 8102
- 📍 **Chacarita:** Guzmán 396 – Tel. 15 4026 1620
- 📍 **Palermo:** Baruti 1345 – Tel. 4014 1043
- 📍 **Balvanera:** Combate de los Pozos 155 – Tel. 4011580
- 📍 **Parque Patricios:** Zavaleta 425 – Tel. 4911 7406
- 📍 **Villa Lugano:** José León Suarez 5088 – Tel. 4601 2358

www.argentinacibersegura.org | info@argentinacibersegura.org

[f argentinacibersegura](https://www.facebook.com/argentinacibersegura) [i argentinacibersegura](https://www.instagram.com/argentinacibersegura) [in /company/argentina-cibersegura](https://www.linkedin.com/company/argentina-cibersegura) [@erg_cibersegura](https://twitter.com/erg_cibersegura)

Gracias al apoyo de



ESER SA
 EMPRESAS DE SERVICIOS
 TECNOLÓGICOS



GRUPO
 SANTOR
 SEGUROS



2Consulting

EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y EDUCATIVO

Para enfrentar de manera efectiva el grooming y el ciberacoso, se requieren esfuerzos preventivos que incluyan educación digital tanto para niños como para adultos. La prevención debe enfocarse en:

- **Diálogo abierto:** Fomentar la comunicación entre padres e hijos para que los menores se sientan seguros al compartir sus experiencias en línea.
- **Conocimientos de Ciberseguridad:** Enseñar a los menores sobre los peligros de compartir información personal, reconocer comportamientos sospechosos y entender el uso adecuado de las redes sociales.
- **Supervisión activa:** Los padres y educadores deben conocer las plataformas que usan los menores y establecer configuraciones de seguridad en sus dispositivos.

LA IMPORTANCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La lucha contra el grooming requiere un enfoque global, dado que internet no tiene fronteras. En este sentido, Argentina ha firmado convenios internacionales, como el Convenio de Budapest, que facilita la cooperación en la lucha contra los ciberdelitos. Además, países como España y Estados Unidos han implementado leyes específicas y recursos que pueden servir como modelos para fortalecer la legislación local y mejorar las prácticas de prevención.

CONCLUSIÓN

Responsabilidad compartida para proteger a los menores

La protección de los menores en la era digital es una responsabilidad que involucra tanto a los gobiernos como a las familias y la sociedad en general. Mientras las autoridades trabajan para reforzar las leyes y protocolos de denuncia, es crucial que los adultos sean conscientes de los peligros digitales y promuevan un uso seguro de internet. La educación digital y la construcción de relaciones de confianza con los menores son pasos fundamentales para reducir la vulnerabilidad de los niños y adolescentes ante el grooming y el ciberacoso.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. T. (2019). Delitos sexuales y protección de la infancia en internet. Editorial Jurídica.
- UNICEF. (2017). The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World. Disponible en <https://www.unicef.org/publications>.
- Ley N° 26.904 (Argentina). Modificación del Código Penal para incluir el delito de grooming. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>.
- Consejo de Europa. (2015). The Lanzarote Convention: Protecting Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Estrasburgo
- Argentina Cibersegura. (2016). Ley de Grooming en Argentina. Recuperado de argentinacibersegura.org.
- Ley N° 26.904 (Argentina). Modificación del Código Penal para incluir el delito de grooming. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>.



Boletín bibliográfico 91

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

RIESGO DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES POR LAS APUESTAS EN LÍNEA EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Las apuestas en línea, en específico las relacionadas con juegos en los que se arriesga dinero y el resultado depende del azar y no de la habilidad del jugador, son una práctica muy extendida entre adolescentes. En su seno se esconden las adicciones comportamentales a juegos de azar y apuestas en línea, que *están ocultas e infravaloradas*.^[1]

“Aunque tiene las mismas características del problema de abuso de sustancias, las adicciones comportamentales no están tan socialmente admitidas como problemas”, alertó la pediatra argentina, especialista en desarrollo infantil y en uso y efectos de la tecnología en niños y adolescentes, Dra. Silvina Pedrouzo.

“Es un problema de salud pública que nos preocupa porque creemos que se puede ir incrementando”, recalcó Montse Bartoli, máster en Salud Pública y máster en Psicología Clínica y Medicina Conductual, jefa del Departamento de Prevención y Atención a Drogodependencias (DEPAD) de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), que recientemente publicó un estudio sobre el juego en adolescentes.

La Dra. Pedrouzo, que preside la Subcomisión de la Tecnología de la Información y la Comunicación (TICS) de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), señaló que la problemática empezó a tener una gran repercusión después de la pandemia, cuando en los consultorios médicos y en las escuelas se empezaron a ver las consecuencias del uso inapropiado de la tecnología y el juego en línea. “Fue una explosión”.

Los adolescentes no están jugando, están apostando

En Barcelona, el juego por dinero es una actividad muy extendida entre los adolescentes (13 a 19 años), 18,6 % de los varones y 6,1 % de las mujeres están involucrados. Si bien, de

forma general, 6,2% en los varones y 1 % en las mujeres tendrían comportamientos de riesgo, este se observa en 33,2 % de los chicos y en 16,5 % de las chicas que apuestan. Es decir, casi uno de cada tres chicos de Barcelona que juega corre el riesgo de que se convierta en juego problemático, pero es mucho mayor para los jugadores en línea (37,6 %) que para quienes apuestan fuera de línea (22,6 %). Entre las niñas no se observaron diferencias entre las modalidades.

Los datos se desprenden de un estudio transversal a partir de una selección de preguntas de la Encuesta de Factores de Riesgo en Estudiantes de Educación Secundaria (FRESC) 2021. La encuesta, autoadministrada y anónima, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, no es específica sobre el juego, sino que contempla la salud y los factores de riesgo, y es representativa de los centros educativos con una muestra de 3.332 adolescentes.^[1]

El juego se asoció con el uso de drogas legales e ilegales y con recibir dinero de los padres. “En esta encuesta vimos también que 30 % había empezado a jugar antes de los 10 años. Esto nos alarma, sobre todo porque no hay conciencia social de problema”, explicó Bartoli.

Diversión no es adicción

El juego recreativo, que funciona como actividad de esparcimiento, no es lo mismo que el problemático. Entre el uso y el abuso, la diferencia no está en el tiempo medido en horas, sino si interfiere o no en las otras actividades y si produce repercusiones en otros ámbitos. No todo adolescente que accede a una apuesta va a terminar siendo adicto ni todo consumo problemático es una adicción, pero todas las adicciones comienzan como un consumo problemático. El juego patológico o ludopatía (gambling disorder) es un trastorno reconocido en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* y en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE-11). Estos documentos describen el trastorno del juego como un patrón persistente de comportamientos de juego a pesar de que produce angustia o deterioro significativo de las áreas del funcionamiento. Se experimenta como un impulso incontrolable de apostar o jugar a pesar de la pérdida de dinero y sus consecuencias negativas en todos los ámbitos (personal, familiar, social, académico y laboral).^[2,3] Consumo problemático: todo aquel que afecta de forma negativa, ocasionalmente o con el tiempo, la salud física y psicológica y las relaciones sociales del sujeto y que incluso puede desencadenar problemas con la ley. Abuso o uso inapropiado de tecnologías: se diferencia del uso de tecnologías porque este genera consecuencias negativas, ya sea por el tiempo, la frecuencia o el tipo de uso.^[3]

Como ocurre con las drogas, el salto del juego recreativo al juego problemático depende de muchos factores. En el estudio de Barcelona, el juego de riesgo se asoció también con el juego en línea, el sexo masculino y la participación en más de dos tipos de juego. Tener peor salud mental fue otro de los factores asociados, tal vez porque el individuo dispone de menos herramientas para defenderse de la presión de grupo o por problemas del estado de ánimo que resuelve jugando.

Otro hallazgo particularmente preocupante fue que alrededor de 66% de los jugadores en línea participaron en juegos de azar que hay dentro de los videojuegos. Este punto lo resalta otra de las autoras, la socióloga y técnica de salud pública del equipo de Bartroli en la Agencia de Salud Pública de Barcelona y profesora de la Universidad Pompeu Fabra (UPF), Catrina Clotas.

Clotas llamó la atención sobre el diseño de ciertos videojuegos, que incluyen cajas botín con contenido aleatorio que se compran con moneda real, virtual o recompensas del propio juego.

“Tenemos un pendiente con la industria de los videojuegos por la regulación de las cajas botín”, explicó Clotas. El resultado aleatorio es una de las características del poder adictivo de los juegos de azar del que no se dan cuenta ni las familias ni los propios jugadores, pero que en adolescentes es una puerta de entrada a las apuestas.

De acuerdo con el mayor y más reciente estudio sobre el tema, publicado en *The Lancet Public Health*, una proporción importante de la pobla-

ción mundial tiene un consumo problemático de juego, especialmente quienes juegan en formatos en línea; sin embargo, hay pocos datos globales que permitan establecer el riesgo de ludopatía problemática en adolescentes. En este grupo, las prevalencias estimadas más altas fueron para la lotería, los juegos de azar en línea y los juegos de azar privados o no comerciales. Datos regionales muestran que entre 2,7 % y 27,8 % de las y los adolescentes tienen algún comportamiento de riesgo y que los juegos de azar en línea ya son la segunda forma más frecuente de actividad de juego.^[2]

En el artículo, el equipo autoral advierte que la industria del juego se está expandiendo rápidamente a países de ingresos bajos y medios. Aunque de Latinoamérica no existen suficientes datos, hay especialistas que consideran la situación actual como “una epidemia de adicción al juego en línea”.^[3]

Una encuesta a 434 estudiantes de nivel secundario de Argentina reveló que 34 % de ellos habían apostado en línea al menos una vez, principalmente durante la noche (68,7 %); uno de cada tres apostaba en soledad y para ganar dinero para sí mismo. De las y los jóvenes participantes de otra encuesta, 16 % (N = 1.001) reconoce que realiza apuestas en línea y 24 % cree que el grupo más afectado por la ludopatía son los adolescentes de 12 a 16 años.^[4,5]

¿Cómo y por qué?

El *marketing* está dirigido especialmente hacia los jóvenes y la oferta está ligada al éxito. «El mejor jugador del mundo, el equipo campeón, el *influenciar* de turno..., los chicos absorben todo este *marketing* perjudicial», señaló la pediatra argentina. En este escenario, hay personajes como el *streamer*, que realiza transmisiones en vivo y su audiencia lo ve mientras apuesta, aunque este creador de contenido digital nunca aclara que no está utilizando su propio dinero, en cambio sí incita a sus seguidores a crear una cuenta en la página de juegos.^[6] Del otro lado, hay niños y adolescentes que tienen fácil acceso a billeteras virtuales para sus gastos diarios y un teléfono conectado 24/7 lejos de la mirada del adulto. En algunos casos, los adolescentes apuestan de forma directa en el sitio web de las empresas que gestionan los casinos en línea, ya sea que se trate

de apuestas deportivas o loterías virtuales. En otros casos, existen intermediarios que recaudan el dinero en colegios o clubes, lo convierten en criptomonedas y lo destinan a los sitios de apuestas. Los adolescentes que oficinan de puente con los casinos y casas de apuestas ilegales, los “cajereros”, a veces son amigos o llegan por recomendaciones en las redes sociales y ganan cifras considerables. Hay jóvenes que ofrecen préstamos a sus excompañeros para que puedan apostar.^[4,6] Según la especialista argentina, los adolescentes tienen un cerebro que los conduce al impulso y no al control, hay mayor permeabilidad a la recompensa relacionada con las apuestas. Esta población, en una etapa de mayor vulnerabilidad, tiene el deseo de pertenecer y de salir al mundo.

No es cosa (solo) de varones

Los datos de Barcelona indican un patrón masculino, tanto en el uso del juego como también en las modalidades más problemáticas y en el posible trastorno de juego. Sin embargo, esta dinámica puede cambiar, ya que esta actividad está en aumento, es socialmente aceptada y está menos estigmatizada por las mujeres.^[1]

El grupo se propuso monitorear cómo y a qué juegan las mujeres para, en el futuro, adaptar las intervenciones a las motivaciones propias del género. Esto es porque en el anonimato del juego en línea ellas no sienten que invadan espacios masculinos. Además, están apareciendo referentes femeninos en el mundo del juego y la industria que está generando nuevos productos más pensados para el perfil femenino.

“Es 50 % de la población, entonces eso es un nicho de mercado interesante y la publicidad se está dirigiendo a ellas”, mencionó Clotas.

¿Qué hacer en la consulta pediátrica?

Para Bartroli, Ph. D., profesora asociada en la Universidad Pompeu Fabra (UPF), no alcanza con estar pendientes del problema, sino que es preciso también actuar a nivel preventivo. En este sentido, considera que las y los pediatras tienen una oportunidad de oro.

“No esperen a que les hagan la consulta. Criben y, si se detecta, aunque sea un juego incipiente, asesoren a la familia. Y si ven indicios de problema, deriven cuanto antes”, recomendó.

La Agencia de Salud Pública de Barcelona tiene una guía para las familias sobre prevención del

juego de apuestas y daños asociados que, en su opinión, puede ser utilizada en el consultorio.

Datos de riesgo

- Perpetra pequeños robos en el contexto familiar o pide dinero sin explicar muy bien para qué es.
- Presume de sus conocimientos sobre los juegos de azar y de sus habilidades para ganar dinero.
- Miente o da excusas poco creíbles cuando se le pregunta sobre el dinero o cuando aparece con cosas que no puede adquirir teniendo en cuenta su poder adquisitivo.

Hay otras señales más generales que pueden dar pie a interpretar que tiene *dificultades* en otros ámbitos no necesariamente relacionados con los juegos de azar:

- Abandono de la relación con las “amistades de siempre” y dejar de hacer las cosas con las que disfrutaba anteriormente.
- Cambios en el rendimiento escolar, desmotivación en los estudios, retrasos y absentismo, y expulsiones temporales del instituto.
- Pérdida de interés hacia el deporte u otras actividades extraescolares.
- Estado de ánimo oscilante e irritabilidad.
- Cambios importantes en la rutina (pasa mucho tiempo en su habitación o, todo lo contrario, que esté fuera de casa mucho más que antes).

El transmitir a las familias los puntos más importantes, para que si ven algo de esto consulten rápidamente, permite “empezar a trabajar antes de que se desarrolle un problema”.

Consideró también una buena idea utilizar en la consulta pediátrica el instrumento de cribado que en Europa se utiliza en encuestas poblacionales, el cuestionario Lie/Bet.

Destacó dos preguntas clave que pueden entrar en la rutina apresurada de los pediatras:

- ¿Has sentido alguna vez la necesidad de apostar más y más dinero?
- ¿Alguna vez has tenido que mentir a personas importantes sobre cuánto has jugado o apostado?

Una respuesta “Sí” a una o ambas preguntas sugiere la necesidad de una evaluación más detallada.^[7]

Por su parte, la Dra. Pedrouzo no le ve valor a utilizar un *test* para detectar problemas relacionados con los juegos en línea. «A veces el chico no cuenta y además es generalizar, cada problema es único». Agregó que la consulta médica se suele iniciar por un adolescente que no duerme bien, está irritable, enojado, con problemas de memoria, de atención o cambio súbito de rendimiento académico, pero que en algún momento surge la queja de los padres de que «está todo el día en la computadora» o «gasta mucho».

“Muchas veces son chicos que están angustiados porque deben dinero y reciben amenazas o se contactan con prestamistas”, recaló la Dra. Pedrouzo y advirtió que el problema puede ser muy grave, con adolescentes que se autolesionan o tienen ideas suicidas.

Recomendó, eso sí, que en las consultas se incluyan preguntas sobre el uso de la tecnología porque “si no concientizamos y no educamos, la solución va a estar cada vez más lejos. La tecnología va avanzando muchísimo y nosotros siempre vamos atrás. Hoy hablamos de ludopatía y el año que viene vamos a hablar de los problemas del bullying mediante la inteligencia artificial».

En su opinión, una de las primeras intervenciones es estimular un diálogo abierto intrafamiliar de lo que está sucediendo. Las recomendaciones tienen que ser claras y las reglas intrafamiliares respetadas por todos. Añadió que puede ser útil recomendarles a las familias involucrarse en la configuración de perfiles (opciones de privacidad, seguridad y controles parentales) y organizar el uso de los dispositivos en las áreas comunes. Afirmó que hay que hablarle al adolescente no solo de las consecuencias del juego, sino también educar sobre los riesgos de la publicidad engañosa, los accidentes por desafíos, el robo de identidad, el fraude y el acoso cibernético. “Los chicos acceden sin ningún tipo de información”.

La Dra. Pedrouzo recordó que, como pediatras, también deben promocionar las actividades saludables, el respeto de las horas de sueño y de actividad física, y fomentar encuentros sociales artísticos con espacios de contacto sociales con familiares y amigos. Una encuesta con 2.240 adolescentes (14 a 18 años) de España demostró la asociación de las actividades culturales con la disminución de la probabilidad de tener problemas de juego (máquinas tragamonedas, cartas,

dados, lotería, apuestas, etcétera). *Aquellos que practican frecuentemente la lectura, pintura o escritura (al menos una vez por semana) no desarrollan problemas con el juego.*

Si hay necesidad de tratamiento, según la Dra. Pedrouzo, este debe tener el enfoque de autocontrol de estas conductas, con un o una profesional de la salud mental, orientando a la etapa de desintoxicación y promoción del autocontrol. “La omnipresencia de la tecnología es la que manda, tienen que saber convivir con esto y usarla de un modo que no les perjudique”.

En el servicio público de Barcelona, cuando se detecta un problema de juego que no es aún un trastorno mental, el paciente y su familia son asistidos por psicólogos en un servicio de orientación. Allí reflexionan conjuntamente acerca de por qué se está jugando, cuáles son las motivaciones, como puede ayudar la familia. “A veces, solo con esa intervención breve motivacional, ya sitúas al adolescente y a la familia”, afirmó Bartroli. Solo si hay un trastorno mental se deriva a unidades especializadas.

Explicó que el objetivo del tratamiento depende del paciente. “Como en las drogas, se puede querer llegar al consumo controlado, pero a veces es posible y a veces no. No hay una respuesta taxativa, el profesional de salud mental valora con su paciente cuál tiene que ser el objetivo terapéutico”.

Cuando se le pregunta si los médicos están consiguiendo acompañar a las familias, la Dra. Pedrouzo, que da capacitaciones sobre este tema, respondió que a los pediatras el tema los supera por desconocimiento.

En Cataluña, la situación sería otra. “Estamos entrevistando a profesionales de la salud para el plan de acción sobre drogas de Barcelona y todos nos dicen que, por favor, demos peso a las adicciones comportamentales que están siendo un problema. Vemos, en cambio, menos conciencia del problema entre las familias y entre los profesores, que son agentes claves”.

Aún falta más ante la adicción por juego

El mayor obstáculo para combatir estos problemas es la facilidad de acceso, asociada a la falta de regulaciones efectivas. “El pediatra y los adultos cercanos tenemos que garantizar sus derechos al libre acceso y libre expresión, pero también tenemos deberes de cuidado. El virtual

es un ambiente más donde hay que cuidarlos”, sintetizó la Dra. Pedrouzo.^[3]

En la ciudad de Buenos Aires, este año, se bloquearon los sitios de apuestas en las escuelas y se impuso la restricción del uso de celulares en el colegio (prohibido en primaria, admitido en secundaria en actividades específicas). La provincia de Buenos Aires lanzó el Plan Integral de Prevención y Tratamiento de la Ludopatía Adolescente. A nivel nacional, fue creado el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) para quienes tienen alguna adicción y existen al menos 11 proyectos de ley presentados en el Congreso argentino para prevenir y concientizar sobre las apuestas online en adolescentes. “Existe una ley, la 26.934, que todavía se tiene que regular”, señaló la Dra. Pedrouzo.^[8]

En resumen, el país sudamericano comenzó a enfrentar el problema, pero en opinión de la pediatra, “todavía estamos en pañales”. Hace hincapié en que para minimizar los riesgos y promover el bienestar de la población adolescente, así como garantizar la alfabetización digital, las estrategias deben ser multisectoriales. Eso incluye concientización de la población, herramientas de protección y el estímulo al desarrollo de habilidades para hacer un uso crítico del contenido en línea. Sostiene que las y los profesionales de la salud deben estar capacitados para brindar asesoramiento en la implementación de programas y políticas que permitan optimizar el uso de los medios digitales.^[9]

Por su parte, Bartroli fue taxativa: “Limitar los espacios en los que se puede jugar es clave. En Cataluña, donde han empezado a regular antes y más, tienen menos locales de juego y por lo tanto menos problemas asociados. Lo que hay que hacer es, desde nuestro punto de vista, empezar a regular el juego en línea. Cuanto menos disponible y accesible, menos problemática”.

Clotas, M. Sc., Bartroli, Ph. D., y la Dra. Pedrouzo han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

REFERENCIAS

- Roquer M, Clotas C, Bartroli M. Online Gambling and At-Risk Gambling Behaviour in a Cross-Sectional Survey Among 13-19 Year-Old Adolescents in Barcelona. *J Gamb Stud*. Ago 2024. doi: 10.1007/s10899-024-10341-3. PMID: 39107565. Fuente
- Tran LT, Wardle H, Colledge-Frisby S, Taylor S, y cols. The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. Ago 2024;9(8):e594-e613. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00126-9. PMID: 39025095. Fuente
- Pedrouzo SB, Krynski L, Melamud A. New consumption trends in the use of social networks and video games, problematic consumption, and the phenomenon of online gambling. *Arch Argent Pediatr*. 8 Ago 2024:e202410459. English. doi: 10.5546/aap.2024-10459.eng. PMID: 39101882. Fuente
- Gardel L. El riesgo de la ludopatía: 1 de cada 3 adolescentes reconoce que realizó apuestas on line al menos una vez. Publicado el 2 de septiembre de 2024. Consultado en versión electrónica. Fuente
- Opina Argentina. Informe Ludopatía digital. Argentina; 2024. Fuente
- Zolezzi C. Guía para actuar ante el drama de los adolescentes atrapados por sitios de apuestas online. *La Nación*. Publicado el 18 de septiembre de 2024. Consultado en versión electrónica. Fuente
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, y cols. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*. Feb 1997;80(1):83-88. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.83. PMID: 9122356. Fuente
- Pedrouzo SB, Jaitt M, Núñez J, Lamas F, y cols. Adolescencia y bienestar digital: herramientas para los profesionales de la salud. *Arch Argent Pediatr*. Feb 2024;122(1):e202310199. doi: 10.5546/aap.2023-10199. PMID: 38150291. Fuente
- Sancho O, Clotas C, Bartroli M. Guía familiar preventiva sobre l'ús del joc d'apostes i els videojocs: idees i propostes. Barcelona (España): Agència de Salut Pública de Barcelona; 2023

Roxana Tabakman;

Medscape Noticias Médicas;

25 de octubre de 2024

ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE LATINOAMÉRICA

El virus sincicial respiratorio es un gran problema de salud pública, pero las nuevas medidas preventivas, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada sumado a la vacunación materna, representan una oportunidad única para prevenir la infección grave de las vías respiratorias en los lactantes. Esa es la principal recomendación del Grupo de Expertos de la Sociedad Lati-

noamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE), que también evaluó la carga de la infección por el virus en Latinoamérica y el Caribe para brindar recomendaciones de salud pública.^[1]

A la par, el grupo insta a las autoridades y tomadores de decisiones de la región, a adoptar estas nuevas estrategias preventivas. La propuesta incluye la implementación de la vacunación contra el virus sincitial respiratorio durante el embarazo, así como el uso de anticuerpos monoclonales de acción prolongada en los lactantes o incluso una estrategia combinada (vacunación durante el embarazo y disponibilidad de anticuerpos monoclonales para los no protegidos por la medida anterior).

“Mi aspiración es que cualquiera de las estrategias se utilice en la mayoría de los países de Latinoamérica para el año 2025”, señaló el Dr. Roberto Debbag, presidente del Comité de vacunas de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica y vicepresidente de la Sociedad Latinoamericana de Vacunología (SLV).

La estrategia combinada es la que más entusiasmo. En una declaración conjunta las comisiones de Infecciones en Pediatría y Vacunas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) recomiendan considerar la aplicación de la vacuna contra el virus sincitial respiratorio a todas las gestantes idealmente durante todo el año, así como incorporar el uso del anticuerpo monoclonal como estrategia complementaria para la prevención de las infecciones por el virus.^[2]

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) también apoya el plan de prevención a través de la vacunación materna y considera que debe integrarse con el uso de anticuerpos monoclonales para cubrir a las personas no alcanzadas.^[3]

En los países de Latinoamérica y el Caribe estas intervenciones han sido aprobadas únicamente en Chile, Argentina y Brasil.

Virus sincitial respiratorio: problema de salud pública

La infección por virus sincitial respiratorio es un problema que se evidencia todos los años en Latinoamérica y el Caribe, con variaciones en los distintos países y climas. Es la principal causa de infecciones respiratorias bajas, afectando principalmente a menores de dos años con elevada morbimortalidad, así como de infecciones del

tracto respiratorio en niños y un grave problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo. Este virus representa un tercio de los fallecimientos en el primer año de vida y más de 97 % ocurre en países de bajos o medianos ingresos.^[4]

En Latinoamérica habría deficiencia en el conocimiento y la concientización sobre el efecto del virus sincitial respiratorio en los adultos mayores, pero los pediatras lo conocen muy bien, porque a pesar de haber factores de riesgo asociados con una infección más grave, entre 70 % y 80 % de las hospitalizaciones y muertes asociadas con el virus ocurren en niños nacidos a término y previamente sanos.

El Dr. Debbag resaltó que el virus sincitial respiratorio provoca bloqueos de las emergencias debido a la gran cantidad de pacientes pediátricos con infección respiratoria, fundamentalmente menores de un año, que hay durante los brotes. Durante algunas semanas se produce el “caos sanitario por virus sincitial respiratorio” que ocasiona que otros menores no puedan ser atendidos. Y si bien afecta a todas las poblaciones, las de mayor pobreza tienen un problema adicional: el acceso a la salud.

Vacuna durante el embarazo

La vacuna contra el virus sincitial respiratorio aplicada en gestantes, es una herramienta segura y eficaz para prevenir la infección y la hospitalización de los lactantes durante los primeros 6 meses de vida.^[2]

Se trata de una vacuna bivalente (subgrupo A y subgrupo B) recombinante. Como la proteína F viral es fundamental para la fusión y entrada del virus a las células hospedadoras, la fórmula contiene como antígenos la proteína F en su estado de prefusión, lo cual protege frente a la infección y su gravedad.

Los datos disponibles no confirman o refutan una relación entre la vacuna y los nacimientos prematuros, por lo que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos la aprobó y la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica y otras entidades la recomiendan para las semanas 32 a 36 de gestación.

Argentina ya la incluyó en 2024 en el calendario nacional de vacunación materna durante la temporada de virus sincitial respiratorio y para

las mujeres cursando las semanas 32 a 36,6 de gestación. Para evitar la pérdida de oportunidades de vacunación puede coadministrarse con cualquiera de las otras vacunas indicadas durante el embarazo (triple bacteriana acelular, antigripal y COVID-19).

Si bien en un estudio en mujeres no gestantes, la administración concomitante con la vacuna triple bacteriana acelular mostró menor respuesta, esta reducción no tendría impacto clínico. En Estados Unidos, por ejemplo, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) también recomienda la administración simultánea.^[4]

La campaña de vacunación argentina fue planificada considerando la época de circulación del virus sincitial respiratorio desde el primero de marzo al 31 de julio. También se consideró que se requieren dos semanas para que la mujer embarazada desarrolle los anticuerpos y los pueda transferir a través de la placenta para proteger al bebé durante los primeros seis meses de vida.

En tanto, este primer año la campaña se extendió un mes más (al 31 de agosto) porque no se cumplieron las metas de vacunación.

La Dra. Gabriela Ensinck, pediatra infectóloga argentina, integrante del Comité Nacional de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, comentó los datos del Ministerio de Salud, señalando que al 24 de julio de 2024 la cobertura era de aproximadamente 60 %, cuando lo ideal para la fecha debería haber sido de 79,2 %.

La especialista también destacó que la adopción es buena y solo presenta dificultades propias del primer año, ya que se necesita más tiempo para difusión y conocimiento del personal de salud. Un documento de la Sociedad Argentina de Pediatría considera que es altamente probable que la próxima temporada la estrategia deba comenzar el 1 de enero de 2025.

La infección por el virus sincitial respiratorio en la gestante podría asociarse a mayor frecuencia de parto pretérmino y complicaciones respiratorias al parto, pero la vacuna está indicada para la protección infantil.

“La transferencia de los anticuerpos maternos no es algo nuevo para la mujer embarazada que recibe la vacuna antigripal y la de COVID-19 y la materna contra difteria, tétanos y tosferina acelular”, afirmó la Dra. Ensinck, destacando que la vacuna es segura y que Latinoamérica tuvo importante participación en los estudios.

Anticuerpo monoclonal para la población pediátrica

El grupo de expertos de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica recomienda, también, otra estrategia para todos los lactantes menores de seis meses cuyas madres no recibieron la vacuna contra el virus sincitial respiratorio durante el embarazo y que nacieron durante la primera temporada del virus o entran a ella, que consiste en dosis única intramuscular de *nirsevimab*, anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea la entrada del virus sincitial respiratorio, ya que está dirigido contra la proteína de fusión (F) esencial para el ciclo infectivo del virus. Su uso para la prevención de esta enfermedad en recién nacidos y lactantes fue aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en 2022 y por la FDA en 2023.

Este fármaco también es indicado para recién nacidos prematuros (antes de las 32 semanas) o los nacidos en las primeras dos semanas después de la vacunación materna. La recomendación incluye menores entre 8 y 19 meses que tienen mayor riesgo de enfermedad grave por virus sincitial respiratorio y están entrando en su segunda temporada.

Nirsevimab ha demostrado ser seguro y eficaz para reducir infecciones graves y fallecimiento por virus sincitial respiratorio en lactantes, ofreciendo protección inmediata y durante al menos 150 días después de su administración. No se conoce ninguna interacción con otras vacunas.

Chile fue el primer país de la región que adquirió nirsevimab e inició la primera campaña entre abril y septiembre 2024, con una meta de cobertura de 80 %. La población objetivo es la de neonatos y nacidos a partir del 1 de octubre del año 2023, prematuros menores de 32 semanas o <1.500 g de peso al nacer, lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad.

El programa chileno incluye también lactantes hasta los 24 meses de vida que en años anteriores eran beneficiados por ley para recibir palivizumab.^[5]

En Argentina, donde esta estrategia aún no está aprobada, pero la de vacunación materna sí, la Sociedad Argentina de Pediatría considera que la recomendación de uso de anticuerpos monoclonales debería cubrir a las personas no alcanzadas

por la vacuna. Además de los mencionados anteriormente, especifica a los hijos de madres que no recibieron vacunación materna, aquellos en los que el nacimiento se produjo sin que hayan transcurrido 14 días desde la vacunación y a quienes tengan respuesta inmune inadecuada a la vacunación por virus sincitial respiratorio (p. ej., inmunocompromiso materno).

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda incluir hasta los dos años de edad a niños y niñas que continúan siendo vulnerables a la enfermedad grave, que son quienes padecen cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa, enfermedad pulmonar crónica, inmunocompromiso (incluye tratamiento con corticoesteroides a altas dosis por un periodo mayor a 14 días), síndrome de Down, fibrosis quística, enfermedad neuromuscular o anomalías de las vías aéreas.

¿Cuál es el papel de palivizumab?

Hasta ahora estaba disponible palivizumab, anticuerpo monoclonal aprobado en 1998 para prevenir la infección de las vías respiratorias inferiores grave por infección por virus sincitial respiratorio en poblaciones pediátricas de alto riesgo. El uso de palivizumab demostró ser seguro y efectivo para prevenir las infecciones graves por virus sincitial respiratorio en lactantes de alto riesgo, con un esquema de cinco dosis durante los meses de mayor circulación viral.^[2]

Esta estrategia está limitada por el alto costo y la dificultad de administrar todas las dosis requeridas para completar la vacunación, por lo que el grupo de expertos sigue indicando el uso del fármaco para los lactantes de alto riesgo, aunque recomienda cambiar a las nuevas herramientas preventivas cuando sea posible.^[1]

Innovar sin olvidar lo básico

Dada la prevalencia mundial de la infección por virus sincitial respiratorio, la implementación de estas estrategias debe ser una prioridad en todos los países, particularmente en los de ingresos bajos y medianos de Latinoamérica y el Caribe, donde representa un importante problema de salud pública.^[1]

El Dr. Debbag puntualizó que existe consenso sobre esta necesidad y si bien nirsevimab significa un costo de aproximadamente 250 dólares la dosis única y la vacunal de casi 50 dólares a

los programas nacionales, ambas estrategias han demostrado ser costo-beneficiosas. Que los gobiernos decidan por una u otra o por la estrategia integrada depende del análisis que hará cada uno de los países.

Hasta el momento no hay tratamiento efectivo contra el virus sincitial respiratorio, por lo que las estrategias dirigidas a su inmunoprofilaxis adquieren gran trascendencia.^[3] La Dra. Ensinck confía que para el año 2025 se imponga en su país la estrategia integrada, pero señala que es imprescindible complementar con otras medidas de prevención del virus.

El virus sincitial respiratorio se propaga cuando una persona infectada tose o estornuda y otras reciben las gotitas respiratorias en ojos, nariz o boca, tienen contacto directo con el virus (al besar en la cara) o con una superficie infectada; el virus se mantiene estable por muchas horas en mesas y barandas de cuna, por periodos más breves en superficies blandas, como pañuelos desechables y manos. por lo que es fundamental que los pediatras tengan en cuenta las recomendaciones generales de prevención de infecciones respiratorias, entre otras, explicar la importancia de la higiene de manos.

“Es importante realizar higiene de manos tanto en el ámbito hospitalario como en la casa, porque el virus se transmite más a través de las manos que por vía respiratoria. También es relevante no dejar de promover la lactancia materna, ya que puede haber transferencia de anticuerpos”, concluyó la Dra. Ensinck.

Los autores del artículo, así como el Dr. Debbag y la Dra. Ensinck han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

REFERENCIAS

1. Debbag R, Ávila-Agüero ML, Brea J, Brenes-Chacon H, y cols. Confronting the challenge: a regional perspective by the Latin American pediatric infectious diseases society (SLIPE) expert group on respiratory syncytial virus-tackling the burden of disease and implementing preventive solutions. *Front Pediatr.* 31 Jul 2024;12:1386082. doi: 10.3389/fped.2024.1386082. PMID: 39144471. Fuente
2. González Ayala S, Glasman P, Vázquez L, Devoto S, y cols. Estrategias para la prevención de las infecciones por VSR en la edad pediátrica. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Comisión de Infecciones en Pediatría. Comisión de Vacunas.

2024. Consultado en versión electrónica. Fuente
3. Sociedad Argentina de Pediatría Comité Nacional de Infectología Subcomisión de Epidemiología Documento de Posición para la Prevención de Infecciones Respiratorias por Virus Sincicial Respiratorio (VSR). 20 Agosto 2024. Fuente
 4. Ministerio de salud República Argentina. Lineamientos Técnicos de Vacunación. Virus sincicial respiratorio en personas gestantes. Publicado en enero 2024. Consultado en versión electrónica. Fuente
 5. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Departamento de Inmunizaciones División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Lineamientos técnicos operativos para la administración de anticuerpo monoclonal contra el virus respiratorio sincicial (VRS) NIRSEVIMAB (2024). Consultado en versión electrónica. Fuente

Roxana Tabakman;
Medscape Noticias Médicas;
 8 de octubre de 2024

ADENDUM

¿QUÉ ES EL ÉXITO?

REÍR A MENUDO Y MUCHO;

PARA GANAR EL RESPETO DE LA GENTE INTELIGENTE Y EL CARIÑO DE LOS NIÑOS;

PARA GANAR LA APROBACIÓN DE LOS CRÍTICOS HONESTOS Y

SOPORTAR LA TRAICIÓN DE LOS FALSOS AMIGOS;

PARA APRECIAR LA BELLEZA Y ENCONTRAR LO MEJOR EN LOS DEMÁS;

PARA DEJAR EL MUNDO UN POQUITO MEJOR, YA SEA MEDIANTE UN NIÑO SANO,

UN HUERTO, O UNA CONDICIÓN SOCIAL REDIMIDA;

HABER JUGADO Y REÍDO CON ENTUSIASMO Y CANTADO CON JÚBILO;

SABER QUE AL MENOS UNA VIDA HA RESPIRADO MEJOR GRACIAS A TI

ESTO ES HABER TENIDO ÉXITO.

RALPH WALDO EMERSON

(Boston, Massachusetts, EE.UU., 1803 – Concord, Massachusetts, EE.UU., 1882).

Escritor, filósofo y poeta estadounidense. Líder del trascendentalismo a principios del siglo XIX, sus enseñanzas contribuyeron al desarrollo del movimiento del Nuevo Pensamiento, a mediados del mismo siglo.

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

