



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: sap-metropol@pccorreo.com.ar

Directora Titular

Dra. Débora Rocca Hughet

1º Director Asociado

Dr. Edgardo Flamenco

2º Director Asociado

Dr. Carlos Luzzani

Coordinadores

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino*

Dra. Mariana Rodríguez Ponte / Dr. Oscar Ruíz /

Dra. Claudia Vaccarelli / Dra. Andrea Rodríguez

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dr. Fausto Ferolla / Dr. Alberto Libanio /

Dra. Silvia Redensky / Dr. Juan Luis Marsicovetere

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dr. Juan Carlos Peuchot /

Dra. Mirta Vázquez / Dra. Irene Dechiara /

Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio

Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /

Dr. Jorge Buraschi / Dr. José Luis Cervetto /

Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo /

Dr. Gustavo Bardauil / Dr. Saúl Gleich /

Dr. Leonardo Vázquez

SECCIONES

- Editorial..... 1
- En memoria del
Dr. Jorge Celestino 3
- Actividades de la Región 3
- Pie plano y pie valgo
en la infancia 5
- Los niños y las emociones..... 9
- Entrevista..... 10
- Hospital Central de Cuidados
Infantiles, Municipio de
Malvinas Argentinas..... 11
- Perlitales legales 17
- Boletín bibliográfico..... 22

EDITORIAL

LA COMUNICACIÓN EN ESTOS DÍAS

Es uno de los grandes desafíos de la actualidad. Contamos con una gran cantidad de medios para mantenernos comunicados y, sin embargo, no podemos escucharnos ni comprendernos. Este hecho se observa en todo momento. Para dar un ejemplo: todos los miembros de una familia sentados alrededor de la mesa listos para almorzar pero concentrados, cada uno de ellos, en su celular. Son los “nuevos tipos” de comunicación.

Esta realidad tan común en la vida cotidiana también se refleja en nuestros actos médicos. La tecnología avanza a pasos agigantados y a la vez, la visita médica se acorta.

Las consultas se realizan por *WhatsApp*, enviando la foto de la lesión en piel, fauces o en cualquier localización del cuerpo o se relatan todos los signos y síntomas por escrito o en un audio. Los padres pretenden que el pediatra dé un diagnóstico y en lo posible, que escriba las indicaciones.

¿Cómo podemos diagnosticar sin realizar un buen examen físico en búsqueda de otros signos que la madre no reconoce? Es más, se está hablando que algunas instituciones privadas desean ofrecer el servicio de videoconferencia entre padres y pediatra con la ventaja de brindar conversaciones breves desde su hogar (resulta mucho más cómodo) ocultando, quizá, un nuevo arancel agregado a su cuota.

El sector público aún no se halla equipado con tanto aparataje pero tampoco hay tiempo suficiente para brindarle a la consulta médica, ya sea por el número de pacientes que concurren (o el que es impuesto), por los múltiples trabajos que tiene el profesional o por tantos hechos conocidos y nombrados en otras ocasiones.

¿Qué nos sucede? ¿Es este mundo lleno de avances el que no nos permite escuchar al otro, reflexionar sobre su problema y acompañarlo tratando de buscar una solución? ¿Dónde quedó la entrevista médica en la que el profesional observa los gestos, el trato familiar y se establece una relación de interés mutuo?

Sabemos que muchas veces la solución no se encuentra en la primera visita. Se necesita un tiempo para vislumbrar el problema.

(continúa en página 3)

DOS EMPRESAS CON LA MISMA VOCACIÓN Y COMPROMISO

Le comunicamos que desde NESTLÉ NUTRITION hemos firmado una alianza con el laboratorio nacional Pablo Cassará.

A partir de ahora, los visitantes médicos del laboratorio transmitirán las últimas innovaciones, investigaciones y avances en materia de nutrición infantil a especialistas y pediatras en todo el país. Confiamos en que este trabajo en conjunto es un gran aporte para el objetivo que nos moviliza: acompañar a los bebés en su crecimiento, asegurándoles un comienzo sano para una vida sana.



Vocación científica. Compromiso social.

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



**GRUPO
EDITORIAL
REGIÓN
METROPOLITANA**

Editores de Revista

Noticias Metropolitanas: Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico: Creado por el Dr. Ricardo Straface

Director: Dr. Carlos Luzzani

Editorial

(viene de página 1)

El niño asiste por presentar odinofagia y se le diagnostica faringitis, pero debemos entender que detrás de la patología hay un ser humano inserto en una familia con situaciones y/o problemas que inciden directamente en su vida

¿Cómo podemos saber, a través de un *WhatsApp*, lo que le está pasando? ¿Qué se conoce de su desempeño escolar, de sus relaciones sociales y de sus hábitos?

Considero que la tecnología es una herramienta importante que nos abre un mundo lleno de información en minutos y nos ayuda a aclarar dudas, pero no hagamos culto de la inmediatez de estos tiempos. Pareciera que uno no puede sentarse a conversar con el otro porque es una pérdida de tiempo. Y este pensamiento abarca a la consulta médica también.

No dejemos de lado este acto tan sublime en el que reina el respeto, la escucha, la cordialidad, la confianza. Estos son valores que ayudan a “curar” al paciente y a su familia.

Este es un mensaje dirigido principalmente a los profesionales jóvenes ya que ellos forjarán la Pediatría del mañana y quienes deberán enfrentar el desafío de los nuevos pasos tecnológicos sin dejar de lado a la “consulta médica” tan necesaria y apreciada por el paciente y su entorno.

Dra. Débora Rocca Huguet
Directora Titular



EN MEMORIA del Dr. JORGE CELESTINO

Con estas palabras queremos rendir homenaje a un integrante de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría, que en el pasado mes de febrero nos ha dejado sin aliento con su inesperada partida: *Dr. Jorge Celestino*.

Dilecto amigo y compañero, excelente persona, un ejemplo como pediatra, apasionado por la docencia, luchador incansable.

Fue un integrante del Grupo de Trabajo “El Niño Febril” desde sus comienzos, donde además de compartir largas horas de trabajo, participar en jornadas, congresos, cursos y disertaciones en diversos lugares del país, construimos una verdadera amistad, que también trascendió nuestras fronteras, a través de profundos lazos con el Dr. Martin Pusic, del *New York Children’s Hospital*, quien también lamenta y siente con profundo dolor su partida.

Gracias querido Dr. Jorge Celestino por tantos momentos vividos juntos, por tus aportes científicos y colaboraciones, por tu dedicación y compromiso constantes.

Los integrantes del Grupo de Trabajo “El Niño Febril” y todos los que de alguna forma estuvimos a tu lado, guardaremos en lo profundo del corazón recuerdos imborrables y te tendremos siempre presente en nuestra memoria.

Que Dios te bendiga y que puedas descansar en paz.

Hasta siempre, querido Jorge.

Grupo de Trabajo “El Niño Febril”

Región Metropolitana, Sociedad Argentina de Pediatría



ACTIVIDADES de la REGIÓN

CURSO ANUAL de ACTUALIZACIONES EN PEDIATRÍA

Fecha: Desde el **06 de abril de 2017 hasta el 09 de noviembre de 2017.**

Días jueves por medio, de 14 a 16 hs. (se requerirá puntualidad). Curso gratuito.

Sede: Cursada presencial y prácticas de simulación: Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Av. Calchaquí 5401, Florencio Varela, provincia Buenos Aires.

Organizado por: Red Pediátrica del Sudeste de la provincia de Buenos Aires.

Coordinador general del curso: *Dr. Cesar Montali.*

Secretarios: *Dr. Juan Ves Losada, Natalia Arrospide y Pablo García Munitis.*

Asesora docente: *Lic. Silvina Lespiau.*

Módulos:

Emergencias, Cardiología, Neumonología, Infectología, Gastroenterología, Reumatología, Cirugía, Traumatología, Atención de pacientes crónicos en Pediatría.

Modalidad del curso:

El curso se dictará de manera presencial, por teleconferencia y con apoyo de la modalidad virtual. También contará con algunos temas de la primera parte del programa al que se integrarán prácticas en el centro de simulación.

Los participantes podrán optar por dos variantes: una modalidad teórica, y una modalidad teórico-práctica. En esta última modalidad se incluye la asistencia al centro de simulación del HEC, acorde a la planificación que éste disponga. En este caso la valoración del curso será diferente de acuerdo a la cantidad de módulos aprobados, curso completo, teórico, o teórico-práctico, considerando la cantidad de horas acumuladas.

Las prácticas en el Centro de Simulación del Hospital El Cruce se realizarán en el horario de 08.30 a 13 hs, el mismo día del curso (jueves por la mañana prácticas, jueves por la tarde continua el complemento teórico en el horario de 14 a 16 hs.). La modalidad práctica no será obligatoria, y solamente incluye el primer módulo, de emergentología.

Destinatarios: residentes de pediatría, pediatras, médicos generalistas, enfermeros, kinesiólogos, y para todo el equipo de salud relacionados con los pacientes pediátricos.

Evaluación final: 16 de noviembre.

Inscripción:

http://www.hospitalelcruce.org/hecrep/lista_capacitacionesDetalleM2.php?eventoid=342



PIE PLANO y PIE VALGO en la INFANCIA

Dr. Darío Rebollo

Médico ortopedista y traumatólogo infantil

En la práctica diaria, los ortopedistas infantiles solemos recibir consultas de padres angustiados porque aprecian que sus hijos presentan un mal apoyo plantar; en ocasiones son derivados por el pediatra y en otras concurren espontáneamente a un ortopedista, manifestando una gran carga de ansiedad por el futuro del pequeño.

Solo trataré aquí el pie plano de tipo esencial y no aquél que se origina como secuela de fracturas, infecciones, barras óseas, etc.

El pie del niño, desde su nacimiento hasta la etapa de marcha madura, presenta una forma particular: robusto y con una distribución adiposa exagerada, en especial en la bóveda plantar, dando el aspecto al apoyo, de un pie plano. Conforme al desarrollo y en la medida que el niño continúa creciendo, esta distribución grasa se va modificando entre los dos y tres años de edad. La almohadilla grasa plantar debe ir desapareciendo, dando paso a la aparición del arco longitudinal que, como sostiene Valenti, es el único arco plantar visible, ya que existe también un arco transversal que no es apreciable a simple vista. Este último arco se encuentra entre el apoyo de las cabezas del primer y quinto metatarsiano; las del segundo, tercero y cuarto, no deben apoyar en el suelo.

Considero que todos los individuos nacemos con arco longitudinal interno plantar y además sostengo que el pie plano no presenta gran carga hereditaria, sino que se trata de las costumbres sociales las que finalmente terminan haciéndolo desaparecer o lo que sería lo mismo, las que no lo dejan finalizar su desarrollo como veremos más adelante. Lo que sí puede heredarse, es cierta laxitud articular que hace que la bóveda plantar descienda en cada paso del individuo.

Se acostumbra al niño, desde la época de lactante, a calzar zapatitos con suela dura que impide el normal movimiento de flexión de los dedos (unos de los primeros elementos fisiológicos, formadores del arco), luego es la colocación del pequeño, entre los 7 y 8 meses de vida, en el famoso andador, aparato cada vez más sofisticado y agradable a la vista, que permite que los pies soporten el peso corporal aún con sus estructuras osteoligamentarias inmaduras para tal fin y que se apoyen en superficies lisas y duras de los pisos de casas y departamentos.

Se trata de un aparato que demuestra que sólo

fue inventado para los padres y que hace que el niño transcurra varias horas de su día en él y hasta dormir parado dentro de él, echado hacia adelante e impidiendo una fortificación de músculos paravertebrales, algo tan importante en esta etapa previa a la bipedestación.

Luego se lo estimula a una marcha precoz, como si fuera una virtud que camine tempranamente; se lo hace deambular con calzados inadecuados con talones poco montantes y sin arco longitudinal interno; y finalmente, se le permite marchar descalzo en terrenos lisos y duros (para los cuales el niño no vino al mundo preparado para pisar). Si el niño camina en terrenos irregulares, la superficie del mismo ira amoldándose paulatinamente a los arcos anatómicos del pie. Es una situación que ocurre al mismo tiempo en ambas superficies (pie y piso). En el caso que el pequeño apoye en superficies lisas y duras, como el piso no sube, descenderán las bóvedas en busca de él ocasionando el lógico aplanamiento.

Es frecuente escuchar por los medios de comunicación que el niño debe andar descalzo, pero no se advierte dónde. En el único sitio que el niño debe caminar desprovisto de calzados es en los terrenos naturales: tierra, arena, césped, etc., es decir en aquellos lugares en donde el pie pueda amoldarse a todas las irregularidades de la superficie que pisa.

No conozco terreno natural totalmente liso y duro, a excepción del hielo, en donde no imagino a ningún esquimal caminando desprovisto de calzados. Por otro lado el hielo no es natural, sino que es el agua que se congela. Realmente los niños de la ciudad que no desarrollan un pie plano, podrían considerarse afortunados.

Luego de este análisis es fácilmente comprensible porque la existencia de tanto pie plano en la práctica diaria. El relato casi constante de los padres es "no puedo lograr que mi hijo este calzado", Por principios todo niño tiende a caminar descalzo porque de rigor nacemos desprovistos de calzados justamente para andar descalzos, pero en terrenos naturales y no en pisos de granito, cerámica, madera, etc. superficies creadas exclusivamente por el ser humano y no por la naturaleza; es la sociedad quien nos impone el uso del calzado. Sería ampliamente saludable caminar desprovistos de ellos, si el terreno que se transita fuese el natural. Hoy está perfectamente demostrado que los indígenas no

presentan pies planos, pero ellos continúan en la actualidad caminando descalzos en terrenos blandos o duros pero irregulares y no lisos, agregándose que además utilizan sus músculos plantares, ya sea para trepar, tomar objetos pequeños del suelo con sus dedos, lo que los mantienen tonificados, algo que el individuo de ciudad no practica y hace que los mismos se mantengan en una mínima función y se hipertrofien.

Se pueden distinguir dos tipos de pie plano:

a) Pie plano aislado.

b) Pie plano-valgo estructural.

a) El pie plano aislado (Figura 1)

Se lo observa en sujetos laxos, hipotónicos, por lo que se lo conoce también como pie planos flexibles y que con frecuencia, cuando son examinados con el pie sin descarga, puede apreciarse que el arco longitudinal está presente (Figura 2). Es lo que llamo arco estático, pero cuando lo hacemos apoyar en el plantoscopio o una vez que se comienza la marcha en terrenos duros y lisos, este arco desaparece y finaliza con el tiempo en un pie plano completo. Es sorprendente como estos niños que se hallan en tratamiento a la espera de que el arco se estructure, si abandonan dicho tratamiento sus arcos se aplanan y si lo retoman mejoran nuevamente. No debería catalogarse a estos tipos de pies como pies planos, sino pies con apoyo plano.

Cuando el apoyo plantar es normal, puede apreciarse al podoscopio que la superficie que apoya en el suelo de la región plantar corresponde a la porción anterior, externa y posterior del pie, observándose un color luminoso de dicha zona. Mientras tanto la porción correspondiente al arco longitudinal interno no debe hacer impronta en el vidrio del aparato y se ve de un color oscuro (Figura 3).

Por el contrario cuando el vencimiento del arco longitudinal está presente, se puede apreciar que la zona luminosa será mayor de acuerdo al grado de planismo que el pie presente (Figura 4).

b) El pie plano-valgo (Figura 5)

Tiene las mismas características que el anterior, con la asociación de una inclinación del calcáneo que bascula junto con el astrágalo hacia adentro, conformando una sobresalencia en la región interna y media del pie, haciendo desaparecer la bóveda plantar y preocupando mucho a los padres. Suelen manifestar que el niño tiene el mismo pie que alguno de ellos y que no desean que sufra los dolores de piernas y columna como lo están padeciendo ahora de adultos.

Cuando el valgo del pie es muy acentuado, rara vez estará ausente en la historia del niño, una gestación de podálica prolongada y la existencia de un pie talo valgo al nacer (Figura 6), así como el arrodillarse en el suelo en forma de letra "w" al jugar, en los casos bilaterales, actitud que continúa

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



durante toda la infancia si no se la corrige. Compite con el realce interno en el talón, necesario para el tratamiento del valgo del retropié, ya que al levantarse una y mil veces desde esa posición, dirige el contrafuerte del calzado hacia adentro y no permite que la cuña actúe, haciendo estéril dicho tratamiento (Figura 7). Esa posición del pie en el suelo durante el juego produce un desgaste del calzado en valgo que motiva la inquietante consulta de los padres aduciendo que el niño lleva mucho el talón de su pie hacia adentro. En ocasiones cuando se examinan los pies sin el calzado se aprecia que los retropiés están perfectos. ¿Cuál es la explicación entonces? Se trata exclusivamente de la posición del pie en el suelo, cuando el niño se halla jugando e intenta levantarse en posición franca de valgo.

Es importante no confundirse en estos casos y tratar a los niños cuando los padres dicen: "observe doctor como gasta el zapato mi hijo..." y aportan un calzado en valgo. Primero veamos el pie del niño y si es verdad que el talón se halla en valgo, porque en muchas ocasiones el retropié se encuentra alineado y es solo la región posterior del calzado la que está inclinada hacia adentro (Figura 8). No estaríamos entonces ante un problema estructural del pie sino postural. Por el contrario, si el retropié está en valgo

Figura 7



Figura 8



y el calzado también, si no se le explica a los padres o a los que se encuentren a su cuidado, que no se siente en "w", todo tratamiento será estéril, porque el niño anula el efecto de las cuñas varizantes del talón al colocarse y levantarse de esa posición.

EN DEFINITIVA:

No hay que tratar los calzados, sino los pies del niño.

Es de destacar que ninguno de los dos tipos de pie en cuestión, producen dolor en la infancia.

¿Cuándo debe el pediatra derivar al niño para descartar un pie plano?

La derivación del niño al ortopedista para descartar un pie plano o para iniciar un tratamiento curativo por el especialista debe realizarse entre los 24 y los 36 meses de vida, nunca antes.

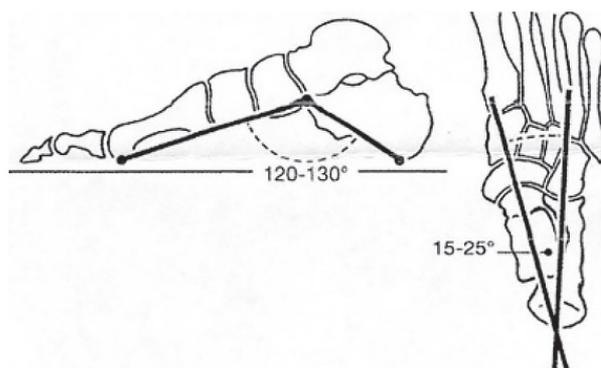
De lo contrario se verán expuestos muchos niños a tratamientos precoces que resultan caros y generalmente innecesarios porque verán que apoyan plano, pero eso es debido al abundante panículo adiposo que presentan los niños en la región plantar a esa temprana edad.

Se deberá comenzar con realces en calzados ortopédicos si existe valgo de retropié, de lo contrario estos realces pueden ser incorporados a calzados comunes de buena calidad. También puede estar indicado el uso de plantares de descarga.

A mi criterio la indicación de calzado ortopédico es demasiado agresiva, por edad, peso y costos, basándonos además, en que nacemos descalzos para caminar así en terrenos naturales, la colocación de un calzado tan pesado y rígido, a mi criterio, se contrapone con lo natural.

No soy partidario del examen radiográfico sistemático del pie plano flexible en la infancia, debido

Figura 9. Ángulos de Costa Bartani



a que se trata de un estudio estático que podría variar completamente si se lo pudiera realizar en forma dinámica.

Muchos niños en el plantoscopia presentan buenos arcos, pero cuando se les indica caminar en él, se aprecia su aplanamiento al ser laxo y apoyar sobre el terreno liso y duro que le ofrece el vidrio del aparato o en las nuevas maquinarias digitales, que no es diferente a lo que ocurre en el piso o cuando calzan zapatos sin arco longitudinal.

Es decir que ese niño tendría a la Rx arcos con medición de ejes normales, pero al caminar todos estos ejes se alterarían. Por consiguiente, ese paciente no sería tratado y seguramente con el correr del tiempo, el aumento de peso corporal, exigencias físicas de impacto, etc., conducirá a que esos pies finalicen con un planismo estructurado.

Solamente indico Rx en pies planos-valgos severos y cuyo arco no se aprecia con el pie sin carga o también cuando el niño mayor manifiesta dolores que impiden su normal deambulación, intentando descartar barras tarsianas, procesos inflamatorios, secuela de fracturas, etc.

El examen radiográfico debe realizarse siempre con apoyo de pies y se solicitarán proyecciones de frente y de perfil. En la primera de ellas se trazarán los ejes entre el astrágalo y el calcáneo, quedando normalmente formado un ángulo abierto hacia adelante que debe medir alrededor de 20°. Es el denominado ángulo de Costa-Bartani. En la proyección lateral se trazará una línea que siga la porción más baja del calcáneo y la más baja del astrágalo y otra línea que una la región más baja del astrágalo con la región más baja del primer metatarsiano, por debajo de los sesamoideos, quedando formado así un ángulo abierto a plantar que mide aproximadamente entre 120° y 130°, al que también se lo denomina, ángulo de Costa-Bartani. (Figura 9).

Cuando nos hallemos en presencia de pies planos, este ángulo será mayor de 120° o 130° y la horizontalidad del calcáneo y verticalidad del astrágalo serán la regla.

Otro método que puede utilizarse, es trazar un eje entre el astrágalo y el calcáneo en la radiografía de perfil, dando formación a un ángulo abierto hacia atrás que no debe superar los 40°.

¿Cuánto tiempo debe tratarse un pie plano esperando su curación?

Muchos colegas consideran que el pie se estructura entre los 7 u 8 años de edad, es decir que no podría esperarse un resultado curativo luego de esa edad. En mi experiencia personal considero que no

puede hablarse de una determinada edad ya que he observado casos en que se ha podido lograr la formación de un respetable arco longitudinal en edades más avanzadas que las antes mencionadas. Mucho depende esto del tipo de pie que se esté tratando (flácido, hipotónico, rígido, etc.) y de la edad en que se comience el tratamiento, ya que es lógico pensar que cuanto más temprano se comience la terapéutica, mejor y más rápidos serán los resultados.

No deben indicarse como elección sistemática las botas ortopédicas. Éstas producen una importante hipotrofia del músculo tríceps sural, por la falta de su uso al impedir una normal movilidad de la flexoextensión del tobillo. Este elemento solo debe reservarse para casos muy severos de pie plano valgo pronado, como los observados, por ejemplo, en niños con Parálisis Motriz Cerebral.

En aproximadamente el 20% de los casos no se logran resultados satisfactorios, lo que no implica que se deba abandonar el uso de los realces o las plantares. En estos pacientes el tratamiento será paliativo pero necesario.

Es importante destacar que como se trata de deformidades cuyo tratamiento es pasivo y a largo plazo, si los padres no ven rápida mejoría, suelen abandonar la terapéutica, argumentando que si no corrigen la deformidad, no justifica tratarlos. Es un concepto por demás erróneo, ya que si no puede lograrse una total corrección, está demostrado que si al pie se lo coloca en una posición correcta, aun siendo pasiva, se le estará otorgando un confort a todo el cuerpo. Así como, salvando las distancias, si un individuo no corrige una miopía, no suprimirá el uso de una lente o un antejojo.

Solamente el 1% de los pies planos requieren tratamiento quirúrgico, estadística ésta aceptada mundialmente y sería aconsejable no realizar gestos quirúrgicos antes de los 10 años.

Por otra parte es importante destacar que a partir de la adolescencia sería conveniente utilizar arcos longitudinales en los calzados de no más de 20 mm de altura. Esto ayudaría a que, en cada paso, se produzca una compresión de la suela adiposa venosa de Lejars que favorece el retorno venoso y se evitaría la aparición de varices de los miembros inferiores, que se agravarían en sujetos que deben permanecer muchas horas parados como el caso de peluqueros, mozos, caminantes, comerciantes, etc. que al no realizar la compresión de dicha zona, la aparición de estas varices se produciría en forma muy precoz creando otro tipo de invalidez si se agrega un mal apoyo plantar.



Los NIÑOS y las EMOCIONES

Lic. María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA. consultas@mariapaulagerardi.com.ar

Existen cuatro emociones básicas o primarias: miedo, tristeza, rabia y alegría. Cada una tiene funciones específicas y diversas formas de expresión, por lo tanto **no hay emociones buenas ni malas ya que todas cumplen un papel adaptativo y necesario tanto a nivel individual como a nivel de la evolución de la especie.**

A nivel cultural podemos observar que venimos de varias generaciones en las que no se ha enseñado a validar las emociones y por el contrario la tendencia apuntaba a reprimirlas o negarlas. A su vez todos tenemos una historia particular en relación al manejo de las emociones que viene de nuestras familias de origen.

Es importante empezar a hacer eje en la importancia de aceptar que cada emoción tiene un sentido y una finalidad, poder aceptarla y encontrar vías saludables de expresarla ya que si reprimimos o negamos la emoción esta sigue presente y se hace presente por medio de diversos síntomas.

¿Cómo ayudar a los niños a identificar, aceptar y expresar saludablemente sus emociones?

Es importante enseñar a los niños desde muy pequeños a identificar y manejar sus emociones, para esto es necesaria la presencia de un adulto que los acompañe en este camino que podemos explicitar en tres momentos.

1. Cómo identificar las emociones

Implica que los niños pequeños no identifican todavía sus emociones por lo tanto es tarea del adulto ayudarlos a identificar la presencia de la emoción y ponerle una palabra que la identifique: rabia, alegría, tristeza, miedo, etc. Ayudarlos a identificar lo que sienten, prestarles palabras para que puedan ligar la emoción que están sintiendo con una palabra los alivia enormemente. Ejemplo: *“Estás muy enojado”, “Entiendo que estés triste”, “Que contento que te pusiste cuando llego papá”, “Me parece que ese ruido fuerte te asustó mucho, ¿te dio miedo?”*. También es parte del proceso ayudarlos a ir reconociendo las sensaciones que cada emoción generan en el cuerpo por ejemplo: transpiración, dolor de panza, enrojecimiento del rostro, temblor, etc.

2. Aceptar las emociones

Esto implica poder aceptar la emoción, sin negarla, sin reprimirla y sin juzgarla. En este punto se suelen hacer presentes en los adultos los mensajes recibidos en su historia familiar y cultural que tienden a la no aceptación de la emoción por ejemplo:

- *“No llores”* vs. *“Esta bien llorar, contame que*

te pasa. ¿estás triste?, ¿quierés que mamá te de un abrazo?”

- *“No es para tanto no pasó nada”* vs. *“Vi que te caíste, ¿te duele la rodilla?”*

• *“No tengas miedo”* vs. *“Contame que es lo que te asusta”, “es normal que tengas miedo, todos nos asustamos un poquito cuando empezamos una actividad nueva”*

- *“No hay que enojarse”* vs. *“Entiendo que esto te dio mucha bronca”*.

3. Expresar las emociones saludablemente

Implica dar diversas herramientas y alternativas para expresar la emoción y a su vez ayudarlos a encontrar recursos propios para elaborarlas y manejar diversas situaciones. Existen diversos medios para expresar una emoción en principio ayudarlos a poner en palabras lo que sienten, por ejemplo *“Me parece que te enojaste mucho porque tu amigo te sacó el juguete, en lugar de pegarle podés decirle: ‘ese es mi juguete, estoy enojado porque me lo sacaste’”*.

También se puede utilizar el juego o el dibujo por ejemplo: poner un color a la emoción, dibujarla, dibujar las caras con las expresiones de las emociones, ofrecerle un almohadón para que saque su ira, etc.

Una parte muy importante de la educación de los niños es la educación emocional, enseñarles no solo a identificar sus emociones, sino también a reconocerlas y aceptarlas. Esto implica un trabajo de acompañamiento del adulto que a su vez tiene su propia historia con respecto a este tema y una forma particular de manejarse con sus propias emociones. Por lo tanto, poder acompañar a los niños en este proceso muchas veces implica que el adulto empiece a tomar conciencia de como maneja sus propias emociones y qué le genera las emociones del niño.

Muchas veces los chicos hacen de espejo del adulto; por lo tanto, ver a un niño asustado puede remitir al adulto a sus propias escenas de miedo en la infancia, un niño en medio de un berrinche puede conectar al adulto con sus desbordes de ira en la actualidad o con su temor a expresar su enojo y reprimirla.

También implica una reconexión con las propias historias sobre como los adultos (padres, abuelos, maestro, vecinos, profesionales, etc.) los acompañaron o no de niños en el manejo de sus emociones.

Por lo tanto, este proceso del adulto suele ser complejo ya que es doble, acompañar al niño y a la vez revisar el vínculo con las propias emociones y encontrar nuevos recursos para expresarlas saludablemente en la actualidad.



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. LEONARDO VÁZQUEZ

Se dice en el medio que no hay nadie más triste que un periodista sin su nota.

Desde el humor, creo que esta conmovedora circunstancia concluyó por vencer la reiterada resistencia del Dr. **Leonardo Vázquez** para acceder al Reportaje.

Vázquez es, sin duda, un hombre modesto. Primero dijo “no tengo chapa” al lado de semejantes “monstruos” de la Pediatría.

Después, la sugerencia, que fue aceptada por los colegas, que en reunión lo habían propuesto ... “¿Por qué no primero Gentile?”...

También ha sido esquivo, aunque no logró quitar-se el lazo, cuando por unanimidad será propuesto por la Región para optar ser distinguido por la S.A.P. como Miembro Honorario Nacional.

Considerando la evaluación de su gestión, Vázquez opina “prefiero que me juzguen mis pares de la Región”.

En 1986 el Dr. Leonardo Vázquez recibió el Premio Científico Anual (Hospital Juan A. Fernández) Su trabajo versaba sobre el perfil bio-psico-social del niño de 5 años y los factores de riesgo.

Nos comenta que “el niño de 5 años de hoy es distinto al de hace 31 años. Los avances tecnológicos han provocado modificaciones en los usos y las costumbres de todos los seres humanos... Hay más estímulos, pero pese a todo se comienza primer grado a las mismas edades... porque desde el punto de vista del desarrollo es el tiempo cronológico en que se puede iniciar el aprendizaje de la lecto-escritura”

Crítico severo de las debilidades y amenazas a la hora de analizar la satisfacción profesional de los médicos pediatras, Leonardo invita a mirar “el medio vaso lleno “y llama de continuo a los jóvenes



a participar y ser promotores del recambio generacional.

El cree que en algunas situaciones “nuestros pacientes son los resilientes del sistema...”

Propulsor de la Equidad en la Salud, no deja de confrontar objetivos, proyectos y realidades... y desde el disconformismo apela al “mandato moral” que obliga a no bajar los brazos desde una acción común e integral en atención a los receptores del ejercicio pediátrico, donde quiera que estén: los niños, niñas y adolescentes de todo el país.

Vázquez tiene conceptos definidos a la hora de colocar a la ética médica centrada en la protección de quienes “en algún momento recurren a nosotros requiriendo ayuda”. Se refiere, claro está, al sujeto sano o enfermo y su familia.

Siendo Director Titular de la Región y en una de sus Editoriales de nuestra *Revista Noticias Metropolitanas* el Dr. Vázquez destaca la necesidad de comprender que hoy día, los “pediatras requieren de una formación más holística y de una enorme capacidad para realizar síntesis diagnósticas adecuadas.”

Con las variantes de nuevas problemáticas, Vázquez llama la atención sobre la irrupción de la transdisciplina y concluye que “la Pediatría Amplia es una formación que puede alcanzar cada profesional en forma personal”.

El haber sido premiado por sus pares despierta en el Dr. Vázquez “un profundo agradecimiento, sintiéndome con la obligación de seguir superándome, ya que no es patrimonio de la juventud... superarse y seguir aprendiendo en el día a día”.

El ejercicio de la Pediatría le llevó a intercambios internacionales visitando entre otros países del mundo: Chile, Uruguay, Holanda, Grecia, Turquía, Austria y alguno no recordado puntualmente...

Costó encontrar el orgullo que lo atraviesa, pero

apareció al oírlo decir “¿si volviera a nacer?... jamás abrazaría otra tarea! No sé hacer otra cosa que ejercer la Pediatría Amplia!”

Vázquez participó en 48 Cursos (algunos de más 500 hs), en la organización de Congresos, fue Relator, Asistente, Disertante, Panelista, Coordinador, Integrante de Comités Científicos, Discutidor de Trabajos, Presentador, Jurado...; en fin, un profesional multifacético. Leonardo tuvo una relevante y activa participación en el pasado 37° CONARPE en 2015 donde fue destacado para presentar la Conferencia del Presidente de la A.A.P.

Doblemente premiado, Leonardo presentó además en su trayectoria 56 Trabajos Científicos de investigación en equipo.

Leonardo Vazquez es un agradecido a los grandes Maestros y adhiere entrañablemente a la famosa frase acuñada por Carlos Arturo Gianantonio... “Acompañar siempre, curar a veces...”

Criado entre libros de Medicina ya que su padre tenía una Editorial especializada en textos médicos, Leonardo nos cuenta: “Junto con el Patoruzito conocí el Testut”. Su padre falleció cuando él tenía 6 años y recuerda:...” cuando volvía del colegio, por la tarde, pasaba muchas horas en la librería, con merienda incluida...”

Leonardo se gratifica al recordar la crianza y educación de sus hijos... “nunca pensé que tendrían que ser médicos. Se criaron en la más absoluta libertad y los tres hacen lo que eligieron desde el primer momento y creo que lo hacen muy bien! Se ríe... “pregunta típica en el consultorio: ¿ninguno le salió médico?”...

Revista Noticias: ¿Cuándo decidiste ser médico?

Dr. Leonardo Vazquez: Desde mi adolescencia temprana. De hecho a partir del 4^{to} año del secundario ingresé al Bachillerato en Sanidad que funcionaba en el Instituto Nacional de la Salud, actual Hospital Posadas. En total, eran 6 años.

RN: Te casaste joven?

Dr. L.V.: Sí. A los 26 años. Cuando nació Gastón tenía 27.

No llegué ni a un año de ser médico siendo soltero. Me recibí en Diciembre del 68 y nos casamos en Octubre del 69.

RN: Hijos... y nietos?

Dr. L.V.: Tuvimos 3 hijos: Gastón de 45 años es chef (él prefiere llamarse cocinero), casado con Mercedes, veterinaria; tienen a Gerónimo y por venir, a Benito; Gonzalo de 43 es Licenciado en Economía, casado con Valeria, Politóloga y tienen a Ana de 15, a Emilia de 12 y a Diego de casi 3; y Lucas de 41 es Fotógrafo Publicitario, casado con Pamela, asesora de ventas, sin hijos aún. En nietos por ahora ganan los varones 3 a 2.

RN: Bueno! Saltó tu vena competitiva! ¿Has hecho deporte?

Dr. L.V.: Casi siempre practiqué un deporte por vez y con bastante intensidad. Fútbol hasta los veinte, Tenis hasta los 50 y Golf hasta ahora. Se fueron dando las oportunidades para hacerlo y me metí de lleno. Lo disfruto plenamente!

RN: ¿Cómo congeniaste familia y profesión?

Dr. L.V.: Como pude... Robándole horas al sueño y recargando a mi mujer. Ernestina es Instrumentadora Quirúrgica y trabajó hasta que la crianza de los hijos la obligó a ir dejando. Hubo que optar.

RN: Cómo juega el humor en tu vida?

Dr. L.V.: Juega de acuerdo a como la esté pasando. La vida está hecha de momentos. Tengo momentos felices y momentos de preocupación. Soy de personalidad ansiosa y dentro de situaciones lógicas, exigente para conmigo y los demás.

Con los años (cada vez más), trato de a lo malo sacarle lo mejor. Como síntesis yo diría: ni un cascabel permanente ni un “mala onda” a ultranza. Hay que ver lo que opinan los que me conocen...

En el Consultorio me divierto con muchos pacientes y a otros trato de entenderlos a ellos y a sus padres y si los puedo ayudar, mucho mejor.

RN: Más allá de la Medicina, ¿preferencias?

Dr. L.V.: Me gusta mucho la lectura... historia, política y novela. Paul Auster está entre mis preferidos. Me gusta la buena música en general. Era bastante tanguero... De joven he “rascado” la guitarra...

RN: En lo profesional, ¿cómo surgió tu marcado interés por investigar sobre el niño internado?

Dr. L.V.: Decidí desde el comienzo, y se me fue

dando la oportunidad de hacer la Carrera Médica Hospitalaria para lo cual hay que concursar con cierta frecuencia o cuando hay oportunidades de hacerlo. Transité todos los escalones hasta que me jubilé como Jefe de División de Pediatría.

Todo esto, obliga a “vivir” permanentemente la problemática de los niños internados con distintas patologías. Aprendí a trabajar en equipos transdisciplinarios. En la Unidad de Internación de Pediatría, de la que fui Jefe varios años, funcionaba la Sala de Juegos Terapéuticos perteneciente a la Fundación Canadiense “Juego y Vida”. Era regentada por Psicólogas “ad honorem” con una coordinadora y fue un muy buen soporte para los médicos y nuestros pacientes con sus familias. Lamentablemente no está más.

RN: En tu trayectoria convergen en forma persistente dos potentes intereses. Algo que contar?

Dr. L.V.: Pese a mi intenso trabajo en Internación, reconozco que mi debilidad fue y sigue siendo la Pediatría Ambulatoria.

RN: ¿Cómo fue que arribaste a integrar el Directorio de nuestra Región?

Dr. L.V.: Fue una sorpresa cuando me votaron para 2^{do} Director asociado, no estaba en mis planes, pero acepté el desafío. Soy muy autocrítico en lo que hago y pienso que siempre todo se puede mejorar. La Región Metropolitana tiene una enorme impronta del Conurbano lo que me impulsó aprender mucho de su problemática ya que desarrollé siempre mi tarea en CABA. Como 2^{do} y 1^{er} Director Asociado me fui impregnando en la tarea y cuando ejercí la Titularidad tuve gran ayuda en Débora Roca Huguet y Edgardo Flamenco, mis Directores Asociados. Profesionalmente fui en una curva ascendente en cuanto a asumir responsabilidades.

RN: En la profesión viviste algo como un desafío personal?

Dr. L.V.: Sí. Presentarse a un Concurso para ejercer una jefatura no es obligatorio, pero hacerlo es una oportunidad de progresar. Lo viví siempre como un desafío personal, de buscar nuevas responsabilidades y tuve la suerte de lograrlo.

RN: Siendo un apasionado en tu trabajo, cómo viviste la Jubilación?

Dr. L.V.: Pese a que seguí normalmente con la Docencia y el Consultorio me costó bastante emocionalmente el primer año posterior a jubilarme.

RN: En lo vital, algún hecho remarcable?

Dr. L.V.: Ya lo creo! Con mi mujer sobrevivimos a un naufragio. En el año 1986 volvíamos de Colonia del Sacramento y en el medio del Río de la Plata, se incendió el Aliscafo en el que veníamos. Hubo veinte muertos y desaparecidos. Ahí sí, hubo un antes y un después.

RN: Siendo Director Titular de nuestra Región, tus Editoriales muestran una actitud fuerte y crítica. ¿Es tu impronta?

Dr. L.V.: Los Editoriales en general marcan el perfil de quien los escribe y pueden ser temas coyunturales, como la violencia en el ámbito médico-paciente, u otros más generales que tienen que ver con deseos y visiones de la Pediatría y la Medicina en general como Ética Médica, Maestros, etc. Con consenso o disenso por parte del lector, mis Editoriales tuvieron el objetivo de hacer reflexionar a quien los leyeron.

RN: Coeditor, con el Dr. Carlos Luzzani de nuestra *Revista Noticias de la Región Metropolitana*, ¿algo resuena en tu historia personal?

Dr. L.V.: Me encanta todo lo que tiene que ver con el trabajo de la Edición de un libro o una revista. Mi padre, además de libros, editaba una revista que marcó una época; *La Jornada Médica*. Coeditar *Noticias Metropolitanas* me genera mucho placer y tengo en Carlos Luzzani un socio excelente. Tenemos, naturalmente, bastante bien divididos los roles.

RN: Con colaboración publicaste en nuestra *Revista* la Historia de los Hospitales... ¿cómo se te ocurrió hacerlo? ¿Trabajo arduo?

Dr. L.V.: El Dr. Juan Luis Marsicovetere tuvo la idea de escribir sobre la Historia de Nuestros Hospitales y comenzamos en el año 2011 con un objetivo de máxima: poder completar la historia de todos los Hospitales de la Región Metropolitana... para eso falta bastante, pero se va a ir concretando.

RN: ¿Cuándo decidiste ser Pediatra? Impulso, sugerencias?

Dr. L.V.: Estudié medicina para ser Pediatra.

Nunca pensé en hacer otra especialidad. Lo tenía muy claro y cuando en el sexto año del secundario tuve que hacer prácticas, tuve la opción y las hice en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y ahí tuve la oportunidad de estar en la Sala 17 cuyo Jefe era Florencio Escardó.

RN: ¿Tus maestros y referentes?

Dr. L.V.: En el Hospital Fernández: Ricardo De Rosa y Jorge Buraschi (mi jefe durante muchos años), con los que periódicamente me sigo relacionando. Me enseñaron con mucha generosidad y fundamentalmente con el ejemplo, Pediatría Amplia, el ABC para encarar la realización de un Trabajo Científico y muchas cosas más... Fuera del Hospital me deslumbraron Carlos Gianantonio, Mario Roccatagliata y Aurora Pérez.

RN: Hasta hoy y durante muchos años has ejercido la Docencia superior ¿Tus discípulos más apreciados?

Dr. L.V.: Hice la Carrera Docente en la Facultad de la Fundación Barceló en la que soy actualmente Profesor Adjunto de Medicina Infanto-Juvenil. Fui varios años Encargado Docente de Pediatría de la UBA, en el Hospital, hasta mi jubilación. Ese cargo tiene que ver con la Jefatura de División de Pediatría. También ejerzo en la actualidad en la Universidad del Salvador, de la que soy Profesor Emérito, como Coordinador General del Hospital Fernández, del Internado Anual Rotatorio.

Los discípulos fueron surgiendo de las Jefaturas de Unidad de Internación y de la División de Pediatría en el Hospital. Pasaron por el Servicio cantidad de residentes con los que aún hoy me sigo relacionando. Varones y mujeres de los que conservo inmejorable recuerdo y sé también que soy querido y respetado. De hecho, mi compañera y socia desde hace varios años en el consultorio es una ex residente y Jefa de Residentes: Paula Dal Din, con quien comparto muchas horas de trabajo.

RN: ¿En las Carreras actuales de Medicina, recomendarías insistir en algún tema en la Currícula o la dinámica del dictado?

Dr. L.V.: El conocimiento científico sí; pero con mucha ética y compromiso para con el paciente y su familia, que de una u otra manera, esperan mucho de nosotros "los que supuestamente sabemos de la salud y las enfermedades..."

RN: ¿Cómo ves el futuro de la Pediatría en la Argentina?

Dr. L.V.: Lo veo con inquietud... Nuestras fortalezas son importantes: como la pertenencia de profesionales mayores que incentivan a los más jóvenes, médicos jóvenes que luchan por mejorar el sistema, trabajo en equipo, etc.

RN: ¿Cuál es nuestro principal déficit?

Dr. L.V.: Para asimilarnos a la matriz FODA, nuestras principales debilidades o déficits, son entre otros la Violencia en el Sistema de Salud, la inseguridad en el ámbito laboral, especialmente en áreas críticas como guardias y salas de salud, el recurso humano insuficiente, precarizado y mal remunerado. Esto provoca cansancio y agotamiento en el resto de los profesionales que deben suplir al R.H. faltante. El Sistema Público es en muchas circunstancias, lamentablemente, bastante expulsivo.

RN: ¿Cuál es nuestro mérito mayor?

Dr. L.V.: Que pese a todo se sigue perseverando en el esfuerzo para que todo vaya mejor. Por lo menos en la enorme mayoría de los Pediatras se puede apreciar este sentimiento.

RN: Hubo ó hay algún hecho especialmente feliz o frustrante en el ejercicio de "tu" pediatría?

Dr. L.V.: Feliz cuando veo un adolescente y en su ficha consta que lo atendí desde Recién Nacido y he asistido a su desarrollo y a su crecimiento, junto con las crisis biológicas naturales. Ya desde hace muchos años es muy gratificante atender a los hijos de los que fueron pacientes. Frustración cuando peleaste una situación clínica y perdiste, pese a todos los esfuerzos realizados. No sé si se entiende...

RN: ¿Visualizas alguna proyección para la S.A.P. en el mundo?

Dr. L.V.: Sí, por supuesto y más todavía que durante la gestión de Angela Gentile se firmaron convenios con la Academia Americana de Pediatría entre otros y se trabajó mucho con las Academias de Pediatría del Mercosur. La SAP tiene mucho empuje y hay en ella trabajo permanente. Creo que es un ejemplo de sociedad científica, de la que estoy como integrante, muy orgulloso.

FE DE ERRATAS:

En el número anterior figuró como descripta la historia del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, cuando en realidad se trata de la reseña histórica del **Hospital de Ezeiza**, llamado actualmente "**Dr. Alberto Eurnekián**".

Los editores pedimos disculpas por el involuntario error, que esperamos quede subsanado con esta aclaración.



HISTORIA de NUESTROS HOSPITALES

Espacio creado por el **Dr. Juan Luis Marsicovetere**

Dra. Silvia Daveggio

Médica Pediatra-Directora del Hospital

Lic. Verónica Anzoátegui

HOSPITAL CENTRAL DE CUIDADOS INFANTILES del MUNICIPIO de MALVINAS ARGENTINAS

El Municipio de Malvinas Argentinas se encuentra ubicado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), al noroeste del Segundo Cordón Bonaerense y limita con los partidos de San Miguel, José C. Paz, Tigre, Pilar y Escobar con una superficie de 73,8 km² y 342.798 habitantes.

El distrito es atravesado por dos rutas provinciales (RP 23 y 24), y una línea ferroviaria (Ferrocarril General Belgrano).

En su periferia se ubica un parque industrial, un área de promoción industrial y numerosas urbanizaciones cerradas.

En el distrito se emplaza el Campus de la Universidad Nacional de General Sarmiento. La población

con cobertura de obras sociales se acerca al 35% y solo el 5% cuenta con alguna cobertura prepaga según el Censo de Malvinas Salud (2011).

Antes de la división del partido de General Sarmiento, los únicos efectores públicos eran el Hospital Dr. Ramón Carrillo (destinado a enfermos agudos de baja complejidad) y la Maternidad M. A. de Menem, más algunos centros periféricos gestionados por asociaciones cooperadoras.

La población evitaba emplearlos por su estado de abandono y desabastecimiento y buscaba atención en otros distritos. Los efectores privados sólo eran algunas policlínicas y consultorios particulares, de limitada capacidad de trabajo.



Hospital Central de Cuidados Infantiles del Municipio de Malvinas Argentinas

El primer intendente electo fue Jesús Cariglino, quien luego fue reelecto, en forma ininterrumpida, hasta diciembre del 2015, cuando sufrió una derrota electoral en manos del actual intendente Leo Nardini. Al poco tiempo de ser electo, el Intendente Cariglino convocó al Dr. Schawb, quién en los siguientes 16 años, desarrolló un sistema de salud con fondos municipales y el recupero de las prestaciones por obra social, que abarca desde la atención primaria y preventiva, hasta la alta complejidad (incluyendo cardiología y neurocirugía de adultos y pediátrica), investigación científica, modalidades de intervención tales como internación domiciliaria y red preventiva contra el abuso infantil y cirugía robótica.

A lo largo de los años, el Sistema de Salud se transformó, según ellos lo refieren, en la locomotora del modelo de desarrollo del Municipio. Como dato significativo, desde hace más de 7 años, cuenta con sistemas informáticos e historia clínica informatizada.

El Sistema de Salud de Malvinas Argentinas está compuesto por 13 hospitales municipales que son de exclusiva gestión con fondos municipales. El Hospital Pediátrico fue creado por Decreto 10.765-02/12/2011. Se pensó en generar una política innovadora del nuevo hospital como modelo estratégico, para optimizar la atención y el gasto en salud: el modelo prestacional UDB-UDP.

Este es un modelo de colaboración con un enfoque multidisciplinario, que permite ofrecer una respuesta integrada y coordinada a las necesidades sanitarias y de bienestar de los pacientes, optimizando el uso integral de los recursos. El diseño de atención provee instrumentos destinados a orientar la toma de decisiones y distribución de recursos del modelo prestacional y herramientas para la gestión de costos en instituciones públicas de salud. Este programa se está desarrollando desde marzo del

2012 y pretende consolidarse como una nueva forma de modelo prestacional para el futuro.

A partir de la gestión del Sr. Intendente Leo Nardini (2015) se convoca como secretario al Dr. Fabián Basilico quien profundiza y mejora el sistema incluyendo el nuevo paradigma de la calidad asistencial en todos los hospitales del municipio, donde el Hospital de Pediatría no es la excepción.

Al inicio de esta gestión encontramos déficit de profesionales y especialistas. Hoy el staff de guardias de neonatología, pediatría y terapia intensiva pediátrica esta completo. En este año nos abocamos a completar las especialidades que nos faltan: cardiología, neurología, oncohematología y gastroenterología, que se sumaran a las que conforman un excelente nivel como cirugía infantil, traumatología y ortopedia, neumonología, hebiatría y otras.

Las alteraciones y rupturas que vienen ocurriendo en la sociedad contemporánea en relación al derecho a la salud de calidad, como valor universal, constituyeron el eje central al plantear la conceptualización, el diseño y la implementación del modelo prestacional UDB-UDP como política pública del sistema de salud de Malvinas Argentinas.

La nueva agenda del siglo XXI engloba proposiciones derivadas del paradigma de la economía de la salud, acentuando fuertemente una visión de la ciudadanía social restricta, dirigida a los segmentos poblacionales extremadamente empobrecidos y articulando atención sanitaria con protección social, lo que no exige reformular el sistema de salud para que llegue en tiempo y forma sin dilación ni esperas a los vecinos. Las exigencias de orden económico y político van conformando el derecho a la salud de calidad, alterando su contenido, su alcance y los mecanismos accionados para su garantía, tanto en los países entre sí, como, muchas veces, en el interior de cada país y en nuestro caso en particular en lo local.



El modelo prestacional UDB-UDP intenta llevar adelante esta postura, donde el derecho a la salud de calidad es un ítem primordial de la agenda política y gubernamental local, donde los intereses presentes y la capacidad organizativa de los diferentes grupos que componen el sector de salud dan el toque distintivo a la atención sanitaria y, más que eso, viabiliza la inclusión y efectividad del derecho a la salud de calidad con un perfil donde la democracia y la universalidad de este derecho encontraron un camino conjunto y amplio.

Este modelo responde a una política pública que busca subsanar la falta de calidad del modelo prestacional tradicional y la deficiente utilización de los recursos, consolidando el modelo prestacional UDB-UDP con el cual se optimiza la atención sanitaria tanto en calidad de atención como en optimización de los recursos. Este modelo prestacional se podría resumir sin mayores detalles de la siguiente forma: ante las dificultades provenientes del sistema tradicional en el cual el criterio de ingreso privilegiaba el orden de horario de registro administrativo de los pacientes y la llegada de la urgencia se instalaba en forma azarosa para su atención, fue necesario realizar un replanteo drástico en el criterio de ordenamiento de esa atención.

Tal es así, que contamos con un espacio donde se realiza una clasificación protocolizada a cargo de personal de enfermería y residentes superiores de la especialidad, capacitados y entrenados para tal fin (*triage*) que distribuye los pacientes de acuerdo al motivo de consulta y a la urgencia planteada. La urgencia y la emergencia, objetivada por el personal entrenado, es presentada al *shock room*, donde es recibido por quien está a cargo del sector. Si el niño requiriera de atención de mayor complejidad, será acompañado a la Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos, para allí superar la etapa de emergencia aguda (rojo). Aquellos que no requieran de tal complejidad, superarán la etapa aguda no emergente en el sector y serán orientados luego a la UDP (Unidad de Diagnóstico Precoz) (amarillo). Los pacientes que no sean categorizados como urgentes o emergentes son orientados y direccionados a realizar el ingreso al sistema de admisión (verde). Una vez admitido el enfermo será acompañado por una azafata cuya misión es contener a la familia (persona de la comunidad) del pequeño paciente, quien lo trasladará hacia la sala de espera de la UDB.

Asimismo informará al paciente sobre nuestra modalidad de atención para lograr una correcta educación de la población y contener situaciones que puedan ser desconocidas para el mismo.

La UDB o Unidad de Diagnóstico Básico re-

| HOSPITAL PEDIÁTRICO | | |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| Servicio | Cantidad de camas | Mortalidad Anual % |
| Pediatría | 60 | 00 |
| UTIP | 20 | 5,55 |
| Neo | 40 | 3,67 |

emplaza a lo que tradicionalmente se denomina guardia o demanda espontánea. En época invernal se atienden en esta unidad entre 900 y 1.100 niños por día y en la época estival alrededor de 500 consultas diarias.

El reaseguro dentro de este sistema es que ante la mínima duda con respecto a la diagnosis o necesidad de realizar estudios complementarios para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento, el niño pasa a la UDP o Unidad de Diagnóstico Precoz. La importancia de esta unidad radica en lograr un diagnóstico muy precoz y un tratamiento efectivo en el menor tiempo posible. Todo el proceso se debe desarrollar entre 4 y 6 horas. Ante agravamiento del cuadro de enfermedad que pudiera requerir mayor complejidad, el paciente será presentado y acompañado por el personal encargado del sector UDP, a la Unidad de Cuidados Críticos. De superar el tiempo estipulado en UDP o no lograr allí el objetivo planteado, el enfermo será nuevamente acompañado hacia el siguiente estadio: Internación. Allí permanecerá el tiempo necesario para completar el tratamiento planteado hasta el egreso Hospitalario. Se realiza, entonces, el siguiente punto de acción del sistema, denominado Hospital de Salida, que efectúa una llamada telefónica de seguimiento al paciente a las 24 hs de la consulta, para obtener información acerca de estado actual del mismo, evolución, efectividad del tratamiento y calidad de atención brindada. El paciente que ingresa óbito o que fallece en cualquiera de los estadios presentados, será trasladado a la morgue hasta completar el trámite administrativo necesario. Cada paso presentado en este programa se encuentra protocolizado.

Seguramente hay experiencias importantes. Creemos que la nuestra es superadora.

Glosario

UDB: Unidad de diagnóstico básico.

UDP: Unidad de diagnóstico precoz.

Triage: Clasificación.



TOMAR CONCIENCIA DE LOS DERECHOS QUE TIENEN LOS NIÑ@S CON CAPACIDADES DIFERENTES

Al realizar una búsqueda de las definiciones de **discapacidad**, son varios los autores que aclaran este concepto.

En el área jurídica la Dra. Ester A. Labaton refiere que, como la palabra lo indica, el prefijo "DIS" permite advertir que la persona no es un ser inferior ni superior, que por infinitas causas, pueden poseer una capacidad distinta o diferente. Este concepto, muy general, nos lleva a interpretar que de alguna forma todos somos y/o seremos en forma transitoria o permanente discapacitados en el transcurso de nuestra vida.

En el área de la Medicina Legal, tomamos la definición del Dr. Rubén J. Vizzo, que refiere que discapacitado es toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Instrumentos legales que garantizan los derechos de los niños discapacitados: en primera instancia nombramos a la **Constitución Nacional**, primera parte, capítulo IV, en Atribuciones del Congreso, su Artículo 75 establece:

"Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad."

En la **Constitución de la provincia de Buenos Aires**, en Sección Primera, Declaración de Derechos y Garantías, en su artículo 36 establece:

"Artículo 5). DE LA DISCAPACIDAD. Toda persona discapacitada tiene derecho a la protección integral del Estado. La Provincia garantizará la rehabilitación, educación y capacitación en establecimientos especiales; tendiendo a la equiparación promoverá su inserción social, laboral y la toma de conciencia respecto de los deberes de solidaridad sobre discapacitados"

Cada provincia tiene en su Constitución, el apartado específico sobre la protección de la discapacidad.

Luego, nombramos las leyes específicas para esta materia, en el sistema de protección integral de las personas discapacitadas.

Ley N° 22.431, Sistema de protección integral de los discapacitados. Sancionada y promulgada el 16/03/81. Esta Ley establece una definición de discapacidad en su artículo 2, "...a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables

para su integración familiar, social, educacional o laboral". En su artículo 1, establece su objetivo, como "un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a estas, su atención médica, su educación y su seguridad social, así como concederles franquicias y estímulos que le permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente".

En su artículo 3, especifica que "el Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación. El certificado que expide se denominará **Certificado Único de Discapacidad (CUD)** y éste acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional". Referente al CUD, en las provincias adheridas a esta ley 24.901, tendrá idéntica validez.

El CUD, en CABA, representa un documento público determinado por una Junta Evaluadora, que se otorga a toda persona que lo solicite y tenga una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar o laboral. Las Juntas Evaluadoras están descentralizadas: en CABA el inicio del trámite se realiza en el Servicio Social Zonal correspondiente a su domicilio; en provincia de Buenos Aires, cada Municipio dispone el inicio del trámite en el Departamento correspondiente: ya sea en Servicio Social, o directamente en el área de Discapacidad y las Juntas Médicas Evaluadoras, también están descentralizadas en Hospitales Generales o Establecimientos de Discapacidad.

En el artículo 6, se referencia a **programas** y en él se menciona que el Ministerio de Bienestar Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, son quienes pondrán en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverán también la creación de **talleres protegidos terapéuticos** y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

En lo que respecta a **arquitectura diferenciada**, el artículo 22, especifica que "en toda obra pública que se destine a actividades que supongan el acceso de público, que se ejecute en lo sucesivo, deberán preverse **accesos, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas** que utilicen sillas de ruedas. La misma previsión

deberá efectuarse en los edificios destinados a empresas privadas de servicios públicos y en los que se exhiban espectáculos públicos en adelante se construyan o reformen”.

En materia de **educación**, el artículo 13, dispone que “el Ministerio de Cultura y Educación tendrá a su cargo, el dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficits hasta los casos de discapacidad profunda, aun cuando esta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial. Formar personal docente y profesionales especializados para discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación”.

DECRETO 498/83. Sancionado 16/3/83

En su artículo 3 establece la forma de otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad: “el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, a los efectos de otorgar éste, constituirá una **Junta Médica** para la evaluación de las personas discapacitadas, la que deberá estar integrada por profesionales especializados. Esta contará con una Secretaría que recibirá las solicitudes de otorgamiento de certificados, los que deberán ser acompañados de todos los antecedentes personales del solicitante y los de índole familiar, médico, educacional, y laboral, cuando así correspondiere. La Junta Médica dispondrá la realización de los exámenes y evaluaciones que en cada caso, considere necesaria, por lo que puede recabar las consultas y asesoramientos pertinentes. El dictamen de la Junta Médica deberá producirse dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de presentación de la solicitud, dicho plazo podrá prorrogarse por otro igual, en casos en que fuere necesaria la realización de evaluaciones de naturaleza compleja, a solicitud de la junta médica y con aprobación de la autoridad que emita el certificado.”

En su artículo 15, aclara que se considera **prestaciones médico asistenciales básicas**: a) asistencia médica especializada en rehabilitación; b) los estudios complementarios para un correcto diagnóstico de la discapacidad y para el control de su evolución; c) la atención ambulatoria o de internación, según lo requiera el caso; d) provisión de ortesis, prótesis y las ayudas técnicas que resulten necesarias para el proceso de rehabilitación.

En su artículo 20 establece que “todos los discapacitados que deban concurrir habitualmente a establecimientos educacionales o de rehabilitación y que al efecto utilicen los servicios públicos de transporte automotor, ferroviarios a nivel o subterráneos sometidos a la jurisdicción nacional o municipal, podrán solicitar ante las oficinas competentes del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y de la Ciudad de Buenos Aires, un pase que habilite para el uso gratuito de estos servicios.” (**Pase libre de transporte**).

En este mismo decreto, especifica accesos, medios de circulaciones e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas en toda obra pública; (Art. 22) y dice que “en todo acceso a edificio público deberá permitir el ingreso de

discapacitados que utilicen sillas de ruedas. A tal efecto, la dimensión mínima de las puertas de entrada se establece en 0,90 metros. En el caso de no contar con portero, la puerta será realizada de manera tal, que permita la apertura sin ofrecer dificultad al discapacitado, por medio de manijas ubicadas a 0,90 metros del piso y contando además, de faja protectora ubicada en la parte inferior de la misma de 0,40 metros de alto, ejecutada en material rígido.

Cuando la solución arquitectónica obligue a las construcción de escaleras de acceso o cuando exista diferencia entre el nivel de la acera y el hall de acceso principal, deberá preverse una rampa de acceso pendiente máxima de 6% y de ancho mínimo de 1,30 metros; cuando la longitud de la rampa supere los 5 metros, deberán realizarse descensos de 1,80 metros de largo mínimo. En circulaciones verticales, las rampas tendrán las características de las rampas exteriores, salvo cuando exista personal de ayuda en cuyo caso se podrá llegar al once 11% de pendiente máxima”.

En cuanto a ascensores para discapacitados, “deberá haber como mínimo uno, con dimensión interior mínimo de la cabina de 1,10 por 1,40 metros, pasamanos separados de 0,05 metros de las paredes de los tres lados libres. En el caso de no contar con ascensoristas la botonera de control permitirá que la selección de las paradas pueda ser efectuada por discapacitados no videntes.”

“En las circulaciones horizontales, en los pasillos de circulación pública, deberán tener un lado mínimo de 1,50 metros, para permitir el giro completo de la silla de ruedas. Las puertas de acceso a despachos, ascensores, sanitarios y todo local que suponga el ingreso de público o empleados deberán tener una luz libre de 0,85 metros mínimos”.

En lo referente a los servicios sanitarios “todo edificio público que en adelante se construya deberá contar como mínimo con un local destinado a baño de discapacitados, con el siguiente equipamiento: inodoro, lavatorio, espejo, grifería y accesorios especiales. Cada uno de estos elementos tiene una distribución y altura reglamentada. Las obras públicas existentes deberán adecuar sus instalaciones a excesos y medios de circulación para permitir el desplazamiento de los discapacitados que utilizan sillas de ruedas. A tal efecto las autoridades a cargo contarán con un plazo de 10 años a partir de la vigencia de la presente reglamentación para dar cumplimiento a tales adaptaciones”.

LEY 26.378. ANEXO I. Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. 13 Diciembre 2006

Establece que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

El propósito de esta Convención es promover y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas

las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente.

Su artículo 7º, específicamente, se titula: **Niños y niñas con discapacidad**, y amplía que los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas. En todas las actividades relacionadas con los niños y niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño. Los Estados Partes garantizarán que **los niños y niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten**, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Su artículo 15, nombra la **protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**. Los Estados Partes tomarán medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole, que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con los demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

De la misma forma especifica su artículo 16, la **Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes, para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados al género. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra las personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

RESOLUCION N° 209/2007. Sistemas de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad. Buenos Aires, 27/11/2007

Esta resolución agrega determinadas prestaciones básicas omitidas en otra reglamentación, estas son las modalidades de "Servicio de Apoyo a la Integración Escolar y Centro de Rehabilitación para Personas con Discapacidad Visual" y la modalidad de concurrencia "Alojamiento de Fin de Semana".

LEY 14272. Promulgada 18/05/2011.

Cartas y menús en Braille en locales gastronómicos

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de ley:

"Los comercios cuyo rubro –principal y/o accesorio– será el gastronómico, en lo que respecta a venta y expendio de alimentos al público, sean restaurantes, resto-bars, confiterías, casas de comidas y demás locales que se dediquen a tal fin, deberán tener a disposición de los consumidores, además de sus cartas habituales, un 10% de las mismas en el sistema Braille, o al menos una en dicho sistema, para el caso de que el establecimientos cuente con hasta 10 mesas."

LEY 25.404. Del 3/04/2001. Adopción de Medidas de Protección para las Personas que padecen Epilepsia

Esta Ley garantiza a toda persona que padece epilepsia el pleno ejercicio de sus derechos, proscribida todo acto que la discrimine y dispone especiales medidas de protección que requiere su condición de tal. Todo paciente epiléptico tiene **derecho a acceder a la educación en sus distintos niveles** sin limitación alguna que reconozca como origen su enfermedad. Tiene derecho a recibir **asistencia médica integral y oportuna**. Las Prestaciones Médicas Asistenciales, por la presente Ley quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio.

LEY NACIONAL 26.858. Del 14/06/2013. Perro Guía

Esta Ley tiene por objeto asegurar el **derecho al acceso, deambulación y permanencia a lugares públicos y privados de acceso público y a los servicios de transporte público**, en sus diversas modalidades, de toda persona con discapacidad **acompañada por un perro guía o de asistencia**. El ejercicio del derecho de acceso, deambulación y permanencia consiste en la constante presencia del perro guía o de asistencia, acompañando a la persona con discapacidad. Se considera perro guía o de asistencia a aquel que tras superar un proceso de selección, finalice satisfactoriamente su adiestramiento, para el acompañamiento, conducción, auxilio y alerta de las personas con discapacidad y obtenga el certificado que así lo acredite. El certificado puede ser extendido por una institución nacional o internacional oficialmente reconocida u homologada por la autoridad de aplicación.

Cada perro guía o de asistencia debe estar sujeto por una correa o arnés de metal u otro elemento de similar función, no siendo obligatorio el uso del bozal. Los perros guías o de asistencia deben cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias previstas para los animales domésticos en general y en particular para su función de perro guía o de asistencia.

Además se citan: no padecer de enfermedades transmisibles al hombre, entendiéndose por tales las incluidas en el cuadro de antropozoonosis vigente en cada momento. Cumplir con el cronograma de vacunación, los tratamientos periódicos y las pruebas diagnósticas que establezca la autoridad de aplicación.

Estos condicionamientos deben acreditarse anualmente, mediante certificación expedida por veterinario en ejercicio.

LEY N° 24.901. SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS EN LA HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

14/10/1998

En esta Ley se instituye un Sistema de Prestaciones Básicas de Atención integral a favor de las Personas con Discapacidad y tiene como objeto garantizar la universalidad de la atención de dichas personas mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática.

En su artículo 4, establece que las personas con discapacidad que carecieren de cobertura brindada por ente, organismo o empresa y además no contarán con recursos económicos suficientes y adecuados, podrán obtener las prestaciones básicas a través de los organismos del Estado Nacional, Provincial o Municipal y de la Ciudad de Buenos Aires.

LEY N° 25.415. PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LA HIPOACUSIA. 26/04/2001

Prestaciones obligatorias que deberán brindar las Obras Sociales y asociaciones de Obras Sociales regidas por leyes nacionales y entidades de medicina prepaga.

Ley N° 20.888

Régimen especial para afectados de ceguera congénita o adquirida.

CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989. Aprobada por la República Argentina por la Ley 23.849 (sancionada el 27/11/90; promulgada de hecho el 16/10/90) y publicada en Boletín Oficial 21/11/90.

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Es un documento que marca un hito en la historia de los Derechos Humanos. Elaborada por representantes de todas las regiones del Mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales. La Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de Diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

La Declaración establece por primera vez, los Derechos Humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero y ha sido traducida en más de 500 idiomas.

Modificaciones introducidas por el nuevo Código Civil y Comercial

Toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos. La Ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos simples actos, o actos jurídicos determinados (Art. 22).

Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial (Art. 23).

Son incapaces de ejercicio: a) la persona por nacer, b) la persona que no cuenta con la edad y el grado de madurez suficiente con el alcance dispuesto en la Sección 2ª sobre "Persona Menor de Edad", y c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión (Art.24).

Persona con capacidad restringida y con incapacidad

El Juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

En relación con dichos actos, el Juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de las personas. Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite, la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.

Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyo resulte ineficaz, el Juez puede declarar la incapacidad y designar curador (Art. 32).

Es importante el conocimiento de los derechos de los niños con discapacidad, para hacerlos valer en el área que no se cumplen, ante las autoridades competentes que correspondan. Sin el conocimiento no podemos hacerlos valer por la ignorancia de los mismos. Además señalo la educación en materia de respeto, no discriminación y convivencia desde la más temprana edad, que debería ser promovida como materia o taller en los colegios.

REFERENCIAS

- Labaton EA. Discapacidad. Derechos y Deberes. Ediciones Centro Norte.
- Martino RH, Barrera LE. El niño discapacitado. Edición Nobuko.
- Colección de Manual Práctico Discapacidad. Ediciones Judiciales. Edición 2017.
- Discapacidad. Colección practica de leyes. Editores VRAD y Asociados.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley N° 26994-2014. Ediciones del País.
- Recopilación Bibliográfica de la Dra. Acuña Mercedes Regina.

Banco Galicia y la Comisión Directiva de la SAP se unieron para darte más beneficios.



Por pertenecer a la **Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría**, tenés la posibilidad de acceder al Servicio Galicia⁽¹⁾ con:

100%

de bonificación mensual en el servicio Galicia,⁽¹⁾ los primeros 6 meses, y 50% a partir del 7mo. mes realizando compras mensuales con tus Tarjetas Galicia.

100%

de reintegro en el pago de la cuota de SAP.⁽²⁾ Exclusivo para la Región Metropolitana y nuevos clientes Galicia Éminent o Negocios. Tope mensual \$ 300. Vigencia desde el 01/03/2017 al 31/12/2017.

Además, inscribite en **quiero.com.ar** y volá sin poner un peso sumando puntos con los consumos habituales de tus Tarjetas Galicia.⁽³⁾



Estamos trabajando para que, muy pronto, estos beneficios alcancen a **todas las filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría.**

Comunicate al 0810-777-3333, o visitá la Sucursal Galicia Coronel Díaz:

DAIANA V FEYEKA: Cel.: (54-9-11)1531981399 / Daiana.V.Feyeka@bancogalicia.com.ar
ESTEFANÍA MAESTRO: Cel.: (54-9-11) 3198-1405 / estefania.maestro@bancogalicia.com.ar



(1) CARTERAS DE CONSUMO Y COMERCIAL. SUJETA A PREVIA VERIFICACIÓN COMERCIAL, CREDITICIA Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES. BONIFICACIÓN DEL 100 % SUJETA A CONDICIONES DEL BENEFICIO CORRESPONDIENTE Y APLICABLE SOBRE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIGENCIA DESDE EL ALTA DEL PAQUETE*. ES DECIR CADA \$ 100 EL CLIENTE SE AHORRA \$ 100. A PARTIR DEL SÉPTIMO MES, O EN CASO DE QUE EL CLIENTE TENGA UNA ANTIGÜEDAD MAYOR A SEIS MESES, SE APLICARÁ UNA BONIFICACIÓN DEL 50% EN EL COSTO DEL SERVICIO GALICIA VIGENTE A ESE MOMENTO, ES DECIR CADA \$ 100 EL CLIENTE SE AHORRA \$ 50. PARA ACCEDER A ESTA BONIFICACIÓN EL CLIENTE DEBERÁ REALIZAR COMPRAS MENSUALES CON SUS TARJETAS DE CRÉDITO Y/O DÉBITO GALICIA. PARA EMINENT, PREFER O CUENTA NEGOCIOS SE REQUIEREN 15 COMPRAS MENSUALES, CLASSIC 10 COMPRAS, TOTAL Y PROPIA 7 COMPRAS, SIMPLE 5 COMPRAS. EN TARJETA DE DÉBITO SE TOMAN LOS CONSUMOS REALIZADOS ENTRE EL DÍA 1 Y 30 DE CADA MES. EN TARJETA DE CRÉDITO SE TOMAN LOS CONSUMOS INGRESADOS EN EL ÚLTIMO RESUMEN. // EL MES QUE NO CUMPLA LA CONDICIÓN NO ACCEDERÁ AL BENEFICIO. VER COMISIÓN DE MANTENIMIENTO MENSUAL VIGENTE EN WWW.BANCOGALICIA.COM.AR // *SE DENOMINA PAQUETE AL SERVICIO CONFORMADO POR UNA CUENTA CORRIENTE, UNA O MÁS TARJETAS DE DÉBITO Y UNA O MÁS TARJETAS DE CRÉDITO. (2) BENEFICIOS SUJETOS A CONDICIONES DEL CONVENIO CORRESPONDIENTE Y APLICABLE A LOS SOCIOS DE SAP QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS Y ESTÉN ASOCIADOS A FILIALES DE SAP SUSCRIPTAS AL CONVENIO. REINTEGRO VÁLIDO DESDE EL 01/03/2017 AL 31/12/2017 PARA CLIENTES QUE NO SEAN TITULARES DE ALGÚN PAQUETE GALICIA Y ADQUIERAN UN SERVICIO EMINENT O NEGOCIOS A PARTIR DEL 01/03/2017, QUE NO SE ENCUENTREN EN MORA EN SUS PRODUCTOS EN BANCO GALICIA, Y ADHIERAN EL PAGO DE LA CUOTA DEL SAP AL DÉBITO AUTOMÁTICO DE SUS CUENTAS GALICIA. EL REINTEGRO SE VERÁ REFLEJADO DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL DÉBITO AUTOMÁTICO, SUJETO A MARGEN DE CRÉDITO DISPONIBLE. TOPE DE DEVOLUCIÓN \$ 300 MENSUALES, POR PROFESIONAL Y POR CUENTA.



1) La hipertensión pediátrica es objeto de infra diagnóstico e infra tratamiento

La hipertensión y la pre hipertensión pediátricas en gran parte son objeto de infra diagnóstico y los médicos no suelen apearse a las directrices de diagnóstico y tratamiento farmacológico, según un estudio retrospectivo de cohortes de casi 400.000 pacientes.

“El hallazgo de que solo a 1 de cada 20 niños con hipertensión persistente diagnosticada durante un año o más se les prescribió medicamento antihipertensor, indica un cumplimiento deficiente de las directrices actuales en torno a la hipertensión pediátrica que recomiendan el tratamiento farmacológico cuando no ocurre mejora durante al menos 3 a 6 meses,” señalan los investigadores.

El Dr. David C. Kaelber, PhD, maestro en salud pública del Equipo del Consorcio para la Investigación de la Eficacia Comparativa a través de la Notificación Electrónica Colaborativa, Elk Grove Village, Illinois, y los departamentos de Medicina Interna, Pediatría, Epidemiología y Bioestadística en la Universidad Case Western Reserve en Cleveland, Ohio, y sus colaboradores informan sus hallazgos en un artículo publicado en versión electrónica el 22 de noviembre en *Pediatrics*.

“Estos hallazgos son convincentes y resaltan las deficiencias de nuestro ejercicio clínico actual. Como pediatras, debemos considerar con detalle si estamos diagnosticando y tratando en forma adecuada la hipertensión en nuestros pacientes,” comentaron en un editorial complementario el Dr. Kevin D. Hill, MSCI y la Dra. Jennifer S. Li, MHS, del Instituto de Investigación Clínica Duke y la División de Cardiología Pediátrica, del Departamento de Pediatría, en la Escuela de Medicina de la Universidad Duke, en Durham, Estados Unidos.

Los investigadores analizaron datos del registro de salud electrónico que incluye características demográficas, diagnóstico, presión arterial (PA), estatura, peso y prescripciones de medicación para más de 1,2 millones de pacientes pediátricos como parte del Consorcio para la Investigación de la Eficacia Comparativa a través de la Notificación Electrónica Colaborativa. La *American Academy of Pediatrics* coordina el consorcio, el cual consta de siete organizaciones sanitarias y comprende 196 centros de atención primaria en

27 estados con más de 2.000 pediatras de atención primaria. Los principales criterios de valoración fueron la proporción de pacientes pediátricos con presiones arteriales anormales en tres o más consultas, hipertensión y pre hipertensión documentada (definida como tres o más mediciones de presión arterial sistólicas o diastólicas entre los percentiles 90 y 95 para género, edad y estatura o más de 120/80 mm Hg) diagnósticos y medicamento antihipertensor prescrito.

Un total de 398.079 pacientes de 3 a 18 años de edad tuvieron tres o más consultas en las cuales se midió su presión arterial y se incluyeron en el estudio. De estos, 13.080 niños (3,3%) cumplieron los criterios de hipertensión y 40.076 (10,1%) de pre hipertensión. Los investigadores descartaron los centros clínicos con menos de 50 pacientes elegibles para permitir la modelación multifactorial. Entre los consultorios restantes, los investigadores determinaron que solo a 23,2% (2813 de 12.138) de los pacientes con hipertensión se les había establecido el diagnóstico. Asimismo, solo a 10,3% (3990 de 38.874) de aquéllos con pre hipertensión se les había realizado el diagnóstico. Entre los 4996 niños con hipertensión en etapa 2, a 1612 (32,4%) se les había efectuado el diagnóstico.

“Una parte del infra diagnóstico puede explicarse por el hecho de que la identificación de los niños hipertensos se complica por la variación en los rangos de presión arterial normal a través de género, percentil de estatura y edad, con centenares de valores umbral de presión arterial anormal para los pacientes pediátricos,” señalan los autores.

“Cuando la identificación de la presión arterial anormal se vuelva una funcionalidad central en los registros electrónicos de salud pediátricos, podrá mejorar el reconocimiento de las presiones anormales y de la hipertensión o la pre hipertensión”.

Un diagnóstico de hipertensión fue más probable en niños que eran mayores, con más peso, altos o varones; en los que tuvieron una o más determinaciones de presión arterial en el rango de presión arterial de etapa 2; o en los que tuvieron mediciones de la presión adicionales además de las tres necesarias para el diagnóstico.

Solo 158 (5,6%) de los 2813 pacientes con diagnóstico de hipertensión persistente recibieron medicación antihipertensora al cabo de 12 meses de establecido el diagnóstico (inhibidores de enzima conversiva de

angiotensina o antagonistas de receptores de angiotensina [35%], diuréticos [22%], bloqueantes de los canales del calcio [17%] y β -bloqueantes [10%]).

Las directrices actuales señalan que los niños con hipertensión en etapa 2 o hipertensión sintomática en etapa 1 se les debe iniciar medicación antihipertensora cuando se les establece el diagnóstico, y a los niños con hipertensión asintomática en etapa 1 se les ha de iniciar medicación antihipertensora si su hipertensión persiste después de 3 a 6 meses sin intervención farmacológica," explican los investigadores.

"Una prevalencia de 3,3% señala que 2,2 millones de niños y adolescentes necesitan evaluación y posible tratamiento de la hipertensión. Estos números de pacientes superan la capacidad de médicos subespecialistas en Estados Unidos y, por tanto, los pediatras de atención primaria tendrán que sentirse más cómodos prescribiendo fármacos antihipertensores," señalan el Dr. Hill y la Dra. Li. "Esta carga podría aligerarse si la siguiente versión de las directrices para hipertensión pediátrica proporcionasen un consenso de expertos que guíe con respecto al inicio del tratamiento".

listas en Estados Unidos y, por tanto, los pediatras de atención primaria tendrán que sentirse más cómodos prescribiendo fármacos antihipertensores," señalan el Dr. Hill y la Dra. Li. "Esta carga podría aligerarse si la siguiente versión de las directrices para hipertensión pediátrica proporcionasen un consenso de expertos que guíe con respecto al inicio del tratamiento".

Los autores y los editorialistas han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

LE. Troy Brown, RN

Pediatrics. Published online

November 22, 2016.

Article abstract,

Medscape Medical News 02 de diciembre de 2016

*Un vaso medio vacío de vino es también uno medio lleno,
pero una mentiras a medias, de ningún modo es una media verdad"*

JEAN COCTEAU

Poeta, novelista, dramaturgo, pintor, ocultista, diseñador, crítico y cineasta francés
(5 de julio de 1889, Maisons-Laffitte, Francia-11 de octubre de 1963, Milly-la-Forêt, Francia)

HYPERSOL GOTAS

Cloruro de Sodio / Solución hipertónica

Gotas x 7,5ml

Es el tratamiento indicado
en la coriza del lactante.

Hypersol gotas restablece el transporte mucociliar, favoreciendo la lactancia y el sueño normal del bebe.

Al eliminar la obstrucción nasal permite reanudar la respiración nasal fisiológica.

Hypersol gotas previene la sobreinfección bacteriana.

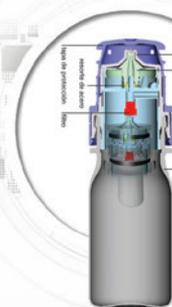
El clearance mucociliar es la principal defensa natural del epitelio respiratorio. Normalmente las partículas nocivas, los alérgenos, y los virus y bacterias son atrapados por el moco y transportados por las ciliadas hacia el aparato digestivo.

Hypersol gotas es totalmente natural e ideal para el lactante.

Hypersol gotas es estéril, no contiene drogas ni conservantes, por lo que está libre de efectos secundarios locales o sistémicos y puede usarse a cualquier edad. Su nueva presentación en frasco gotero de 7,5ml con bomba preservative free, es cómoda e higiénica para el lactante. Con solo unas pocas gotas (1-3) de Hypersol se logra el efecto deseado.

Primer gotero estéril sin conservantes

Bomba Preservative Free que esteriliza el aire que ingresa al envase evitando la necesidad de agregar conservantes.



Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

Atopix Gotas

CETIRIZINA

En el control del cuadro alérgico



Seguro

Sin interacciones cruzadas ni efectos cardiotoxicos. Aprobado para su uso en adultos y niños a partir de los 6 meses de edad.



Potente

Actúa en las fases agudas y tardía de la reacción alérgica. Es de 7 a 9 veces más potente que la loratadina.



Rápido

Alivio sintomático a partir de los 20 minutos.



NAN H.A.

PREVENCIÓN DE LA ALERGI A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

Posee 100% de proteína (OPTI PRO) de suero parcialmente hidrolizada, disminuyendo el riesgo de alergia a la proteína de leche de vaca.

Brinda una protección plus por estar adicionada con probióticos (Bifidus BL), que optimizan el funcionamiento del sistema inmune y DHA/ARA.

Sabor agradable que asegura adherencia al tratamiento.

Presentación: 400 grs.

Reduce el riesgo de desarrollo de patologías con componente alérgico como Asma, Rinitis alérgicas y, sobre todo, la manifestación alérgica más frecuente durante la infancia que es la Dermatitis atópica en un 50%.



150 Años
Nestlé