



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@listas.pccorreo.com.ar

Director Titular

Dr. Edgardo Flamenco

1º Director Asociado

Dr. Carlos Luzzani

2º Director Asociado

Dr. Alberto Libanio

Coordinadores

Distrito Norte

Dr. Mercedes Acuña / Dra. Irene Dechiara /
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Graciela Robbio /
Dr. Susana Mabel Rosso / Dra. Mirta Vázquez

Distrito Oeste

Dr. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /
Dr. Fausto Ferolla / Dra. Silvia Redensky /
Dra. Viviana Soligo

Distrito Sur

Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Maurizen /
Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /
Dr. Oscar Ruiz / Dra. Claudia Vaccarelli

Asesores ex Directores

Dr. Gustavo Bardaui / Dr. Jorge Buraschi /
Dra. Beatriz Burbinski / Dr. José Luis Cervetto /
Dr. Saúl Gleich / Dr. Domingo Longo /
Dr. Miguel Ángel Naser / Dr. Ángel Plaza /
Dra. Débora Rocca Huguet / Dr. Leonardo Vázquez

SECCIONES

• Editorial.....	1
• Actividades de la Región	4
• Jornadas Región Metropolitana. Abril 2017	4
• Entrevistas	7
• Niños nacidos mediante TRHA (técnicas de reproducción humana asistida) y las preguntas por el origen	8
• Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand".....	9
• Perlitales legales	11
• ¿Qué debe saber el pediatra de APS sobre los niños y las pantallas?.....	14
• El síndrome del quemado laboral	15
• La consulta pediátrica	17
• Boletín bibliográfico	21

EDITORIAL

... MANTÉN LAS GANAS!

En esta modernidad encontramos nuevas formas de trabajo y organizaciones del mismo; todos en este mundo estamos involucrados de una u otra manera en esto. La medicina no escapa a lo mencionado anteriormente, pero hay algo que debe entenderse y es que no sólo la medicina piensa en medicina, hay otras disciplinas y la comunidad misma que también lo hacen. Aunque no conozca los pormenores de los procesos químicos complejos, los canales de calcio o la polaridad de las membranas celulares y un enorme etcétera, como lo haría un médico, se adentran en la búsqueda de la solución para lo que sufren y lo hacen con gran esmero. Es lógico: su salud o la de sus hijos está en juego.

La Humanidad, con intención, explora y trata de dar una respuesta eficaz a algún problema desde siempre, intentando llegar a un final positivo, aunque haya fracasos en el medio. Ese período de tiempo o espacio entre la intención y la respuesta ha disminuido, subjetiva y objetivamente a la vez; en ese sentido la medicina fue tornándose un servicio y en tanto esa definición, se la procura pronta, precisa, eficaz y eficiente.

Simultáneamente a estos cambios, nuestro trabajo fue adquiriendo nuevas formas organizacionales. Hoy estamos haciendo medicina desde los hospitales, consultorios, obras sociales, prepagas, televisión, radio, WhatsApp, mails, etc., etc. Quizás lo más destacable es que la distancia se ha acortado en nuestro quehacer, la telemedicina hoy ya no es una ficción en nuestra cotidianeidad, la robótica y cuanto la ciencia pueda crear, se imponen rápidamente en nuestro día a día.

El desafío es pensar como el conjunto de médicos formados en estos últimos treinta años podemos reconvertir nuestros procesos de aprendizaje, adaptación, enseñanza, trabajo en un mundo donde la medicina ya no forma parte de un mundo exclusivamente médico, sin perder el sentido disciplinar, sin perder el sentido humano. Estamos conviviendo, ejerciendo la medicina, educando, aprendiendo, enseñando, activamente por lo menos cuatro

(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/a 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)

generaciones, la X, Y, T y Z, cada una con más capacidad de mostrar habilidades en este tiempo, deslumbrándonos e interactuando.

Hay muchos aspectos que pudiéramos tratar desde esta inmensidad actual, nuestra medicina inmersa en esta complejidad no alcanza a hacer foco en todas ellas. A pesar de tener información de todo tipo, sabemos que no podremos alcanzar su totalidad salvo en una pequeña porción. En gran medida estos cambios nos generan conflictos, ya que carecemos de las habilidades y las destrezas para estos tiempos en muchas de estas áreas.

Los pediatras debemos aprender de nuestro objeto del ser, **los niños**, encontrar la motivación vital que nos permita transitar la vida profesional con entusiasmo, enfrentando los cambios con el humor suficiente que nos permita superar las dificultades que nos plantea el presente. Mantener con vitalidad ese sentido motivacional que nos permitirá sostener lo que hemos jurado en nuestras facultades: “Mantener en la máxima medida de vuestros medios, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”. Esas nobles tradiciones de la profesión tendrán que ampliarse a capacidades comunicacionales, manejo de conflictos, administración y organización de nuestra agenda de trabajo entre otras tantas.

Trabajaremos desde la Región Metropolitana por estos objetivos: un pediatra motivado a seguir con su profesión, fortalecido y con actitud de encontrar, saber en nuevas herramientas y habilidades que le permitan mantener un ejercicio profesional gratificante, noble y de esta manera podremos trabajar desde nuestra pediatría por Niños Sanos en un Mundo Mejor.

Dr. Edgardo Flamenco
Director Titular



20 de octubre de 2017 Entrega de diplomas a los Miembros Honorarios de la Región Metropolitana



Por un niño sano
en un mundo mejor



Dra. Lidia Albano



Dr. Abel Monk



Dr. Leonardo Vázquez



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

II° CURSO ANUAL DE ACTUALIZACIONES EN PEDIATRÍA

Organiza: Red Pediátrica del Sudeste de la provincia de Buenos Aires.

- Hosp. Evita Pueblo, de Berazategui
- Hosp. Iriarte, de Quilmes
- Hosp. Dr. J.M. Jorge. Especializado para pacientes crónicos, de Alte. Brown.
- Hosp. Lucio Meléndez, de Alte. Brown
- Hosp. Mi Pueblo, de F. Varela
- Hosp. Oñativia, de R. Calzada (Pdo. Alte. Brown)
- Hosp. Oller, de S. F. Solano
- Hosp. El Cruce, de F. Varela

Curso perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP.

Fecha de realización: desde el 29 de marzo hasta el 14 de junio de 2018 (etapa uno). Retoma actividad el 06 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2018. *Días y horarios:* jueves en el horario de 14 a 16 hs. (se requerirá puntualidad). *Créditos y horas:* 6 créditos (52 hs) con evaluación final.

Director general del curso: Dr. Marcelo Pereyra. *Coordinadores:* Dr. Claudio Mauritzen, Dra. Andrea Rodríguez, Dr. Hugo Espínola.

Modalidad: El curso se dictará de manera **presen-**

cial y por **teleconferencia**, sobre la plataforma de Telemedicina, con apoyo de la modalidad virtual.

Dirigido a: residentes de pediatría, pediatras, médicos generalistas.

Lugar de cursada: Hospital El Cruce, Av. Calchaqui 1888 Fcio Varela.

Mail de contacto: pediatria@hospitalelcruce.org.ar. *Tel. de contacto:* 4210-9000 int 3007 (Dr. Pereyra Marcelo)/4219-5040 int 339 (Dr. Mauritzen Claudio)

CURSO "ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA"

22° Edición. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Curso anual, desde el jueves 5 de abril al 13 de diciembre de 2018-160 horas docentes.

Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP. Otorga créditos para la recertificación.

Directora: Dra. Miriam A. Bonadeo.

Colaboradores docentes: Dres. Catalina D'Errico, Ángela Nakab, Violeta Caputo, Miguel Ángel Yohana

Informes e inscripción: consultorioexternoelizalde@gmail.com



JORNADAS REGIÓN METROPOLITANA • Abril 2017

Conferencia inaugural: La salud de las futuras generaciones

Dr. Jorge L. Cabana

Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría

Los pediatras solemos estar muy actualizados en temas que vemos cotidianamente y que muy bien se reflejan en el programa científico de estas Jornadas Metropolitanas. Abarcan una serie de condiciones y patologías frecuentes como el niño febril, lesiones no intencionales, trastornos de aprendizaje, consumo de sustancias y actualizaciones en vacunas entre otros.

De a poco en el escenario pediátrico van tomando espacio la consideración de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), principal causa de mortalidad en el adulto en nuestro país y en el mundo.

¿Pero por qué entonces hablarlo en pediatría? Es mi interés mostrar que el origen de estas enfermedades está en el inicio de la vida, por lo tanto

los pediatras tenemos una gran responsabilidad en la prevención de las mismas, lo que ha motivado que sean tomadas como uno de los ejes de esta gestión.

En primer lugar hay que considerar que en los últimos años se produjo un cambio epidemiológico, conocido como transición epidemiológica, hacia una nueva morbimortalidad, con un aumento en la prevalencia de las ENT como causa de defunción superando a las enfermedades transmisibles, emergentes.

Entre las causas de este cambio podemos mencionar:

- La longevidad: el individuo vive más y aumentan sus posibilidades de manifestar una enfermedad.

- La mayor eficacia en el control de las enfermedades infectocontagiosas: programas de vacunación, tratamientos antibióticos y en general, el acceso de parte de la población a mejores condiciones de atención.
- Aumento de la población con acceso a condiciones sanitarias adecuadas: cloacas, agua potable, etc.

Es evidente que todos estos logros deben mantenerse y aún perfeccionarse, para llegar a un alcance universal. Un ejemplo claro son los programas de vacunación, que sólo con el cumplimiento del Calendario Nacional en las distintas etapas y con continuidad, pueden lograr buenas coberturas que garanticen el control y aún la eliminación de enfermedades.

La OMS estima que 3 de cada 5 defunciones en el mundo corresponden a ENT.

Existen diferencias regionales pero estas cifras, en general, representan la verdadera dimensión del problema.

El último reporte de la OMS (2016) establece que de los 12,3 millones de personas que mueren por año por causas atribuibles al ambiente, el 65% (8,2 millones) corresponden a ENT, destacándose en los primeros cinco lugares: accidentes cerebro vasculares (2,3 millones), cardiopatía isquémica (1,7 millones), cáncer (1,7 millones) y enfermedades respiratorias crónicas (1,4 millones)

En Argentina la situación, según la misma fuente, hay unas 315.000 muertes al año, siendo las principales causas la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad respiratoria crónica.

Como factor predisponente común a las ENT, existe una epidemia de obesidad, que compromete también a nuestro país. La última encuesta de Salud Escolar (2012), arroja que el 28% de los chicos entre 13 y 15 años de nuestro país presentan sobrepeso, con 11 provincias que superan este valor y una de ellas (Tierra del Fuego) que supera el 40%.

Dando un marco general del origen de estas enfermedades debemos considerar aspectos epigenéticos y epidemiológicos.

Aspectos epigenéticos

El primero en hablar de los aspectos epigenéticos fue Waddington (1956) que define a la **Epigenética como la capacidad del medio ambiente de modificar el genoma.**

Esto modifica el concepto estático de la herencia y da lugar al concepto de programación fetal, algo que Darwin ya había observado, cuando afirmaba que la ley superior de la supervivencia es la adaptación a las condiciones de existencia.

Las exposiciones ambientales durante el desarrollo intrauterino temprano, pueden modificar la programación epigenética y alterar la función normal para lo cual habían sido programadas esas células.

Los mecanismos más frecuentemente involucrados a nivel molecular son: la metilación del ADN, la acetilación de las histonas y/o pequeños ARN no codificantes. Dado que estas modificaciones ocurren también en las células germinales, se transmiten a otras generaciones.

De esta manera concebimos el **epigenoma** que representa la capacidad de un organismo para adaptarse y evolucionar a través de la expresión de un conjunto de características o fenotipos, que son desarrollados en respuesta a los estímulos ambientales.

Esto realza la importancia del medio ambiente, como modelador de la actividad de los genes. No solo los aspectos nutricionales pueden modificar la expresión del epigenoma, sino que distintos químicos ambientales causan también modificaciones epigenéticas.

La FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) pone en evidencia la preocupación que tiene, para la Salud Reproductiva, la existencia de sustancias químicas en el medio ambiente.

Se estima que hay una producción en incremento del 3,4% anual aproximadamente y que 4800 de estos químicos se producen a gran escala (cerca de 500.000 kg/año)

Existe evidencia del pasaje transplacentario de varias de esas sustancias, lo cual influye directamente en las personas en período de especial susceptibilidad, como lo es el período fetal.

Muchos de los compuestos con capacidad para atravesar la barrera placentaria tienen actividad como **disruptores endócrinos**, que podrían actuar durante el período fetal condicionando enfermedades futuras.

En nuestro medio ambiente, podemos visualizar:

- Contaminantes del agua, aire y alimentos.
- Químicos industriales y subproductos de procesos industriales.
- Agroquímicos, Plaguicidas, Fertilizantes.
- Factores sociales, laborales, económicos (stress).
- Agentes físicos (altas temperaturas, radiación, ruido).

Por eso, **identificar la exposición ambiental temprana** es clave para la prevención de la enfermedad y la discapacidad en el curso de la vida.

Esta exposición fetal puede manifestarse afectando tanto a la niñez como la adolescencia o edad adulta y existen evidencias del **efecto transgeneracional, afectando futuras generaciones.**

Aspectos epidemiológicos

Estudios epidemiológicos señalaban desde principios del siglo pasado la coincidencia entre las causas de defunción y las condiciones de vida en la niñez. La experiencia de la guerra demostró las consecuencias del hambre materna en sus descendientes –hijos o nietos– con un aumento en la enfermedad cardiovascular. Esta evidencia aparece en trabajos que demuestran también la vía paterna.

Estudios de cohorte han demostrado, luego, correlación entre condiciones maternas o paternas preconceptionales y riesgo aumentado de padecer ciertas enfermedades.

Barker, en la década del 80, demostró la correlación entre bajo peso al nacer y aumento en el riesgo futuro de ECV. La hipótesis de Barker postula que condiciones intrauterinas y posnatales adversas aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV).

Barker parte de un concepto relacionado con lo nutricional, pero evidencias posteriores han demostrado que el ambiente no se reduce al aspecto nutricional, sino a TODO el ambiente incluyendo además de una dieta inadecuada, el tabaquismo, el sedentarismo, la situación socioeconómica, las drogas, infecciones, stress y contaminantes ambientales.

Esta hipótesis original puede entonces reformularse: *Un ambiente adverso durante la vida fetal y la primera infancia determinan un aumento del riesgo de enfermedades en el curso de la vida.*

Es lo que conocemos como concepto DOHaD (por sus siglas en inglés: Developmental Origins of Health and Disease), el origen de la salud y enfermedad durante el desarrollo.

Donde “ambiente” adquiere un sentido muy amplio de todo aquello que rodea al individuo y el concepto de **Curso de Vida** plantea al proceso de salud /enfermedad como algo dinámico, un continuo en el que los factores de riesgo actúan de distinta manera en las etapas del individuo.

Los factores de riesgo para una determinada enfermedad se van acumulando a lo largo de la vida.

Poniendo por ejemplo la ECV: depende de la nutrición materna en el embarazo y los primeros años de vida, de los hábitos de actividad física, de la dieta, el tabaquismo, la obesidad, HTA, etc. todos factores que en un individuo determinado pueden ir potenciándose para llegar a la ECV.

Cuanto más factores de riesgo acumule el individuo, mayor probabilidad de enfermedad.

Y esto se puede proyectar con otras patologías crónicas (DBT, EPOC, ACV, cáncer, etc.).

Podemos afirmar entonces que existe fuerte

evidencia epidemiológica y experimental que vincula lo ocurrido en períodos críticos del desarrollo con ENT.

- Condiciones del embarazo y parto.
- Condiciones nutricionales familiares.
- Infecciones.
- Estrés materno.
- Medicamentos y drogas.
- Ambiente no saludable.
- Situación socioeconómica.

Es importante considerar tres reglas que acompañan a esta situación:

1. **Edad de exposición:** concepto al que los pediatras estamos acostumbrados: depende en qué etapa del desarrollo actúe una noxa, el efecto que pudiera tener. No obstante estamos más acostumbrados a considerarlo desde la embriogénesis. Resulta nuevo que en “edad de exposición” pueda incluirse la exposición de padres o abuelos y la exposición preconceptional en etapa adolescente, lo cual nos involucra.
2. **Período de latencia:** Los estudios de cohorte han comenzado a relacionar eventos precoces con efectos tardíos en el curso de la vida. Estos eventos precoces pueden abarcar la etapa preconceptional, incluyendo padres y abuelos. Esto nos da una especial responsabilidad para con las futuras generaciones, en el cuidado de los niños y adolescentes de hoy.
3. **Efectos transgeneracionales:** reafirmando lo dicho antes, existe sólida evidencia epidemiológica de los efectos tardíos en la segunda o tercera generación.

Todo lo expuesto significa un nuevo enfoque en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud y otorga una nueva dimensión a la actividad pediátrica.

De alguna manera para los pediatras, el objetivo fue durante mucho tiempo lograr un sujeto adulto sano.

Ahora sabemos que no es sólo eso: el cuidado de nuestros recién nacidos, niños y adolescentes, incluye promover en ellos un curso de vida saludable que disminuya al máximo posible los factores de riesgo para ENT. Es la manera de trabajar por futuras generaciones más sanas.

¿Qué podemos hacer?

Como SAP, entendemos que debemos lograr consensos y trabajar en forma intersectorial e interdisciplinaria. Por eso:

- Organizamos en marzo 2016 la Jornada “La Salud de las próximas generaciones un desafío conjunto”. En la misma participaron

entidades oficiales (MSAL) a ONGS (UNICEF/ OPS/OMS) y sociedades científicas, con las que firmamos un Manifiesto conjunto cuyo texto está disponible en <http://www.sap.org.ar/uploads/documentos/compromiso-conjunto-para-la-prevenci-oacuten-de-enfermedades-cr-oacutenicas-no-transmisibles-ent.pdf>

- Este compromiso fue compartido por los Directores de Región y los Presidentes de Filial, lo que dio origen a distintas actividades en filiales, así como a conferencias y presentaciones durante las Jornadas Regionales.
- Creamos en la SAP la Subcomisión DOHaD, interdisciplinaria para poder tratar adecuadamente el tema. De esta Subcomisión participa por primera vez otra Sociedad Científica –FASGO–, en una alianza que creemos de mutuo enriquecimiento.
- Basados en una beca otorgada por la AAP, elaboramos para el primer nivel de atención un Curso de prevención, detección y tratamiento de Obesidad que se incorporará a la oferta educativa continua.

Como pediatras en nuestra tarea diaria: Es probable que nos llevemos una sorpresa: **sólo tenemos que ser fieles a lo que sabemos.**

Los nuevos conocimientos en epigenética y en el campo de la epidemiología que brevemente hemos esbozado y que se resumen en el Concepto DOHaD, nos brindan un marco de referencia y un sentido distinto: trabajamos por la salud no sólo de estos niños que vemos, **sino también por las futuras generaciones.**

A modo de síntesis podríamos mencionar tal como lo declaramos en el Manifiesto Conjunto:

- Promover hábitos saludables de las mujeres y sus

parejas antes, durante y después del embarazo.

- Abogar por una adecuada atención prenatal y perinatal, procurando el acceso de la madre y el recién nacido a instituciones categorizadas por nivel de complejidad y riesgo.
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta los 2 años.
- Jerarquizar la importancia del vínculo afectivo madre-hijo.
- Dieta saludable. Promover en los lactantes una alimentación complementaria saludable y oportuna, poniendo las bases de hábitos saludables del futuro.
- Hábitos saludables. Actividad física adecuada.
- Promover el crecimiento y desarrollo saludable, conociendo las herramientas para la detección precoz de sus alteraciones.
- Promover ambientes saludables evitando las exposiciones tóxicas ambientales y reforzando la importancia de garantizarle a la embarazada y el niño una buena calidad de aire, agua y alimentos.
- Promover la implementación de programas de **educación comunitaria** equipando a la población con conocimientos para proteger la salud materno infantil y preservar el ambiente.
- Promover el **impulso de políticas públicas** que contemplen estos objetivos, en especial considerando las consecuencias que acarrearán el stress y la pobreza.

Finalmente, entendemos que es de especial trascendencia promover la difusión del concepto del origen fetal de la enfermedad del adulto (DOHaD) en el equipo de salud del primer nivel de atención, de manera de focalizar las actividades de prevención en el cuidado de la salud de mujeres y niños.



ENTREVISTAS

a quienes nos muestran el camino

Hoy está el encabezamiento de una sección que llegó a ser una “*marca registrada*” en Noticias Metropolitanas. Pero *por ahora*, no estarán más los reportajes ya que Patricia nos pidió una tregua por exceso de trabajo y otros motivos particulares...

Fueron 25 reportajes en otros tantos ejemplares de *Noticias*, durante 8 años. Ahí quedaron plasmadas las vidas de muchos colegas que de esta

manera pudimos conocerlos un poco más. Muchos de esos reportajes se pueden encontrar en el libro “*Soy Pediatra*”, de la misma autora.

Le agradecemos muy sinceramente a la *Dra. Patricia Cirigliano* su colaboración, con la seguridad, que si algún día está dispuesta a retomar esta tan espléndida sección, la *Revista Noticias Metropolitanas* le ofrecerá sus hojas en blanco con todo gusto.

Dra. Patricia Cirigliano

Los Editores



NIÑOS NACIDOS MEDIANTE TRHA (Técnicas de Reproducción Humana Asistida) Y LAS PREGUNTAS POR EL ORIGEN

María Paula Gerardi

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

Todos los niños necesitan conocer su historia y en algún momento comienzan a crear hipótesis y preguntar sobre cómo nacieron. Esas preguntas suelen inquietar a algunos padres y se vuelve más difícil de responder en el caso de un padre o una madre que recurrieron la reproducción asistida para concebirlo.

Hay mucho camino recorrido en el área de adopción sobre la importancia de que los padres transmitan a sus hijos la verdad sobre su origen.

Cuando los hijos nacen por medio de TRHA también necesitan conocer cómo llegaron al mundo ya que forma parte de su historia. Los secretos familiares, lo que se oculta, suele generar diversas sintomatologías en los niños y va de la mano de la pérdida de la confianza y dificultades en los vínculos. En cambio, transmitir la verdad, genera vínculos más sólidos basados en el amor y la confianza.

La sexualidad infantil va atravesando por distintas etapas. Durante ese proceso los chicos van sintiendo curiosidad, van haciéndose y haciendo preguntas. También van creando sus propias hipótesis sobre la diferencia entre los sexos y sobre el origen.

Entre los 3 y 6 años empieza la edad de las preguntas por las diferencias sexuales, el origen y la reproducción ¿Cómo se hace un bebé?, ¿Cómo entra?, ¿Cómo sale?, ¿cómo nací yo?, ¿Por qué tengo dos mamás?, ¿yo no tengo papá?, ¿Por qué Lucía tiene dos papás? También comienzan a crear sus propias teorías sobre esos interrogantes, “los bebés se hacen cuando los grandes se dan besos en la boca”, “los bebés entran por la boca”, “yo nací por la cola de mamá”, etc.

Es importante aprovechar esta curiosidad que va surgiendo en los niños para iniciar el diálogo; éste se va a ir complejizando a medida que los hijos crecen y piden explicaciones más elaboradas sobre la sexualidad y la reproducción, por ejemplo: ¿cómo respira el bebé en la panza?, ¿cómo me puso el doctor adentro de tu panza? ¿Puedo conocer a la donante?, etc.

Sugerencias para transmitir a los padres:

- Primero escuchar qué está preguntando y qué quiere saber para no dar información de más (los

chicos no pueden procesarla y crea confusión) y al mismo tiempo dejar satisfecha su curiosidad.

- Si los toma desprevenidos y no saben que decir es importante no mentirle y darle alguna respuesta, ejemplo: “en este momento no sabemos cómo explicarte, lo vamos a pensar y luego te lo decimos”.
- Prepararse de antemano para las posibles preguntas y ensayar respuestas, pensando qué palabras utilizar y qué información dar, adecuándola a la edad del niño, a la información previa que posee y al lenguaje que maneja.
- Buscar asesoramiento profesional. “Concebir, asociación civil”, es un grupo de apoyo para personas con trastornos en la reproducción donde se ofrece asesoramiento y talleres abiertos a la comunidad.
- Existen actualmente varios libros de cuentos pensados para que los diversos tipos de familias puedan abordar el tema. Es una herramienta más para el momento en el que padres y/o madres les cuenten a sus hijos cómo llegaron al mundo.
 - ♦ “¿De dónde venimos?”, de Peter Mayle.
 - ♦ “¿Qué es esto?”, de Cecilia Blanco.
 - ♦ “Hay muchas cosas que están bien”, de Darío Fernández.
 - ♦ “Somos familia”, de Elizabeth Ormart.
 - ♦ “Sueños de familia, hijos concebidos por técnicas de reproducción asistida”, de Marianela Casanova.
 - ♦ “Así fue como llegaste; fertilización asistida”, de Silvia Jadur y Constanza Duhalde.
 - ♦ “Así fue como llegaste; donación de espermatozoides”, de Silvia Jadur y Constanza Duhalde.
 - ♦ “Así fue como llegaste; donación de óvulos”, de Silvia Jadur y Constanza Duhalde.
 - ♦ “Mi pequeño milagro”, de Pilar Dolz del Castellar.
 - ♦ “En Busca del Atesorado Bebé Canguro”, de Carmen Martínez Jover.
 - ♦ “Una historia especial”, de Marianela Casanova.
 - ♦ “Nora y Zoe quieren ser mamás”, de Rosa Maestro.
 - ♦ “Cloe quiere ser mamá”, de Rosa Maestro.

- ♦ “Lucía y el cofre mágico de la familia”, de Rosa de Maestro.
- ♦ “Anita y sus dos mamás”, de Darío Fernández.
- ♦ “Mamá sueña con un bichito de luz”, de Judit Franch.
- ♦ “¿Cómo llegué a este mundo?”, de Diario Fernández.

Conclusión

Estas preguntas movilizan diversos aspectos en el adulto. Las mismas pueden despertar una cantidad de recuerdos, emociones y sensaciones como ser vergüenza, temor, inseguridad, angustia,

etc. Pueden escandalizarlos, asustarlos, enojarlos, etc. Cada adulto tiene su propia historia en lo que respecta a su sexualidad y es desde ese lugar, desde sus temores, deseos, creencias y experiencias (infantiles y adultas), que irán respondiendo a las preguntas de los hijos.

Cada papá y mamá irá creando su propia manera de responder, con su estilo personal, eligiendo las palabras con las que se sientan más cómodos y dando la información que consideren adecuada para su hijo, en función de la edad y de la información previa que tenga. **Lo importante, siempre, es decir la verdad.**



HISTORIA de NUESTROS HOSPITALES

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

Dra. Jessica Elman

Médica Pediatra

HISTORIA del HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “CARLOS G. DURAND”

“Sin solemnidades ni festejos especiales fue inaugurado y abierto al servicio público durante la semana pasada, el nuevo Hospital Carlos Durand, situado en uno de los más populosos barrios del oeste de la capital, y destinado a prestar grandes e importantes servicios... Habíase preparado un festival a propósito de esta inauguración, pero la dirección de la Asistencia

Pública resolvió suspenderlo y declarar inaugurado el hospital de hecho y comenzando en seguida el traslado de enfermos, con lo que se logró evitar la aglomeración de éstos en otros hospitales.” (Fragmento de la Revista Caras y Caretas del 3 de mayo de 1913)

El mentor y reconocido médico del hospital que hoy lleva su nombre, **Carlos Gustavo Durand** no sólo pasó a la historia por su aporte a la medicina, sino también por la vida desdichada que tuvo.

Nació en la ciudad de Salta, el 21 de Febrero de 1826. Hijo de un médico francés, Jean André Clialres Durand quien una vez arribado a estas tierras fue un personaje muy reconocido en el ambiente profesional.

Entre múltiples actividades, suscribió el Acta de Fundación de la Universidad de Buenos Aires y se desempeñó como primer Profesor de Obstetricia de la



Foto del edificio inaugurado en 1913.

novel institución. Se lo contó también entre los fundadores de la Academia Nacional de Medicina.

Su madre, criolla de la más selecta estirpe porteña, Doña María del Rosario Chavarría era hermana del canónigo de nuestro Cabildo Metropolitano, Presbítero Matías de Chavarría.

Aún siendo niño, se trasladó con su familia a Buenos Aires, donde cursó

como conspicuo alumno sus estudios secundarios y universitarios, graduándose de médico en 1846. Para ello, presentó su tesis sobre el contagio del cólera.

Recibido de médico a los 20 años y con una carrera sobresaliente en el campo de la obstetricia, Carlos Gustavo Durand contaba con pacientes de los más altos círculos sociales porteños pero también su vocación lo llevaba a los hogares más humildes. Y complementaba su labor asistencial con trabajos científicos, entre los que podemos citar los avances de la operación cesárea.

Ocupó varios cargos municipales, fue Miembro del Tribunal del Juicio de Imprenta, Miembro de la Academia de Medicina y Cirujano Mayor del Ejército.

Llevaba diez años ejerciendo la profesión médica hasta que en el año 1859 fue elegido Diputado

Provincial por Buenos Aires. Tan destacada fue su actuación, que, en el año 1865, consolidada definitivamente la Nación, se lo elevó al rango de Senador por la Provincia de Buenos Aires, cargo que detentó hasta 1870, descollando como hombre de consulta, especialmente en temas vinculados con la Higiene y la Salud Pública.

Con una carrera brillante, a los 43 años, Durand anunció, para sorpresa de muchos, su casamiento con la nieta del general Pueyrredón, Amalia Pelliza Pueyrredón que tenía en ese momento, 15 años. Poco antes de casarse, se produjo el fallecimiento de su madre y al poco tiempo continuó su infortunio al enfermar su reciente esposa Amalia, quien padeció una viruela que le dejó marcas irreparables en sus tan admiradas facciones.

Estas lamentables contingencias de su vida hicieron que el Dr. Durand avejentara rápidamente y se transformara en un hombre agresivo, huraño y avaro, aún a pesar de su muy buena posición económica.

Junto al matrimonio convivía Carolina, hermana del médico, quien también debió soportar las maniáticas normas que impuso, por ejemplo no dejaba que su mujer y su hermana salieran de la casa, tenía apenas entreabiertas las ventanas y la puerta de su casa estaba cerrada con llave desde la mañana hasta la noche, algo inusual en aquellos tiempos.

Con el tiempo, su joven esposa pretendió modificar ese modo de vida miserable contrariando dichas normas. Su marido, que se acercaba a los 80 años, estaba enfermo de una neumonía, pero no dejaba de advertir esas "irregularidades" e implantó un régimen aun más estricto.

Esta actitud provocó que en diciembre del año 1900 y luego de treinta y un años de sufrida convivencia, Amalia se fugara de aquella casa, abandonando todas sus pertenencias, y de inmediato inició los trámites de divorcio. Amalia moriría varios años después en la pobreza. Carolina Durand, en cambio, siguió junto a su hermano hasta el 5 de septiembre de 1903, día de su fallecimiento. Algunos meses después, el 8 de agosto de 1904 fallecía el Doctor Durand a los 81 años.

En su ropero se encontraron cuantiosos fajos de

billetes, cédulas del Banco Hipotecario y abultados plazos fijos del Banco de Londres y del Banco Español. Junto a aquella fortuna había un cartel manuscrito que decía: "Economías de toda mi vida para construir un hospital de hombres". Era el mismo deseo que había manifestado a Gabriel Tapia, su albacea testamentario.

Fue éste quien informó a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires del contenido del legado. Se dispuso entonces, que el Dr. José Penna se ocupara de encontrar un predio acorde en este barrio que contaba solamente con una Estación Sanitaria: la de San Carlos Norte.

Fue así que el Dr. Penna, notorio higienista, consideró que la Quinta de Espeleta era la indicada, siendo adquirida de inmediato, llamándose a licitación para construir un hospital con capacidad para doscientas veinte camas y un presupuesto estimado en setecientos mil pesos.

Se presentaron nueve proyectos, no sin ciertas controversias, para finalmente adjudicar la construcción de la obra al Ingeniero Alfredo R. Buschiazzo.

El día 18 de marzo de 1912, se hizo entrega del hospital a la comuna, siendo Intendente Municipal el Dr. Joaquín S. de Anchorena; Director de la Asistencia Pública el Dr. Horacio Piñero siendo su primer Director el Dr. Pascual Palma.

En este acto, el Sr. Villier Tapia, hijo de don Gabriel e inspector de las obras, procedió a entregar las llaves del edificio.

Se recuerda la anécdota que estas llaves inmediatamente se extraviaron y no volvieron a ser encontradas jamás, como si premonitoriamente este hecho significara que las puertas del Hospital Durand, no se cerrarían nunca más.

A pesar de estar prácticamente terminado, las obras se extendieron, hasta que por fin el 28 de abril de 1913, fue habilitado, recibiendo sus primeros pacientes, todos hombres, por expresa disposición testamentaria del Dr. Durand, provenientes de la estación sanitaria San Carlos Norte.

En poco tiempo se vio la necesidad de ampliar la atención también a las mujeres.

En 1938 se comenzó la construcción del "Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico" en terrenos del Hospital Durand. Esta obra finalizó en 1941, y estuvo a cargo de la Dirección General de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas de la Nación. En 1950 hubo un período de incorporación de pabellones, en su mayoría dedicados a atender enfermos crónicos.

Pasadas varias décadas, se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio de concepciones acordes a la medicina actual, llamado "Centro Médico Complementario". Para ello se llamó a un nuevo concurso de proyectos, en el año 1971. Las obras se extendieron sobre los siguientes años y significaron la demolición casi total del antiguo hospital, exceptuando el más reciente Instituto Médico-Quirúrgico, actual



Pabellón Romano, y el pabellón ubicado más al oeste, el Pabellón Rayos, que aún conserva intacta su estructura original.

Actualmente, el Hospital General de Agudos Carlos Durand es uno de los hospitales públicos metropolitanos pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

siendo un Hospital Universitario de alta complejidad asociado a la Universidad de Buenos Aires.

Se encuentra situado en la Av. Díaz Velez 5044, en el centro del Barrio de Caballito.

Fuentes bibliográficas: páginas web



PERLITAS LEGALES

Dra. Mercedes R. Acuña

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

RESPONSABILIDAD DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS INSTITUCIONES ESCOLARES

Al elegir este tema, se considera como figura central al niño, como estudiante, en su ámbito escolar y luego su entorno que configura el docente, la familia y la institución escolar.

Medidas de prevención en las escuelas, sobre accidentes

Analizando etimológicamente el término "Accidente", se refiere a un suceso imprevisto o eventual, una indisposición repentina que priva del sentido o del movimiento.

Imaginemos ahora un patio de escuela, un aula, los baños, donde pueden ocurrir los accidentes más comunes, durante el transcurso del año escolar.

Transcribo un caso ocurrido el día 18 de Abril 1992, en el cual el menor XXX, niño de 5 años de edad, cuando se encontraba en su Escuela de Mendoza, alumno de Jardín de Infantes, durante la clase de gimnasia, en donde había dos divisiones a cargo de la Docente NNN. El niño se fue de la clase sin darse cuenta el profesor y en el baño correspondiente a la primaria sufrió un accidente, ocurrido al ingresar otro alumno –que no fue individualizado– cuando abre la puerta circunstancialmente y le aprisiona el dedo. Luego de la asistencia médica se le tuvo que amputar la falange del quinto dedo de la mano izquierda.

El padre del menor demandó a la Dirección General de Escuelas, gobierno de la provincia de Mendoza, solicitando el resarcimiento de los daños y perjuicios. En primera instancia se hizo lugar a la pretensión del padre, condenando al Gobierno de dicha Provincia. El Estado recurrió el fallo y en la Cámara respectiva fue confirmada la sentencia en todas sus partes. El fallo condenó igualmente a la Dirección General de Escuelas.

Con este ejemplo se transparentan los accidentes que ocurren en los distintos niveles de educación, y de los que, en determinadas circunstancias y ocurrencia, el Estado se hace totalmente responsable.

Debemos individualizar el marco teórico de referencia, de estos accidentes, citando la **responsabilidad**, y la defino como el resultado de la acción por la cual el hombre expresa su comportamiento frente a su deber, u obligación. Si lo hace como la ley lo preceptúa, no le trae aparejado inconveniente alguno, no tiene sanción

a cumplir frente a la obligación, debido a que cumplió tal cual el ordenamiento legal le exige.

La responsabilidad, se divide en Penal, Civil y Administrativa. Cuando es Penal, existe delito tipificado por el Código Penal. Ejemplos: Mal manejo de fondos escolares y normas especiales. La norma jurídica es obligatoria, es coercible.

El Docente incurre en este tipo de Responsabilidad cuando sus acciones u omisiones (hacer lo que la ley prohíbe u omitir de hacer lo que la ley manda), constituyen delitos que están tipificados en el Código Penal Argentino o contemplados en leyes especiales. En la responsabilidad Civil, la contemplamos como la más importante, acorde a la mayor cantidad de casos que hay en las escuelas, ante un accidente, donde hay daños, en el alumno.

Consiste en reparar un daño que se ha causado a otro, por medio de una indemnización pecuniaria. Debe reparar ese daño ocasionado, mediante una suma de dinero. O sea, que el Responsable (Estado, Director, o Docente) está obligado a pagar o reparar a otro con una indemnización el perjuicio del que ha sufrido un daño. La impericia es una forma de imprudencia o negligencia en el ejercicio de la profesión. En la Responsabilidad Administrativa, se la reconoce al infringir el Régimen Disciplinario Establecido. Citamos como ejemplo Sumario por no respetar el correspondiente articulado del Estatuto del Docente.

Responsabilidad civil por daños que se causen a los alumnos

Cito dos tipos de daños: **a) Por el uso de cosas inofensivas y b) Cosas que generan riesgos o son viciosas.**

a) Aquellas que generan riesgos y por lo tanto expuestas a las causas de cosas inofensivas. Doy ejemplo: -Un pelotazo en la cara: se le dió a un alumno durante un partido de football, por haber sido arrojado la pelota por un compañero. Un alumno utilizando una cosa inofensiva puede dañar a otro alumno, a un tercero ajeno a la escuela o bien perjudicarse a sí mismo. La Responsabilidad recae de quien estaba a cargo del alumno, se deberá probar la causa de la culpa o negligencia. Esa culpa o negligencia o ausencia de negligencia o prudencia puede consistir en no prestar

la atención debida a los alumnos que los docentes tienen bajo su autoridad y vigilancia.

- b. Aquellas que en las que resultan más peligrosas al desempeñarse con cosas riesgosas o viciosas en los Institutos de Enseñanza (Escuelas Técnicas, Agrarias, o Industriales, colegios que imparten educación con elementos químicos, utilización de máquinas, calderas, hornos o fraguas, etc.).

Está contemplado en el Código Civil: "... si el daño se hubiere causado por el riesgo o vicio de la cosa, (el dueño o guardián) solo se eximirá total o parcialmente de responsabilidad acreditando la culpa de la víctima o de un tercero por quien no debe responder. Si el daño se hubiere causado por el riesgo o vicio de la cosa. Si la cosa hubiese sido usada contra la voluntad expresa o presunta del dueño o guardián, no será responsable..."

Responsabilidad civil en los paseos con los alumnos

Cuando se programa una salida con los alumnos, el encargado del grupo, un docente, debe mantenerse en alerta máxima. A pesar de esto suceden accidentes ya sea con objetos tirados, papeleras, autos, postes de luz, piedras, alambres, vidrios, etc.

Consejería para el docente en las salidas

1. El docente no debe infligir una norma de tránsito o hacer caso omiso de una señal pública, en presencia del niño.
2. No permitirle a los niños andar sobre o cerca de los cordones de las aceras, salvo que sea para cruzar al lado de un docente.
3. No atravesar la calzada, ni permitirle a los alumnos, por ningún otro sitio que no sean los semáforos o por las marcas peatonales.
4. Advertirle de que no debe agarrar ningún objeto que se encuentre en el suelo, ni mucho menos llevarse a la boca.
5. Enseñarle a que no deben soltarse de la mano de los docentes ni en la calle ni en ningún lugar público por iniciativa propia.
6. Nunca hablar ni aceptar regalos o marcharse por su cuenta con un extraño.
7. No dejarlo jugar con animales vagabundos, ni permitirle que se acerque su cara ante el hocico de un animal o le de comer.
8. No darle la posibilidad de jugar en lugares en que está prohibido o de jugar a la pelota en zonas no acondicionadas al efecto. Debe conocer claramente el riesgo de correr tras una pelota que se dirige a la calle.
9. No abandonarlo, al niño ni por un segundo, especialmente en los lugares muy concurridos.
10. No atravesar zonas abarrotadas de gente ni distraerse con las vidrieras o en el interior de centros comerciales. Es útil que el niño lleve una nota escrita con el nombre, dirección y teléfono en el bolsillo.
11. Es conveniente que el niño sepa cuanto antes las normas de circulación y el significado de las señales de tránsito.

12. Cualquier paseo que se realice con un grupo escolar, ya sea de a pie o en micro, se debe incluir el ejemplo como mejor método educativo.

Consejería básica preventiva para liberar o atenuar la responsabilidad civil del profesor de educación física ante accidentes (daños)

Estas normativas se tienen que realizar antes de comenzar las clases de Educación Física, en cada Período Lectivo Escolar:

Antes de comenzar las clases

- a. En el momento de inscripción de los alumnos, en todos los niveles y todos los años, hay que realizar un Examen Médico, del que se desprenda una ficha médica y de aptitud física, con su correspondiente seguimiento durante todo el año. Esta ficha debe adjuntarse cada año al expediente del alumno.
- b. La ficha Médica y la Aptitud Física con su seguimiento y término del mismo, durante todo el año escolar.
- c. Contratar en forma particular un seguro amplio que respalde al Docente, en la Responsabilidad Civil, además del correspondiente seguro escolar que respalde al alumno (seguro escolar)
- d. Notificar a la Dirección de la Escuela o de acuerdo a la Resolución Internas de cada Jurisdicción de Educación de las Provincias. Las posibles exenciones en las clases para las de Educación Física.
- e. Procurar de suscribir convenios con empresas de servicios de emergencias médicas o centros asistenciales.
- f. Realizar al inicio del curso un informe de las instalaciones y materiales que atañen a la signatura, con las indicaciones sobre posibles riesgos, y presentarlo para su firma ante la Dirección de la Escuela o las autoridades competentes. El Docente ha de guardar copia de este informe y si la dirección no se diera por aludida ante una presentación personal, remitirlo por correo certificado con acuse de recibo o telegrama. Más, por el carácter profesional, están obligados a reclamar una provisión de elementos de seguridad. (La responsabilidad profesional los obliga a cubrir todos los recaudos). Actualizar estos informes y su presentación si surgen nuevas deficiencias en las instalaciones o materiales.

Terminada la clase o fuera de la escuela

La responsabilidad del profesor se extiende al transcurso de la clase, ni antes ni después de ella. El horario de entrada hasta el de salida de clase, o de cualquier otra actividad que sea convocada por las autoridades del colegio y que sea llevada a cabo tanto dentro de los límites del establecimiento o fuera de él.

Si se trabaja en una piscina exigir una diferencia de horarios (entre 10 o 15 minutos) que le permita, salvo caso de tener ayudante para la disciplina en el vestuario, vigilar a los alumnos en la piscina y las duchas. El profesor tiene una responsabilidad personal y responde tanto por los que están en la piscina como por los que se están cambiando e, incluso, por lo que están esperando entrar a su próxima hora.

Para realizar cualquier actividad extraescolar

fuera de la Escuela (eventos deportivos y escolares, campamentos educativos, escaladas en las montañas, viajes de estudios a museos) se debe contratar un seguro grupal antes de salir. De esta manera, aunque la responsabilidad profesional del docente le obligue a prestar la vigilancia debida a sus alumnos, salvaguarda su patrimonio ante un juicio.

En las actividades de Campamentos, se debe contratar antes de salir, con un seguro grupal, que no lo desliga de su deber de vigilancia.

Accidentes de alumnos en la escuela **Consejería de cómo actuar**

Estos tips están supeditados a distintas normas, circulares, resoluciones de cada provincia del país, no hay una disposición unificada. Cada ámbito tiene sus normas.

1. Proporcionar atención inmediata al niño accidentado.
2. Llamar a los responsables de los alumnos (Padre, Madre o Tutor).
3. Contactar al médico del Hospital Municipal, o Sala Médica, donde será atendido el alumno, mientras llega el servicio solicitado deberá el Docente practicar al afectado las prestaciones de Primeros Auxilios, según su conocimiento poco y/o mucho que posee o de las personas que lo asistan. En ningún caso deberá suministrar medicamentos ni siquiera los de uso corriente y venta libre.
4. Levantar un acta que se elevará a la superioridad describiendo el hecho.
5. Los responsables de los alumnos tomarán conocimiento y firmarán el acta (Profesor o Docente a cargo en el momento que ocurrió al Accidente).
6. En caso de requerirse internación se hará la denuncia policial.

Todos los accidentes se deben reportar, sean leves o no, a la Dirección del Establecimiento donde dependen y también de su Jurisdicción.

Cito algunos artículos relacionados al tema, de la **Ley de Educación de la Provincia de Buenos Aires. Ley N° 13.688.**

Capítulo 2. Marco General del Trabajo Docente y Tarea Docente.

Artículo 39. La obligación del cuidado de alumnos/as comprende todos los tiempos y momentos en que se concreta el acto educativo. Se inicia con la entrada del o de los alumnos al establecimiento y finaliza cuando el último de ellos se retira o es retirado por el padre responsable según particularidades del Nivel, Modalidad y Ámbito aplicado.

Título IV. De los derechos, responsabilidades y obligaciones de los miembros de la comunidad educativa.

Capítulo II. De los padres, madres y tutores.

Artículo 90. Los padres, madres o tutores de los alumnos tienen derecho a:

- a) Ser reconocidos como agentes naturales y primarios de la educación.
- b) Elegir para sus hijos o representados, la institución que responda a sus convicciones educativas, pedagógicas, filosóficas, éticas o religiosas.

- c) Participar en las actividades de los establecimientos educativos en forma individual o a través de las cooperadoras escolares, los consejos de escuelas y los demás órganos colegiados representativos, en el marco del proyecto institucional.
- d) Ser informados periódicamente acerca de la evolución y evaluación del proceso educativo de sus hijos o representados.
- e) A acceder a la información pública de modo libre y gratuito.
- f) Tener conocimiento y participación de la formulación de las pautas y normas que rigen la organización de la convivencia escolar.

Artículo 91. Los padres, madres o tutores de los alumnos tienen las siguientes obligaciones:

- a) Hacer cumplir a sus hijos o representados la educación obligatoria.
- b) Asegurar la concurrencia de sus hijos o representados a los establecimientos escolares para el cumplimiento de la escolaridad obligatoria, salvo excepciones de salud o de orden legal que les impidan su asistencia periódica a la escuela.
- c) Seguir y apoyar la evolución del proceso educativo de sus hijos o representados.
- d) Respetar y hacer respetar a sus hijos o representados la libertad de conciencia, las convicciones, la autoridad legítima, la integridad e intimidad de todos los miembros de la comunidad educativa.
- e) Respetar y hacer respetar a sus hijos o representados la libertad de conciencia, las convicciones, la autoridad legítima, la integridad e intimidad de todos los miembros de la comunidad educativa.
- f) Respetar el proyecto institucional de la Escuela y cumplir las normas de organización, convivencia y disciplina del establecimiento escolar.
- g) Contribuir al buen uso de las instalaciones, equipamiento y materiales didácticos del establecimiento educativo.

Título IV. De los derechos, responsabilidades y obligaciones de los miembros de comunidad educativa

Capítulo I. De los alumnos.

Artículo 89. Son sus obligaciones y/o responsabilidades:

- a) Concurrir a la escuela hasta completar la educación obligatoria.
- b) Estudiar y esforzarse por conseguir el máximo desarrollo según sus capacidades y posibilidades.
- c) Asistir a clase regularmente y con puntualidad. Participar en todas las actividades formativas y complementarias. Respetar la libertad de conciencia, las convicciones y la dignidad, la autoridad legítima, la integridad e intimidad de todos los miembros de la comunidad educativa.
- d) Participar y colaborar en la mejora de la convivencia escolar y en la consecución de un adecuado clima de estudio en la institución.
- e) Respetar el proyecto institucional de la Escuela y cumplir las normas de organización, convivencia y disciplina del establecimiento escolar.

f) Conservar y hacer un buen uso de las instalaciones, equipamiento y materiales didácticos del establecimiento educativo.

Para el cierre de esta recopilación bibliográfica, el objetivo fue ampliar los conocimientos referentes a la Responsabilidad del Docente, de la Institución, de los Alumnos y la familia, en el ámbito escolar.

La otra contracara es la **Prevención**, por lo que los Docentes deben tener capacitación sobre la Responsabilidad Civil, así mismo capacitarlos para primeros auxilios de instituciones autorizadas.

BIBLIOGRAFÍA

• Ley de Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Ley 13.688 (modificaciones de la Ley N° 14.362).

- Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires. Decreto N° 2299/2011.
- Ley Nacional de Educación. Ley N° 26.206.
- Responsabilidad de los Docentes, Autor: Eduardo Loizaga. Capítulo V y VI.
- Colección Manual Práctico: Accidentes en el Ámbito Escolar. Edición 2017.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley N° 26994/2014.
- Recopilación Bibliográfica de la Dra. Acuña Mercedes R.



¿QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA DE APS SOBRE LOS NIÑOS Y LAS PANTALLAS?

Dr. Ariel Melamud,

ex Webmaster SAP, actual Integrante Subcomisión TICS SAP

Dr. Daniel Stechina,

Webmaster SAP

Hoy en día los “Centenials” –niños y adolescentes nacidos después del año 2000– suelen tener acceso regular a un promedio de cinco pantallas diferentes en el hogar entre las que se incluyen, además de la televisión, las consolas portátiles de juegos (Nintendo, PlayStation, Xbox), teléfonos y relojes inteligentes, computadoras portátiles y tabletas.

En el transcurso de la infancia, los niños pasan más tiempo mirando televisión que cuando están en la escuela. Al incluir juegos de computadora e Internet a la edad de siete años, un niño nacido hoy habrá pasado un año completo de 24 horas mirando medios de pantalla. A la edad de 18 años, el niño promedio habrá pasado 3 años mirando pantallas y a ese ritmo, a la edad de 80 años, habrán pasado 17 años pegados a las pantallas de los medios.¹⁻²

Independientemente del contenido o el valor educativo, hoy en día está en discusión la cantidad de horas que los niños deben pasar frente a las pantallas.

¿Qué dicen las guías?

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha establecido una recomendación, en noviembre de 2016, donde recomienda evitar todo lo que se pueda la exposición de los bebés de hasta 18 meses a las pantallas. Una vez que los niños pasan del año y medio de edad, se recomienda que el contenido sea de alta calidad y siempre en compañía de sus padres para ayudarles a entender lo que están viendo. Pasada la barrera de los dos años, y hasta los cinco, se debe limitar el uso de los medios a una hora al día, y los contenidos tienen que ser de alta calidad.

De nuevo, los padres tienen que acompañar a los hijos para ayudarlos a entender lo que están viendo.

A partir de los 6 años se considera que lo que hay que buscar es el equilibrio del juego con medios digitales y el consumo de programas dentro de la vida diaria de los niños, existiendo límites coherentes tanto en el tiempo, como en el tipo de actividad que realizan los niños. La AAP además sugiere que se establezcan horarios libres de contenido mediático, así como tener zonas libres de pantallas en la casa, como las habitaciones.³

Por su parte la Asociación Francesa de Psiquiatría recomienda la regla “3, 6, 9 y 12”. La regla sostiene que hasta los 3 años hay que evitar las pantallas. Por dos motivos: para promover las actividades motrices de los chicos y para fortalecer la relación de los más chiquitos con el mundo real. A los 3 años la primera pantalla que se incorpora a la vida de los chicos es la TV. Pero no solos, sino siempre acompañados por un adulto. A los 6 la computadora y la tableta, pero sin acceso a Internet. A los 9 la PC y la tableta con acceso a Internet, pero acompañados. Y a los 12 el celular, que coincide con la finalización de la primaria y es cuando los chicos ganan más independencia y autonomía.⁴

En el caso de la prevención secundaria, la Sociedad Americana de Psiquiatría, recomienda que todos los pediatras deberían tener formación en este campo y se debería preguntar en la consulta médica acerca de los hábitos en las TIC y saber responder ante un caso, cuando se debe o no denunciar y con qué rapidez, donde dirigirse, pasos a seguir, y como obtener pruebas válidas.

Recomendaciones en el uso de la tecnología

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) pueden ser muy positivas para el aprendizaje

de niños y adolescentes. También permiten adquirir habilidades tecnológicas que necesitarán en su futuro. Pero un mal uso puede generar problemas físicos como dolor de espalda, fatiga ocular, problemas del sueño, sedentarismo, menor concentración o rendimiento, adicción, estrés, aislamiento y pérdida de interés.

Los padres deben formarse e informarse para educar a sus hijos en un uso responsable de las mismas.

La Asociación Española de Pediatría hace una serie de recomendaciones muy útiles en tal sentido.⁵

- 1) Establezca normas y ponga límites.
- 2) No permita el uso de videoconsolas, tabletas, ordenadores, teléfonos inteligentes antes de los 2 años.
- 3) Por la noche, y durante las comidas, respete los momentos de comunicación familiar y el descanso.
- 4) Evite que los niños accedan a contenidos de riesgo (bulimia, anorexia, violencia, pornografía, pedofilia, consumo de drogas, juegos, fraudes comerciales, vídeos de moda con conductas de riesgo, etc.)
- 5) Establezca programas de control parental.
- 6) Tenga en cuenta la orientación por edades y temáticas de los videojuegos y programas de entretenimiento.
- 7) Proteja todos los dispositivos con conexión a la Red con antivirus, bloqueos de pantalla y contraseñas.
- 8) Cuide los contenidos que los niños suben en Internet. Enséñeles el valor de la privacidad propia y de los demás. Lo que se sube a la Red suele permanecer para siempre.
- 9) Verifique que los niños no realicen ciberacoso (esto se produce cuando entre menores se insultan, amenazan, chantajea y humillan de forma reiterada a través de una red social)
- 10) Verifique que los niños no realicen *sexting* (esto

es el envío de material erótico o pornográfico a través de una red social).

- 11) Verifique que el menor no contacte ni siga en redes sociales a quien no conoce para evitar *Grooming* (consistente en acciones deliberadas por parte de un adulto, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual mediante imágenes pornográficas del menor, o incluso como preparación para un encuentro sexual)
- 12) Verifique y preste atención a cambios físicos, emocionales o del comportamiento.

Bibliografía

1. Sigman A. Time for a view on screen time. Arch Dis Child 2012 Nov;97(11):935-42.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Screen Time and Children N° 54; December 2015. Disponible en: http://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/facts_for_families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx (revisado 29/10/2017)
3. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C. Council on Communications And Media. Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics 2016 Nov;138(5)
4. Tisseron S. 3-6-9-12 et au-delà. Repères pour notre pratique. Disponible en: http://www.afpa.org/index.php?option=com_jdownloads&view=finish&catid=35&cid=3526 (revisado 29/10/2017)
5. Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/ultimo_decalogo_tic.pdf (revisado 29/10/2017).



EL SÍNDROME DEL QUEMADO LABORAL (“BURNOUT”) SE INICIARÍA MUY TEMPRANO ENTRE LOS PEDIATRAS

Viviana Edith Soligo

Médica Pediatra

El síndrome del quemado laboral (“burnout”) es un cuadro clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.

Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el *burnout*, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas

“sentirían” una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”.

Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios.

Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”.

Más tarde, en 1976, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el *burnout* en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social... *“comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio”...*). Para esta autora, el cuadro ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el ausentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además, Maslach afirmó que aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.

Por su parte, Edelwich (1980) definió el síndrome como *“una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”*, y describió cuatro fases:

- 1. Fase inicial de entusiasmo**, con altas expectativas profesionales poco realistas.
- 2. Fase de estancamiento**, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados.
- 3. Fase de frustración**, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente.
- 4. Etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo.**

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como *“un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”*. Para estos autores, el *burnout* sería el resultado de la repetición de la presión emocional.

Pero el síndrome del quemado laboral (*“burnout”*) adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como: *“Un síndrome que incluye:*

Cansancio emocional: en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga.

Despersonalización o deshumanización: que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación.

Falta de realización personal: es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés”.

Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), *“...basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de burnout...”*. Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el síndrome de *burnout* como un conjunto de fenómenos que surgen como respuesta a estresores laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del *burnout*, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del *burnout*, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial.

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral definen el síndrome como *“la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento”*. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas

adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

En nuestro medio un grupo de investigadores realizó un trabajo para evaluar el impacto de una intervención breve para el burnout o síndrome del quemado laboral, en un grupo de residentes del hospital especializado en pediatría Pedro de Elizalde de la ciudad de Buenos Aires. La experiencia fue publicada en el *Journal of Pediatrics* en 2011.

Los resultados fueron que la prevalencia del síndrome del quemado laboral (“burnout”) de 66% en el grupo de residentes estudiado, con incidencia mayor entre quienes cumplían el tercer año. La intervención breve no fue efectiva para reducir la prevalencia, sin embargo, se registró un mejoramiento en la “despersonalización”, una de las tres dimensiones que mide el score desarrollado por Maslach.

La mayor incidencia entre los residentes de tercer año fue atribuida por los autores a que durante esa etapa asumen responsabilidades mayores a las de los años previos. Esas tareas incluyen la coordinación de sus pares más jóvenes, la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas y la comunicación de información a los colegas del plantel, a los cuidadores primarios de los pacientes y a los propios niños y adolescentes. Se consideró a esas tareas como generadoras de alta carga emocional, sumada a una autoimpuesta necesidad de cubrir las demandas del entorno.

Fuentes

- Tesis doctoral de Gloria Gema Cáceres Bermejo.
- Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *Journal of Pediatrics* 0021-7557/11/87-06/493.



LA CONSULTA PEDIÁTRICA “Atender al paciente de la misma manera como quisiera ser atendido”

Dr. Saúl Gleich
Médico Pediatra

¿POR QUÉ LA CONSULTA?

El objetivo de este trabajo, sobre la consulta pediátrica integral, es compartir y reflexionar con mis colegas sobre un instante decisivo en el desarrollo de nuestra especialidad médica. La consulta es la base fundamental del ejercicio de la medicina, sobre la cual, se construye el vínculo médico/paciente/familia. Es el acto médico por excelencia, el punto de contacto entre dos personas, es la esencia misma de la medicina. Está cargado de sentido, tensiones y expectativas trascendentes.

Cada consulta es “única”, por el cambio de los personajes, de mensajes y de modos. La comunicación es la base de la consulta, “sin comunicación no hay consulta”. El profesional, debe adaptarse al paciente, no al revés. En el caso de la entrevista pediátrica se agregan como interlocutores a los cuidadores, padres, abuelos, etc., sobre todo en las de niños pequeños.

No existe especialidad médica que tenga tantas y tan variadas composiciones de los demandantes de la consulta. Existen las prenatales, del recién nacido, del lactante, del niño preescolar con lenguaje, del escolar, del adolescente, del acompañado por los 2 padres, por uno solo, por el encargado de su cuidado, etc. El paciente aporta sus dudas y temores sobre su salud o enfermedad, y el médico su conocimiento y experiencia personal. Partimos de la base que si el paciente no entendió las indicaciones y diagnóstico de su dolencia es “siempre” culpa del médico.

¿Por qué se habla poco de ella en los textos de enseñanza?, ¿Por qué no está incluida en la curricula de las residencias?, ¿¿¿Porque de esto no se habla demasiado!!!

CONSULTA/LA ENTREVISTA/LA POSCONSULTA

¿Cuándo comienza una consulta y cuándo termina?,

¿Quién decide el fin de la entrevista y de la consulta?:
¡¡EL PACIENTE!!

Diferencias entre consulta, entrevista y posconsulta

La consulta comienza cuando el paciente y su familia deciden concurrir a una entrevista con el pediatra y finaliza cuando se solucionó el motivo de la atención.

La entrevista es la interacción entre los dos espacios, paciente/profesional, que se genera durante el intercambio personal de la consulta. Es decir, es una parte de la consulta.

Posconsulta, es una alternativa válida que debe tener todo paciente ante una eventual mala evolución de la enfermedad en tratamiento o resolución de alguna duda que haya quedado sin contestar.

ÁMBITOS DE LA CONSULTA

Consultorio privado, obra social, hospitalario o sanatorial.

Domicilio: pacientes propios o prestaciones a través de sistemas de atención domiciliaria.

Telefónica: fijos o celulares. On line: mensajes de texto o Whatsapp. Informal, en pasillos, reuniones familiares, sociales, etc.

PASOS NECESARIOS PARA EL LOGRO DE UNA CONSULTA AMPLIADA INTEGRAL

1. La elección del pediatra

Cómo se elige un pediatra: por prestigio, por accesibilidad geográfica, por accesibilidad económica, por ser el único de la región.

Hay alternativas que hacen que la elección sea por obligación, en cuyo caso podría ser válida la elección por un médico clínico comunitario.

¿Qué pediatra elijo para mi hijo?

Cualidades que le pido a mi pediatra: Calidez - Calidad - Amabilidad - Actualización.

Que sea: "Escuchador" - Examinador - Integral - Previsor - No medicalizador - Explicador - Pos consultor - Todo terreno - Contenedor - Compañero.

Sólo con la capacidad y la actualización científica no alcanza! El prestigio profesional es la base de la elección, pero hay atributos que deben agregarse para decidir correctamente la elección del pediatra que atienda a nuestros hijos, nietos.

Cada familia elije el target de pediatra que más le guste, pero en mi caso, de tener que elegir un pediatra para mi nieto, le aconsejaría que además de capacitado y actualizado, reúna las condiciones antes mencionadas.

2. La sala de espera

El desafío es saber convertir el tiempo muerto de la espera en algo educativo y productivo. Tratar de dar respuestas a las dudas de las familias, que redundará en economía del tiempo de la entrevista. Sala de espera educadora. Con videos o lecturas adecuadas que alivian la espera de la atención.

Debe tener consignas de educación y promoción de la salud de fácil lectura y comprensión. Además, debe ser amplia, cómoda, para que todos puedan esperar sentados, bien ventilada y con la temperatura adecuada. Rincones para juegos y lectura también son importantes en la sala de espera.

Sala de espera enfermante es aquella que está mal ventilada, mal acondicionada y con hacinamiento por un exceso de pacientes y familias esperando.

La magnitud de la sala de espera debe ser calculada sabiendo, aproximadamente, la cantidad de pacientes que concurrirán. Si esta demanda es muy alta, habría que implementar una estrategia para limitarla u ordenarla y de esa manera evitar las congestiones de pacientes.

Debe funcionar como un consultorio de admisión, al cual el pediatra debe salir cada tanto y ver el estado de los pacientes que esperan, para decidir si es necesario atender a alguno antes de su turno, por presentar signos de alarma o de riesgo. Otra alternativa es capacitar a la recepcionista o enfermera que trabaja en la sala de espera, en criterios de urgencia para la detección rápida del paciente que lo requiera.

Es fundamental que la recepción del paciente sea amable y acogedora, explicando si hay demoras los motivos de ella, para evitar malhumor familiar.

3. Consultorio adecuado

Amplio, para permitir la deambulación del paciente, cálido para evitar enfriamientos al desnudarlo para su examen físico, luminoso, si es posible con luz natural, y sin riesgo de accidentes, cómodo para la familia. Además, debe garantizar privacidad, sobre todo en las entrevistas de los adolescentes.

Es fundamental que el ambiente no contenga elementos que puedan asustar a los niños, como aparatos, delantales, máscaras o barbijos. En caso de ser inevitable su presencia, explicar al pacientito su uso y aplicaciones indoloras.

Además, es bueno, si es posible, dejar jugar al chico con algunos elementos antes del examen físico, para entrar en

confianza y relajarlo. En general los ambientes nuevos para el niño son amenazantes, generando actitudes defensivas que dificultan un buen examen.

4. Turnos vs. orden de llegada

Es un tema complejo y de distintas lecturas, todas validas.

Considero los turnos como una alternativa que limita la tarea del médico en el sentido de la duración de la entrevista, y que, en caso de no cumplirse, genera el mal humor de la familia.

La atención por orden de llegada también tiene sus problemas, ya que provoca la concurrencia de los pacientes antes de la hora de consulta, para conseguir los primeros turnos y genera tiempos de espera difíciles de calcular.

Lo ideal, a mi entender, es hacer un mix, dejando espacios libres entre los turnos para atender las demandas urgentes (según el criterio de la familia).

Si al paciente se le da el tiempo que necesita cada vez que lo atienden, no se molestará mucho por la espera, ya que entiende la dinámica de la entrevista y sabe que también tendrá el suyo.

Los tiempos flexibles de las entrevistas son aceptados y entendidos por los pacientes y eso es importante para que al ingresar a la entrevista no estén de mal humor.

5. Saludo medico paciente/familia

"El primer acto médico de tratamiento es dar la mano al enfermo", Von Leyden 1900.

Saludar como un amigo a otro, no como médico a paciente.

Base del saludo: apretón de manos o beso en la mejilla, mirada a los ojos y saludo tranquilo.

Recibir en la puerta, parado, llamándolo por su nombre de pila y recibéndolos con un firme apretón de manos, abrazo o beso, según familiaridad, y con un "mucho gusto, Dr..." en la primer consulta. Tomar al bebé en brazos y alabarlo de alguna característica que al pediatra le impacte en ese momento. Tomar asiento para charlar. La calidad humana del encuentro médico-paciente es decisoria para el éxito del resto de la entrevista.

6. Escuchatorio

Laín Entralgo: "No puede haber una clínica fina si el que la practica no ha aprendido, mucho más sutilmente que hasta ahora, a OIR".

Antes del escuchatorio, es bueno hablar de un tema trivial, familiar, que sepamos que a la familia le gusta: viajes, deportes, actualidad, etc.

En esta charla previa es importante dirigirse a todos los presentes, incluido el niño si tiene edad para ello. La inclusión del paciente en la charla lo relaja y lo predispone mejor para el examen físico.

Si se ve que el niño no presenta ningún signo de alarma de enfermedad importante (dificultad respiratoria, obnubilación, sopor, cianosis, deshidratación, fiebre, etc.) la duración de la charla puede ser más extensa. En caso contrario, se altera el ritmo de la entrevista, acortando los saludos y los pasos previos al examen físico.

Es distinta la dinámica de una consulta por patología aguda, crónica o por un control de salud.

Es bueno que la madre traiga escritas las dudas o preguntas que tenga, para así poder evacuar todas.

Es bueno que, si el niño deambula, gatea o camina, lo dejen suelto, así comenzamos el examen físico, con una inspección informal.

7. Tiempo para jugar con el paciente

Durante el escuchatorio o previamente al examen físico, es de buena técnica dirigirse a los chicos y jugar con algún objeto o juguete que le atraiga, para disminuir la tensión del paciente.

8. Examen físico relatado

Una vez terminado el diálogo de comienzo se pasa al examen físico formal. Siempre completamente desnudo.

Dejar siempre para el final las maniobras semiológicas invasivas y/o dolorosas, como usar el bajalengua, el otoscopio, o revisión de la zona genital.

Tratar de tener las manos a temperatura adecuada y de cubrir la membrana del estetoscopio con alguna prenda del niño para evitar enfriamientos que generan llanto, rechazo o malestar.

Comenzar siempre acariciándolo, para darle seguridad y tranquilidad (necesaria para poder realizar un examen físico minucioso). En los pacientes que no se sientan es de buena práctica acostarlos, sosteniéndolo suavemente contra la camilla, para evitar movimientos bruscos y darle seguridad.

Pesar al niño siempre en las mismas condiciones: desnudo y sin pañales. Para acortar los tiempos de la pesada, es conveniente poner antes la barra en el peso teórico que se piensa tiene el niño.

Es importante incluir a la madre en el examen físico, para que ayude sosteniendo al paciente, hablándole para tranquilizarlo en aquellas revisiones "difíciles".

Los exámenes de niños que no se dejan revisar pueden ser solo parciales, dirigidos al motivo de la consulta, dejando el resto de la semiología para una próxima entrevista, en la que haya entrado en confianza y mejorada la relación niño-pediatra.

No siempre seguir la misma secuencia de examen físico, ya que hay que adecuarse al paciente. A algunos no le gusta acostarse de entrada, sino luego de una entrada en confianza. La zona genital debe ser siempre lo último que se revisa, y si el niño es grande habría que pedirle autorización para hacerlo.

Flexibilizar la rutina del examen ayuda a realizar una semiología más completa, siendo importante comenzar con un juego de manos suaves para disminuir la resistencia del niño. Dejar lo más molesto para el final y que sea rápido es de buena técnica. Mantener la calma en la voz y en los gestos es importante para lograr un examen más exhaustivo.

Sonreír siempre durante la revisión del lactante (que también nos está observando). Esa actitud ayuda a calmarlos.

Comentar los datos que uno está buscando en cada maniobra y su resultado en voz alta para que los padres se queden tranquilos y sientan que la revisión es completa y meticulosa.

Los datos positivos se explicarán una vez terminado el examen físico y vestido el niño. Nunca explicar cuando se lo está vistiendo, o cuando está de espaldas la madre.

Tratar de esperar que el niño este vestido, tranquilo y no llore, para pasar a lo siguiente.

9. La receta eficiente

Debe ser escrita mientras visten al niño, con letra clara y sin abreviaturas. Evitar la "letra de médico", como se conoce vulgarmente a los contenidos de las recetas.

Fundamental es tener un vademécum acotado de medicamentos, bien conocida la farmacología clínica de cada uno, para evitar reacciones adversas y usar dosis adecuadas para cada paciente. Un vademécum pediátrico ambulatorio no debería tener más de 10 drogas, que solucionen el 90% de las consultas.

Además, se deben conocer las presentaciones y los gustos de los distintos medicamentos que se indiquen, para así poder recetar un solo frasco por tratamiento, consiguiendo con esto mejor cumplimiento, abaratando los costos.

Aclarar, además, la duración del tratamiento total, relación de la ingesta de la droga con respecto a los alimentos y proporcionar horarios lógicos, evitando las dosis de la madrugada que se sufre y muchas veces no se cumplen.

Para evitar los problemas de las dosificaciones por cucharita o por mililitros, es útil indicarles la compra de una jeringa de 5 o 10 ml, para que la usen como medida universal de todas las presentaciones líquidas.

10. Explicación, diagnóstico y tratamiento

La explicación de los diagnósticos e indicaciones debe ser realizada en las mismas condiciones que el escuchatorio: sentados, con el niño calmado y sin prisa.

El vocabulario debe ser simple y fácilmente comprensible para la familia. Hacer hincapié en lo fundamental que es el cumplimiento del tratamiento completo, para evitar complicaciones y/o recaídas.

Incorporar siempre en la entrevista conceptos de prevención de accidentes, de acuerdo a la edad del paciente, pautas nutricionales y de estilo de vida familiar saludables.

11. Reafirmar la comprensión de la familia

Este es un paso fundamental en la entrevista, ya que debemos cerciorarnos que la familia no tiene dudas sobre el diagnóstico de su hijo y que entendió las indicaciones escritas que se llevan.

Es de buena práctica hacer leer la receta a la madre, y preguntarle si tiene alguna duda, para cerciorarnos que la indicación fue entendida.

En los casos en que la madre no entienda lo escrito, es bueno reemplazar esa receta por otra con un instructivo basado en dibujos de mejor comprensión.

12. Aceptación de la familia

Este es el último paso de la entrevista, fundamental para que el tratamiento pueda ser cumplido correctamente. Otro elemento es averiguar la posibilidad de la adquisición del medicamento indicado.

13. Posconsulta asegurada

Hablar sobre cómo seguir con los controles evolutivos de la enfermedad o de las interurrencias o reacciones adversas que se presenten: Teléfono celular, correo electrónico, guardia que prefiere que lo atienda, si hay imposibilidad de hacerlo uno mismo, visita domiciliaria.

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 FEYKA: Cel.: (54-9-11)1531981399 / Daiana.V.Feyka@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 ANTIQUEDAD 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 SUSCRITAS 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 01/01/2017, 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.

14. Fin de la entrevista

Esta es la pregunta que no debe faltar antes de finalizar: "¿QUEDA ALGUNA DUDA?" La familia es la que decide el fin de la entrevista y de esa manera nos asegura el cumplimiento de las indicaciones que surgieron de ella. Lo importante es que la familia y el pediatra queden satisfechos y plenos al finalizar la entrevista.

La despedida debe ser igual de cordial y cálida como la recepción, con un: "avísenme como sigue".

Esta secuencia sufre algunas variaciones en el caso que el ámbito sea distinto al consultorio médico.

La consulta pediátrica domiciliar es, para mí, la vedette, la más completa de los tipos de consulta.

¿Por qué pienso así? Porque se trabaja en el lugar donde el paciente está más cómodo.

Porque evita mucho tiempo del interrogatorio sobre el entorno en que se desarrolla la actividad diaria del niño.

Descubre datos que fueron ocultados o no buscados en la consulta institucional.

Porque da una noción real sobre los hábitos de limpieza, orden y cuidados de la familia. Porque conocemos el barrio y la zona de influencia del domicilio del paciente. Porque evaluamos la cercanía o lejanía de la casa a los centros de salud cercanos y de los medios de comunicación. Porque es la sala de espera más cómoda y con menor capacidad de contagio que existe. Porque podemos evaluar las posibilidades de cumplimiento de las indicaciones que le entregamos a la familia. Porque las familias valoran enormemente la visita del médico en su domicilio. Fundamentalmente conocemos el medio ambiente, socio económico real de la familia de nuestro paciente.

REFLEXIONES

"La prisa es el peor enemigo de la buena medicina"

¿Cuánto debe durar una entrevista pediátrica?

Saludo	1 min
Escucha informal	3 min

Escucha formal	5 min
Desvestir al niño	3 min
Jugar con el niño	2 min
Examen físico	10 min
Vestir al niño y escritura de indicaciones	3 min
Explicación diagnóstico y receta	5 min
Aceptación por parte de la familia	3 min
Saludo final	1 min
Total aproximado	30 min

¿Cuánto debe durar una consulta pediátrica ampliada?

Consulta ampliada: bio-psico-socioeconómico-ambiental-temporal. Duración mínima promedio 30 minutos

¡ASIGNATURA PENDIENTE!

Preguntas con varias respuestas: ¿Qué sistema de salud contempla 30 minutos de duración de la consulta pediátrica?, ¿Qué sistema de salud elimina la carga administrativa-burocrática de la consulta?, ¿Cuándo se recuperará el diálogo con el paciente-familia en lugar de hacerlo con el financiador?

CONCLUSIÓN

Que se cumpla lo dicho por Sydenham: "Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a la que yo quisiera ser tratado".

BIBLIOGRAFÍA

1. Boggiano E. Manual para la supervisión de la salud. 2011 SAP. Pág. 49.
2. Kremenhusky José R. El desarrollo del cachorro humano. Pág. 37, Editorial Noveduc.
3. Lic. Rodríguez Arce MA. La relación médico paciente. Pág. 39, Editorial Ciencias Médicas, Cuba.
4. Plata Rueda. La consulta en Pediatría.
5. Meneghelo J., Grau Martínez A. Pediatría Practica en diálogos.



BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

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

Dr. Carlos Luzzani

1) ¿Aumentan los antidepresivos durante el embarazo el riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños?

Las mujeres con depresión pueden tener más probabilidades que otras madres de tener hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) aun cuando no tomen antidepresivos durante el embarazo, señala un estudio reciente. Los resultados indican que por lo menos parte del vínculo comunicado entre la exposición intrauterina a los antidepresivos y el riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede explicarse por factores familiares como depresión materna, más que los fármacos en sí, informan los autores del estudio publicado el 31 de mayo en la versión electrónica de *The BMJ*.

Cuando los investigadores compararon a los niños de mujeres con trastornos psiquiátricos que habían sido tratadas con antidepresivos durante el embarazo o solo antes del embarazo, descubrieron que el riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños era similar. Esto también fue aplicable a los hermanos con la misma madre pero con diferentes exposiciones a los antidepresivos durante el embarazo.

"Las mujeres embarazadas no deben dejar el tratamiento a causa de inquietudes de TDAH en sus hijos en el futuro", afirmó por correo electrónico la autora principal del estudio, la Dra. Ian C.K. Wong, de la *School of Pharmacy*, en el *University College London*, en Reino Unido.

En el estudio de 190.618 niños nacidos en Hong Kong entre 2001 y 2009, sólo 3% recibió un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

o recibieron tratamiento para este trastorno tras un seguimiento promedio de más de nueve años.

El tipo de antidepresivo podría ser importante. Los investigadores no encontraron ninguna relación estadísticamente significativa entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la exposición *in útero* a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

No obstante, las mujeres que estaban bajo tratamiento con otro tipo de antidepresivos durante su embarazo tuvieron 59% más probabilidades de tener hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que las que no utilizaron ningún antidepresivo. Esto podría deberse a que las mujeres con depresión más leve por lo general reciben inicialmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y solo intentan otros fármacos cuando tienen problemas psiquiátricos más graves para los que no son útiles los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, hacen notar los autores.

Igualmente, de acuerdo a los resultados del estudio, aún cuando las mujeres nunca se expusieran a un tratamiento con fármacos antidepresivos, las madres con trastornos psiquiátricos tuvieron 84% más probabilidades de tener hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que las madres sin problemas de salud mental.

Una limitación del estudio es que sólo incluyó nacimientos en hospitales públicos, advierten los autores, pero es en ellos donde se proporciona la mayor parte de la atención especializada a niños con problemas de desarrollo cerebral en Hong Kong. Los investigadores también utilizaron los registros de prescripción para evaluar si las mujeres estaban bajo tratamiento con antidepresivos, lo cual no siempre refleja los fármacos que en realidad consumen las personas.

Cuatro de los autores del estudio refieren apoyos económicos previos o labores de consultoría para compañías que producen antidepresivos, y uno es empleado de *Janssen Research and Development, LLC*, una división de *Johnson and Johnson*, con un antidepresivo en fase de desarrollo.

Si la depresión no se trata durante el embarazo conlleva lactantes de peso subnormal que tiene más probabilidades de necesitar cuidados intensivos neonatales, ha revelado investigación previa. Las mujeres embarazadas con depresión no controlada pueden no comer bien o no mantenerse al día con las consultas prenatales y en los casos más graves pueden tener más riesgo de suicidio.

Al igual que para muchos fármacos, no están claros algunos aspectos sobre los antidepresivos durante el embarazo y no se dispone de evidencia suficiente que demuestre definitivamente sus daños o beneficios. A menudo, los médicos sólo consideran el uso de estos fármacos en las mujeres con depresión más grave.

Dado que persisten algunas incertidumbres en torno al empleo de antidepresivos durante el embarazo, todavía es congruente reservarlos para mujeres con síntomas psiquiátricos graves, expresó la Dra. Wong. "Las mujeres embarazadas con depresión leve pueden beneficiarse de tratamiento no farmacológico como la psicoterapia", añadió.

Sin embargo, los hallazgos del estudio no son

sorprendentes y deben tranquilizar a las mujeres que no necesitan de antidepresivos como tratamiento farmacológico durante el embarazo, agregó el Dr. Roy Perlis, un investigador de psiquiatría, de la *Harvard Medical School*, en Boston, Estados Unidos, quien no intervino en el estudio. "Nadie desea consumir medicamentos que no necesita", comentó el Dr. Perlis. "Sin embargo, las personas a veces olvidan que la depresión en sí conlleva riesgo".

Lisa Rapaport

Noticias y Perspectivas, Educación Médica,
Medscape; 5 de septiembre de 2017.

2) Nuevas recomendaciones:

No dar jugo de frutas a los lactantes

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) ha emitido nuevas recomendaciones sobre el consumo adecuado de jugo de fruta para lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, comenzando con una exhortación a evitar por completo el jugo de fruta en el primer año de edad.

"Los pediatras desempeñan un papel central en la salud y la nutrición infantil al proporcionar guía a los pacientes y sus padres", escriben el Dr. Melvin Heyman, de la Universidad de California, en San Francisco, Estados Unidos, y sus colaboradores. Agregando que: "La valoración integral de las recomendaciones para fomentar hábitos alimentarios adecuados, tales como el consumo de fruta entera, más que jugo de frutas, ayudarán a promover tasas saludables de aumento de peso apoyadas por los padres". Las nuevas recomendaciones fueron publicadas en versión electrónica el 22 de mayo en *Pediatrics*.

El Dr. Heyman y sus colaboradores resaltan que a los lactantes se les debe alimentar solo con leche humana o fórmula láctea, cuando no es posible la lactancia natural, hasta los 6 meses de edad. "No hay ninguna indicación nutricional para dar jugo de fruta a los lactantes menores de 6 meses", afirman. En los lactantes mayores de 6 meses se ha de aconsejar a los padres que den al lactante jugo en una taza, no en un biberón, en caso de que se requiera el jugo de fruta por motivos médicos. "Hay que alentar a los lactantes a consumir fruta entera triturada o en puré", continúan los autores. "Después de 1 año de edad, se puede utilizar el jugo de fruta como parte de una comida o un refrigerio". Al utilizarlo como parte de una dieta saludable para niños mayores de 1 año de edad, los padres deben adquirir únicamente jugo de fruta 100% fresco o reconstituido. Lo anterior debido a que las bebidas de fruta no son nutricionalmente equivalentes al jugo de fruta.

La cantidad de jugo que se consuma no debe exceder de 120 ml al día para preescolares de entre 1 y 3 años de edad, mientras que el rango para los escolares de entre 4 y 6 años es de 120 a 175 ml al día. Los escolares mayores y los adolescentes deben consumir un máximo de 236 ml de jugo. Asimismo, se ha de evitar dar a los preescolares jugo a la hora de acostarse, resaltan los autores, y no se les debe permitir consumirlo durante todo el día en una taza entrenadora o en biberón.

A los preescolares y escolares también se les debe alentar para que consuman fruta entera, y los pediatras, a su vez, deben promover las recomendaciones que reducen el consumo de jugo de fruta en preescolares y escolares. "Una ingesta elevada de jugo puede contribuir

a diarrea, sobrenutrición o desnutrición y la aparición de caries dental”, escriben los autores. “La dilución del jugo con agua no necesariamente disminuye los riesgos para la salud dental”.

Al valorar a los pacientes pediátricos con signos clínicos de nutrición deficiente, los autores recomiendan a los pediatras que pregunten a los padres cuánto jugo de fruta consume su hijo, ya que puede ser una fuente de subnutrición o sobrenutrición infantil. Lo mismo debe hacerse para los pacientes que presentan diarrea crónica, flatulencia excesiva o dolor abdominal o meteorismo y los médicos han de asegurarse que los padres comprendan cuán perjudiciales pueden ser los jugos de fruta para la salud dental.

A los padres también se les ha de advertir no utilizar el jugo de fruta para tratar la diarrea o la deshidratación. “El consumo de productos de jugo no pasteurizados se ha de desalentar rotundamente en los lactantes, preescolares, escolares y adolescentes”, escriben el Dr. Heyman y sus

colaboradores. Advierten: “Se ha de evitar el jugo de toronja en todo niño que toma medicamento que sea metabolizado por las enzimas CYP3A4”.

A los escolares y a los adolescentes también se les debe alentar a consumir fruta entera en vez de jugo de fruta a fin de que aumente la ingesta de fibra. Los padres también deben percatarse de que el agua y la leche semidescremada o descremada son más que adecuadas para satisfacer las necesidades de líquido.”Los pediatras también pueden recomendar cambios en la normativa para el público, sobre todo en las escuelas, donde una mayor ingesta de frutas y verduras se ha relacionado con normativas que promueven opciones alimentarias más saludables”, observan los autores.

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

Pam Harrison

Noticias y Perspectivas, Educación Médica, Medscape;
5 de septiembre de 2017.

ADENDUM

“Sólo le falta el tiempo a quien no sabe aprovecharlo.”

JOVELLANOS

Gaspar Melchor de Jovellanos, bautizado como Baltasar Melchor Gaspar María de Jove Llanos y Ramírez, fue un escritor, jurista y político ilustrado español, representante del neoclasicismo (5 de enero de 1744, Gijón, España-27 de noviembre de 1811, Puerto de Vega, España)

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.

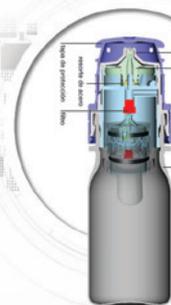
El clearance mucociliar es la principal defensa natural del epitelio respiratorio. Normalmente las partículas nocivas, los alérgenos, y los virus y bacterias son atrapados por el moco y transportados por las ciliadas hacia el aparato digestivo.

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 ALERGIA 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%.

