



# NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA



Por un niño sano  
en un mundo mejor

AÑO XXXIII

Diciembre 2022

N° 85

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

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

### Director Titular

Dr. Alberto Libanio

### 1<sup>era</sup> Directora Asociada

Dra. Claudia Vaccarelli

### 2<sup>da</sup> Directora Asociada

Dra. Irene Dechiara

### Coordinadores

#### Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Mirta Vázquez /  
Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio /  
Dr. Maximiliano Schianni / Dra. Cristina Dafflito

#### Distrito Oeste

Dra. Gladys Convertini / Dra. Silvia Noemi Redensky /  
Dra. María Cecilia Rizzuti / Dra. Viviana Soligo /  
Dra. Nora Elba Olloqui

#### Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /  
Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /  
Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa /  
Dra. Claudia Corigliano

### Asesores ex Directores

Dr. José Luis Cervetto  
Dra. Beatriz Burbinski  
Dr. Domingo Longo  
Dr. Gustavo Bardauil  
Dr. Saúl Gleich  
Dr. Leonardo Vazquez  
Dra. Débora Rocca Huguet  
Dr. Edgardo Flamenco  
Dr. Carlos Luzzani

### Grupo Editorial Región Metropolitana

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen,  
María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y  
Claudia Corigliano

## ÍNDICE

- Editorial. "La invisibilidad de los esenciales" ..... 2  
*Alberto Libanio*
- Actividades de la Región ..... 3
- Hablemos con expertos:  
Pubertad precoz y disruptores endocrinológicos ..... 13  
*María Florencia Barril y María Cecilia Rizzuti*
- Historia de nuestros hospitales:  
Hospital Italiano de Buenos Aires ..... 16  
*Alfredo Eymann y Carlos Wahren*
- Alteraciones en el medioambiente, consecuencias  
de la pandemia por SARS-COV-2 ..... 22  
*Beatriz Lauge*
- Cuidados y protección de la piel infantil ..... 25  
*Cecilia Mazas*
- Qué debe saber el pediatra sobre: Odontopediatría ..... 29  
*María Laura Cabrera y Laura Gasulla*
- Eutanasia: un reclamo social necesario ..... 36  
*Luis Llano López*
- Perlas legales: creación del régimen de  
protección integral del niño, niña y adolescente  
con cáncer. Ley 27674 ..... 39  
*Mercedes Regina Acuña*
- Boletín bibliográfico ..... 42  
*Carlos Luzzani*
- Adendum ..... 51
- Agradecimiento ..... 52

**"El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente"**

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

## EDITORIAL

## LA INVISIBILIDAD DE LOS ESENCIALES

La Sociedad Argentina de Pediatría es una sociedad científica que, en sus bases, no cumple una función gremial. La situación económica del país es crítica, y lo mismo sucede con respecto a los sueldos y aranceles al personal de salud. Esto hace que pensemos...

Los Residentes luchan por un sueldo que, por lo menos, supere el límite de la pobreza para poder vivir. Los profesionales que brindan sus servicios en hospitales, principalmente del conurbano bonaerense, reciben sueldos que no llegan a cubrir la canasta básica y son contratados como monotributistas sin derecho a vacaciones.

En el ámbito privado, lo cobrado por guardias es ínfimo, y las consultas pagadas por obras sociales y prepagas son irrisorias. En muchos casos, los médicos son contratados por obras sociales sindicales que, en el transcurso del tiempo, no les pagan o les pagan muy mal. De esta manera, los profesionales migran de una institución a otra, de un trabajo a otro, buscando un pago digno para poder subsistir.

Las obras sociales aumentan la cuota y lo que recaudan, pero esto no se ve reflejado en el pago a los profesionales que, con lo que cobran, no pueden sostener los gastos de un consultorio, ya que los costos de las consultas que proponen las obras sociales se diluyen continuamente con la inflación.

“Todos contra el cobro indebido”, es lo que dice en el portal de una obra social que incentiva a denunciar a los profesionales que cobran algo más de lo que ellos estipulan, cuando son ellas mismas, las prepagas y obras sociales, quienes deciden lo que los médicos cobran, y les pagan cuando quieren.

Nos encontramos en una situación injusta. Desde todos los ámbitos nos maltratan, nos pagan lo que quieren, hacen que trabajemos en condiciones adversas. Nos usan debido a la necesidad económica que tenemos la mayoría de los profesionales que estamos a merced de entidades públicas y entidades financieras (prepagas) sin saber en qué va a terminar todo esto.

Los médicos y residentes nos movilizamos, pero no encontramos respuestas y nuestro pedido se ve invisibilizado.

Hace muy poco, cuando todos le tenían miedo a la muerte inminente éramos los héroes. De a poco el miedo fue desapareciendo y pasamos a ser invisibles, otra vez.

Esta situación, la post pandemia, lleva al desgano, a la falta de incentivo y al abandono, en muchos casos, de la profesión. La falta de interés y de recursos económicos hace que no se llenen las vacantes de residencia de pediatría, y que los profesionales no puedan asistir a cursos de actualización, jornadas o congresos.

Volviendo a lo mencionado anteriormente, la Sociedad Argentina de Pediatría es científica, pero es nuestro deber hablar sobre esta situación porque, si perdura en el tiempo, habrá cada vez menos pediatras, cada vez menos formación y capacitación, y por más que haya una oferta increíble de conocimiento, en un futuro ¿Quién la va a aprovechar?

Comencemos a hablar y a ocuparnos todos, desde nuestro humilde lugar, para poder ayudar a revertir esta situación y evitar que la pediatría, poco a poco, desaparezca.

**Dr. Alberto A. Libanio**  
Director Titular  
Región Metropolitana

## COMUNICACIÓN CD SAP

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



## Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

### CURSO “ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

**25<sup>a</sup> Edición. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**

Desde el jueves 23 de marzo al 14 de diciembre de 2023

Horario: 10 a 12 horas

Modalidad presencial

140 horas docentes.

Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP.

Región Metropolitana

Otorga 15 créditos para la recertificación.

Directora:

*Dra. Mercedes Manjarin*

Coordinadoras:

*Magalí Hamui, Ana Kannemann, Luciana Lombardo*

Colaboradores docentes:

*Dres. Miriam Bonadeo, Violeta Caputo*

#### **Informes e inscripción:**

[eppaelizalde2022@gmail.com](mailto:eppaelizalde2022@gmail.com)

[mmanjarin@tisistemas.com.ar](mailto:mmanjarin@tisistemas.com.ar)



## Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

### CURSO ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS COMPLEJAS Agosto 2022

Presentado por: *Región Metropolitana*,  
perteneciente a la Red de Educación Continua de la SAP.

Curso virtual, con acreditación de 10 horas, 1 crédito.

Durante el mes de **agosto de 2022** se desarrolló este curso, coordinado por *Dra. María del Carmen Martínez Perea*, y con la colaboración de las Secretarías Académicas: *Lic. Elida Mattarozzi* y *Dra. Viviana Soligo*, quienes desempeñaron un rol de comunicación fluida con los Cursantes, pendientes del material requerido, y receptoras de las inquietudes que se presentaran.

Los objetivos propuestos: Promover acciones centradas en el paciente y su Cuidador Principal, adecuadas al entorno familiar y contexto integral, para mejorar la calidad de vida, fueron ampliamente alcanzados, al verlos aplicados en los comentarios, e intercambios de opiniones. Así como también alcanzar a valorar el vínculo del **pediatra en su rol de médico de cabecera**, con el equipo de trabajo que atiende estas patologías.

- Se expusieron temas diversos con información resumida enviada posteriormente a Cursantes junto con la Bibliografía más significativa. La metodología implementada fue incluir en cada exposición la aplicación específica de forma concreta, simple y aplicable desde la Atención Primaria de la Salud (APS).
- Los temas abordados están descriptos en la *Tabla 1*; comenzando con la definición y características de las Enfermedades pediátricas complejas, y posteriormente se incorpora la detección precoz de estas patologías, desde el período neonatal.
- Se presentaron las distintas terapéuticas posibles: drogas huérfanas; medicación oncológica; internación en Hospital de día e implementación de nuevas terapias, entre varias.
- A través de las exposiciones de: -Dieta Cetogénica, se abrió un panorama diferente, al conjugarla con dietas y clases de cocina – para su elaboración artesanal, haciéndola más atractivo para el niño y su familia, con nexos tanto en Hospitales Público como privados.
- La modalidad de atención relacionada con el tratamiento de Pacientes Oncológicos en Centro de Atención Integral del Hospital Garrahan, similar a otros Hospitales del Interior del país, para brindar un abordaje interdisciplinario.
- La participación desde el Hospital de Tucumán, con Cuidados Paliativos desde el inicio de la enfermedad, permiten disminuir el Impacto psicoemocional en el Cuidador y la Familia del NN y Adolescente con discapacidad, al sentirse respaldados, en la “convivencia diaria con el paciente y su patología”.

- Los nuevos avances terapéuticos, las medicaciones Huérfanas de alto Costo y el uso racional de medicamentos plantean diferentes dilemas Éticos, asistenciales, que son necesario consultar, evaluar, y tomar decisiones compartidas con el Equipo de Salud, respetando el mejor interés del niño. El tema fue expuesto por abogados, especialistas en el tema y argumentado por el marco Legal Actual.

Este Curso despertó interés en cursantes de varias provincias: del norte/oeste/sur el país, con **un total de 25 inscriptos**, que participaron también activamente en las evaluaciones de casos clínicos propuestos e intercambiaron la experiencia en la temática afín.

**Tabla 1. Temas y expositores.**

TEMA	EXPOSITORES
.APERTURA CURSO. LINEAMIENTOS GENERALES.	Mgtr. Martínez Perea, M.del Carmen
¿A QUÉ LLAMAMOS ENFERMEDADES/ CONDICIONES PEDIÁTRICAS COMPLEJAS? CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN.	Mgtr. Martínez Perea, M.del Carmen
ENFERMEDADES COMPLEJAS DE APARICION NEONATAL, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO.	Dr. Aubone, Pablo
CASO CLINICO. INTERCAMBIO de CRITERIOS. CONCLUSIONES.	Moderadora: Dra. Soligo Viviana
TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS EN EPECOM NEUROLÓGICAS: Epilepsia y Dieta Cetogénica	Dra. Toma, Marisol
IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN INTERNACIÓN DE LAS EPECOM	Dra. Posadas, Ma Mercedes
COMUNICACIÓN DIAGNÓSTICA	Mgtr. Martínez Perea, M.del Carmen
IMPACTO Y SOBRECARGA EN EL ÁMBITO FAMILIAR DE LAS EPECOM	Lic. Mattarozzi, Élida
USO RACIONAL. MEDICAMENTOS HUÉRFANOS	Dr. Posadas Martínez, Agustín P
CUIDADOS PALIATIVOS EN EPECOM	Dra. DiCola, Estela
CASO CLINICO. INTERCAMBIO de CRITERIOS. Abordaje en contexto. CONCLUSIONES	Moderadora: Dra. Martínez Perea, MC Lic. Mattarozzi
ASPECTOS MÉDICO-LEGALES FRECUENTES EN EL SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍAS COMPLEJAS	Dra. Acuña, Mercedes
ASPECTOS ÉTICOS ENFERMEDADES COMPLEJAS. ACTO MÉDICO EN TELEMEDICINA	Mgtr. Martínez Perea, M. del Carmen
PRESENTACIONES TRABAJOS FINAL	Mgtr. Martínez Perea, M. del Carmen - Lic. Mattarozzi É. - Dra. Soligo, Viviana
CONCLUSIONES. Cierre	Mgtr. Martínez Perea, M.del C.- Lic. Mattarozzi, Élida



- Los aspectos psicoemocionales, la sobrecarga del cuidador no puede dejarse de lado, y debiera incorporarse en toda APS, a lo largo del seguimiento de los pacientes con Patologías Complejas.
- Los aspectos Medicolegales en el Seguimiento de estas enfermedades e información oportuna, permitieron brindar herramientas al pediatra para ser transmitidos a los padres/cuidadores de los pacientes, para una mejor calidad en terapias rehabilitadoras, y contribuir a mejorar la calidad de vida de todos los involucrados en la atención del paciente.
- La incorporación de los Aspectos Éticos, fue importante por las implicancias no solo del Acto Médico, en la comunicación diagnóstica, sino de las consecuencias que ello trae con dicha información.
- Los Casos clínicos de pacientes con patologías complejas se presentaron con evolución clínica en el tiempo despertando interés por los diferentes abordajes y variaciones en su contexto. Al momento de presentar las diferentes terapias, se correlacionó con la función de las sub especialidades, y posibilidad de intercambio fructíferos.
- El curso contó con la presencia de: -disertantes de la Región Metropolitana y de otros Grupos de Trabajo, comités y Subcomités: Paliativos; Discapacidad; -Disertantes externos, especialistas en las temáticas relacionadas a la Atención de estas patologías, con experiencia en el tema, y con claridad para exponer conceptos. *Ver Tabla 2.*

**Tabla 2. CV breve de disertantes en el Curso EPECOM 2022.**

Mgr. MARTINEZ PEREA, M. del Carmen	Médico. Magister en Ética Biomédica	Pediatría. Neuróloga- N. Infantil. Prof. Universitaria- Instructor FFHH. - Capacit. Enf. Neuromusculares- N. Degenerat. Inf. Juven.	H. B Rivadavia. Unid. Neurología. Consultor Neur. Neonatal y Pediátrica. CABA. H. CANK, Cañuelas: Consultor Neurología UTIN. -	Reg. Metropolitana. -Grupo de Trabajo Discapacidad.-Subcomité Ética Clínica. - Cte. Nac. Cuidados Paliativos.- Region Metropolitana	Miembro T. Sociedad Argentina de Pediatría - Soc. Arg Neur. Infantil. -SNA-	Expositor Congresos Soc Arg de Pediatría. - Publicaciones nacionales y extranjeras. M Cte. Científico y Expositor Congresos Soc Arg de Pediatría.
Dr. AUBONE, Pablo	Médico	Pediatría.	H. B. Rivadavia. Medico de Planta UTIN. Neonatología. Encargado Docente Hospital Rivadavia.	GDT Discapacidad Entidad Matriz. Reg. Metropolitana. Comité Regional de Discapacidad. - Subcomisión en Salud y Seguridad del Paciente	M. Titular SAP; Reg. Metropolitana; Cte Regional discapacidad ; Reg. Nac. Malf. Congénitas (RENAC).	Coordinador de Mesa, Panel reactivo, Coordinador docente Cursos, Secretario de mesa EPOF en 4to Cong. Arg de Discapacidad. SAP 2021.
Dra. TOMA, Marisol	Médica	Pediatría-Neuróloga Infantil	M. Titular Sociedad Argentina de Pediatría	M. Titular Sociedad Argentina de Neurología Infantil.	Hospital Alemán.	A cargo Dieta Cetogénica H Aleman, H Fernández.
Dra. POSADAS M, M. Mercedes	Médica	Pediatría - Medica Adscripta UBA.	Coordinadora de Cursos. Publicaciones Rev. H Garrahan.	M. Titular. Sociedad Argentina de Pediatría.	Ex Jefa de Residentes de Pediatría. H Garrahan.	Jefe del Centro atención Integral Pediátrico Oncológico. (CAIPO) Hosp. Garrahan.
Lic. MATTOZZI, Élica	Lic. Psicología	Capacitación en Temas sobre Discapacidad, Familia, Seguimiento Telemático Familia y Discapacidad	Consultorio Discapacidad y Familia. Secretaria Cursos sobre Discapacidad, H Rivadavia.	M. Adherente .Soc. Arg. Pediatría.	Ex. Docente Carr. Psicología UBA.	Secretaria Científica Cursos sobre Discapacidad, MSGCBA, - Sociedad Arg. Pediatría. Expositora Congreso y Cursos. Soc Arg de Pediatría. Publicación en Boletín Reg. Metropolitana .
Dra. Viviana Soligo	Médica	Pediatría	M. Titular de Soc. Argentina de Pediatría	Miembro Reg. Metropolitana. Comité Nacional y Regional de Prevención de Lesiones.	Ex Médica de Planta Hospita D. Santojanni.	Secretaria de Cursos. Mesas Redondas. Congresos .
Dr. POSADAS MARTÍNEZ, Agustín P.	Abogado. Maestría en Der. Empresarial Univ. A. Henares	Curso PosGrado Derecho en las Instituciones de la Salud. Esp. en Sector de la salud. (medicamentos, gestion sanitaria, otros)	Experto en Derecho Farmacéutico y asuntos regulatorios	Ex. M. Life Sciences and Healthcare Legal Manager. TC.	Ex Consumer Health legal manager en Bayer (Cono Sur)	Publicaciones Nacionales y Extranjeros.
Dr. DI COLA Estela	Médica	Pediatría. Certificada Especialista en Cuidados Paliativos.	Fundadora y Jefa Cuidados Paliativos. Hospital Niño Jesus. Directora de la Residencia post básica de CPP del H.N. J. Tucumán.	Miembro Comité Nacional de Cuidados Paliativos. SAP.	Participación en Jornadas, Cursos de C. Paliativos. SAP	Expositor Congresos Soc Arg de Pediatría. Publicaciones
Dra. ACUÑA, Mercedes Regina	Médico. Medico Legista- Abogada.	Pediatría.-Docente Adscripta UBA. Esp. Problemática de las Org. Familiares.	Pediatría: H. Gb. Mercante. Jopaz; H. Cl. Zinn, Malvinas Argentinas. Ex. Dir. H. Ramón Carrillo. Polvorinos. Ex Sub dir. de T Nivel de Atención de Salud. Malvinas Argentinas.	M. Titular SAP. Reg. Metropolitana. Y Subcom. Ed. Continua. Dir. sede Sistema de Salud Malvinas Argentinas. Docente de dicha Carrera. Docente Curso ABC de la Medicina Legal para Pediatras. Ed. Continua	Reg. Metropolitana. Coord. de Zona Norte. -Cte. Reg. Discapacidad. SAP. M Honoraria SAP.	Expositor Congresos Soc Arg de Pediatría. Publicaciones Peritas Legales Bol. Metropolitano. Coordinación Talleres de Ejercicio Profesional.

- De esta manera, los Pediatras desde la APS, logran identificar los requerimientos para abordar las Enfermedades Pediátricas complejas. En este breve curso se brindan elementos para identificar un trato humanizado con el paciente, centrado en el NNy A con discapacidad y su Cuidador/familia, en el contexto particular, de ese momento. En el seguimiento y tratamiento de estos pacientes, aprenderá a trabajar en comunicación con las distintas disciplinas/ especialidades, en especial la mayor involucrada en una determinada patología.
- Los cursantes, a través de las exposiciones finales, evidencian conocer los conocimientos y herramientas básicas, para abordar estas Enfermedades pediátricas Complejas, acompañando al paciente y su familia.
- Este acto médico centrado en el niño con EPECOM, requiere implementar diferentes redes interdisciplinarias desde la Atención Primaria de la Salud, a fin de acompañar; aun cuando no haya tratamiento curativo, y prescribiendo sustitutivos, para mejorar la calidad de vida del niño y en su contexto.

Coordinadora:

***Dra. María del Carmen Martínez Perea***

Secretarías: Académica y Científica

***Lic. Elida Mattarozzi***

***Dra. Viviana Soligo***

Buenos Aires, 30 Septiembre 2022

# Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría Región Metropolitana



Dedicado a médicos y médicos en formación

## PROYECTO DE PREVENCIÓN DE LESIONES 2022

En el contexto del “**Proyecto de prevención de lesiones 2022**”, realizado por el *Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad de Pediatría Región Metropolitana*, durante los meses de mayo a julio de 2022, dirigido por las Dras. *María Cecilia Rizzuti* y *María Florencia Barril*, se dictaron entre otros temas: **Prevención de quemaduras, Prevención primaria y secundaria de intoxicaciones, Prevención en el agua, Seguridad en el hogar, Juguetes seguros.**

Participaron médicos residentes y concurrentes de todo el área metropolitana. Se realizó la propuesta de generar material para la Comunidad. Exponemos a continuación una muestra del trabajo realizado para compartir con las familias, que fue presentado por los Dres. *Marcelo Santana* y *Luis Rocha*, del Hospital Eva Perón de Merlo, provincia de Buenos Aires.

## AHOGAMIENTO

### PREVENCIÓN DE LESIONES

#### ¿SABÍAS QUÉ?

Los niños y niñas pueden ahogarse en 10 cm de agua en 10 segundos. Nunca deben estar solos.

#### PRIMEROS AUXILIOS

- Sacar al niño/a del agua lo antes posible.
- Poner al niño/a en posición lateral derecha.
- Llamar a los sistemas de emergencia.



SUPERVISE SIEMPRE A LOS NIÑOS/AS MIENTRAS TOMAN UN BAÑO.



NO DEJE A LOS NIÑOS/AS SOLOS EN EL BAÑO.

#### ¿CÓMO PREVENIR?

-  Vigilancia atenta y permanente de un adulto responsable.
-  Nunca dejes los recipientes (baldes, ollas, tinas) con agua al alcance de los niños/as.
-  No dejes a los niños y niñas sin supervisión en la tina o en el baño.
-  Mantén tapadas o enrejadas las piscinas. No dejes juguetes u objetos atractivos en ellas.
-  Vacía luego de su uso las piletas inflables o desarmables.
-  Colocar chaleco salvavidas adecuado a los niños/as que no sepan nadar y a todos en los deportes náuticos y el traslado en embarcaciones.

-  Mantené las medidas de seguridad y prevención.
-  Si sufrís una emergencia comunicate al: **SAME 107**

 Hospital Eva Perón - Municipio de Merlo.



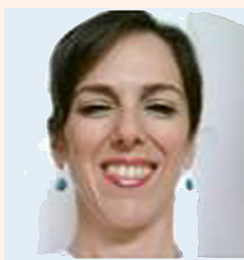
## ACTIVIDADES DESTACADAS DE PEDIATRAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Del 21 al 23 de octubre 2022, se realizó el **IX Congreso Internacional de Salvamento Acuático y Socorrismo: “Prevenir el rescate en lugar de hacerlo”**, en la ciudad de Mar de Ajó, Municipalidad de la Costa, en el que participarán expertos de nueve países de Europa y América.

El evento fue organizado por la Facultad de Humanidades y la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Atlántida Argentina. Contó con el auspicio de la filial Mar del Plata de la Sociedad Argentina de Pediatría y estaba dirigido a personal de salud, de rescate y de seguridad, guardavidas, profesores y licenciados en educación física y estudiantes.

La actividad del Congreso contó con ponencias, talleres prácticos en el mar y en ríos y proyecciones de producciones audiovisuales.

En la ponencia “La línea de tiempo en el ahogamiento. El trabajo de la prevención, el rescate, el traslado y la atención hospitalaria” participaron las pediatras *Cecilia Rizzuti e Irene Dechiara*, pertenecientes al Comité de Prevención de Lesiones de la Región Metropolitana, invitadas por el Director del Congreso, *Mg. Lic. Martín Del Gaiso*. Disertaron sobre los principales aspectos de la prevención del ahogamiento y manejo inicial del paciente ahogado.



**DRA. MARÍA CECILIA RIZZUTI** 

Médica Pediatra. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Coordinadora del distrito Oeste de la Región Metropolitana, Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria del Comité de Prevención de Lesiones de la Región Metropolitana. Vocal del Comité Nacional de Prevención de Lesiones. Miembro del GIAPS (Grupo Internacional de Actividades de Prevención y Socorrismo).

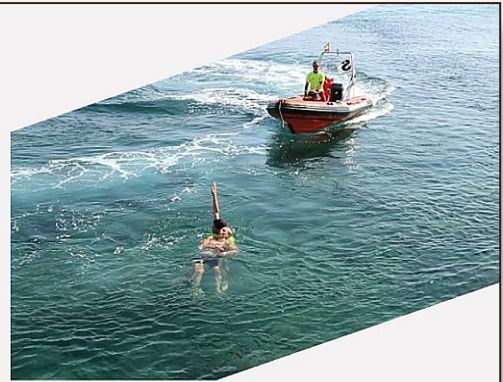


**DRA. IRENE CAROLINA DECHIARA** 

Médica. Diploma de Honor en la Universidad de Buenos Aires. Pediatra Certificada por Sociedad Argentina de Pediatría. Emergentóloga pediátrica. Médica titular del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández de la Ciudad de Bs. As. Docente Adscripta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro Comité de Prevención de lesiones de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría. Directora Asociada de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.



UNIVERSIDAD  
ATLÁNTIDA  
ARGENTINA



# IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SALVAMENTO ACUÁTICO Y SOCORRISMO

“PREVENIR EL RESCATE EN LUGAR DE HACERLO.”

**INICIO: VIERNES 21 DE OCTUBRE, 13 H**

**Inscripción:** [www.atlantida.edu.ar](http://www.atlantida.edu.ar)  
**+info:** [extension@atlantida.edu.ar](mailto:extension@atlantida.edu.ar)

### CRONOGRAMA:

**VIERNES 21/10.** 13 a 21:10 H  
**SÁBADO 22/10.** 9:30 a 21 H  
**DOMINGO 23/10.** 9 a 17 H

### DIRECTOR:

**Mg. Lic. Martín Javier Del Gaiso**

### COORDINACIÓN:

**Lic. Marta Muro**

### OBJETIVOS:

- » Generar una actividad para la ciudad en la que converjan la información, capacitación y tecnología, orientadas hacia la formación del individuo con relación al rescate, salvamento y socorrismo.
- » Promover la importancia de la prevención en la labor de los profesionales de la salud.
- » Capacitar a todos los asistentes con las últimas técnicas de rescate, salvamento y socorrismo.
- » Incorporar en los participantes nuevos protocolos de salvamento y socorrismo para su futura unificación con los diferentes profesionales de la salud.
- » Informar a los participantes con relación al trabajo de salvamento que se realiza en otras provincias del país y el exterior.

### DISERTANTES:

- DR. FABIÁN DARDIK
- MG. MARTÍN JAVIER DEL GAISO
- SR. JULIÁN DI GIORGIO
- DRA. CECILIA RIZZUTI
- LIC. ALICIA SUSANA GALFASÓ
- TÉC. EN EMERGENCIAS MÉDICAS, MIGUEL ANGEL INURRITEGUI
- OFICIAL LUIS GARCÍA
- PROF. ESTEBAN MARCHESE BUCCELLA
- LIC. ATILIO MITTA
- LIC. ADRIÁN PETRINI
- SR. MARIANO SCHAMBERGER

- DRA. IRENE DECHIARA
- TEC GUARD. JULIO TEXEIRA PANIZZA
- LIC. FRANCESCA ALBELINO
- SR. ANTONIO MOLINA
- LIC. DUVAN MAURICIO GALLO CASAS
- TENIENTE, GABRIEL BENÍTEZ
- TENIENTE RAFAEL MANOEL JOSÉ
- SR. HELBER BRAGA MAREGA
- SR. FELIPE LUCENA BITENCOURT
- DR. JOSE PALACIOS AGUILAR
- DR. ROBERTO BARCALA FURELOS
- SR. SEBASTIÁN QUINTANA GALVÁN

### ACTIVIDAD ARANCELADA

### DESTINADO A:

Personal de seguridad; Personal de rescate; Bomberos; estudiantes de escuelas y guardavidas; estudiantes de medicina y médicos. Docentes y Licenciados de Educación Física; público en general.

**Organiza:** Facultad de Humanidades (UAA). Secretaría de Extensión (UAA).



**Modalidad:** Presencial (teórico/ práctico). SEDE: ESPACIO MULTICULTURAL DE MAR DE AJÓ.

**Carga horaria:** 25 horas

Se entregará **CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN DIGITAL**

#### AUSPICIANTES



#### ENTIDADES UNIVERSITARIAS QUE COLABORAN



#### RESPALDAN ESTE EVENTO



#### SPONSORS:







Por una niñez y  
adolescencia sanas  
en un mundo mejor



24 Y 25 DE AGOSTO 2023

## **XV JORNADAS DE LA REGION METROPOLITANA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA**

**"Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la  
nueva realidad"**

**Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro**

**Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica  
"Carlos A. Gianantonio"**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Modalidad Presencial**



## Hablemos con expertos

Espacio a cargo de las Dras. María Florencia Barril y María Cecilia Rizzuti

# PUBERTAD PRECOZ Y DISRUPTORES ENDOCRINOLÓGICOS

Transcripción de la entrevista realizada a la experta invitada **Dra. Marina Troiano** (Médica Pediatra. Endocrinóloga infantil)

Durante la pandemia y posterior a ella, los pediatras hemos detectado un aumento de casos de pubertad precoz.

Hoy invitamos a la Dra. Marina Troiano a una entrevista sobre el tema.

La **pubertad precoz** es la aparición de botón mamario en la niña antes de los 8 años y aumento de volumen testicular en el varón antes de los 9 años. La misma puede ser Central (PPC) dependiente de la activación temprana del GnRH hipotalámico o factor liberador de gonadotropinas y a su vez, idiopática o neurogénica, o Periférica (PPP), independiente de la activación de GnRH, producida por la secreción de esteroides sexuales por las gónadas y raramente por las glándulas suprarrenales.

En la PPC, los eventos puberales se adelantan con la cronología similar a la pubertad normal, se acelera la velocidad de crecimiento y la edad ósea se adelanta cerrándose tempranamente el cartílago de crecimiento. Dejada a su evolución, las niñas menstrúan antes de los 10 años y ambos sexos finalizan con talla baja.

En la pubertad precoz periférica los eventos puberales pueden presentarse en forma más anárquica, no siguiendo la cronología esperada de una pubertad normal.

### ¿Con respecto a la pubertad precoz, es cierto que es más frecuente post pandemia? ¿A qué se debe?

Básicamente hemos observado, tras atravesar la pandemia, que los chicos están adelantando el inicio de la pubertad y la progresión de la misma también se da de manera rápida, aunque comience en edades normales.

Es una inquietud que se vio en todo el mundo. Veníamos observando estos cambios en los últimos ocho años aproximadamente, pero esto se acentuó aún más tras el paso del COVID por nuestras vidas. Fundamentalmente estos cambios los vemos más acentuados en las nenas, donde el crecimiento de las mamas, quizás, hace más evidente el proceso. En los varones, muchas veces, pasa más desapercibida o quizás no nos han consultado y lo harán más tardíamente.

### ¿Cómo es la pubertad normalmente?

La pubertad normal no debería iniciarse en las niñas *antes de los ocho*, aunque en algunas puede empezar unos meses antes sin que esto represente una enfermedad o un problema de salud. Son variantes de la normalidad. Así como hay chiquitos que caminan a los nueve meses y otros al año y medio, hay nenas que pueden empezar unos meses antes o muy cercano a los ocho años. Y en el varón habitualmente estos cambios se producen después de los *nueve*. En general, el varón siempre va un poquito por detrás de las nenas entre un año y dos. Lo que marca el inicio de la pubertad en las nenas es la presencia del botón mamario (telarca). Es una consulta frecuente, porque los padres concurren a guardia pensando que es alguna tumoración, algún ganglio, un golpe, porque aparece a veces de un solo lado y no es bilateral desde el comienzo. En forma concomitantemente con la telarca puede aparecer prurito, pubarca y axilarca. Cuando esos datos aparecen cercanos a los ocho y no se acompañan del botón mamario, sabemos que se está preparando, pero, todavía esos signos aislados no marcan el inicio de la pubertad.

En el sexo masculino el primer signo que se les suele detectar es el aumento del volumen del testículo, que salvo que algún familiar lo ayude a bañar, o el chico por su propia inquietud le llame la atención que ese testículo está más grande, generalmente se detecta en el control pediátrico, cuando se revisan los genitales.

### ¿A qué se debe el aumento de casos de pubertad precoz?

Hemos observado, últimamente, que en el sexo femenino está empezando la pubertad cerca de los siete años, o antes. Y que, llamativamente, también están progresando muy rápido. Generalmente la pubertad, tanto en niñas como en niños, transcurre en un lapso entre dos y tres años. Desde los primeros signos hasta que, en las niñas, por ejemplo, ocurre la primera menstruación pasaba ese tiempo. Entonces se empezó a investigar cuáles serían las causas.

Una puede ser que se observa en el mundo una mayor prevalencia de *sobrepeso* y *obesidad*. El hecho que los chicos están aumentando mucho de peso y de forma rápida, es sobre todo por un cambio de la alimentación. Hay un deterioro en la alimentación familiar, con mayor cantidad de alimentos procesados, industrializados. Las publicidades influyen también en la alimentación familiar. Los papás trabajamos más horas, estamos mucho fuera de casa y eso propicia elegir comidas rápidas, de fácil resolución, que quizás no son de la mejor calidad, porque al ser ultra procesados tienen conservantes y más grasas, siendo así menos saludables. Sumado a eso, la falta de actividad física, por cuestiones de la vida cotidiana enloquecida que vivimos o por cuestiones de seguridad. De hecho, los chicos ya prácticamente no juegan en la calle y buscamos que no estén solos, siempre acompañados.

Entonces salvo que uno les proponga un deporte en un club, o alguna actividad en un lugar cerrado, se mueven cada vez menos. Además, con la revolución tecnológica y acceso a pantallas las 24 horas, tenemos juegos on line todo el tiempo, en tablets, celulares, PCs. De igual modo los papás no podemos estar tan presentes, acompañándolos. Todo lleva a un sedentarismo

importante. Los chicos comen más, y mal. Y todo eso, se supone, son factores que están colaborando. Obviamente, en la pandemia, y con el aislamiento, se potenciaron. Pero hay algo más: *el estrés* puede jugar un rol muy importante. El hecho de estar aislados, no tener una rutina, un orden. Ustedes saben que en la vida de los chicos el orden, las rutinas son muy importantes, son muy organizadoras, sobre todo en los primeros años de vida. Hay cambio de hábitos de sueño. Los chicos empezaron a vivir más de noche y dormir de día. Eso estimula la producción de algunas hormonas fuera de tiempo, lo que llevaría a un cambio del metabolismo y en la aceleración de los cambios en la pubertad.

Un concepto que se ha incorporado en los últimos años son los *disruptores endocrinos*. Un disruptor endocrino es cualquier sustancia que pueda tener alguna acción hormonal o, si bien no tiene esa acción interfiere, ya sea, aumentando o disminuyendo la producción de algunas hormonas.

### ¿Y dónde están estas sustancias?

Lamentablemente estamos rodeados por ellas. Están en los alimentos, en el agua, en el aire, en los productos de limpieza o de higiene. Muchas son conservantes, estabilizantes de algunos alimentos. Y un elemento importante, que se está investigando y se cree sería una de las sustancias que más acción tendrían, es el plástico.

Desde la década del 50 del siglo pasado, estamos teniendo una revolución relacionada con el plástico. Si ustedes miran a su alrededor verán todos los plásticos que tenemos. Están en los juguetes, los envases de alimentos, los productos de higiene, los productos de limpieza que usamos todos los días. Para llevar y traer alimentos utilizamos plástico. Y lo que se ha visto es que, cuanto de menor calidad es el plástico, más liberaría sustancias a esos alimentos.

También tienen que ver los productos que están en contacto con nuestro cuerpo. Los mismos tendrían una acción sobre nuestras hormonas. Incluso se cree que podrían hasta cambiarnos el material genético, y esos cambios que se generan en nuestras hormonas de forma genética, se pasan a la siguiente generación. Por lo tanto, estamos en un problema.



### ¿Qué podemos hacer para prevenir la pubertad precoz?

Es importante el control pediátrico de rutina. Acompañar siempre a nuestros hijos, ayudar a bañarlos, observar si hay cambios físicos que llamen la atención. Recuerden que ningún cambio, ni en nenas ni en nenes, antes de los ocho es lo habitual.

Obviamente ante algún cambio o alguna duda, siempre consultar al pediatra, que es el que conoce cuales son los tiempos normales del desarrollo y del crecimiento, y va a considerar si amerita una derivación a un especialista. Tratar que nuestros hijos sean ordenados, que lleven un hábito, tanto en su alimentación como en sus horarios. Promover la actividad física. Empezar a usar menos productos ultra procesados. Elegir la comida casera. Organizar las compras. Tratar que en casa tengamos alimentos más naturales: carne, pollo, pescado, sin tanta elaboración. Tratar de consumir más frutas y verduras, siempre bien lavadas. Al cocinar alimentos en microonda u horno, tratar de hacerlo en loza o vidrio, o en algún material que permita el calor, pero no plástico, porque el cambio de temperatura de los plásticos es lo que eliminaría estas sustancias

tóxicas. Siempre que vamos a conservar alimentos y los tenemos que poner en plástico, deben estar fríos. O si los vamos a descongelar, sacarlos del envase (que deben ser de la mejor calidad posible). Tratar de usar menos productos cosméticos. Los chicos no deberían usar nada más que shampoo. Las nenas alguna crema de enjuague y se deben elegir que sean libres de parabenos. Lo mismo que los protectores solares, y si necesitan usar alguna crema, tratar que solo tenga vitamina A como humectante. Evitar el uso de maquillajes, esmaltes de uñas, cremas con brillo, con glitter, porque en general, todos esos productos tienen derivados de estrógenos, ya que están pensados para que los use el adulto. En los bebés, elegir plásticos de muy buena calidad para los juguetes. Y, en lo que respecta a productos de limpieza, limitémonos a usar, elementos básicos, por ejemplo, lavandina, bicarbonato, vinagre. Usar productos más naturales para la higiene del hogar. Y, por supuesto, deben tener un control pediátrico frecuente.

Muchas veces nos ha pasado que, como los chicos están sanos, no hacen su control pediátrico de rutina, viendo situaciones que se hubiesen evitado si se detectaban algunos meses antes.



## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

*Dr. Alfredo Eymann*

*Dr. Carlos Wahren*

Médicos del Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Profesores de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires e Instituto Universitario del Hospital Italiano.

La inmigración italiana a Argentina fue el movimiento migratorio más numeroso e importante que recibió nuestro país. Este proceso comenzó a mediados del siglo XIX y actualmente la República Argentina posee la mayor comunidad de italianos fuera de Italia.

La primera institución de origen italiano en nuestro país, fundada en 1836, fue la Estación Naval Sarda, ya que el reino de Cerdeña había reconocido al Estado Argentino y mantenía un activo comercio y servicio de navegación tanto hacia como desde Europa por los ríos de Argentina. Esta actividad justificaba la utilidad de un hospital que atendiera a sus marineros. Sin embargo, esta idea recién tomó forma con la llegada de los primeros contingentes de inmigrantes italianos.

El primer paso hacia la concreción de un hospital para la colectividad italiana se da el 14

de septiembre de 1853 en la casa del encargado de negocios del reino de Cerdeña, Cavaliere Marcello Cerruti (el reino de Italia recién surgiría en 1861 cuando Garibaldi entrega los territorios por él conquistados a Víctor Manuel II, rey de Piamonte-Cerdeña, que a partir de ese momento pasa a ser Rey de Italia), reunión de la que participa el Capitán Juan Bautista Albini, comandante de la Estación Naval Sarda y un grupo de italianos residentes de Buenos Aires, conformando la Sociedad Italiana de Beneficencia.

En un principio se determinó que el Hospital italiano sería una fundación sarda bajo la protección del Rey de Cerdeña, pero abierto a todos los connacionales por lo que se aceptarían donaciones de italianos no sardos.

El 14 de diciembre de 1853 se conforma una Comisión Provisoria para organizar la obtención de fondos y la elección del terreno para el



Hospital Italiano. Fachada actual.

futuro hospital, decidiendo que el mejor lugar sería cerca de Barracas y la Boca donde estaba asentada la mayor parte de la colectividad italiana en aquel momento. Se reciben donaciones de diversos miembros de la colectividad y el rey Víctor Manuel II envía 45.000 pesos.

Después de analizar diferentes propuestas se adquiere, el 14 de febrero de 1854, un terreno ubicado en la calle Santa Rosa (Bolívar) esquina Ituzaingó (Caseros) y el 12 de marzo el gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Pastor Obligado, en nombre propio y del rey de Cerdeña Víctor Manuel II, coloca la piedra fundamental del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Diversos problemas, entre ellos las diferencias entre monárquicos y republicanos de la colectividad italiana, retrasan la obra notablemente.

Cuando todavía no estaba en condiciones de funcionamiento, ante el comienzo de la guerra del Paraguay en 1865, el gobierno argentino lo requiere para la atención de heridos de guerra, lo que es concedido. Fue utilizado para la atención de heridos del ejército aliado del Brasil hasta el 31 de enero de 1867, en que es devuelto con notable deterioro de sus instalaciones.

A fines de 1867 se desata una importante epidemia de cólera en la ciudad de Buenos Aires, lo que determina que el municipio alquile el edificio del hospital hasta mediados de 1869 para la atención de los enfermos.

Ese año el hospital es requerido nuevamente



1854. Piedra Fundamental.

por el Estado para la atención de heridos de la guerra con el Paraguay que continuaba.

En 1871 sirvió como lazareto para la atención de enfermos durante la Gran Epidemia de fiebre amarilla. Finalizado el difícil trance, el 1 de febrero de 1872, la Inspección y Comandancia General de Armas de la República Argentina, mediante una carta firmada por Rufino Victorica, comunicaba al vicecónsul de Italia en Argentina: “me es grato tener el honor de dirigirme a vuestra excelencia para remitirle las llaves del Hospital Italiano que ha sido desocupado desde ayer, habiendo trasladado el hospital militar que en él funcionaba, a otro sitio”.

El 8 de diciembre de 1872, con la presencia de autoridades argentinas e italianas, abrió sus puertas el Hospital Italiano de Buenos Aires. Habían pasado 19 años desde las



Hospital Italiano. Fachada histórica.



asambleas fundacionales de 1853 y el proceso de crecimiento demográfico de la ciudad había sido muy importante: de 85.000 habitantes en 1853 se pasó a alrededor de 200.000 en 1872 y la inmigración italiana había superado la de otras nacionalidades. Un censo de 1887 muestra que Buenos Aires tiene 437.875 habitantes de los cuales 209.224 eran argentinos y 228.651 extranjeros entre los que había 138.166 italianos.

Ante el crecimiento demográfico, las 150 camas con que contaba el Hospital Italiano a la fecha de su inauguración y su planta de “un médico director, 3 médicos jefe de sección, 3 asistentes, 3 practicantes internos, un farmacéutico jefe y 2 asistentes, 8 hermanas de caridad y 30 enfermeras y personal de servicio” resultaba insuficiente para la demanda, por lo que se plantea su ampliación o la adquisición de un nuevo edificio.

En 1888, la Intendencia Municipal solicitó el traslado del hospital a un sitio más apropiado, con menos riesgos para la higiene pública y el 12 de agosto de ese año, el presidente de la Sociedad Italiana de Beneficencia, informó sobre la adquisición de un terreno ubicado en Almagro, en la manzana comprendida por las actuales calles Gascón, Potosí, Rawson y Perón. Este terreno formaba parte de la quinta de Dalmacio Vélez Sarsfield, quien había redactado el Código Civil de la República Argentina en ese lugar. En la fachada del edificio actual del Hospital, se puede apreciar una placa de la Junta de Estudios Históricos de Almagro en homenaje al padre del Código Civil.

El 15 de diciembre de 1889 se colocó la piedra fundamental del nuevo hospital, en una ceremonia que tuvo por madrina a Elisa F. de Juárez Celman, esposa del presidente de la República Argentina y el ministro duque Anfora de Licignano, representante del Rey de Italia Humberto 1°.

El ingeniero Juan Buschiazzo asumió la responsabilidad de los planos y la edificación del nuevo hospital que fue inaugurado el 21 de diciembre de 1901. Nueve días después, con la colaboración de la Cruz Roja y de la Asistencia Pública, se trasladaron los enfermos del viejo hospital (que siguió activo hasta esa fecha) al recién inaugurado.

Respecto del Hospital Italiano de Buenos Aires, en Cuadernos de Historia del Instituto de Arte Americano (No 6), editado por la Facultad

de Arquitectura de la Universidad de Buenos Aires (1995), Claudia Shmidt transcribe algunos pasajes de la Memoria Descriptiva redactada por Buschiazzo: “Una galería de 5 metros de ancho se prolonga desde la calle Vélez Sarsfield hasta la de Rawson –escribió el maestro–, la que sirve para la comunicación general del establecimiento. A derecha e izquierda (...) se encuentran tres pabellones de cada lado...” Esa imagen todavía es familiar para quienes hoy frecuentan el Hospital Italiano de Buenos Aires, pese a los importantes agregados posteriores.

Pero en el artículo de Shmidt, tras aclarar que cada pabellón antepone, entre la galería y la sala de enfermos, gabinetes de practicantes, servicios y un vestíbulo, la autora vuelve a citar a Buschiazzo: “Este vestíbulo tiene una ventana de cada lado de manera a establecer una corriente transversal que aisle completamente la enfermería.” Y concluye Shmidt, interpretando con justeza la intención del maestro: “Entendido entonces como pabellonal, logra una compactación máxima en planta, lo que implica un avance en el diseño, ya que se siguen manteniendo los mismos principios en materia de higiene: las enfermedades se transmiten por el aire y en su renovación está la clave para evitar la propagación. Una vez más, esta solución tiene estrecha relación con el grado de información especializada que manejaba, hecho que, de todos modos, no le quita mérito a su propuesta”.

En 1903 se inauguró la Escuela de Enfermería y a partir de 1905 el Hospital comenzó a funcionar como Escuela de Medicina y Cirugía. El Profesor Dr. Nicolás Repetto, fue autorizado a dar un curso práctico de Clínica Quirúrgica semanal, adscripto a la Facultad de Medicina, iniciando una relación con la Universidad de Buenos Aires



1902. Mudanza al Barrio de Almagro.



1904. Sala de internación.

que se mantiene en la actualidad. Poco después, durante la jefatura del servicio de Cirugía del Dr. Repetto, el Dr. Enrique Finochietto se hizo cargo de instalar una de las primeras salas de radiología en el hospital.

El 20 de septiembre de 1913 se inauguró el edificio de los consultorios externos (conocido como Policlínico) sobre la actual calle Perón, con la asistencia del embajador de Italia, el Intendente de Buenos Aires y el Dr. Nicolás Repetto, en ese momento diputado Nacional por la Ciudad de Buenos Aires.

Al estallar en 1914 la Primera Guerra Mundial, el Hospital Italiano puso su personal médico y sanitario a disposición del Comité de Guerra para el reconocimiento de los ciudadanos llamados al ejército y concedió licencia extraordinaria al

personal que entrara a formar parte del ejército italiano.

El crecimiento de la demanda del Hospital Italiano hizo que continuara con la adquisición de muchos lotes linderos y en el año 1944 la superficie ocupada por el hospital era de 28.956 metros cuadrados.

En 1956 se inauguró el Pabellón de Ortopedia y Traumatología, en 1962 la Maternidad Italiana y a mediados los años '70 se construyó el primer edificio de altura diseñado por el arquitecto Clorindo Testa.

En el año 1962 ocurrieron tres hechos significativos con la educación médica: Carlos Ottolenghi fue designado Profesor Titular de la cátedra de Ortopedia y Traumatología de la UBA, constituyendo la primera cátedra titular que tuvo asiento en el hospital; en el mismo año se creó la Residencia de cirugía (la primera institución privada con residencias médica) y, además, inició sus actividades de enseñanza de grado la Unidad Docente Hospitalaria de la UBA.

En la década de los '70 del siglo pasado, la situación política del país, especialmente durante los años de la dictadura militar, hizo que muchos profesionales de altísimo nivel humano y profesional, tuvieran que dejar sus puestos en hospitales estatales. El Hospital Italiano en esos tiempos acogió a muchos de estos profesionales, que se incorporaron bajo las direcciones de los Dres. Loyúdice y Beveraggi, aportando su enorme acervo a la institución.



1904. Vista lateral del Hospital.





1956. Nuevo edificio de Ortopedia y Traumatología. Potosí 4247.

Los Dres. Mauricio Goldenberg en Psiquiatría, Jaime Roca en Diagnóstico por Imágenes y Carlos Gianantonio en Pediatría son ejemplos de un grupo de profesionales que en ese oscuro momento del país dieron un nuevo impulso al Hospital Italiano.

El 8 de diciembre de 1999 se inaugura el Instituto de Investigaciones Básicas y Medicina Experimental y el 1° de marzo de 2001 se inicia el primer ciclo lectivo de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario del Hospital italiano.

A partir del año 2000, bajo la Presidencia del Consejo Directivo del Ing. Franco Livini, la Dirección Médica del Dr. Marchitelli (y luego del Dr. Atilio Miguez) y la Vicedirección del Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós, el hospital comenzó un proceso de informatización, descentralización, crecimiento y modernización edilicia que culminó con el hospital actual, con varios edificios modernos nuevos, 15 centros periféricos y una historia clínica totalmente informatizada.

En el último año (2021) se atendieron 2.504.653 consultas, efectuaron 41.264 egresos y realizaron 45.236 procedimientos quirúrgicos en sus 57 quirófanos. Cuenta con 789 camas de internación, 246 de las mismas se destinan a cuidados críticos. También brindó asistencia a 450 pacientes en sus hogares a través de Medicina Domiciliaria.

Su equipo de trabajo está conformado por 9443 personas: 3551 médicos, 3910 miembros del equipo de salud y 1982 personas en los sectores administrativos y de gestión.

Desde el punto de vista asistencial, el Hospital Italiano ofrece más de 40 especialidades médicas, cuenta con un equipamiento completo de diagnóstico y tratamiento y un plantel profesional reconocido. También tiene una universidad propia, donde dicta las carreras Medicina, Ingeniería Biomédica, Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Producción de Bioimágenes, Farmacia, Bioquímica y los Ciclos de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica y Enfermería. Además, cuenta con 33 carreras de posgrado.

En el año 2015 fue acreditado como hospital académico por la Joint Commission International hasta la actualidad.

### **Hospital Italiano de San Justo**

El 8 de diciembre de 1922 se colocó la piedra fundamental del *Asili dei Cronici*, con la intención de “asistir a la vejez indigente” y con “la esperanza de poder dar allí también protección para la infancia abandonada” en San Justo. En aquellos días “una inmensidad en la cual predomina una paz profunda y restauradora con la visión de algunas casitas blancas en la lejanía”. (Storia dell’Ospedale Italiano).



Sede San Justo

El 15 de mayo de 1926 la Casa San Justo (actual Hospital Italiano Centro Agustín Rocca, HICAR) abrió sus primeros 2 pabellones y el 2 de mayo de 1942 se inauguran otros dos, la Capilla del Sagrado Corazón y la Casa de las Hermanas de Caridad.

En 1973, lo que fue concebido como un asilo de ancianos incorporó servicios de profesionales en Geriátrica.

En la actualidad el HICAR es un centro de alta complejidad que abarca todos los servicios de diagnóstico y tratamiento, con guardias permanentes de adultos, pediatría, terapia intensiva y cirugía, operando en conjunto con el Hospital Central.

### El Departamento de Pediatría

El Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires fue creado en 1978 por el Dr. Carlos Gianantonio, quién lo dirigió hasta su fallecimiento en octubre de 1995.

Su impronta ha sido determinante en la manera de entender y practicar la medicina, donde predomina el concepto que el niño constituye una persona con características y necesidades especiales, muy diferentes a la del adulto, y que está indisolublemente unido a su familia en su comunidad. Múltiples acciones, la mayoría de ellas cotidianas, presentes en cada acto médico, han dado testimonio de esa filosofía, de esa forma de ejercer la medicina. En este sentido, creó una sala de juegos para niños internados, que juntamente con la del Hospital Ricardo Gutiérrez, fueron las primeras del país. En 1985, el Dr. Gianantonio, creó el primer Comité de Ética Clínica en nuestro país dentro del área pediátrica, que sirvió como ejemplo para muchas Instituciones.

Actualmente, desarrollan su actividad más

de 800 profesionales de la salud, dispone de 68 camas de internación general, 40 en unidad de cuidados intensivos neonatales, 25 en cuidados intensivos pediátricos y 83 pacientes se encuentran en internación domiciliaria.

Se realizan al año más de 5000 egresos hospitalarios y 2500 pacientes internados en hospital de día. Además, se realizan por año 274.000 consultas ambulatorias y 125.000 consultas a las centrales de emergencias pediátricas.

Por otro lado, se ha desarrollado una intensa actividad docente y de investigación. Más de 200 residentes y becarios han egresado en los 40 años de existencia del Departamento de Pediatría y muchos de ellos ocupan hoy una destacada posición en diferentes instituciones del país y la región.

Transcurridos 169 años, el Hospital Italiano de Buenos Aires es una institución que se destaca en la región por su tarea asistencial en la atención primaria y de alta complejidad, así como en docencia e investigación.

### BIBLIOGRAFÍA

- Hospital Italiano de Buenos Aires; Ciento Cincuenta años de vida. Toer Editor. 2003.
- Hospital Italiano. Nacido con la Constitución. Rev Hosp It. Número extraordinario 2003.
- Rezzonico Carlos A. Historia del Hospital Italiano. Rev Hosp It. Número extraordinario, 1985.
- Sebastiani M. Historia del Hospital Italiano. Nexo Rev Hosp Ital B. Aires. Número extraordinario, 2001.
- Jankilevich A. Historia del Hospital Italiano. Revista Hospital y Comunidad Oct 15, 2001.
- La Storia Dell'Ospedale Italiano. Societa Italiana di Beneficenza: 1923.
- Memoria y Balance del Hospital Italiano al 31 de marzo de 2022.



## ALTERACIONES EN EL MEDIOAMBIENTE, CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA POR SARS-COV- 2

**Dra. Beatriz Lauge**

Médica Pediatra Infectóloga

Una de las principales motivaciones que moviliza a quienes que nos desempeñamos como trabajadores de la salud, es justamente, realizar acciones para la promover y proteger la salud.

Sin embargo, el sector salud es uno de los principales generadores de contaminantes ambientales.

Se estima que la huella climática del este sector equivale al 4,4 % de las emisiones globales netas (2 giga toneladas de dióxido de carbono) y, si fuéramos un país, ocuparíamos el 5to. lugar entre los que más colabora con la crisis climática.<sup>1</sup>

Diversos estudios proponen que exposición prolongada a la contaminación del aire se asocia a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y gravedad de los síntomas, entre aquellas personas que se infectan con el SARS-CoV- 2.<sup>4</sup>

La contaminación del aire es el principal factor de riesgo ambiental a nivel mundial. Estudios realizados por OMS muestran que alrededor de 7 millones de muertes son atribuible a la contaminación del aire ambiental (OMS, 2018).

Como estrategia para poder controlar la pandemia de coronavirus, en muchos países se confinó a la población dentro de sus hogares y esto trajo aparejada reducción de la actividad comercial. Durante la cuarentena se constataron mejoras en la calidad del aire con disminución de las concentraciones de CO<sub>2</sub> y NO<sub>2</sub>. Pero la disminución de otros contaminantes, también muy dañinos, no fue tan clara y de hecho la contaminación por partículas de suspensión PM<sub>2,5</sub>, alcanzó concentraciones variables en diferentes regiones del planeta.

Evaluaciones globales atribuyen a la contaminación ambiental entre 4 y 9 millones de muertes anuales y cientos de millones de años perdidos de vida saludable. Evidencia sólida muestra relación causal entre la exposición a la contaminación del aire con partículas de PM<sub>2.5</sub>

y la mortalidad por todas las causas, incluidas las infecciones respiratorias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También se sugiere impacto en la mortalidad neonatal por bajo peso al nacer y amenaza de parto prematuro.<sup>5</sup>

Las fuentes más comunes de estas micro-partículas son la quema de combustibles fósiles, como el carbón, el petróleo, madera, carbón vegetal o residuos de cultivos.<sup>3</sup>

Un estudio poblacional realizado en la facultad T. H. Chan de Salud Pública de Harvard, que se centró en las partículas finas (PM<sub>2,5</sub>), investigó acerca de la relación existente entre los efectos para la salud del Covid-19 y la contaminación del aire. Se incluyeron datos de las ciudades donde se había producido un 90 % de las muertes por Covid-19, en EE.UU., hasta el 4 de abril de 2020. La conclusión más importante obtenida fue que aquellas ciudades donde el nivel de contaminación durante los últimos 15-17 años había sido mayor, tuvieron un alto índice de mortalidad por Covid-19. Y que, de acuerdo al análisis del estudio, el incremento de una unidad en la media de exposición prolongada a partículas en suspensión estaría relacionado con un aumento del 15 % de media en el índice de mortalidad por Covid-19.<sup>6</sup>

Con la llegada de la pandemia por el SARS-CoV-2 se hipotetizó que por tratarse de una infección respiratoria los pacientes asmáticos podrían tener peor evolución clínica. Sin embargo, una revisión sistemática de la evidencia no detectó un claro aumento del riesgo.<sup>8</sup> Diferentes publicaciones que evaluaban la evolución clínica de los pacientes que presentaban como comorbilidad asma y enfermedades alérgicas, coincidieron que no han sido factor de riesgo agravante para el SARS-CoV- 2 a diferencia del EPOC y el enfisema pulmonar.<sup>7,9-11</sup> Por otro lado, la asociación causal de los contaminantes del aire como agravantes del asma y bronquiolitis ha sido



ampliamente demostrada en estudios previos a la pandemia.

Por si la contaminación del aire fuera poco, día a día contaminamos nuestros mares. Se estima que el 85 % del total de residuos que van al mar, son plásticos.

A principios de este año la ONU, alertó acerca de las cifras de basura sanitaria generadas durante la pandemia. Se estima que la mayor parte de las 87.000 toneladas de equipos enviados para proteger al personal médico, se han convertido en desechos. Creció en forma desorbitante la utilización de plásticos de un solo uso. A mediados del 2021 iban a la basura del mundo tres millones de mascarillas descartables por minuto y aproximadamente 65.000 millones de guantes. Cada una de las mascarillas puede generar hasta 173.000 microfibras no degradables. La ecóloga Carolina Monmany Garzia, investigadora en el Instituto de Ecología Regional, dependiente del Conicet y de la UNT. explica que *“El polipropileno con que están hechos los barbijos se transforman muy rápidamente en microplásticos y nanoplásticos, no pueden recuperarse del ambiente y pasan por tierra y agua a las plantas, que los absorben por las raíces; los animales se comen esas plantas y los animales nos comemos unos a otros. Se han hallado microplásticos en diferentes órganos humanos y estudios recientes, ha descrito la presencia de los mismos en placentas”*. La contaminación del ambiente con plásticos y desechos producidos por los humanos también afecta el ecosistema de los animales. Diversos informes sostienen que los desechos provocados por la pandemia de COVID-19 han matado muchos animales en todo el mundo.<sup>14</sup>

Otra de las consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-2, fue el uso indiscriminado de antimicrobianos que aceleraron los niveles de resistencia; De febrero a marzo de 2020 aumentó 400 veces el uso de azitromicina. En el mismo año la OMS alerta acerca de 82 millones de nuevos casos de gonorrea y la emergencia de gonorrea faríngea resistente a ceftriaxona y muy resistente a azitromicina.

El Grupo de Liderazgo Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, en marzo de 2022, ha realizado un llamamiento a todos los países para que reduzcan la cantidad de residuos de antimicrobianos que se vierten al medio ambiente. Se han llevado a cabo estudios donde encontraron diversos antibióticos y bacterias multirresistentes en la naturaleza. Los peligros de

estas combinaciones son infinitos. Un estudio realizado en las aguas cercanas a bases antárticas chilenas, investigó la presencia y distribución de bacterias con resistencia a antibióticos en el agua de mar. Se aislaron colonias de *Escherichia coli* y se comprobó la susceptibilidad de las bacterias a distintos agentes microbianos. Doce cepas estudiadas fueron resistentes a múltiples agentes microbianos. Finalmente, se detectó la presencia de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en dos cepas estudiadas.<sup>15</sup>

Otro estudio realizado en Perú de aguas efluentes de hospitales de segundo y tercer nivel, aislaron bacterias multirresistentes. Se halló la presencia de genes BLEE y carbapenemasas en los hospitales evaluados.<sup>14</sup>

La presencia de contaminantes emergentes en aguas es cada vez mayor y los antimicrobianos son una de las causas que más inquietud traen, no solo por la aparición de patógenos multirresistentes sino también por el efecto dañino que puede ocasionar a los ecosistemas y organismos que los habitan. En un estudio realizado por Bu et al., (2020) en aguas superficiales chinas, que evaluó la concentración de antimicrobianos ambientales y su efecto en algas, dafnia y peces, se observó que los antibióticos macrólidos: eritromicina, azitromicina y claritromicina, fueron identificados como de riesgo alto, ya que sus valores de riesgo ecotoxicológico fueron mayores de 10. Otros antimicrobianos descritos como de riesgo moderados fueron griseofulvina y amikacina.<sup>16,17</sup>

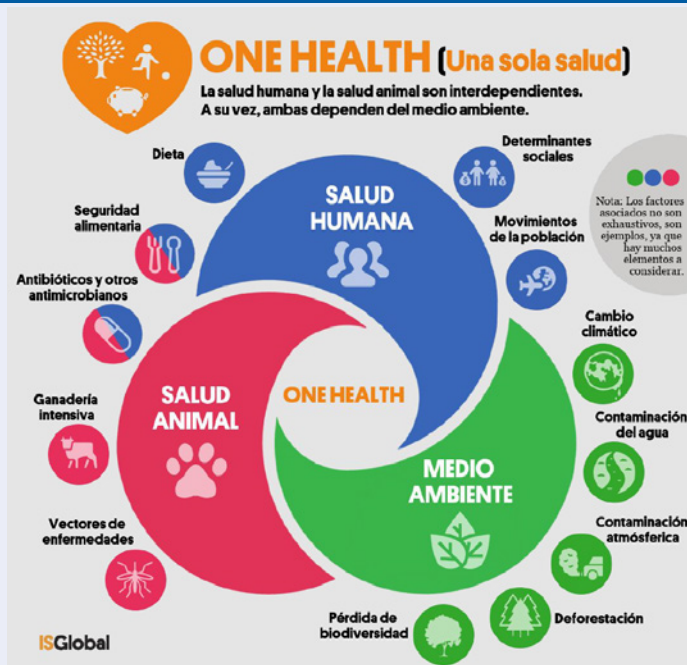
Se deben realizar estudios y medidas para eliminar los antimicrobianos en forma segura, trabajar en los sistemas de salud humana, sanidad animal e instalaciones de fabricación, para que no sean vertidos al ambiente sin el correcto procesamiento.

La asociación entre la resistencia a los antimicrobianos, la sanidad ambiental y la crisis climática es cada vez más evidente.

Debemos tomar una conducta activa para proteger el medio ambiente y a las personas de todo el mundo, de los efectos nocivos de la contaminación.

Tenemos un solo mundo y lo estamos envenenando, cada una de nuestras acciones tienen repercusiones en otros ecosistemas y se vuelven en contra de nosotros mismos.

Debemos cambiar de perspectiva y darnos cuenta que de que tenemos un mundo y UNA SALUD.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Josh Karliner y col. Huella climática del sector de la salud cómo contribuye el sector de la salud a la crisis climática global: oportunidades para la acción; Serie Cuidado de la salud climáticamente inteligente Libro Verde Número Uno Producido en colaboración con Arup. Septiembre de 2019 Salud sin Daño:
2. Pablo Necoechea; ¿Podrá el COVID-19 reducir la huella de carbono en América Latina? Programa Regional Seguridad Energética y Cambio Climático en América Latina (EKLA) N° 3 Abril 2020.
3. Urvashi Narain; Contaminación atmosférica: confinada pero no detenida por la COVID-19, <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2020/07/01/air-pollution-locked-down-by-covid-19-but-not-arrested.print>
4. Manolis Kogevinas y col. Contaminación del aire ambiental en relación con la infección por SARS-CoV-2, la respuesta de anticuerpos y la enfermedad de COVID-19: un estudio de cohorte en Cataluña, España (Estudio COVICAT). Publicado: 17 noviembre 2021 CID: 117003 [https://doi.org/10.1289/EHP9726vol.129.núm.11Environmental Health Perspectives](https://doi.org/10.1289/EHP9726vol.129.núm.11EnvironmentalHealthPerspectives).
5. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM<sub>2.5</sub> and PM<sub>10</sub>), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. World Health Organization 2021.
6. Xiao Wu y col. Exposición a la contaminación del aire y mortalidad por COVID-19 en los Estados Unidos: un estudio transversal a nivel nacional, doi: 10.1101/2020.04.05.20054502
7. Caminati Marco y col. Pacientes asmáticos en brote de COVID-19: pocos casos a pesar de muchos casos Allergy Clin Immunol. 2020 septiembre; 146(3):541-2. Publicado en línea el 22 de junio de 2020. doi: 10.1016/j.jaci.2020.05.049
8. WHO/2019-nCoV/Sci\_Brief/Asthma/2021.1, World Health Organization 2021.
9. Zhang JJ, Dong X, Cao YY. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARSCoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020;75:1730-41.
10. Morais-Almeida M, Pité H, Aguiar R, Ansotegui I, Bousquet J. Asthma and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Literature Review. Int Arch Allergy Immunol. 2020;9:1-9.
11. Giulia Brindisi y cols. Prevalence of COVID-19 in children affected by allergic rhinoconjunctivitis and asthma: results from the second "SIAIP rhinosinusitis and conjunctivitis committee". Italian Journal of Pediatrics. 2022;48:1. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01198-y>
12. Tak Kyu Oh and In-Ae Song. Impact of coronavirus disease-2019 on chronic respiratory disease in South Korea: an NHIS COVID-19 database cohort study.
13. Carrasco Azconaa M.ª Ángeles y col. COVID-19, contaminación y asma. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021.
14. Auke-Florian Hiemstra y cols. The effects of COVID-19 litter on animal life. Animal Biology. 2021;71:215-31.
15. David R. Soriano y col. Efluentes hospitalarios como reservorio de enterobacterias productoras de betalactamasas y carbapenemasas. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2021;38(2):302-7.
16. Martínez Alcalá I y col. Antibióticos como contaminantes emergentes. Riesgo ecotoxicológico y control en aguas residuales y depuradas. Ecosistemas 29(3):2070, Septiembre-Diciembre 2020, <https://doi.org/10.7818/ECOS.2070>
17. Bu Q, Cao Y, Yu G, He X, Zhang H, Sun J, et al. 2020. Identifying targets of potential concern by a screening level ecological risk assessment of human use pharmaceuticals in China. Chemosphere. 246:125818.





# CUIDADOS Y PROTECCIÓN DE LA PIEL INFANTIL

**Dra. Cecilia Mazas**

Especialista en Dermatología Pediátrica.

Vicepresidente de la Asociación Argentina de Dermatología Pediátrica.

Miembro del Comité de redacción revista Dermatología Argentina.

## FOTOPROTECCIÓN

Desde los años '80 es sabido que el cuidado de la piel ante el sol es un factor protector para el daño que este genera, como quemaduras solares, fotodermatosis, inmunosupresión, fotoenvejecimiento y cáncer cutáneo. A pesar de esto, el melanoma es uno de los cánceres más frecuentes y su diagnóstico sigue en ascenso. La fotoeducación, desde edades tempranas, es una herramienta clave para mejorar esta situación. Dicha educación comienza de la mano del Pediatra que juega un rol destacado junto con el dermatólogo pediátrico en el acompañamiento de una piel saludable.

Conocer el amplio espectro de la luz solar que se reduce a los rayos UVC, UVB y UVA, va a permitir entender la función de los fotoprotectores. Los rayos UVC van de 100 a 290nm, son los más dañinos, pero son bloqueados por la capa de ozono. Los UVB van de 280 a 315nm, representan el 5 % de la luz atenuada por la capa de ozono. Su target son las *pirimidinas* de los nucleótidos, donde producen los dímeros de *ciclobutano pirimidina* (CPD) y los fotoproductos de *pirimidina-pirimidona* (6-4PP) responsables del daño directo en el ADN. Sus consecuencias en la piel son la generación de eritema, pigmentación, cáncer de piel no melanoma. Estos colaboran en la formación de vitamina D. Los rayos UVA van de 320 a 400nm y abarcan el 95 % de la luz que recibimos. Son los responsables de la generación de especies reactivas de oxígeno (ROS) y oxidación de bases de ADN. El 50 % de estos rayos penetran hasta la dermis con su consecuente daño reflejado en el fotoenvejecimiento, melanoma e inmunosupresión. Atraviesan los cristales y no se ven afectados por la altitud ni por las condiciones atmosféricas.<sup>1-2</sup> Además debemos considerar otros factores que afectan la radiación que recibimos,

como la hora del día, la estación del año, la latitud geográfica y la altitud.

Las edades tempranas de la vida, especialmente las primeras dos décadas, son los momentos de mayor exposición solar. El daño generado es irreversible y acumulativo. Varios trabajos han demostrado que existe una correlación entre las quemaduras solares durante la infancia y el riesgo de presentar melanoma en la vida adulta.<sup>4-5</sup>

## ¿Qué es un protector solar y para qué sirve?

Según la ANMAT los protectores solares son productos de uso externo que contienen sustancias físicas y/o químicas que actúan como barrera protectora de la piel a las radiaciones solares.<sup>6</sup> Deben cumplir las condiciones de eficacia y seguridad, respetando ciertos requisitos de rotulado a pesar de ser productos cosméticos de venta libre. Estos requisitos obligan a rotular en forma destacada en su etiqueta principal el número de protección solar acompañado con la sigla "SPF" o "FPS" ("Factor de Protección Solar"); se sugiere que indique si cubre rayos UVB y/o UVA. Incluir en el envase las siguientes leyendas: "Es necesario reiterar la aplicación para mantener la efectividad del producto", "Ayuda a prevenir las quemaduras solares", y advertencias como "Para niños menores de seis (6) meses consulte al médico"; "Este producto no ofrece ninguna protección contra la insolación"; "Evitar exposición prolongada de los niños al sol"; "Aplíquese generosamente o libremente antes de la exposición al sol" según lo determinado por el fabricante y si requiere periodo de espera. Deben mencionar además el tipo de protector, contenido neto, domicilio del titular o elaborador o importador, lote, fecha de vencimiento, composición cualitativa de los filtros solares que contienen.<sup>6</sup>

Conocer la reglamentación permite al

profesional poder sugerir el producto adecuado que acompañe las necesidades de sus pacientes para el cuidado de la piel al aire libre.

### ¿Por qué los niños deben ser cuidados del sol?

Por un lado, la piel de los niños menores de 3 años es más vulnerable que la de los adultos al daño solar, debido a varios factores: presentan menor cantidad de melanina, su capa cornea es más delgada y la capa de células basales es relativamente rica en células madre, siendo estas altamente susceptibles a mutaciones inducidas por la RUV. Por otro lado, la exposición solar durante la infancia es mucho mayor que en otros momentos de la vida, lo que lo hace un período crítico para generar daño acumulativo que se verá reflejado en etapas tardías de la vida como fotodaño y fotocarcinogénesis. De 51 estudios revisados en un meta análisis se llega a la conclusión que, presentar una quemadura solar durante la infancia podría duplicar el riesgo de desarrollar melanoma cutáneo en edades adultas.<sup>7</sup> Las recomendaciones en este sentido son: mantener a los niños pequeños fuera de la acción directa del sol, siempre vestidos con ropas largas y livianas que cubran las zonas expuestas, usar sombreros de alas y en lo posible anteojos de sol con protección UV, permanecer bajo la sombra natural o autogenerada con sombrillas o toldos que den sombra compacta. A lo anterior sumar evitar los horarios entre las 10 a.m. y las 4 p.m. ya que en dicha franja horaria los rayos solares son más intensos.

### ¿Qué protectores son los indicados?

El 24 de septiembre 2021 la FDA actualizó la normativa, que llevaba más de una década sin revisarse, sobre la seguridad de los protectores solares considerados productos de venta libre, con el objetivo que los mismos sean seguros y eficaces para la comunidad. La normativa señala que, de los 16 ingredientes utilizados en protectores solares, sólo el óxido de zinc y el dióxido de titanio son ingredientes seguros y eficaces para su uso en los protectores solares. Se sugiere desestimar el uso de ácido paraaminobenzoico (PABA) y el salicilato de trolamina por problemas de seguridad. De los 12 restantes se solicitó a los laboratorios información adicional para poder expedirse sobre su seguridad y eficacia. Estos son: cinoxate, dioxybenzone, ensulizole, homosalate,

meradimate, octinoxate, octisalate, octocrylene, padimate O, sulisobenzone, avobenzone y oxybenzone. Este último ha sido ya prohibido en varios países por la contaminación ambiental que genera sobre los arrecifes y posible generación de enfermedad de Hirschsprung en bebés de embarazadas expuestas.<sup>8</sup>

### ¿Cómo actúan los protectores solares?

Los protectores solares se dividen en dos grupos, los físicos y los químicos u orgánicos, que pueden presentarse en forma líquida o sólida. Dentro de los físicos encontramos al óxido de zinc y el dióxido de titanio. Estos protegen la piel generando una película sobre la cual los rayos se absorben, reflejan y dispersan impidiendo el ingreso de los mismos a la piel. Los químicos, a diferencia de los anteriores, sí penetran en la piel. Actúan absorbiendo la energía lumínica transformándola en radiación térmica que no es dañina en la piel. Para que el protector pueda cumplir su función debe ser aplicado en forma abundante sobre la piel, siendo la cantidad de protector que llena una palma de la mano la cantidad adecuada que se debería utilizarse para cubrir la piel del cuerpo.

Con respecto a la duración de función, se acepta que son útiles por 2 horas para los protectores comunes, y para los protectores resistentes al agua esa duración se reduce a 40-80 minutos, luego de ese tiempo deben ser renovados.

Están completamente desaconsejados los productos que contengan combinaciones de filtros solares y repelentes de insectos, los mismos no se consideran seguros y debe desestimarse su uso.

### ¿Cómo deben usarse los fotoprotectores?

#### Guía simple

Preferir protectores solares con  $\geq$  a 30 FPS, que cubran rayos UVA/UVB.

Aplicar entre 15-30 minutos antes de exponerse al sol aplicado en todas las zonas de la piel expuesta. Renovar su aplicación cada 2 horas y luego de estar en el agua.

Usar protector solar todo el año en cara, cuello y manos.

Estas medidas deben acompañarse con el uso de ropa adecuada que cubra las zonas expuestas prefiriendo siempre la sombra al sol directo.

No exponer al sol directo a los menores de 1 año. Protegerlos con ropa y sombra natural o autogenerada.

Por lo expuesto, los protectores solares son más que un elemento en la estrategia de prevención del cáncer de piel, que debería estar acompañada de campañas de educación y concientización de la comunidad. Para que un protector solar sea útil debe ser seguro y eficaz, por lo tanto, la supervisión de los entes reguladores es una responsabilidad ineludible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yew YW, Giordano CN, Spivak G, Lim HW. Understanding photodermatoses associated with defective DNA repair: Photosensitive syndromes without associated cancer predisposition. *J Am Acad Dermatol.* 2016 Nov;75(5):873-882. doi: 10.1016/j.jaad.2016.03.044. PMID: 27745642
2. Gloria M. Garnacho Saucedo, Rafael Salido Vallejo y Jose Carlos Moreno Giménez Efectos de la radiación solar y actualización en fotoprotección. *An Pediatr (Barc).* 2020;92(6):377.e1-377.e9
3. Cestari T, Buster K. Photoprotection in specific populations: Children and people of color. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:S110-21,
4. Devesa SS, Silverman BT, Young UL. Cancer incidence and mortality trends among whites in the US, 1947-1984. *J Natl Cancer Inst.* 1987;79:701-77.
5. Oliveira SA, Saraiya M, Geller AC. Sun exposure and risk of melanoma. *Arch Dis Child.* 2006;91:131-8.
6. [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Cosmeticos/Disposicion\\_ANMAT\\_6830\\_01.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Cosmeticos/Disposicion_ANMAT_6830_01.pdf)
7. Dennis LK, Vanbeek MJ, Beane Freeman LE, Smith BJ, Dawson DV, Coughlin JA. Sunburns and risk of cutaneous melanoma: does age matter? A comprehensive metaanalysis. *Ann Epidemiol.* 2008; 18:614-27.
8. DiNardo JC, Downs CA. Can oxybenzone cause Hirschsprung's disease? *Reprod Toxicol.* 2019 Jun;86:98-100. doi: 10.1016/j.reprotox.2019.02.014. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30831214.

## REPELENTE

El uso de repelentes corporales y ambientales nos protege de las enfermedades transmitidas por los mosquitos. Funcionan ahuyentando al mosquito, pero no los mata por lo que el uso de repelentes junto con acciones de control ambiental como evitar áreas donde haya mosquitos, eliminar recipientes con agua estancada para prevenir la reproducción, fumigaciones de espacios abiertos, vestirse con

ropa larga y de colores claros (ya que los colores oscuros los atraen), usar mosquiteros en aberturas domiciliarias, son medidas imprescindibles para el control del mosquito. Se sabe que los mosquitos utilizan agua quieta o estancada para depositar sus huevos, a veces simplemente el suelo húmedo es suficiente. La poca cantidad de agua que requieren para cumplir su ciclo de vida hace que el mismo pueda llevarse adelante en neumáticos viejos, piscinas infantiles, agujeros en árboles, bebederos de mascotas o aves, platos debajo de plantas, incluso una tapa de botella. El manejo de estos recipientes es clave en el control.<sup>1</sup> La principal fuente de nutrición de los mosquitos es el néctar y savia de las plantas, pero los mosquitos hembras necesitan alimentarse de sangre para la producción de huevos por lo que el uso de repelentes en zona de mosquitos es indispensable.

## ¿Qué es un repelente?

Los repelentes de insectos son sustancias que contienen un principio activo químico, que aplicado sobre la piel o tejidos busca proteger a quien lo usa, evitando que los insectos realicen la picadura. Vienen en distintas presentaciones: crema, spray, barra y gel.

## ¿Cuáles son los repelentes que debemos usar?

Los repelentes más utilizados y registrados en EPA, Agencia de Protección Ambiental de EE.UU., son el DEET o N, N-diethyl-m-toluamida y la Picaridina (conocida como KBR 3023 e icaridina fuera de los EE. UU) Esta última es un producto químico de la familia de piperidina. Los otros que completan la lista son: IR3535, el aceite de eucalipto de limón (OLE, por sus siglas en inglés) o para-mentano-diol (PMD), el 2-undecanol y el aceite de Citronella.<sup>2</sup>

El DEET es el más usado a nivel mundial y presenta alta eficacia con nivel de seguridad apropiado contra mosquitos, garrapatas, pulgas y moscas. Según el CDC el DEET se degrada del aire rápidamente al reaccionar con otras moléculas, desapareciendo el 50 % a las 5 hs. En el agua no se evapora, pero es degradado por los microorganismos. Se calcula que el 50 % desaparece del agua antes de las cuatro semanas. Además, la EPA ha determinado que el DEET no es clasificable como un carcinógeno en los seres humanos.<sup>3</sup>



Los dispositivos electrónicos que trabajan emitiendo sonidos agudos y las pulseras impregnadas de repelentes que sólo protegen por poco tiempo la zona cercana a su ubicación, no han demostrado ninguna eficacia por lo que se desestima su uso.<sup>3</sup>

### ¿Cómo actúa el repelente?

El mosquito es atraído por el dióxido de carbono que las personas generan al respirar, o por olores que se emanan a través de la piel generando ácido láctico. El repelente camufla estos olores alejando al mosquito de la piel o superficies rociadas de repelente. No los dañan como si lo hacen los pesticidas. El mecanismo de acción de la Picaridina es generar sobre la superficie de la piel, una barrera de vapor que aleja al mosquito. Mientras que el DEET interfiere con los receptores encargados de detectar dióxido de carbono ubicados en la boca y las antenas. Cualquiera de los mecanismos usados tiene como objetivo alejar al mosquito hembra de la piel.

La concentración del principio activo variará el tiempo de acción del producto. Por ejemplo, una concentración de DEET del 15 % equivale a una duración de acción de 6 hs; y concentración de 25 % a 8 hs. La Citronella no se considera tan efectiva en relación al DEET y su tiempo de acción es muy corto, ambos motivos justifican no indicarlos sobre todo en situaciones epidemiológicas críticas.

### ¿Cómo se utilizan?

Los repelentes que elijamos deben ser utilizados según la disposición de ANMAT N° 327/12. No aplicar repelentes sobre lastimaduras o sobre la piel irritada. No aplicarlo cerca de los ojos, nariz y boca o en las manos, especialmente en niños. Evitar la aplicación excesiva y reiterada, lavar diariamente la piel tratada con agua y jabón. No permitir que los niños se apliquen solos los productos. No manipular alimentos después de aplicarse o aplicar un repelente sin antes haberse lavado las manos. Cuando el repelente es en aerosol o vaporizador: no aplicarlo en áreas insuficientemente ventiladas, no usarlo directamente en la cara (primero rociar sobre las manos y con estas distribuir el producto sobre la cara, luego lavar las manos). Independientemente de la formulación siempre seguir las indicaciones

de la etiqueta y las precauciones de seguridad.<sup>4</sup>

La edad mínima para aplicación de repelentes es a los 2 meses de vida, las concentraciones van del 5-6 % y no deben superar el 30 %, como máximo, según recomendación de la Academia Americana de Pediatría. Los repelentes pueden ser usados en mujeres embarazadas o amamantando.

En relación al uso de **repelentes ambientales**, útiles para ahuyentar los insectos, la ANMAT recomienda no confundirlos con los productos para uso cosmético. Deben tener en su etiquetado el número de Registro Nacional de Establecimiento (RNE) y el de Registro Nacional de Producto de Uso Doméstico (RNPUD), ambos otorgados por ANMAT asegurando que ese producto está autorizado.<sup>5</sup>

Estos productos (plaguicidas) se comercializan en diversas modalidades como tabletas, espirales, aerosoles, líquidos evaporables que se volatilizan a partir del calentamiento eléctrico y líquidos para ser empleados en antorchas. Siempre deben utilizarse según las indicaciones del fabricante. Esparcirlos en ambientes ventilados y nunca aplicarlos en presencia de personas asmáticas o alérgicas respiratorias. Las antorchas deben siempre utilizarse en ambientes de exteriores. Debido a que estos productos suelen tener solventes orgánicos no acuosos, en caso de ingestión involuntaria o intencional, nunca debe intentarse provocar el vómito.

La protección de barrera mecánica con tules sobre camas o cunas es una medida efectiva si el domicilio no cuenta con mosquiteros en sus aberturas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Insect Repellents. JAMA. 2019 Oct 8;322(14):1406-1407. doi: 10.1001/jama.2019.14373. PMID: 31593270.
2. Maia MF, Moore SJ. Plant-based insect repellents: a review of their efficacy, development and testing. Malar J. 2011 Mar 15;10 Suppl 1(Suppl 1):S11. doi: 10.1186/1475-2875-10-S1-S11. PMID: 21411012; PMCID: PMC3059459.
3. [https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es\\_tfacts185.html](https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts185.html)
4. <https://www.argentina.gob.ar/anmat/regulados/cosmeticos/rotulado-de-repelentes-de-insectos-para-uso-externo-en-humanos>
5. <https://www.argentina.gob.ar/anmat/comunidad/repelentes>



## Qué debe saber el pediatra sobre:

# ODONTOPEDIATRÍA

**María Laura Cabrera**

Odontóloga  
Especialista en Odontopediatría

**Laura Gasulla**

Odontóloga  
Especialista en Odontopediatría

El médico pediatra tiene un papel fundamental en la salud de la población, ya que es el primero en recibir al niño y dar sus primeras orientaciones de salud y derivaciones, logrando así una mayor interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en este caso, el odontopediatra. Pero el campo de la odontopediatría es una zona desconocida para muchos médicos pediatras; numerosos estudios demuestran que hay desconocimiento del médico sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales.

Siendo así, seleccionamos algunos temas que consideramos de la mayor importancia para un correcto desarrollo de la salud bucal y su equilibrio estomatognático.

### 1. Cronología dental

La erupción dental es el resultado de la acción compartida de varios fenómenos: la calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición ósea alveolar; constituyen un proceso fisiológico que participa directamente en el desarrollo del aparato estomatognático.

El progreso de la dentición se encuentra íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. Son la erupción dentaria y los gérmenes dentales, los que estimulan el crecimiento de los maxilares; por esto los dientes deciduos no deben ser vistos como “dientes descartables”, ya que cumplen importantes funciones en la salud y desarrollo del niño. La ausencia de una pieza dental por una pérdida prematura rompe con ese delicado equilibrio.

La formación y la calcificación de los dientes temporales se inicia entre los cuatro y seis meses de vida intrauterina. La erupción de los dientes empieza cuando se ha terminado la calcificación de la corona e inmediatamente después la calcificación de 2/3 de la raíz.

1. Incisivos centrales inferiores: erupcionan a los 6-10 meses y exfolian a los 6-7 años.
2. Incisivos centrales superiores: erupcionan a los 8-12 meses y exfolian a los 6-7 años.
3. Incisivos laterales inferiores: erupcionan a los 10-16 meses y exfolian a los 7-8 años.
4. Incisivos laterales superiores: erupcionan a los 9-13 meses y exfolian a los 7-8 años.
5. Primeros molares inferiores: erupcionan a los 14-18 meses y exfolian a los 9-11 años.
6. Primeros molares superiores: erupcionan a los 13-19 meses y exfolian a los 9-11 años.
7. Caninos superiores: erupcionan a los 16-22 meses y exfolian a los 10-12 años.
8. Caninos inferiores: erupcionan a los 17-23 meses y exfolian a los 9-12 años.
9. Segundos molares inferiores: erupcionan a los 23-31 meses y exfolian a los 10-12 años.
10. Segundos molares superiores: erupcionan a los 25-33 meses y exfolian a los 10-12 años.

Es importante destacar que la erupción dentaria puede verse afectada por diversas condiciones: el sexo, la edad cronológica, la raza, los factores sociodemográficos, el desarrollo esquelético, la edad radicular, nutrición, gestación y los desórdenes genéticos, sistémicos y locales.

Una erupción prematura es antes del final del tercer mes y requiere control odontológico por

movilidad y posibles lesiones (dientes natales o neonatales) y una erupción retrasada es cuando ningún diente ha hecho erupción al finalizar el mes trece.

Los síntomas que acompañan la erupción dentaria son: salivación aumentada, inflamación de encías, falta de apetito, alteraciones del sueño, irritabilidad y diarrea. La mayoría de los niños prefirieron morder objetos para reducir la irritación gingival. La presión de los dientes en erupción se alivia mediante la contrapresión de la mordedura. Sin embargo, la contaminación de los objetos o de los dedos del niño es un factor que puede provocar diarrea. Al respecto, también se ha sugerido que la ingestión de saliva en exceso o la liberación de citocinas IL-1beta e IL-8, contribuyen a que las heces sean más blandas durante la dentición.

Como paliativos a estos síntomas se recomiendan el uso de mordillos fríos, masajear encías, tetanalgesia, implementación de helados hechos de manera segura con leche materna. Se contraíndica anestésicos locales que contienen benzocaína o salicilato de colina para reducir el dolor. Estos productos químicos son de uso exclusivo del odontopediatra, debido al riesgo de metahemoglobinemia, interferencia con el reflejo nauseoso (y posterior asfixia) e intoxicación.

## 2. Prevención

La higiene bucal comprende un conjunto de medidas que tienen como objetivos la remoción del biofilm dental (antes conocido como placa bacteriana) y la prevención de su reincidencia, pudiendo ser realizada a través de medios mecánicos. Los padres juegan un papel importante en el inicio de la vida de los hijos, ya que tienen la posibilidad de introducir los hábitos de higiene diaria en una etapa temprana.

El cepillado debe realizarse con la erupción del primer diente (6 meses de edad aproximadamente), como mínimo dos veces al día y de manera óptima después de las principales comidas (desayuno, almuerzo, cena), siendo la nocturna la de mayor importancia. Debe ser realizado exclusivamente por un adulto hasta la edad de 5 años y asistido por un adulto hasta los 8 años, ya que a esa edad su motricidad fina no está desarrolladas para realizar la técnica de manera efectiva.

Se utiliza cepillo de cerdas suaves, cabezal pequeño, acorde al tamaño de los maxilares del

niño y siempre es aconsejable utilizarlo seco. NO se recomienda el uso de dedales de silicona (estos solo sirven para estimulación), gasas, guantes u otro tipo de utensilios. Se recomienda el uso de hilo dental o flossers antes del cepillado, para eliminar el biofilm situado entre los dientes contiguos. La pasta dental fluorada es un elemento indispensable en la higiene bucal. Un cepillado sin pasta fluorada NO es efectivo. La concentración de la pasta dental debe ser de 1100 ppm de iones flúor (0,24 %), y en cuanto a la cantidad y concentración de pasta dental hoy se sabe que la dosis segura diaria de flúor es de 0,05mg por kg de peso. Se determinó que, para los infantes menores de 3 años de edad, se debe usar solo la cantidad de un grano de arroz (0,1 mg), para los niños de 3 a 6 años de edad se recomienda la cantidad de una arveja (0,25 mg) y luego de los 6 años se debe usar la técnica transversal (0,36 mg) recomendada por la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, 2014) y la American Dental Association (ADA, 2014).

La técnica de cepillado instruida por un odontólogo con pasta fluorada, al cabo de 2 años de seguimiento, resultó en una reducción significativa de incidencia de caries, según demuestran los estudios.

## 3. Caries

La enfermedad caries es uno de los mayores problemas de salud de los países industrializados, afectando a casi 2 billones de personas mundialmente. Esta es una enfermedad multifactorial, crónica, ecológica, no trasmisible, firmemente asociada a los comportamientos o estilos de vida, que afecta a una o varias piezas dentarias. Es de carácter dinámico, esto quiere decir que se puede revertir en cualquier momento de su formación, si la relación causa-efecto se modifica. Esto permitirá controlarla e incluso revertirla siempre que se identifiquen los factores de riesgo involucrados, realizando terapias oportunas. La caries no es únicamente una lesión a tratar; es una enfermedad por exposición frecuente a factores ambientales como los carbohidratos fermentables, es un cambio ecológico del biofilm dentario, que rompe la simbiosis, ocasionando una disbiosis, favoreciendo la pérdida de minerales, la aparición de la lesión y su progresión. Es una enfermedad



crónica que no puede ser “eliminada” pero si puede ser controlada, siendo así, 100 % evitable.

Comparte características comunes con otras enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes cuya característica común es la de ser de larga duración y progresión lenta, producidas por factores comportamentales modificables.

Queremos reforzar el concepto sobre caries dental como disbiosis y no como enfermedad infecciosa. Es una enfermedad conductual no hereditaria, siendo los hábitos los que se transmiten.

Dentro de la población vulnerable, a la cual afecta esta enfermedad, encontramos a niños menores de 6 años de edad; en ellos se otorgará el nombre de caries de la infancia temprana (CIT) siendo ocasionada por factores biológicos y bioquímicos. Se caracteriza por la aparición de manchas blancas y marrones en la porción cervical de los incisivos superiores, afectando posteriormente a los primeros molares superiores, primeros molares inferiores, caninos superiores y los segundos molares.

Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial se puede definir, a la caries de la infancia temprana, como uno de los trastornos más graves en los infantes. Se considera también como una enfermedad crónica de rápida progresión que tiene consecuencias en los niños como problemas de alimentación, deterioro en la calidad de vida, potencial para aumentar el riesgo de caries en la dentición permanente, etc. Sin lugar a duda, esta patología es considerada también como la afección que se presenta con mayor frecuencia en la consulta del Odontopediatra y es importante tomar medidas de promoción y prevención de salud con la finalidad de evitar su propagación.

La caries de la infancia temprana o de la primera infancia, anteriormente conocida como caries de biberón o caries rampante, comienza poco después de la erupción dental y se desenvuelve en las superficies dentales lisas con un rápido avance. A diferencia de la caries en dientes permanentes, la lesión de caries de la infancia temprana afecta por lo general a los dientes superiores temporales y por lo general muestra un patrón particular: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas, pero no en los incisivos inferiores. Este patrón se relaciona

con la secuencia de erupción y la posición de la lengua durante la alimentación.

La caries de la infancia temprana está asociada con la ingesta excesiva de cualquier líquido azucarado como las fórmulas, jugos de frutas, refrescos y la falta de higiene después de la ingesta. (Aguilar-Ayala et al., 2014) (Noriega, 2009)

La CIT en sus inicios puede pasar desapercibida, pero cuando avanza causa dolor, llegando a afectar las actividades cotidianas del niño, produciendo alteraciones en el sueño, dificultades para comer, retraso en el crecimiento y desarrollo físico y psicológico del niño. (Olga et al., 2015) La progresión de las lesiones trae repercusiones locales y sistémicas a corto y largo plazo. Las complicaciones locales incluyen inflamación, infección, alteraciones en la masticación, deficiencias en el desarrollo del lenguaje, alteraciones en el desarrollo de los maxilares, pérdida de espacio por exodoncias prematuras, hipomineralizaciones e hipoplasias en los dientes permanentes por los procesos crónicos infecciosos en la dentición temporal. Además, se pueden presentar fracturas y caries dental en la dentición permanente. (Macías et al., 2016)

Dentro de las consecuencias sistémicas que se han asociado están: insuficiencia del neurodesarrollo, problemas de aprendizaje, baja autoestima, depresión, ansiedad, agresividad, déficit de atención, hiperactividad, problemas psicológicos, alteraciones del sueño y desórdenes gastrointestinales ocasionados por inadecuados hábitos alimentarios producidos por la odontalgia y la destrucción coronal, los cuales interfieren en la masticación y la alimentación, incidiendo en la alteración del estado nutricional reflejado en los indicadores antropométricos. (Macías et al., 2016)

Los factores de riesgo como la dieta azucarada, la pobre higiene oral, la escasa exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, entre otros, son los principales causantes de caries de la infancia temprana. Estos confieren cierto grado de susceptibilidad a los pacientes infantiles, constituyendo una probabilidad medible, con valor predictivo, y que al modificarse aportan ventajas para la prevención individual, grupal o comunitaria.

Otro factor de riesgo es la higiene oral, por ello, la Academia Americana de Odontología Pediátrica promueve medidas preventivas que incluyen la implementación de medidas de

higiene oral a partir de la erupción del primer diente primario.

Los médicos pediatras y odontopediatras debemos esforzarnos en la promoción y prevención de la salud bucal. La elección del tratamiento dependerá de la edad del paciente, el compromiso de los padres, el potencial económico, la etapa de la enfermedad, su extensión, las necesidades del paciente, la posibilidad de reincidencia y consistirá en la remoción de tejido cariado y la reposición de la estructura del esmalte utilizando los diversos métodos restaurativos.

#### 4. Hábitos

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática; son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Actualmente es aceptado que las mal oclusiones, junto con su manifestación, no sólo se ven influenciadas por factores genéticos, sino también ambientales (García y cols. 2011; Ocampo y cols. 2013; Peña y cols. 2014; Uribe y Cárdenas. 2014). Dentro de éstos se encuentran los llamados hábitos orales nocivos, los cuales no se consideran funcionales (Emodi-Perlman y cols. 2011), y se les ha atribuido un rol en la manifestación de diferentes formas de mal oclusión.

En 1996 O'Brien clasificó en particular a los hábitos de succión como hábitos de succión nutritiva, que incluyen al amamantamiento y la alimentación mediante mamadera; y hábitos de succión no nutritiva, que consideran a la succión digital y de chupete de entretenimiento (Subhashchandra, 2011). Utilizando los conceptos de las clasificaciones de Morris y Bohana, junto con la de O'Brien, se desarrolló la siguiente clasificación con fines de este estudio:

1. Hábitos de succión: Mamadera - Chupete – Dedo.
2. Hábitos de interposición: Labio - Lengua - Objetos - Onicofagia.
3. Respiración oral.

##### 1. Hábitos de succión con fines nutricionales:

la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para alcanzar un crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimos, proveyendo la nutrición necesaria, la

estimulación del sistema inmune, además de protección frente a alergias, desórdenes digestivos y enfermedades respiratorias (Narbutytė y cols. 2013; Hermont y cols. 2015). El ejercicio del amamantamiento produce en el niño una estimulación neural con consecuente desarrollo anteroposterior mandibular, junto con el modelado de los ángulos goníacos; además tiene efecto en el patrón de movimiento de los músculos masticatorios y promueve una correcta deglución y respiración (Bueno y cols. 2013). El prolongar la lactancia materna más allá de los seis meses se ha considerado, en algunos estudios, un factor protector frente al desarrollo de mal oclusiones.

La adquisición de hábitos orales nocivos a temprana edad y la alimentación mediante mamadera, pueden tener influencia negativa en el desarrollo de la mordida. La tonicidad inadecuada de los músculos orbicular de los labios y buccinador, junto a una posición descendida e inapropiada de la lengua durante la succión, perturba el balance dinámico entre lengua, mejillas y labios. Las tetinas artificiales tienen una forma determinada y son más rígidas comparadas con el tejido mamario, sometiendo a la cavidad oral durante su uso, a presiones no fisiológicas pudiendo conducir a una restricción del crecimiento transversal del paladar, lo que podría resultar en un alineamiento dentario inapropiado (Narbutytė y cols. 2013).

*Hábitos de succión no nutritiva:* por otra parte, existen los hábitos de succión no nutritiva (HSNN), que se refieren a los hábitos de succión que confortan al niño, como succionar chupetes, mantas, o dedos; son muy comunes en bebés y en niños pequeños. Dichos hábitos tienden a cesar a medida que el niño crece, ya sea por voluntad propia o con la guía y apoyo de padres o cuidadores; sin embargo, si esto no ocurre y los hábitos persisten mientras se establece la dentición permanente (alrededor de los 6 años) pueden contribuir al desarrollo de distintas anomalías oclusales (Borrie y cols. 2015).

*Chupete:* el uso de chupete es un hábito oral no nutritivo y una práctica muy común en todo el mundo. En los países occidentales, los chupetes son usados por un 75-95 % de la población infantil durante los primeros dos años de vida. Los padres los usan en sus hijos frecuentemente para calmarlos, pero su uso

prolongado puede afectar seriamente la oclusión y el sistema estomatognático del niño, produciendo mordidas abiertas anteriores y mordidas cruzadas posteriores (Nihi y cols. 2015). Nunca debe ser ofrecido embebido en sustancias azucaradas. La presencia de mal oclusiones dependerá de la alta frecuencia y duración del uso de chupete, entendiéndose como tal a más de ocho horas durante el día y la noche durante más de dos años. Se observa una tendencia a la hiperfunción del músculo buccinador, a lo que es atribuible una deficiencia en el crecimiento transversal. Además, con el chupete en la boca, la lengua mantiene una posición baja, evitando que ejerza presión sobre el paladar duro, pudiendo agravar problemas de paladar ojival, y aumentando la posibilidad de manifestación de mordida cruzada posterior.

También se ha propuesto que la posición descendida de la lengua y la mordida abierta anterior causan que, mientras no se usa el chupete, el niño permanezca con la boca abierta, lo que puede propender a un modo respiratorio oral (Ocampo y cols. 2013; Nihi y cols. 2015). Se ha visto que los resultados deletéreos atribuidos al uso de chupete son más dependientes de la duración que de la frecuencia, y se postula que, si el hábito no se mantiene más allá de los 2 años de edad, dichos resultados podrían autocorregirse (Pietrzak y Hanke. 2012; Bueno y cols. 2013; Nihi y cols. 2015).

**Succión digital:** Es considerado como uno de los hábitos más comunes en la consulta dental. Se considera normal hasta la edad de 2 o 3 años y en la mayoría de los casos desaparece espontáneamente (Barrios y cols. 2014; Uribe y Cárdenas. 2014). Si el hábito se mantiene pueden presentarse efectos clínicos relacionados con la posición del dedo y la mandíbula durante la succión, la fuerza de contracción muscular, el patrón esquelético facial, según la intensidad, frecuencia y duración del hábito (Uribe y Cárdenas. 2014). Algunas anomalías oclusales asociadas a la succión digital son overjet aumentado (distancia horizontal entre los incisivos superiores e inferiores) y mordida abierta anterior en dentición primaria, y durante la dentición mixta con mordida cruzada posterior además de asociación significativa con mordida abierta anterior.

Con el aumento de overjet puede producirse o acentuarse la incompetencia labial e incluso

adicionarse el hábito de interposición de labio inferior por detrás de los incisivos superiores. El arco inferior puede verse afectado, con una inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores (Uribe y Cárdenas. 2014; Chen y cols. 2016).

**Hábitos de interposición del labio:** Los hábitos de labio involucran todas las formas de manipulación de éstos, ya sea succión, interposición o mordedura. Su presentación más común es que el labio inferior se interponga quedando atrapado detrás de los incisivos superiores, lo que genera una fuerza hacia lingual en los incisivos inferiores y una hacia vestibular en los superiores. El hábito de interposición labial puede alterar el balance muscular orofacial asociado al crecimiento óseo, malposiciones dentales y anomalías dentofaciales.

Algunos signos o secuelas asociadas a este hábito son labios secos o incluso inflamados y ulcerados, surco mentolabial pronunciado, mordida abierta anterior y overjet aumentado. La manifestación de las anomalías adquiridas asociadas a este hábito varía según el tipo, localización, severidad, frecuencia y longevidad de este hábito (Ocampo y cols. 2013; Uribe y Cárdenas. 2014; Chen y cols. 2016).

**Lengua:** La interposición lingual es una posición anómala de la lengua, entre los dientes de la zona anterior o posterior, en reposo o en función, y contribuye a una desviación en los patrones de deglución (Narváez y cols. 2010; Muller y Piñeiro. 2014). La actividad en esta posición anómala determina un cambio en la morfología facial, la hiperactividad de los músculos depresores de la lengua la posicionan sobre el piso de boca, en lugar de estar con la zona anterior adosada al paladar y tras los incisivos superiores en su estado de reposo. Esta posición anómala estimula el crecimiento mandibular en sentido anteroposterior y transversal, pudiendo provocar mordida cruzada o incluso formas progénicas. De esta forma, la lengua no estimula el desarrollo transversal de maxilar, pudiendo generarse una compresión del maxilar superior (Muller y Piñeiro. 2014).

La interposición lingual puede verse asociada a mordida abierta anterior o protrusión de los incisivos superiores, además de mordida cruzada posterior (Narváez y cols. 2010; Muller y Piñeiro. 2014; Chen y cols. 2016).



**Objetos:** La interposición de objetos puede ocasionar distintos daños o alteraciones en las estructuras orales según frecuencia e intensidad, pero también según la naturaleza del mismo objeto. Es común en adolescentes y niños el hábito de morder lápices, lo que puede representar un potencial detrimento para el sistema masticatorio. Otro ejemplo es el uso de piercing intra y perioral como artículo de moda, en la lengua, labios y mejillas. Las complicaciones por su uso incluyen desgaste dentario, fractura dentaria, recesión gingival, destrucción periodontal localizada, incremento en el flujo salival, corrientes galvánicas, dificultad o deterioro de funciones como la masticación, deglución y fonoarticulación, además de posible sobre crecimiento de tejido y concentración de periodonto patógenos en el sitio perforado.

**Onicofagia:** La onicofagia, o mordedura crónica de uñas, puede no representar un problema según el paciente, pero puede dejar secuelas que afecten negativamente su calidad de vida. Se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad, pero su etiología es desconocida. En algunas personas es un acto inconsciente, que realizan en la cotidianeidad, y otras lo hacen de forma totalmente consciente (Ocampo y cols. 2013; Halteh y cols. 2017).

Este hábito es muy frecuente durante la infancia, se le ha denominado como un hábito de transferencia de la succión digital al abandonar éste alrededor del tercer año de vida, y se relaciona a alteraciones y enfermedades orales tales como gingivitis, abscesos gingivales, infección por incrustación de cuerpo extraño, abrasión dental, apiñamiento y rotación de los incisivos. En formas agudas, este hábito puede dañar el lecho ungueal y la matriz de la uña, y a su vez producir infecciones bacterianas principalmente por enterobacterias, y virales en labios y mucosa oral (Narváez y cols. 2010; Ocampo y cols. 2013; Halteh y cols. 2017).

**Respiración oral:** Existe controversia respecto a si se puede o no denominar a la respiración oral como un hábito nocivo, ya que puede presentarse asociada a patologías respiratorias que, como consecuencia, induzcan al paciente a adoptar este modo respiratorio (Uribe y Cárdenas. 2014). Tal es el caso de la obstrucción de la vía aérea superior debido a hipertrofia tonsilar, obstrucción nasal, desviación del septum nasal, rinitis alérgica

o pólipos nasales que impidan el paso de aire a la vía respiratoria inferior, conduciendo a que el paciente adopte un modo de respiración oral, lo que lleva a un descenso de la posición de la lengua para permitir el paso libre de aire, alterando el desarrollo craneofacial (Barrios y cols. 2014. Uribe y Cárdenas. 2014).

Dicha posición baja de la lengua produce cambios tales como apertura oral permanente por hipotonicidad labial o incompetencia labial, crecimiento transversal mandibular, disminución del crecimiento transversal maxilar y paladar ojival, protrusión de los incisivos, debilidad de la musculatura facial acompañado de altura facial aumentada, retrognatismo, rotación posterior mandibular y labio superior corto e inferior grueso. Puede acompañarse de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Estos cambios, en conjunto, conforman el aspecto o síndrome de cara larga o facies adenoídea (García y cols. 2011. Uribe y Cárdenas. 2014).

## 5. Bruxismo

Es una actividad repetida de la musculatura masticatoria, caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o apretar o impulsar la mandíbula. Presenta dos manifestaciones: bruxismo en vigilia (BV) y bruxismo del sueño (BS), respondiendo a dos expresiones circadianas distintas, dependiendo del momento de ocurrencia de la actividad. Se presenta entre el 3 y 40 % de los niños.

En el nuevo consenso de 2018 se reconoce que el bruxismo no puede considerarse un trastorno o enfermedad primaria. Es un síntoma, no es patológico ni fisiológico. Nos muestra que algo está ocurriendo.

El BS no es más considerado una parasomnia, ya que su etiología hoy se reconoce que está basada en factores neurofisiológicos. Actualmente se reconoce que el BS tiene una etiología multifactorial, que involucra complejos procesos fisiológicos multisistémicos, que producen, principalmente, alteraciones en el sistema nervioso central. Es una actividad no rítmica, porque no ocurre en intervalos regulares, aunque si es secuencial, como lo demuestran importantes investigaciones polisomnográficas. Tampoco puede considerarse como un hábito oral, teniendo en cuenta que el BS ocurre de manera involuntaria.

Por otra parte, si fuera considerado parafunción,

implicaría que sería una disfunción, con resultados sólo negativos. Si bien pueden existir resultados negativos, principalmente derivados de la severidad del bruxismo del sueño, puede tener funciones fisiológicas positivas como facilitar el flujo aéreo sin obstrucciones durante el sueño y lubricar el tracto alimentario superior. Debido a estas posibles funciones fisiológicas protectoras, se prefiere el término “condición” en lugar de “desorden o disturbo”.

La Actividad Muscular Masticatoria Rítmica-AMMR, tiende a ocurrir con largas inspiraciones. Se ha observado que aparatos bucales utilizados para adelantamiento mandibular, que tienden a aumentar la permeabilidad de la vía aérea superior, reducen la frecuencia de bruxismo del sueño- RMMA, lo cual llevaría a pensar que el aumento en la permeabilidad de la vía aérea superior, claramente disminuiría la actividad bruxómana. Se ha propuesto que, durante el bruxismo del sueño, la AMMR puede contribuir a desencadenar mayor producción de saliva para proteger, a través de su acción lubricante, la salud e integridad del tracto respiratorio superior.

El BV, por otro lado, está relacionado con la segregación de cortisol (relacionado con estrés) y serotonina (que determina los estados de bienestar). El BV actúa inicialmente como un mecanismo de defensa, reduciendo el cortisol cuando hay estados emocionales alterados y disminuyendo, por ende, los signos y síntomas de estrés. Sin embargo, si el origen de dichos estados no se resuelve, el apretamiento o rechinar podrían ocasionar daño, sobre todo a las articulaciones temporomandibulares. El BV es más frecuente en adolescentes, pues los estados hormonales, pueden ocasionar mayor tendencia a la ansiedad, estrés y somatización (mostrar dolor en otras partes del cuerpo). Es más complejo su detección, porque requiere un nivel de consciencia más alto para detectar los episodios y está altamente relacionado con otros hábitos orales, tales como comerse las uñas o morderse las mucosas de la boca.

Es importante aclarar que muchas investigaciones muestran que el bruxismo, del sueño o de vigilia, no causa desgaste dental. Sin embargo, puede agravarlo si existen factores desmineralizantes de la dentición, tales como reflujo gastroesofágico, dieta ácida y/o uso de inhaladores.

Como dijimos, el bruxismo es un síntoma. Esto significa que lo que amerita un diagnóstico

y obviamente tratamiento, es el estilo de vida, la condición médica subyacente o el estado emocional que está alterando el sistema de Neurotransmisores. El Odontopediatra tiene un papel preponderante para encontrar dicha causa y dar la consejería pertinente a la familia. Profundizar la evaluación del bruxismo del niño, podría mejorar su condición de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Understanding dental caries as a non-communicable and behavioral disease management implications.
2. Rubanovici V. Sugars and non-transmissible diseases. *One Health & Risk Management*. 2022;3(4):4-14.
3. Misgar BA. A Modern thought to Dental Caries. *Medicon Dental Sciences*. 2022;1:01-02.
4. Gastañaga VAA, López MCB & Carrillo VM. (). Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. *Odovtos: International Journal of Dental Sciences*. 2020;22(1):9.
3. Morocho HAI & Vidal FDLC. Bruxismo en niños panorama actual: revisión de la literatura. *Research, Society and Development*. 2022;11(10):e581111033109-e581111033109.
5. Parra-Iraola SS & Zambrano-Mendoza AG. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. *International journal of odontostomatology*. 2018;12(2):188-93.
6. dos Santos Barraza RA, Carminatti M, Carneiro A, Aleixo BDLP & Gomes E. Influencia de los hábitos orales en el perfil miofuncional orofacial de niños de tres a cinco años. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2020;10(1):13-23.
7. Mora-Zuluaga NJ, Torres-Trujillo K, Aragón N & Soto-Llanos L. Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*. 2020;16(2):1-12.
8. de Camargo M.GA, Palencia L, Santaella J & Suárez L. El uso de fluoruros en niños menores de 5 años. Evidencia. Revisión bibliográfica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2020;10(1), 82-92.
9. López Ramírez D. Prevención de caries en niños de 0-5 años que asisten al Centro de Salud T-III Miguel Hidalgo. 2019.
10. Ayala Pérez Y, Carralero Zaldívar LDLC & Leyva Ayala BDR. La erupción dentaria y sus factores influyentes. *Correo Científico Médico*. 2018;22(4):681-94.
11. Cuétara LH, Pupo DTP, Queija YF & Pérez IL. Cronología y secuencia de erupción dentaria permanente en niños de 5 a 12 años. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;1(1).
12. Yolanda AP & Beatriz del Rosario LA. La nutrición y su influencia en la erupción dentaria. In: *Estomatología* (2020, July).

**Los Editores agradecen a la Dra. María Cecilia Rizzuti la obtención del material para el presente artículo.**



Monografía presentada en:

## “EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA PEDIATRAS”

Curso de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA.

Coordinadora: Dra. Mercedes Acuña

# EUTANASIA: UN RECLAMO SOCIAL NECESARIO

*Dr. Luis Llano López*

Hospital H. Notti. Mendoza, Argentina. 2021

La eutanasia es terminar con la vida de alguien a su pedido, y es definida como “la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente”. Requiere de una intención de provocar la muerte, un tercero ejecutante y el requerimiento de un paciente portador de una enfermedad mortal en su propio beneficio. Es un tema de mucha controversia, pero esto no siempre fue así.

En la Antigua Grecia, no se planteaba como un problema moral. La concepción de la vida era diferente: una mala vida no era digna de ser vivida. Cicerón habla de eutanasia como una muerte digna, honesta y gloriosa.

Hipócrates, por su parte, representa una notable excepción: él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. Tenía el concepto de no dañar a los pacientes bajo ningún concepto. Platón, filósofo de la época, decía: “se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”. No habla de ayudar a morir sino de dejar morir, dejar que la vida siga su curso hacia la muerte.

En la Edad Media, aparece la fuerte influencia religiosa en la medicina tanto cristiana, como judía o musulmana. Bajo esta óptica, la práctica de la eutanasia es considerada como PECADO, puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue entregada por Dios y a Él pertenece.

En 1623 Francis Bacon sostiene que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso, ya que es al científ-

fico a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no (no es una cuestión de religión, sino de ciencia). A fines del siglo XIX, en América del Sur, existía personas encargadas de hacer morir a los enfermos desahuciados a petición de los parientes (el despenador).

Actualmente, la eutanasia solo está permitida legalmente como tal en 6 países: en el estado de Oregón, Estados Unidos, desde 1994 (no es eutanasia, sino suicidio asistido); en Holanda, vigente desde abril de 2001, en Bélgica, desde septiembre del 2003, y le siguieron Luxemburgo, Canadá, Nueva Zelanda y España. Se han creado numerosas asociaciones que claman por el reconocimiento de un legítimo derecho a morir con dignidad, distribuidas en todo el mundo.

En la declaración de Lisboa “Derechos del paciente”, de 1981, se recoge el derecho del paciente, después de ser adecuadamente informado sobre el tratamiento, a aceptarlo o rechazarlo y morir con dignidad. En la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, Italia, 1983, se adopta un “Postulado sobre la Muerte” donde se reafirma que la determinación del momento de la muerte debe ser responsabilidad del médico. Por el contrario, en 1987, en Madrid, en la 38ª Asamblea Médica Mundial se dispone que “La eutanasia, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”. En Ginebra, en 1990, la OMS considera que, con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. **Se defiende los principios médicos de curar, aliviar o acompañar al paciente.**

Muchas veces se invoca la **dignidad humana** en la discusión, pero este concepto sirve tanto

para defenderla como para rechazarla. Para los defensores de la eutanasia, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte, y que este tránsito sea sin sufrimiento. Personas que quieren “dejar de no vivir” o “no morir en la clandestinidad”. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad humana frente a un asunto exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.

Además, existe la creencia que legalizar la eutanasia va a llevar indefectiblemente a la muerte asistida de pacientes que no pueden dar el consentimiento, y también llevará a practicarla en pacientes pediátricos sin plena voluntad, influenciados por sus padres. Efecto tobogán, cuando una práctica prohibida se empieza a permitir se “tiende a ejercer de más” por un tiempo, hasta que se llega a un equilibrio.

En España, el pedido de eutanasia debe provenir de pacientes que experimentan un dolor que no responde al tratamiento, y que tanto él como el equipo médico interpretan que es la última opción posible (los defensores de los cuidados paliativos aluden que esta no es la última opción, nunca, debido a los avances tecnológicos y medicamentosos en su rubro). Estos pedidos son evaluados por el ministerio de Salud, para verificar que cumpla con los criterios descriptos en la ley. En pediatría, en ese país, desde el 2008 al 2018, se registraron 2 casos de eutanasia neonatal, y en los últimos 15 años 7 casos entre los 12 y 18 años. La mayoría de los casos pacientes con cáncer terminal. **TODOS los casos fueron evaluados por comités revisores.**

La situación en Estados Unidos de Norteamérica, no es muy diferente a la nuestra, donde la eutanasia está prohibida por ley (excepto en el estado de Oregon, como suicidio asistido), pero existen algunos matices grises que generan conflictos en el sistema de salud que acompaña a los pacientes en el final de su vida.

El paciente tiene derechos (ley argentina 26.529), entre ellos el de su autonomía, a sentir que lo respetan, a tener dignidad y poder decidir que tratamiento recibir y cual no. Entre esto la discusión de la eutanasia encuentra adeptos que sugieren si no es también un derecho del paciente el de elegir como morir.

Dentro de los derechos al final de la vida, el paciente puede dejar por escrito su decisión anticipada sobre la adecuación o retiro de tratamientos y esto debe ser respetado (en caso de que no lo haya hecho, un tutor o familiar cercano puede tomar la decisión, si la persona no puede). El médico tratante no debe tener miedo a una denuncia en caso que el paciente requiera o sea candidato a adecuar el esfuerzo terapéutico o a retirar tratamientos fútiles. El límite de estos derechos con el derecho a una muerte digna es muy estrecho. La Constitución Nacional declara que todos tenemos el derecho a la vida, pero no se expresa explícitamente si también tenemos derecho a la muerte, en caso de estar viviendo una vida dolorosa, angustiada, prolongada por el hombre y sin un tratamiento que modifique esta situación.

Se ha debatido y defendido mucho las estrategias terapéuticas que velen por “el mejor interés del paciente”, pero ¿qué pasa cuando ese interés no coincide con nuestras creencias religiosas, convicciones morales y profesionales? ¿Qué ocurre cuando no podemos, desde la ciencia, ofrecer más soluciones y el paciente pide y expresa, que su mejor interés es morir?

La responsabilidad mayor de los médicos es “acompañar siempre y curar a veces”. Es muy difícil cuando el camino elegido por el paciente va en contra de nuestras convicciones o del camino que nosotros queremos que siga. ¿Estaríamos incurriendo en “mala praxis” no acompañando a morir? ¿No respetando la autonomía de decidir morir? ¿No respetando la dignidad de una persona sobre cómo morir? ¿Acaso la muerte no es parte indivisible de la vida y a lo que todos llegaremos? ¿Cómo nos gustaría a nosotros que nos tratasen en ese momento? ¿Si pudiéramos elegir, elegiríamos cómo y cuándo morir?

La doctrina del doble efecto al final de la vida, cuando a un paciente se le administra sedación continua para que no sienta sufrimiento ni asfixia, y en caso de que la dosis resulte letal pero el médico no tiene la intención de ese resultado no es ilegal y es ético. El límite entre esa doctrina y la eutanasia es muy fino, y acontece en la intención (demostrable) del médico que prescribió la medicación. Cuando se retira la nutrición e hidratación de un paciente al final de la vida



como adecuación de esfuerzo terapéutico (ambos son medicaciones finalmente), ¿no estamos acortando el proceso de agonía y haciendo más precoz el desenlace?

Incluso en algunos estados de E.E.U.U. (Oregon), se permite legalmente que el médico prescriba una dosis letal de un medicamento **pero** que no sea él el que lo administre ni los enfermeros sino el mismo paciente y en ese caso no es considerado un delito (¿No estamos acaso facilitando la muerte?).

Vivir es un derecho no una obligación, dijo Ramón Sampredo, paciente cuadripléjico español que pedía la eutanasia. Actualmente Argentina no cuenta con una ley de eutanasia, sin embargo, existe un anteproyecto liderado por legisladoras cordobesas. En redes sociales encontramos un espacio llamado «*Eutanasia: Derechos y Final de Vida*» donde se puede obtener información y participar.

Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009) debió ser actualizada en el año 2012 por Ley 26.742, llamada «Ley de Muerte Digna», donde se legisló de forma específica la adecuación de esfuerzo terapéutico y el rechazo de tratamiento con el objetivo de proteger la autonomía y la dignidad de las personas en el final de la vida, y a su vez, poder otorgar seguridad jurídica a los profesionales de la salud; de tal manera que estas cuestiones deban resolverse dentro del ámbito médico y familiar.

Esta ley fue ratificada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en causa «D., M. A. s/Declaración de Incapacidad» (CSJ 376/2013(49-D). Algunos de los textos de la ley fueron incorporados al Código Civil y Comercial vigente desde el 2015. No obstante, sigue resultando de difícil aplicación; incluso se observa una reticencia al suministro de la sedación paliativa cuando el caso lo requiere. Son muchos los familiares que deben recurrir a los profesionales del derecho y la bioética a los fines de que se permita morir a su ser querido. Esto indica que debemos seguir informando y capacitando a los profesionales y auxiliares sanitarios.

En nuestro país muchas personas necesitan ser amparadas por una legislación que les permita la ayuda para morir. En ese sentido, la consagración del derecho de autonomía tiene apoyatura en el art. 19 de nuestra Constitución Nacional que protege la esfera de la privacidad de la persona, su autodeterminación en las acciones en la medida en que no afecten la moral pública ni

derechos legítimos de terceros, como así también en los instrumentos del derecho internacional con jerarquía constitucional, reconocidos por el art. 75, inc. 22 de la misma Constitución. En la eutanasia no hay intereses de terceros implicados, puesto que es la persona que sufre la que toma la decisión.

El concepto de la dignidad humana, fundamento de estos tratados internacionales, ha quedado plasmado en el Código Civil y Comercial, de tal manera que incorpora la dignidad como fuente de todos los derechos personalísimos.

Luego de lo expresado y leído, creo que es un tema que debe estar en agenda, ser discutido profunda y seriamente, liberado de prejuicios y convicciones religiosas y considerando como eje y objetivo el “mejor interés del paciente”. Acompañar en la vida, en el sufrimiento y en la muerte, pero siempre con la dignidad, libertad y autonomía de ser persona.

## REFERENCIAS

- Ley 26.529, «Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado», BO 20/11/09 (Argentina), actualizada por Ley 26.742 llamada «Ley de Muerte Digna», BO 24/5/12 (Argentina).
- Resolución 1216 de 2015. (2015) (en línea) consulta:4 de abril de 2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1216-de2015.pdf>.
- BOE Núm. 72. 25 de marzo de 2021.
- Magnante D, Poliszuk J, Juri J, Tarditti A. «Protocolo para la Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Terapia Intensiva» (2019). Comité de Trasplante y Procuración de la SATI. <https://www.sati.org.ar/images/PROTOCOLO-AET-COMITEDETRASPLANTE-Y-PROCURACION-SATI-1.pdf>. Publicado en IntraMed:<https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoid=96578&pagina=2>
- Bovens L. Child euthanasia: should we just not talk about it? *J Med Ethics* 2015;0:1–5. doi:10.1136/medethics-2014-102329
- Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying: law and practice around the world *BMJ* 2015;351:h4481 doi: 10.1136/bmj.h4481 (Published 19 August 2015)
- García Fernández M. El protocolo de Groningen: Análisis ético de la eutanasia en el ámbito de la neonatología. 2012.
- MAGNANTE D. “Protocolo del Comité de BIOÉTICA para el abordaje integral de pacientes en situación de gravedad”. 2021.
- MAGNANTE D. Ley de eutanasia en España «Vivir es un derecho, no una obligación». 2021.



## Perlitas legales

# CREACIÓN DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CÁNCER. LEY 27.674

**Dra. Mercedes Regina Acuña**

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

Esta ley, publicada en el Boletín oficial el 18/7/2022, tiene como objeto crear un régimen de protección integral para los niños, niñas y adolescentes que padezcan cáncer, con residencia permanente en el país, para reducir la morbimortalidad y garantizar los derechos de los mismos bajo un programa de protección integral.

### Quién es la autoridad de aplicación de esta Ley?

Es el Instituto Nacional del Cáncer, que depende del Ministerio de Salud. Se crea una credencial para los pacientes que estarán inscriptos en el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), documento que garantizará la condición de beneficiario. Se renueva cada año y expira con el alta definitiva del paciente y/o con vigencia hasta los 18 años.

### Cuáles son las funciones del Instituto Nacional del Cáncer?

- \* Aumentar la cobertura de la red que constituye el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA).
- \* Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de los pacientes.
- \* Establecer un sistema de Referencia-Contrareferencia eficiente que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.
- \* Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento desde un enfoque de derechos.

- \* Promover la creación de una red nacional de laboratorios de histocompatibilidad a partir de los laboratorios existentes, a los fines de agilizar la tipificación genética de las muestras.
- \* Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.
- \* Fomentar las investigaciones epidemiológicas sobre el cáncer infantil.
- \* Articular con las áreas del Poder Ejecutivo nacional que desarrollen actividades de cuidado de la salud de niñas, niños y adolescentes, a los fines del cumplimiento de los objetivos del programa.
- \* Promover la aplicación de guías prácticas terapéuticas y/o protocolos, conforme a criterios y evidencias establecidas por los organismos competentes.
- \* Celebrar convenios de cooperación y coordinación con las autoridades sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los fines de cumplir e implementar los objetivos del programa.

### Qué derechos están protegidos?

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes que padezcan cáncer y todo niño, niña y adolescente hospitalizado/a a quienes se les deberá proteger los siguientes derechos:

- \* Los mejores cuidados disponibles, priorizando el tratamiento ambulatorio, y si este/a requiere internación en el hospital, deberá ser lo más

breve posible de acuerdo al tratamiento.

- \* Estar acompañado de sus referentes familiares o de cuidado. Estos deberán participar de la estancia hospitalaria, sin que les origine costos adicionales para no crear obstáculos al tratamiento del niño, niña o adolescente.
- \* Deben recibir información sobre su enfermedad y su tratamiento, en forma clara y con la comprensión adecuada, pudiendo tomar decisiones, con la asistencia de sus progenitores.
- \* Derecho al Consentimiento Informado (art. 26 del Código Civil y Comercial)
- \* Derecho a recibir atención individualizada con el mismo profesional de referencia.
- \* Derecho a que sus referentes familiares o de cuidado reciban toda la información sobre la enfermedad y el bienestar del niño, niña o adolescente, no olvidando que se debe respetar el derecho de la intimidad de los pacientes, y que puedan expresar su conformidad con los tratamientos que se le aplican.
- \* Derecho a recibir acompañamiento psicológico, tanto para los pacientes como a sus referentes familiares o de cuidado.
- \* Derecho a rechazar medicamentos y tratamientos experimentales.
- \* Derecho al descanso, el esparcimiento y el juego.
- \* Derecho a la educación.
- \* Derecho a recibir tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

### **Cómo se cumpliría el derecho a la educación para estos pacientes?**

Las autoridades de aplicación, en coordinación con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deberán diseñar y ejecutar políticas destinada a garantizar el acceso a la educación y arbitrar las medidas pertinentes para fortalecer las trayectorias educativas de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en esta situación (ley 26206 de educación nacional).

### **Qué pasa si el paciente debe trasladarse porque su tratamiento se realiza en forma ambulatoria, y/o debe permanecer junto a su grupo familiar a una distancia mayor de 100 km de su lugar de residencia?**

El Instituto Nacional del Cáncer, en coordinación con las respectivas jurisdicciones, garantizará a las familias el acceso a un subsidio habitacional que les permita facilitar y cubrir los gastos de locación de vivienda, durante el plazo que dure el tratamiento.

### **Se contempla gratuidad del transporte público para asistencia de estos pacientes?**

Si. Mientras dure el tratamiento, y por la autoridad de aplicación, a estos pacientes se les otorgará el estacionamiento prioritario en zonas reservadas y señalizadas (para los vehículos que trasladen a las personas beneficiarias de esta ley). Además, se establece la gratuidad en la utilización del transporte público y transporte en colectivo terrestre (ley 22.431, art.22).

### **Si uno de los padres, o representantes legales, trabajara ¿tiene la posibilidad de gozar de una licencia especial para el acompañamiento de estos pacientes?**

Si, los progenitores o representantes legales podrán gozar del derecho de licencias especiales que les permitan acompañar a sus hijos en los estudios, rehabilitaciones y tratamientos inherentes a la recuperación y mantenimiento de su estado de salud, sin que esto sea causal de pérdida de presentismo o despido de su fuente de trabajo. Estas personas a cargo en relación de dependencia pública o privada, gozarán de licencias especiales sin goce de haberes; este plazo de licencia rige para la fecha que figure en la prescripción del profesional o médico tratante del paciente oncopediátrico en tratamiento, debidamente acreditado por la autoridad de aplicación.

### **Si los progenitores o representantes legales no perciben haberes por la licencia especial ¿cómo se contempla una asignación económica?**

Durante la licencia especial, el /la trabajador/a percibirá de la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), las asignaciones correspondientes y una suma igual a la retribución que le corresponda al periodo de licencia, de conformidad con las exigencias, plazos, topes y demás requisitos de las reglamentaciones

correspondientes. En caso de fallecimiento de la niña, niño y/o adolescente (con padecimiento de cáncer y residencia permanente en el país) los progenitores o representantes legales, en situación de vulnerabilidad social, están alcanzados por el beneficio del “Subsidio de contención familiar” (decreto 599/06).

### **Esta ley ¿contempla el derecho a una vivienda acorde a lo que necesitan estos pacientes oncopediátricos?**

Si. Establece que, para los pacientes con familias en situación de vulnerabilidad social, se promoverá, ante los organismos pertinentes, la adopción de planes y medidas que faciliten, a las personas comprendidas en esta ley, el acceso a una vivienda adecuada o la adaptación de la vivienda familiar a las exigencias que su condición le demande.

### **Estos pacientes oncopediátricos ¿gozaran de cobertura sanitaria gratuita?**

El sistema público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23660 y 23661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de Medicina Prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar al niño, niña y adolescente con cáncer, una cobertura del 100%, en las prestaciones previstas de la presente ley, para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico.

### **Cuáles son las funciones del Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer?**

- \* Cumplir con el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) de los pacientes hasta los 18 años de edad inclusive.
- \* Difundir y capacitar a través de estrategias para el diagnóstico precoz del cáncer infantil.
- \* Gestionar el funcionamiento en red de los centros oncológicos que atienden a dichos pacientes a nivel nacional.
- \* Establecer lineamientos programáticos y guías de práctica para la detección, diagnóstico y tratamiento.
- \* Asistir a los centros oncológicos para que brinden una atención de calidad que respeten los derechos de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.
- \* Capacitar a los equipos de salud a través del Programa de Becas de Capacitación de Recursos Humanos en Cáncer.
- \* Realizar un seguimiento y cuidado clínico post tratamiento oncológico.

Los gastos que demande el cumplimiento de esta Ley serán atendidos con las partidas que al efecto destine en forma anual el Presupuesto General de la Administración Pública para los organismos comprometidos en la ejecución.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Art. 26 del Código Civil y Comercial: Ejercicio de los derechos de la persona menor de edad.
- Ley 22431-Art 22. – Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. Barreras en los accesos y transporte.
- Decreto 599/06. Subsidio de Contención Familiar.
- Ley 23660. Régimen de Obras Sociales.
- Ley 23661. Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- <https://www.boletinoficial.gob.ar>





## Boletín bibliográfico 85

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

**Dr. Carlos Luzzani**  
Médico Pediatra

### LAS INFECCIONES ASINTOMÁTICAS IMPULSAN MUCHAS EPIDEMIAS

Viruela símica, COVID-19 y poliomielitis: estas tres enfermedades muy diferentes han estado dominando las noticias recientemente, pero comparten al menos una característica común: algunas personas pueden infectarse y, a su vez, infectar a otras sin mostrar síntomas.

En 1883, el famoso bacteriólogo Friedrich Loeffler (1852-1915) reconoció que un individuo portador asintomático podría causar difteria en otros. Ahora, como entonces, las personas infectadas asintomáticamente presentan un enigma: ¿Cómo se combate la propagación de una enfermedad cuando no se puede identificar a algunas de las personas que la difunden?

“María Tifoidea” es quizás el ejemplo por excelencia de la transmisión asintomática de infecciones que conducen a la enfermedad y la muerte. A principios del siglo XX, la joven Mary Mallon emigró de Irlanda a la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, donde pronto se convirtió en cocinera de familias ricas de Manhattan, que rápidamente comenzaron a enfermarse.

George Soper, un ingeniero sanitario, fue contratado por una familia afectada para investigar. Tras un estudio epidemiológico, sospechó que Mary era portadora de *Salmonella typhi*, la bacteria causante de la fiebre tifoidea. Persuadió al Departamento de Salud de Nueva York para que le hicieran pruebas, en contra de su voluntad, para detectar la infección. Después de que se descubrió que sus heces dieron positivo para salmonela, Mary fue trasladada a la fuerza a la isla North Brother, donde permaneció en gran parte aislada de los demás durante los siguientes dos años. En 1910, un nuevo comisionado la liberó después de prometer que no trabajaría como cocinera.

Sin embargo, trabajando con un nombre falso, Mary volvió a cocinar en el *Sloane Hospital for Women* en Manhattan. Durante los siguientes

tres meses, al menos 25 miembros del personal se enfermaron. Habiendo sido descubierta, Mary fue nuevamente exiliada a la isla, donde pasó el resto de su vida. Murió en 1938 después de haber infectado al menos a 122 personas, cinco de las cuales fallecieron.

### COVID-19

Las infecciones asintomáticas son los principales impulsores de COVID-19. Al principio de la pandemia, un metanálisis sugirió una tasa de 40 % de infecciones asintomáticas, aunque algunos informes iniciales llegaron a estimaciones más bajas. Un estudio de modelado de *JAMA Network Open* en 2021 indicó una tasa de 60 %.<sup>1</sup>

Esas tasas están cambiando con las variantes de ómicron, por lo que aún más casos son asintomáticos. ¿Es esto por una mutación en el virus? Algunos sugieren que lo más probable es que se deba a una vacunación previa que dio como resultado un aumento de la inmunidad y que las infecciones fueran más leves. Lo preocupante es que, aunque las personas pueden ser asintomáticas, todavía tienen la misma carga viral en la nariz y pueden transmitir infecciones fácilmente.

Vincent Racaniello, Ph. D., profesor de virología en la Columbia University en Nueva York, Estados Unidos, dijo a *Medscape Noticias Médicas* que “SARS-CoV-2 es tan efectivo para propagarse porque hace esta transmisión asintomática. Y entonces estás fuera de casa, no tienes idea de que estás infectado. Efectivamente estás haciendo lo que llamamos transmisión comunitaria”.

Esto distingue al SARS-CoV-2 del SARS-CoV-1. El SARS-CoV-1, que causó la epidemia de SARS entre 2002 y 2004, tuvo muy poca diseminación asintomática. Con COVID-19, por otro lado, “muchas gente está infectada pero nunca transmite”, agregó Racaniello. “Creo que

80 % de las transmisiones las realiza 20 % de las personas infectadas porque esas son las que están expeliendo más virus”.

## Poliomielitis

El caso de agosto de poliomiélitis parálitica en el condado de Rockland, Estados Unidos, es “el primer caso de poliomiélitis reportado en Estados Unidos en casi diez años, y solo la segunda instancia de transmisión comunitaria identificada en Estados Unidos desde 1979”, declaró un portavoz de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos a *Medscape Noticias Médicas* por correo electrónico. “Aunque no se han informado casos adicionales de poliomiélitis en este momento, los hallazgos recientes de aguas residuales elevan la preocupación de que el poliovirus esté presente en estas comunidades, lo que representa un riesgo para quienes no están vacunados”.

Ahora se ha encontrado poliovirus en las aguas residuales de la ciudad de Nueva York y tres condados circundantes: Rockland, Orange y Sullivan.

A diferencia de COVID-19, que se propaga a través del aire y las secreciones respiratorias, la poliomiélitis se transmite principalmente por vía fecal-oral, lo que significa que la transmiten las personas que ingieren alimentos o agua contaminados con heces.

Según la Organización Mundial de la Salud, hasta 90 % de las infecciones pasan desapercibidas porque la persona no presenta síntomas mínimos. Los síntomas son inespecíficos para el resto, solo una pequeña proporción de los infectados desarrollan parálisis.

El Dr. Paul Offit, virólogo y director del Centro de Educación sobre Vacunas del Children’s Hospital of Philadelphia, en Filadelfia, Estados Unidos, compartió con *Medscape Noticias Médicas* que antes de la inmunización generalizada, la poliomiélitis “causaba parálisis a entre 25.000 y 30.000 niños cada año y la muerte de 1.500. Aproximadamente 1 de cada 200 de los niños infectados estaban paralizados. Teníamos la vacuna inactivada seguida de la vacuna oral contra la poliomiélitis. El precio que pagamos por la vacuna oral fue que rara vez podía revertirse

el llamado tipo neurovirulento, uno de tipo paralítico”.

El uso de la vacuna oral contra la poliomiélitis se suspendió en 2000 en Estados Unidos, pero todavía se usa ampliamente en todo el mundo porque es económica y más fácil de administrar que las inyecciones. Parecía que estábamos cerca de erradicarla por completo, así como la viruela, pero luego el virus de la poliomiélitis derivado de la vacuna comenzó a aparecer en África, Medio Oriente y Asia. Son principalmente del virus tipo 2, como es el caso de Nueva York. Ha habido otros tres casos de virus de la poliomiélitis derivado de la vacuna en Estados Unidos desde el año 2000.

Ahora, el Dr. Offit estima que solo 1 de cada 2.000 de los infectados quedan paralizados. Es por eso que los CDC de Estados Unidos y los epidemiólogos están tan preocupados por el paciente de Rockland: un caso de parálisis podría representar una gran cantidad de personas no solo infectadas con poliomiélitis sino además asintomáticas que pudieran seguir arrojando virus en las aguas residuales.

Los CDC de Estados Unidos confirmaron que comenzaron a realizar pruebas de aguas residuales para la poliomiélitis en agosto de 2022. En sus entrevistas con *Medscape Noticias Médicas*, el Dr. Offit y Racaniello criticaron esto y enfatizaron que es esencial realizar pruebas de aguas residuales a nivel nacional, ya que se puede esperar que surja la poliomiélitis asintomática de viajeros internacionales que han recibido la vacuna oral.

Muchos países llevan a cabo ese tipo de vigilancia de aguas residuales. Racaniello fue particularmente crítico con los CDC de Estados Unidos. “Les hemos estado diciendo durante años, al menos una década, ¿por qué no revisan las aguas residuales?”, expresó Racaniello. “Se sabe desde hace muchos años que deberíamos buscar monitorear la circulación de estos virus. Así que están usando la parálisis como centinela para decir que este virus está en las aguas residuales, ¡lo cual simplemente es inaceptable!”.

Al parecer había cierta preocupación de que el público no lo entendiera. El Dr. Offit lo vio como una pieza más de educación necesaria: “No deben alarmarse por esto mientras estén

vacunados. Si no está vacunado, tenga en cuenta que es un riesgo que está tomando”.

### Viruela símica

Los casos de viruela símica se han disparado en Estados Unidos en las últimas semanas. Se han reportado más de 18.000 infecciones desde el primer caso en Boston, el 19 de mayo de 2022.

“La viruela símica era una enfermedad zoonótica muy rara e históricamente siempre se introdujo a través del contacto con animales”, declaró a *Medscape Noticias Médicas* el Dr. Stuart Isaacs, virólogo especializado en viruela de la *University of Pennsylvania*, en Filadelfia, Estados Unidos “Y luego, la persona infectada tendría una propagación potencial dentro del hogar como la propagación más frecuente de persona a persona. La transmisión sexual está impulsando gran parte de esta infección y potencialmente permitiendo que se propague de manera eficiente de persona a persona”.

Un estudio reciente de Bélgica, disponible solo como preimpresión, creó preocupaciones sobre la posible transmisión asintomática de la viruela del simio. Tres hombres se habían sometido a pruebas de clamidia anogenital y gonorrea, pero no mostraron signos clínicos de la viruela símica. Las mismas muestras se analizaron posteriormente mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y su carga viral en hisopos anorrectales fue similar o ligeramente inferior a la de los pacientes sintomáticos. Si bien no se realizaron cultivos, los pacientes se seroconvirtieron mediante pruebas de anticuerpos posteriores, lo que confirmó la infección.

Por correo electrónico, un portavoz de los CDC de Estados Unidos le dijo a *Medscape Noticias Médicas*: “En este momento, los Centers for Disease Control and Prevention no tienen suficientes datos para respaldar la transmisión del virus en aerosol para el brote de viruela símica en curso, o para evaluar los riesgos de transmisión de personas asintomáticas. Los datos respaldan que la fuente principal de transmisión actualmente es el contacto cercano con alguien que está infectado con viruela símica”.

El Dr. Isaacs estuvo de acuerdo y dijo que los estudios de la viruela, un ortopoxvirus relacionado, también sugirieron esto.

En el Reino Unido, el Instituto de Medicina Tropical está ofreciendo pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la viruela símica a todos los pacientes que vienen para la detección de gonorrea/clamidia. Racaniello dijo: “Creo que sería genial tener una idea de quién está infectado. Luego, podríamos ver los resultados y decir qué porcentaje de personas desarrollan lesiones y tener una idea de la tasa de asintomáticos, que desconocemos en este momento”.

Desafortunadamente, en Estados Unidos, para hacerse la prueba de la viruela símica se requiere que el paciente tenga una lesión. “Esto es parte del abandono de la salud pública en Estados Unidos”, señaló Racaniello. “No estamos pensando en esto... Necesitamos hacer experimentos [de infectividad]. Entonces, la pregunta es: ¿Cuánto virus infeccioso necesitas transmitir?”.

### Conclusión

Hemos visto que el transporte asintomático de bacterias y virus ocurre fácilmente con la fiebre tifoidea, la COVID-19, la difteria y la poliomiелitis (entre muchos otros organismos, como el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina o el estreptococo del grupo A) y es mucho menos probable con la viruela símica.

Dos comunes denominadores surgieron de estas entrevistas. El primer y mayor obstáculo es identificar a los portadores asintomáticos, que se ve obstaculizado por la politización de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos y los recortes de fondos para la salud pública. “Los CDC solían ser todos sobre la salud pública y ahora son administradores, desafortunadamente”, externó Racaniello, citando a la escritora científica Laurie Garrett, autora del influyente libro de 1994, *The Coming Plague*.

No llevamos a cabo una vigilancia adecuada, señaló. La vigilancia de las aguas residuales se ha descuidado durante más de una década. Se ha utilizado para SARS-CoV-2, pero apenas ahora se está iniciando para la poliomiелitis y la viruela símica. Las pruebas de norovirus también serían especialmente útiles para reducir los brotes transmitidos por los alimentos, sugirió Racaniello.

El segundo denominador común es la necesidad

de aumentar la disponibilidad y la adopción de vacunas. Como dijo Racaniello sobre la COVID-19, “El virus llegó para quedarse. Nunca va a desaparecer. Está en los humanos. Está en muchos animales. Así que estamos atrapados con él. Vamos a tener brotes todos los años. Entonces, ¿qué hacer? Vacúnate”. Y agregó: “La vacunación es la estrategia más importante para seguir con nuestra vida”.

El Dr. Isaacs fue un poco más templado, no quiso sobrevender la vacuna. Anotó: “La vacuna es solo parte del conjunto de herramientas”, que incluye educación, pruebas, aislamiento y reducción del riesgo, todo lo cual disminuye los ciclos de transmisión.

Hablando de cómo los antivacunas se habían dirigido específicamente a la comunidad jasídica en el condado de Rockland del estado de Nueva York, el Dr. Offit señaló: “No creo que sea tanto un déficit de conocimiento como un déficit de confianza”. Comentó que los funcionarios deberían identificar a las personas en comunidades como estas en las que se confía y hacer que se conviertan en personas influyentes.

El principal obstáculo final para controlar estos brotes sigue siendo la disparidad global en la atención. La viruela símica ha sido endémica en Nigeria durante décadas. Fue solo cuando se extendió a Europa y América que recibió atención. La poliomielitis ha estado circulando activamente en África y Oriente Medio, pero solo está recibiendo atención debido al caso de Nueva York.

África no podía pagar las vacunas contra COVID-19 hasta hace poco. Si bien muchos en Estados Unidos están en su cuarto refuerzo, en diciembre de 2021, más de 80 % de las personas en África aún no habían recibido una sola dosis, según un artículo de Munyaradzi Makoni en *The Lancet Respiratory Medicine*.<sup>2</sup>

Haciendo eco de la reiterada súplica de Peter Hotez a favor de la “diplomacia de las vacunas”, Racaniello concluyó: “Mi filosofía siempre ha sido que debemos darles [vacunas] a ellos. Quiero decir, gastamos billones en armas. ¿No podemos gastar unos cientos de millones en vacunas? Deberíamos regalar todo en términos de medicamentos a los países que lo necesitan y la gente nos querría mucho más de lo que lo

hace ahora. Creo que sería una gran manera de agradar a los países... Así que ¿y qué si cuesta mil millones de dólares al año? Es una gota en el océano para nosotros”.

Dada la globalización, un brote infeccioso en cualquier lugar es un riesgo para todos.

*Racaniello y el Dr. Offit han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. El Dr. Isaacs recibe regalías de UpToDate.*

**Dra. Judy Stone**

*Medscape; 26 de septiembre de 2022*

## Referencias

1. Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, Prasad PV, y cols. SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms. *JAMA Netw Open*. 4 Ene 2021;4(1):e2035057. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.35057. Fe de erratas: *JAMA Netw Open*. 1 Feb 2021;4(2):e211383. PMID: 33410879. Fuente
2. Makoni M. The quest for more COVID-19 vaccinations in Africa. *Lancet Respir Med*. Jul 2022;10(7):e70-e71. doi: 10.1016/S2213-2600(22)00193-X. PMID: 35623372. Fuente

## ¿ADIÓS A LOS HISOPADOS? APLICACIÓN MÓVIL DETECTA COVID-19 A TRAVÉS DE LA VOZ

Una aplicación móvil desarrollada en los Países Bajos detecta en menos de un minuto nueve de cada diez casos de COVID-19 mediante el análisis de la voz, siendo incluso más preciso que las pruebas rápidas de antígeno que requieren un hisopado nasal para coleccionar la muestra, según resultados preliminares presentados en el congreso anual de la European Respiratory Society, celebrado en Barcelona, España.

El algoritmo de inteligencia artificial fue entrenado con voces provenientes de una base de 4.352 personas, de las cuales 308 tuvieron resultados positivos de la prueba para SARS-CoV-2. “Estoy particularmente excitado con las implicancias médicas, aunque la validación externa puede tomar años antes de que la herramienta pueda estar disponible para el público”, señaló Visara Urovi, Ph. D., profesora asociada del Instituto de Ciencia de Datos (DSI) de Universiteit Maastricht, en Maastricht, Países Bajos. La infección afecta el tracto respiratorio, “lo que resulta en una falta



de energía del habla y pérdida de la voz debido a la dificultad para respirar y la congestión de las vías respiratorias superiores”, justificaron Urovi y sus colaboradores.

## SARS-COV-2 ALTERA EL ARN DE LAS CÉLULAS INFECTADAS

Por primera vez un estudio realizado por científicos de la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), en San Pablo, Brasil, pudo demostrar que el SARS-CoV-2 introduce ciertas marcas químicas en el ARN de las células que infecta, publicó la revista *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. Se trata de añadidos de grupos metilo o “metilación” en sitios específicos de la secuencia.

Los investigadores examinaron 13 conjuntos de datos procedentes de cuatro estudios que analizaron el ARN viral, así como el de células animales y humanas. La estrategia podría favorecer la replicación viral usando a su favor la maquinaria de producción o “actividad traslacional” de las células invadidas. El mismo grupo detectó que el virus también estimula la metilación de su propio ARN para eludir mejor la acción defensora del interferón y así acelerar su proliferación.

## RESURGIMIENTO DE LA POLIOMIELITIS: “PUEDE LEVANTAR SU HORRIBLE CABEZA DE NUEVO”

Una de las consecuencias indirectas de la pandemia ha sido la caída en las coberturas de las vacunas incluidas en los programas vacunales y como consecuencia, la amenaza de reintroducción y propagación rápida y silenciosa en la población de enfermedades como la poliomielitis, alertó en rueda de prensa la Dra. Etienne. “Han pasado casi 30 años desde que la región de las Américas se convirtió en la primera del mundo en eliminar la poliomielitis por poliovirus salvajes gracias a campañas de vacunación integrales y coordinadas. Sin embargo, la disminución progresiva de las tasas de vacunación, agravada por la pandemia de COVID-19, ha dejado sin protección a muchas de nuestras poblaciones”.

Los países con riesgo muy alto o alto son Brasil, República Dominicana, Haití, Perú, Argentina, Bahamas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Panamá, Surinam y Venezuela, informó la Dra. Etienne. Estados Unidos, en tanto, detectó y notificó en julio su primer caso desde 1993, un hombre sin vacunar que quedó paralizado y luego se descubrió que el virus circulaba en comunidades del Estado de Nueva York. “Los bajos niveles de vacunación en la región le han dado la oportunidad a la poliomielitis de levantar su horrible cabeza de nuevo. La poliomielitis paralizó a generaciones antes de la vacuna y no queremos regresar a ese escenario”, alertó la funcionaria.

**Matías A. Loewy**

*Medscape Noticias Médicas;*  
23 de septiembre de 2022

## NOBEL DE MEDICINA: HERENCIA NEANDERTAL INFLUYE EN RESPUESTA A COVID-19

El paleogenetista sueco Svante Pääbo, Ph. D. obtuvo este lunes 3 el Nobel de Fisiología o Medicina 2022 por su trabajo sobre los genomas de homínidos extintos y por sus nuevos conocimientos sobre la evolución humana. Y aunque varias personas especulaban que el galardón lo podrían recibir algunos investigadores que permitieron el desarrollo rápido de las vacunas de ARN mensajero, como la bioquímica Katalin Karicó, Ph. D., los hallazgos de Pääbo también se relacionan con la pandemia, porque su trabajo revela que los neandertales y el *Homo sapiens* se cruzaron durante su coexistencia milenaria y que las secuencias genéticas arcaicas influyen en los humanos modernos, por ejemplo, en la forma en que el sistema inmune responde a las infecciones, incluyendo COVID-19.

El mismo Pääbo lo había manifestado en 2020 cuando junto a su colaborador Hugo Zeberg propuso que un segmento genómico en el cromosoma 3 heredado de los neandertales se asocia a formas más graves de COVID-19, publicó *ABC de España*. En febrero de 2021 ambos autores también identificaron en *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)* la

misma herencia en un haplotipo del cromosoma 12 que se asociaba con una reducción de 22 % en el riesgo de enfermedad grave. “Pero está claro que la importancia del trabajo científico de Pääbo no radica en las implicaciones sanitarias. Los antiguos genomas de Pääbo nos permiten relatar e imaginar épocas pasadas en las que múltiples especies humanas se encontraron y generaron familias. Lo que Pääbo nos ha dado son historias que nos hablan a nosotros, a nuestro presente, a nuestra identidad, a nuestra relación con la vida biológica. Quizá el Nobel que hubiera merecido, más que el de medicina, es el de literatura”, escribió Massimo Sandal en *Esquire*.

## **DOLOR FARÍNGEO SE VUELVE UN SÍNTOMA DOMINANTE DE LA INFECCIÓN**

El dolor faríngeo u odinofagia está ahora presente en dos de cada tres casos de infección por SARS-CoV-2, mientras que la fiebre y la anosmia se están volviendo menos comunes, según informes de Reino Unido.

“Mucha gente sigue utilizando las recomendaciones del gobierno sobre los síntomas, que son incorrectas. Es posible que muchas personas mayores no piensen que tienen COVID-19. Dirán que es un resfriado y no se harán la prueba”, destacó el Dr. Tim Spector, Ph. D., profesor de epidemiología genética en el King’s College en Londres, Reino Unido, y cofundador de la aplicación COVID ZOE, que es parte del estudio de la COVID-19 más grande del mundo.

## **PROTECCIÓN DE LACTANTES A TRAVÉS DE LA LECHE MATERNA**

Aunque ya se sabía que la vacunación de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia con fórmulas de ARN mensajero transmitirían la protección de anticuerpos a sus bebés, se ignoraba si el mismo beneficio se podía obtener con las vacunas de vectores virales, tales como las de University of Oxford/AstraZeneca, Gamaleya Research Institute (Sputnik V), CanSino o las de virus inactivados, como la de Sinopharm. Un estudio argentino sobre 226 mujeres publicado

en *Frontiers in Immunology* lo confirma.

Las vacunas estudiadas “generan una respuesta inmune humoral que produce anticuerpos del tipo de inmunoglobulina G e inmunoglobulina A, que fueron detectados y cuantificados tanto en el plasma como en la leche materna”, declaró a la Agencia *CyTA-Leloir* uno de los autores principales, Diego Ojeda, Ph. D., del Laboratorio de Virología Molecular de la Fundación Instituto Leloir (FIL), en Buenos Aires. Dado que la inmunidad pasiva se transfiere a través de la placenta y la leche materna, “la protección es mayor si las mujeres se vacunan durante el embarazo”, resaltó otra autora, Yésica Longueira, maestra en biobancos, del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS), en la misma ciudad.

**Matías A. Loewy**

*Medscape Noticias Médicas;*

7 de octubre de 2022

## **LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO PODRÍA ESTAR SUBESTIMADA**

La tasa de transmisión de madre a hijo de la infección por SARS-CoV-2 es probablemente más alta que la estimación actual de 2 % a 8 % y podría rondar 12 %, según sugiere un estudio reciente presentado en el Congreso Anual de la American Academy of Pediatrics (AAP) de 2022 que utilizó la serología de la sangre del cordón umbilical para determinar la incidencia en más de 500 partos.

“El análisis de la sangre del cordón umbilical es una herramienta potencial para identificar a los recién nacidos infectados o expuestos al SARS-CoV-2 a los que luego se les debe dar seguimiento por las consecuencias a largo plazo de la transmisión de madre a hijo”, dijo la Dra. Amy Yeh,

**Matías A. Loewy**

*Medscape Noticias Médicas;*

14 de octubre de 2022

## **SE INSTA A LOS PEDIATRAS A REVISAR SI HAY ALTERACIONES VISUALES DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL**

Según la *American Academy of Pediatrics*

(AAP), los pediatras deben considerar evaluar a los niños con sospecha de conmoción cerebral para detectar alteraciones visuales resultantes que a menudo se pasan por alto.<sup>1</sup>

La Dra. Christina Master, pediatra y especialista en medicina deportiva del Children's Hospital of Philadelphia, dijo que muchos médicos no piensan en las alteraciones visuales cuando examinan a niños que han sufrido una lesión en la cabeza, pero estos son comunes y pueden afectar significativamente el desempeño de un niño en la escuela y los deportes, e interrumpir su vida cotidiana.

La Dra. Master dirigió a un equipo de especialistas en medicina deportiva y visión que escribieron una declaración de política de la American Academy of Pediatrics sobre la vista y la conmoción cerebral.<sup>1</sup> Resumió las nuevas recomendaciones durante una sesión plenaria del 9 de octubre en el Congreso Anual de la American Academy of Pediatrics (AAP) de 2022 en Anaheim, Estados Unidos.

La Dra. Master dijo a *Medscape Noticias Médicas* que la gran mayoría de los aproximadamente 1,4 millones de niños y adolescentes de Estados Unidos que tienen conmociones cerebrales cada año reciben tratamiento en consultorios pediátricos.<sup>2</sup>

Hasta 40 % de los pacientes jóvenes experimentan síntomas como vista borrosa, sensibilidad a la luz y diplopía después de una conmoción cerebral, dijo el panel. Además, los niños con alteraciones visuales tienen más probabilidades de tener recuperaciones prolongadas y retrasos en el regreso a la escuela que los niños que tienen conmociones cerebrales, pero sin alteraciones visuales similares.

Las conmociones cerebrales afectan las vías neurológicas del sistema visual y alteran las funciones básicas, como la capacidad de los ojos para cambiar el enfoque de un objeto distante a uno cercano.

La Dra. Master explicó que la mayoría de los pediatras no revisan de forma sistemática las alteraciones visuales después de una conmoción cerebral y es posible que los propios niños no reconozcan que tienen deficiencias en la vista "a menos que se les pregunte muy específicamente".

Además de preguntar a los niños sobre su

agudeza visual, la declaración de política recomienda que los pediatras realicen un examen completo para evaluar la alineación ocular, la capacidad de seguir un objeto en movimiento y mantener el enfoque en una imagen mientras se mueve.

La Dra. Master comentó que una evaluación de la vista y el equilibrio, que se describe en un informe clínico adjunto, dura unos 5 minutos y es fácil de aprender para los pediatras.<sup>3</sup>

## MANEJO DE LAS ALTERACIONES VISUALES

Los pediatras pueden orientar a los padres para que hablen con la escuela de su hijo sobre adaptaciones, como tiempo adicional en las tareas del aula, creación de materiales con fuentes más grandes y uso de notas preimpresas o de audio, según el comunicado.

En la escuela, los déficits visuales pueden interferir con la lectura al hacer que los niños se salten palabras, pierdan el lugar, se cansen o pierdan interés, según el comunicado.

Los niños también pueden tomar descansos de los factores estresantes visuales, como luces y pantallas brillantes, y usar anteojos recetados temporalmente para corregir la vista borrosa, anotó el panel.

Aunque la mayoría de los niños se recuperarán de una conmoción cerebral por sí solos en alrededor de cuatro semanas, hasta un tercio tendrá síntomas persistentes y puede beneficiarse de ver a un especialista que le proporcione tratamiento, como ejercicios de rehabilitación. Si bien la evidencia sugiere que derivar a algunos niños a atención especializada dentro de la semana posterior a una conmoción cerebral mejora los resultados, las señales de quién se beneficiaría no siempre son claras, según el panel.

Especialidades como medicina deportiva, neurología, fisioterapia, otorrinolaringología y terapia ocupacional pueden brindar atención para los síntomas prolongados, sugirió la Dra. Master.

El panel señaló que se necesitan más estudios sobre las opciones de tratamiento, como los ejercicios de rehabilitación, que han demostrado ayudar con el equilibrio y los mareos.

La Dra. Master informó que el panel no recomendó que los pediatras proporcionen un

programa de ejercicios en el hogar para tratar la conmoción cerebral, como lo hace en su práctica, y explicó que “no está claro que sea necesario para todos los niños”.

Un autor de la declaración de política, el Dr. Ankoor Shah, Ph. D., informó una relación de propiedad intelectual con Rebion que implicaba una solicitud de patente para un evaluador pediátrico de la vista. Otros, incluidos la Dra. Master, han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

## REFERENCIAS

1. Master CL, Bacal D, Grady MF, Hertle R, y cols. Vision and Concussion: Symptoms, Signs, Evaluation, and Treatment. *Pediatrics*. 1 Ago 2022;150(2):e2021056047. doi: 10.1542/peds.2021-056047. PMID: 35843991. Fuente
2. Arbogast KB, Curry AE, Pfeiffer MR, Zonfrillo MR, y cols. *JAMA Pediatr*. 5 Jul 2016;170(7):e160294. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.0294. PMID: 27244368. Fuente
3. Master CL, Bacal D, Grady MF, Hertle R, y cols. Evaluation of the Visual System by the Primary Care Provider Following Concussion. *Pediatrics*. 1 Ago 2022;150(2):e2021056048. doi: 10.1542/peds.2021-056048. PMID: 35909153. Fuente

**Nancy Melville**

*Medscape Noticias Médicas;*  
11 de oct de 2022.

## OMS: MUERTES SEMANALES CAYERON 90 % DESDE FEBRERO, PERO “TODAVÍA ES UNA PANDEMIA”

Las muertes globales debido a COVID-19 han disminuido aproximadamente 90 % desde comienzos de año, pasando de 75.000 por semana en febrero a 9.400 la semana pasada, informó la Organización Mundial de la Salud (OMS). “Hemos recorrido un largo camino y esto definitivamente es motivo de optimismo. Pero seguimos llamando a todos los gobiernos, comunidades e individuos para que permanezcan en alerta”, señaló Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ph. D., director del organismo.

No obstante, durante la semana también hubo en el mundo más de 2,1 millones de casos nuevos reportados (15 % menos que la precedente), con un presumible subregistro por la caída en los tests. Para la Dra. Maria Van Kerkhove, Ph.

D., líder técnica de la OMS para COVID-19, el brote de coronavirus “todavía es una pandemia y está circulando desenfrenadamente en todo el mundo”.

## VINCULAN GENES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON PROTECCIÓN FRENTE A COVID-19 GRAVE

La predisposición genética para el lupus eritematoso sistémico podría ofrecer protección contra cuadros graves de COVID-19, lo que sugiere que hay “efectos genéticos compartidos” que deberían ser examinados con mayor detalle para ayudar a explicar las bases de ambas enfermedades, señalaron científicos de Reino Unido y Estados Unidos en *PLOS Genetics*.

Un gen que llama la atención de los científicos es *TYK2* (tirosina cinasa-2), crítico para la ruta del interferón de tipo 1, que protege de la infección por SARS-CoV-2, pero está desregulado en los pacientes con lupus eritematoso sistémico. “El estudio abre la puerta a nuestra comprensión de cómo la biología del sistema inmunológico está calibrada para protegernos contra la infección por virus y otros agentes infecciosos, pero con el riesgo de desarrollar una enfermedad autoinmune”, escribieron los investigadores.

## LA DISTRIBUCIÓN MÁS EQUITATIVA DE VACUNAS HABRÍA SALVADO MÁS DE UN MILLÓN DE VIDAS

A finales del año pasado, casi la mitad de la población mundial había recibido dos dosis de una vacuna contra la COVID-19. Pero estas vacunas no se distribuyeron de manera uniforme: en los países de altos ingresos la tasa de vacunación fue de 75 %, mientras que en algunos de bajos ingresos fue inferior a 2 %. Ahora científicos de la *University of Warwick*, en Coventry, Reino Unido, corrieron un modelo matemático con datos sobre exceso de mortalidad y disponibilidad de vacunas en 152 países y concluyeron que se podrían haber salvado más de un millón de vidas si las vacunas se hubieran distribuido de manera más equitativa en 2021.



Y la inequidad terminó siendo contraproducente para los propios países ricos.

“Nuestros resultados basados en modelos refuerzan el mensaje de salud pública global de que el nacionalismo de las vacunas -proteger el propio país en detrimento de los demás- no solo conduce a mayores niveles de infección y mortalidad en todo el mundo, sino que también afecta negativamente a todos los países a largo plazo”, escribieron los investigadores en *Nature Medicine*.

**Matías A. Loewy**

*Medscape Noticias Médicas;*

11 de nov de 2022.

### **“BRECHA INMUNITARIA” POR LA PANDEMIA EXPLICARÍA INFECCIONES RESPIRATORIAS ATÍPICAS**

Las medidas de salud pública indispensables para contener la diseminación de COVID-19, como los confinamientos y el distanciamiento social, también se cobraron su precio esta temporada con casos atípicos de influenza y virus sincitial respiratorio por la menor exposición del sistema inmune a los patógenos respiratorios comunes, fenómeno conocido como “brecha inmunitaria”, admitió este miércoles 16 la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para algunos expertos el alza de las 3 infecciones conforma una “tormenta perfecta” que empieza a tensionar los sistemas de salud a lo largo de las Américas. La directora de la OPS, Dra. Carissa F. Etienne, lo definió como una “triple amenaza”, aunque dijo que las estrategias ya conocidas para limitar la propagación del SARS-CoV-2, como uso de mascarillas y distanciamiento social también se pueden aplicar para otras enfermedades respiratorias. Coincidió la Dra. Armelle Pérez-Cortés Villalobos, infectóloga mexicana en Canadá y miembro del comité editorial de *Medscape en español*: “Mi consejo es que no es momento de quitarnos las mascarillas. En los siguientes meses de invierno continuaremos viendo la circulación de otros virus, como adenovirus, parainfluenza y metaneumovirus, entre otros. Y usar mascarillas en lugares cerrados puede disminuir su transmisión, así como continuar con la higiene de manos y evitar lugares públicos si se presentan síntomas respiratorios”.

### **COMPRUEBAN QUE NIÑOS Y ADOLESCENTES TAMBIÉN SUFREN SÍNTOMAS PERSISTENTES**

Los niños y adolescentes también desarrollan síntomas persistentes y tuvieron 30 % más probabilidades de sufrir problemas de salud 3 meses o más después de la infección por SARS-CoV-2 (en la primera mitad de 2020) que un grupo de control que no tuvo la infección, mientras que en adultos la probabilidad subió 33 %, según un análisis de datos de 38 millones de asegurados de 6 compañías de seguros de salud en Alemania.

Malestar general, fatiga, agotamiento, tos, dolor de garganta y pecho y en menor medida cefalea, fiebre, dolor abdominal, ansiedad y depresión, fueron las principales manifestaciones persistentes en menores de 18 años, mientras que trastornos de olfato y gusto, fiebre, disnea, tos, dolor de garganta y pecho, pérdida de cabello, cansancio, fatiga y cefalea, fueron las más frecuentes en adultos. “Nuestros resultados contradicen los de una serie de otros estudios epidemiológicos que no habían encontrado diferencias significativas en síntomas persistentes entre individuos infectados por COVID-19 y los controles en niños y adolescentes”, aunque se ignora si los hallazgos también pueden aplicarse a las infecciones por ómicron, señalaron los autores en *PLoS Medicine*.

### **SE AMEN O SE ODIEN, LAS MASCARILLAS EN LAS ESCUELAS FUNCIONAN**

Los distritos escolares de Massachusetts, Estados Unidos, que mantuvieron más tiempo la obligación de usar mascarillas en las escuelas, tuvieron menos contagios de SARS-CoV-2 en los alumnos y en el personal, lo que apoya el valor de esa estrategia de salud pública para reducir la incidencia de la enfermedad y el ausentismo, plantea un estudio en *The New England Journal of Medicine*. En particular, en las 15 semanas que siguieron al levantamiento de la medida (en febrero de 2022) hubo casi 12.000 casos extra, casi un tercio del total.

“Se amen o se odien, las mascarillas en las escuelas funcionan”, señaló en *Impact Factor de Medscape* el Dr. F. Perry Wilson, profesor de Medicina de la Yale University, en New Haven, Estados Unidos. Y contó una anécdota: “Mi hija,

que asiste a una escuela pública en Connecticut, sin mascarilla, estuvo en casa con COVID-19 la semana pasada. Ella está bien. ¿Pero saben qué? Perdió una semana de clases. Trabajé desde casa para estar con ella, aunque no dí positivo. Y ese es un costo real para ambos que creo que debemos tomar en cuenta cuando consideramos el valor de las mascarillas. Sí, son molestas, pero si mantienen a los niños en la escuela, ¿podrían valer la pena? Quizá no ahora, ya que los casos

no están aumentando. Pero en el futuro, ya sea una variante particularmente preocupante o una pandemia completamente nueva, no debemos descartar el acto simple, barato y aparentemente beneficioso de usar mascarillas para disminuir la transmisión”.

**Matías A. Loewy**  
Medscape Noticias Médicas;  
18 de nov de 2022.



## ADENDUM

**“LA LIBERTAD ESTÁ EN SER DUEÑOS DE NUESTRA PROPIA VIDA”**

PLATÓN

Nacido con el nombre de Aristocles en Atenas o Egina, 427 a.C.-Fallecido en Atenas, 347 a. C. Fue un filósofo griego seguidor de Sócrates y maestro de Aristóteles. En 387 a. C. fundó la Academia de Atenas, institución que continuaría a lo largo de más de novecientos años y a la que Aristóteles acudiría desde Estagira a estudiar filosofía alrededor del 367, compartiendo unos veinte años de amistad y trabajo con su maestro. Participó activamente en la enseñanza de la Academia. Escribió sus obras, mayoritariamente en forma de diálogo, sobre los más diversos temas, tales como: filosofía política, ética, psicología, antropología filosófica, epistemología, gnoseología, metafísica, cosmogonía, cosmología, filosofía del lenguaje y filosofía de la educación. A diferencia de sus contemporáneos, se cree que todo su trabajo ha sobrevivido intacto.

**La Región Metropolitana**  
*rinde homenaje en este espacio,  
a quienes nos guiaron como Directores Titulares,  
lamentablemente desaparecidos físicamente,  
pero cuyas enseñanzas nos seguirán acompañando:*

**Dr. Ángel Plaza**

**Dr. Miguel Ángel Náser**

**Dr. Ricardo Straface**

**Dr. Jorge Buraschi**

