



# NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y  
adolescencia sanas  
en un mundo mejor

AÑO XXXV

Agosto 2025

N° 93

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](#)

## Directora Titular

*Dra. Claudia G. Vaccarelli*

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

*Dra. Mirta S. Vázquez*

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

*Dra. Viviana E. Soligo*

## Coordinadores

### Distrito Norte

*Dra. Mercedes Acuña / Dra. Cristina D'Afflito /*

*Dra. Irene Dechiara / Dra. Graciela Robbio /*

*Dra. Susana Mabel Rosso / Dr. Maximiliano Schianni*

### Distrito Oeste

*Dra. María Florencia Barril / Dra. Gladys Convertini /*

*Dra. Nora Olloqui / Dra. María Cecilia Rizzuti*

### Distrito Sur

*Dra. Miriam Bonadeo / Dra. Claudia Corigliano*

*Dr. Claudio Mauritzen / Dra. Andrea Rodríguez /*

*Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa*

### Asesores ex Directores

*Dr. José Luis Cervetto*

*Dra. Beatriz Burbinski*

*Dr. Domingo Longo*

*Dr. Gustavo Bardauil*

*Dr. Saúl Gleich*

*Dr. Leonardo Vazquez*

*Dra. Débora Rocca Huguet*

*Dr. Edgardo Flamenco*

*Dr. Carlos Luzzani*

*Dr. Alberto Libanio*

## Grupo Editorial Región Metropolitana

*Dres. Carlos Luzzani, María Cecilia Rizzuti,*

*Mirta Vázquez y Claudia Corigliano*

## ÍNDICE

- **Pediatría en crisis: una llamada urgente desde el corazón del sistema de salud.....** 2  
*Claudia G. Vaccarelli*
- **Amar al alumno .....** 4  
*Patricia Cirigliano*
- **Hablemos de botulismo .....** 6  
*Marcela Pérez*
- **Seguridad de juegos inflables en la población pediátrica.....** 10  
*María Florencia Barril y José Humberto Cárdenas Cumana*
- **Sífilis congénita.....** 13  
*Cintia Romina Jain*
- **Dejar los pañales: cómo orientar a las familias .....** 19  
*María Paula Gerardi*
- **Anemias: guía para diagnóstico y tratamiento. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica.....** 21  
*Marcela E. Gutiérrez y Cristina L. Ferraro*
- **La categorización de lesiones no intencionales de acuerdo a criterios epidemiológicos no descarta la existencia de maltrato o violental .....** 27  
*Viviana Edith Soligo*
- **Historia de nuestros hospitales: Hospital SAMIC Dr. René Favaloro.....** 32  
*Carlos Palombo y Gustavo Alarcón*
- **Perlitas Legales. Lengua de señas argentina: identidad, comunicación y derecho en la infancia .....** 35  
*Mercedes Regina Acuña*
- **Boletín bibliográfico 93.....** 38  
*Carlos Luzzani*
- **Adendum .....** 44

**“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

# PEDIATRÍA EN CRISIS: UNA LLAMADA URGENTE DESDE EL CORAZÓN DEL SISTEMA DE SALUD

*“La unión hace la fuerza... cuando hay trabajo en equipo y colaboración, pueden lograrse cosas maravillosas.”*

MATTIE STEPANEK \*

## Estimados Metropolitanos:

La Pediatría, históricamente reconocida como una de las especialidades médicas más nobles y comprometidas con el bien común, atraviesa hoy en todo el país y por ende también en la Región Metropolitana, una crisis profunda, silenciosa y preocupante. No es una crisis anecdótica ni pasajera. Es una expresión del agotamiento de un sistema sanitario que, desde hace tiempo, **no logra cuidar a quienes cuidan.**

No hay salud infantil sin pediatras formados, motivados y presentes. No hay salud pública sin un sistema que reconozca su valor estratégico. No hay país posible si la infancia no es prioridad.

La combinación de salarios insuficientes, contratos precarios, falta de reconocimiento y condiciones laborales adversas ha hecho que la Pediatría deje de ser una opción atractiva para los médicos jóvenes. En las últimas convocatorias del sistema de residencias se han observado plazas vacantes, abandonos tempranos. Mientras tanto, muchos pediatras formados optan por emigrar o abandonar la práctica pública, en busca de estabilidad y dignidad.

Invito a todos los actores del sistema –autoridades, colegas, equipos de salud, medios de comunicación y comunidad– a sumarse a esta causa que nos compromete como sociedad. La crisis de la Pediatría no es inevitable: **es reversible si hay voluntad, decisión y acción.**

Porque cada niño merece ser escuchado.

Porque cada pediatra merece ser cuidado.

Porque la salud infantil no puede esperar.

La **Pediatría necesita ser cuidada para poder seguir cuidando.** Defenderla no es sólo defender una especialidad. Es defender el presente y el futuro de nuestra sociedad.

La crisis pediátrica **no es sólo un problema de los médicos:** es una amenaza directa al derecho de cada niño, niña y adolescente a recibir atención de calidad, oportuna y humana. La salud de nuestra infancia está en riesgo. Muchos chicos no tienen garantizado el derecho a ser atendidos por un pediatra. La infancia no puede esperar.

Esta EDITORIAL es también el fin de una etapa, ya que culmina mi gestión como Directora Titular de la Región Metropolitana, la cual me llenó de desafíos, aprendizajes y, sobre todo, una profunda gratitud hacia quienes me acompañaron en este recorrido.

Hoy me toca cerrar una etapa que ha sido tan desafiante como profundamente enriquecedora.

Quiero expresarles a mis colegas, quienes me honraron al elegirme como Directora Titular de la Región Metropolitana: gracias por su voto de confianza y por compartir conmigo este enorme desafío. Fue un honor que llevaré siempre conmigo. Espero haber estado a la altura de la responsabilidad, y haber contribuido con honestidad, compromiso y amor por esta Región y por el trabajo que hacemos.

Gracias por construir juntos, incluso en la crisis, ya que seguimos adelante apoyándonos en el **compromiso de cada uno de ustedes.** Porque incluso en la dificultad, supimos sostener, construir y acompañar. **Porque esto lo hacemos entre todos.**

Gracias por ser parte activa del crecimiento de la Región Metropolitana. No hay logro colectivo sin trabajo compartido.

Como Directora Titular de la Región Metropolitana quiero agradecerles profundamente a cada uno de quienes forman parte de esta comunidad profesional.

Gracias a nuestra querida Secretaria, Sra. María Laura Boría, por su compromiso silencioso pero fundamental, su acompañamiento permanente me ayudó a transitar momentos difíciles que pudimos llevar adelante con respeto y amorosidad.

Gracias al Dr. Saúl Gleich, mi PEDIATRA, y quien ya de adulta me acercó a la Región Metropolitana de SAP; a la Dra. Mariana Rodríguez Ponte por ser la primera que confió en mí para darme una responsabilidad dentro de nuestra Región, a la Comisión Directiva de SAP por su acompañamiento cercano, su disposición constante y, sobre todo, por su escucha genuina durante toda mi gestión, sentí siempre su respaldo, no fue solo una labor técnica o institucional: fue una experiencia humana, hecha de encuentros, desafíos, aprendizajes y muchos momentos que me llevo con gratitud y gracias a Ustedes, colegas, que aún en medio de la crisis profunda que atraviesa la Pediatría, encontraron tiempo, energía y voluntad para seguir apostando al crecimiento de nuestra Región.

Sabemos que no es fácil. Me consta que muchos trabajan en condiciones que no hacen justicia a su vocación ni a su esfuerzo. Pero aun así, con responsabilidad y generosidad, cada uno aportó lo mejor de sí para sostener esta red que nos fortalece y nos contiene, siempre con nuestro lema **"Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor"** como guía y faro en el camino.

Este logro colectivo es de todos.

Porque, incluso en tiempos difíciles, elegimos construir. Porque la Pediatría nos duele, pero también nos une.

Gracias por estar.

Gracias por seguir.

**"En tiempos de crisis, algunos se rompen y otros construyen."**

RENÉ DESCARTES

**Dra. Claudia G. Vaccarelli**

Directora Titular de Región Metropolitana  
Sociedad Argentina de Pediatría

\* Mattie Stepanek fue un autor y orador motivacional estadounidense, publicó 7 libros de poesía y ensayos sobre la paz, varios de los cuales figuraron entre los más vendidos del New York Times. Falleció a los 13 años, padecía una miopatía mitocondrial disautonómica.

## ¿Cómo acceder a ser Miembro Titular SAP?

Según el Estatuto de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), para ser Miembro Titular se requiere poseer la Certificación de Médico Pediatra otorgada por la SAP o por Instituciones con las cuales la Sociedad, a través del Consejo de Evaluación Profesional (CEP), tenga un convenio de reciprocidad.

Los socios que no posean la certificación señalada pero cuenten con una antigüedad de 10 años o más como adherente, hayan realizado una residencia completa en Clínica u otra disciplina Pediátrica y acrediten antecedentes relevantes en la Pediatría, pueden solicitar ser miembros titulares.

En el caso de la Región Metropolitana, cuando los Directores consideren que la solicitud de un asociado ha acreditado los méritos suficientes para ser Miembro Titular, deberá comunicarlo a la Comisión Directiva, quien evaluará dicha acreditación.

### ¿Por qué ser Miembro Titular?

Porque tiene voz y voto en las Asambleas y reuniones de la SAP; puede ser elegido miembro de la Comisión Directiva, del Tribunal de Honor, del Órgano de Fiscalización, del Consejo de Evaluación Profesional (CEP), del Consejo de Acreditación de Espacios de Formación (CAEF), ser Director de Región, Coordinador de Distrito en el caso de la Región Metropolitana, ser Secretario y Prosecretario de los Comités Nacionales y Presidente de las Subcomisiones.

Si cumplís con los requisitos y querés ser Miembro Titular, escribinos al mail de la Región Metropolitana ([regionmetropolitana@sap.org.ar](mailto:regionmetropolitana@sap.org.ar)) para que te enviemos toda la documentación solicitada para la evaluación.

**Dra. Viviana Soligo**

2ª Directora Asociada

**Dra. Mirta Vazquez**

1ª Directora Asociada

**Dra. Claudia Vaccarelli**

Directora Titular

## 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."



## AMAR AL ALUMNO

*Dra. Patricia Cirigliano\**

Desde que se tiene memoria se habló del educador como alguien con un profundo sentido de la vocación humana, de dar al otro afecto, conocimiento, guía, corrección. Durante mucho tiempo se habló de “alianza pedagógica” como un requerimiento indispensable para enseñar y aprender.

Nos preguntamos por qué, en estos últimos años, más allá de los contextos económicos desfavorables, esta alianza se fracturó en tantos casos que llegaron a nuestro conocimiento. Puntualmente notoria, la distorsión se produce a veces en el mismo ámbito de los Institutos de Formación Docente.

¿Puede un pedagogo imaginar semejante divorcio entre la teoría y lo práctica? ¿Puede haber alguna justificación válida para esta conducta disociada que se refleja en la mente y el corazón del alumno, que debe repetir una lección que solo reza en los textos, mientras, aún con su inmadurez adolescente a cuestas, percibe la agresión y la falta de respeto?

Quienes fuimos generacionalmente coparticipantes de la explosión del mayo francés del '68, aprendimos que la rebelión de los alumnos puede tener voces disonantes y provocar represiones injustas. Aprendimos también que siempre que los jóvenes hablan o gritan y una vez que decantan los excesos deplorables, de uno u otro lado, queda un fondo lúcido y el sentimiento que hubo otra protesta más callada o mensajes menos virulentos que no fueron escuchados.

Sabemos del niño que llama a la madre repetidamente y al no ser atendido recurre al grito y al llanto. Y también sabemos que, al fallar estas expresiones, el pequeño suele colgarse de las ropas del adulto, tirarse al suelo o golpearse a sí mismo, en lugar de hablar. Desoído, el futuro niño y adolescente querrá golpear sobre los demás. No ya sólo sobre su familia, sino sobre la sociedad.

Con estupor vivimos hace años en Europa los relatos y noticias de las agresiones de los alumnos hacia sus maestros y profesores. Violencia en las aulas con armas de fuego incluidas. Leímos y comentamos con residentes de EE.UU., acerca del miedo de profesores y alumnos ante las conductas impulsadas por el consumo de la droga en la escuela media y universitaria.

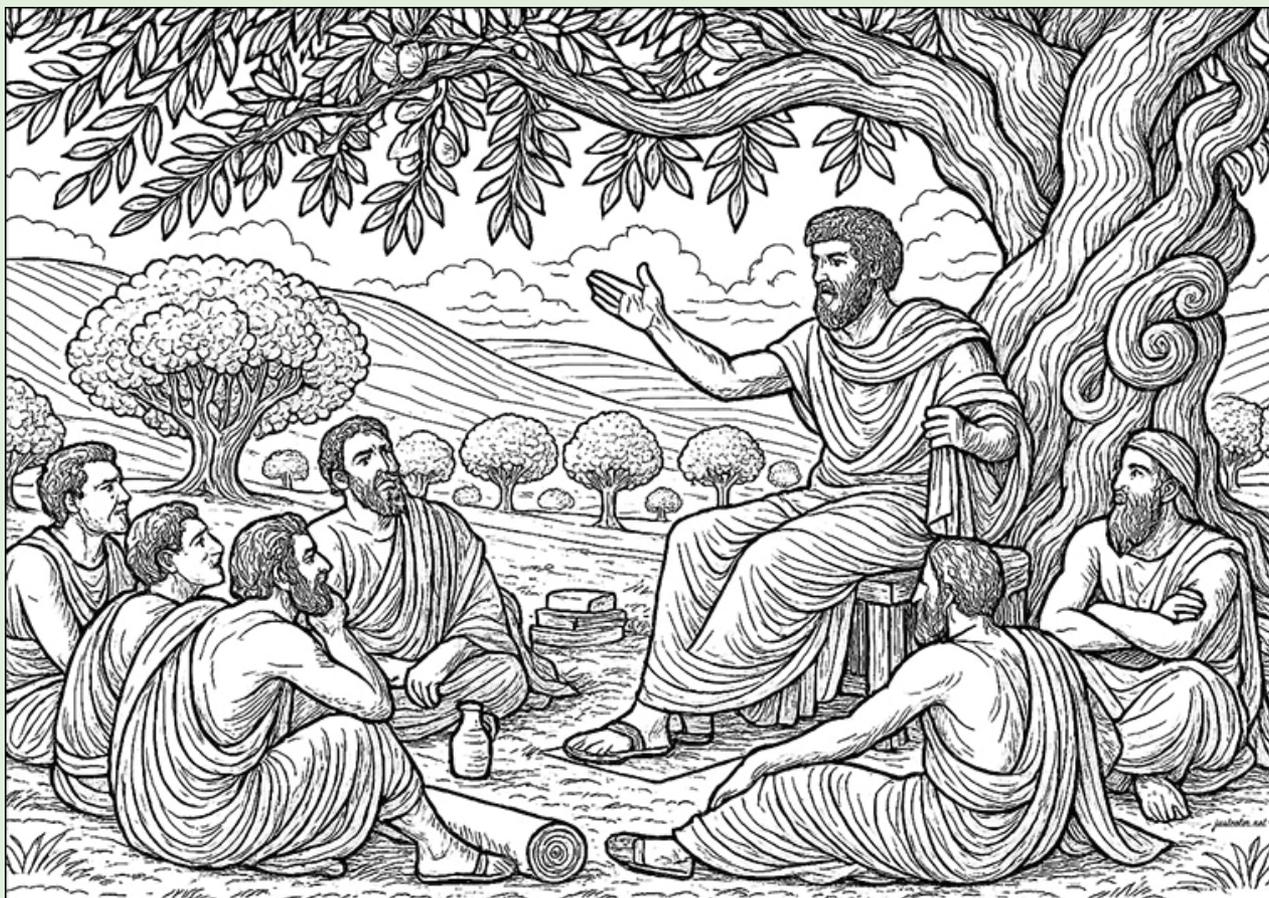
Nuestros jóvenes son aún puros de corazón. Sus rebeldías pasan hoy por una respuesta apática basada en la pasividad. Una suerte de resistencia que muchos se empeñan en no ver, por lo tanto, en no comprender.

“Los alumnos no leen” dicen algunos profesores (muchos profesores); “no estudian”, “no saben expresarse”, dicen otros. Hasta que uno se cansa de escuchar este sonsonete donde la culpa del fracaso de la alianza pedagógica cae sobre un solo platillo de la balanza. Allí caen el mal alumno, su rock y sus ganas de bailar y la supuesta irresponsabilidad, falta de interés y falta de ganas.

Luego, llega la calificación y el concepto. La mala calificación y el mal concepto. Después llegan los exámenes, junto con los nervios y las sonrisas despectivas. Si no estudian, no saben. Si no saben, no aprueban.

Cuando yo estudié, se me enseñó que un docente que no ama a su alumno no puede enseñarle. Y la psicología me enseñó, más tarde, que el que no ama, no puede comprender. Y la sociología me enseñó, que cuando hay relaciones de poder y no hay amor por medio, uno de los extremos se puede volver más pesado.

\* Periodista Profesional; Dra. en Psicología Clínica; Dra. en Sociología.  
Profesora y Licenciada en Educación Física y Deportes - INEF Buenos Aires y UAI  
Profesora y Rectora en Nivel Superior – ISEFI; Profesora de Cátedra e Integrante del Consejo Académico USAL  
Autora de 10 Libros.



Creo que los docentes debemos reflexionar sobre estos temas, tanto más si somos a nuestra vez formadores de docentes, y debemos rendir examen, nosotros, cada día, ante nuestros alumnos. El sistema de universidades de altísimo nivel, Oxford, por ejemplo, pone de relieve la excelencia de la cátedra por la asistencia de los alumnos. Uno solo basta para que el profesor dé su clase y no hay obligación de marcar asistencia. Los alumnos deciden con su presencia si su profesor es bueno y el profesor que no es bueno se queda sin su cátedra. Sería bueno pensar en estos temas, aunque un sistema arcaico de control nos obligue a obligar a nuestro alumno a “marcar tarjeta”.

Ya vendrán tiempos mejores.

Creo que es inconmensurable el daño que un mal docente puede causar. Porque en el Jardín de Infantes nos anota mamá. Y en la primaria y en la secundaria nos anotan nuestros padres o a lo sumo, nos dan a elegir entre algunas opciones. Pero en la enseñanza superior, NOS anotamos.

Por fortuna, aunque algunos pesimistas consideren que es una raza en extinción, el buen docente existe. Comprende. No afloja porque es justo. Pero jamás arremete. Y sabe, que, por encima de los títulos del saber técnico, de las mediocres satisfacciones de su Ego, prevalece su condición de Docente. Que no se siente más que nadie porque al cabo, sólo sabe más que su alumno, pero seguramente, infinitamente menos que algunos genios que, curiosamente son tan humildes, tan sencillos, tan comprensivos que cualquier alumno siente, desde lo profundo, que cualquier esfuerzo es válido para aprender.

**Porque el alumno que siente que es amado, no puede “fallarle” al maestro.**

Este artículo fue escrito y publicado hace casi 40 años y pese a su antigüedad real creo que su lectura puede considerarse actual.

Quizás contribuya en algo a la visión ampliada de la Pediatría de hoy, abierta a la transdisciplina.

# HABLEMOS DE BOTULISMO

*Dra. MARCELA PÉREZ\**

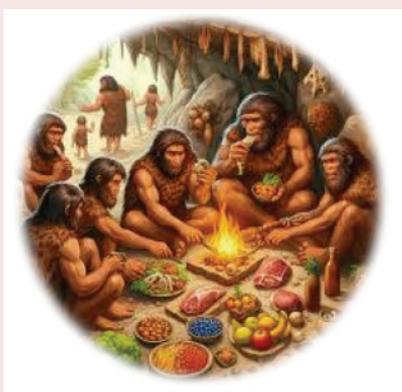


El botulismo es una enfermedad producida por una bacteria llamada *Clostridium Botulinum*, la cual, en condiciones ambientales adversas, adopta una forma latente (espora botulínica) capaz de germinar y producir sustancias altamente tóxicas para el sistema nervioso (neurotoxina botulínica).

Esas esporas pueden existir en el polvo y en el suelo, y contaminar ciertos alimentos. Además, las verduras, las especias, las hierbas, los té y la miel pueden contener naturalmente esporas de *Clostridium Botulinum*.

## UN POCO DE HISTORIA

Es muy probable que el ser humano se haya enfrentado a intoxicaciones por botulismo desde tiempos remotos, pero no disponemos de datos históricos documentados de esos tiempos.



Algunas leyes y tabúes dietéticos antiguos podrían reflejar cierto conocimiento sobre el consumo potencialmente mortal de alimentos envenenados. Como ejemplo de esto se puede mencionar la prohibición de la fabricación de morcillas por León VI en el siglo X o algunos informes de casos antiguos sobre intoxicaciones con *Atropa belladonna* que probablemente describían pacientes con botulismo alimentario, ya que relataban una combinación de pupilas dilatadas y parálisis muscular mortal que no puede atribuirse a una intoxicación por atropina.

Pero la historia de este bacilo se inicia oficialmente en 1820, con las investigaciones realizadas por Justinus Kerner, sobre los envenenamientos producidos por salsas con carne, conocidos como botulismo. El bacilo *Clostridium Botulinum* fue identificado por van Ermengem en 1895. Todo comenzó en una villa en Bélgica, donde concurrió una sociedad musical invitada para tocar una elegía funeraria.

Después de la ceremonia fúnebre, la orquesta fue invitada a servirse una colación fría, donde



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

el plato fuerte era un típico jamón salado. Este cerdo había sido sacrificado cuatro meses antes, en agosto, no fue consumido en su totalidad y quedó en salmuera hasta el día del mencionado funeral. Enfermaron 34 personas, incluyendo a todos los músicos, cuyos síntomas se presentaron entre las 24 y 36 horas siguientes a la ingestión e incluyeron estrabismo, diplopía, ptosis palpebral, afonía y disfagia. Tres intoxicados fallecieron, lo que arroja una letalidad cercana al diez por ciento. De los restos del jamón, así como del bazo de una de las víctimas se aislaron esporas de un bacilo anaerobio, que denominó *Bacillus botulinus*. Además, utilizando un filtrado del cultivo, libre de bacilos y de esporas, pudo reproducir en animales del laboratorio signos de parálisis, demostrando la existencia de una toxina.

En el siglo XIX el aventurero inglés sir John Franklin realizó una de las gestas más arriesgadas y valientes en busca del mítico paso en aguas canadienses, que comunicara el océano Atlántico con el Pacífico. Partieron el 19 de mayo de 1845 en dos barcos y viajaban 129 hombres.

Sabemos que las bodegas estaban bien surtidas y llevaban más de 8.000 latas de alimentos, soldadas, eso sí, con plomo.



Nunca más se volvió a tener noticia de aquella expedición aun habiendo realizado varias expediciones en su búsqueda.

En el año 2014, con la ayuda de sofisticados robots submarinos, un equipo de científicos descubrió los dos barcos. Se recuperaron algunos cadáveres y se descubrió un exceso de plomo tanto en los huesos como en los mechones de pelo; la causa de la muerte de una gran parte de la expedición fue la intoxicación crónica por este elemento químico.

Las latas de conservas mal soldadas provocaron que el plomo se mezclara con los ali-

mentos originando daños irreversibles. También se hallaron datos que hacían sospechar que los alimentos en mal estado estaban contaminados con *Clostridium Botulinum*. Se cree que por la visión doble que provoca el botulismo muchos marineros se arrojaban por la borda pues creían estar poseídos por un espíritu.

A principios del siglo XX se aislaron múltiples subtipos serológicos, seguidos de la identificación del botulismo por heridas en 1950 y del botulismo infantil en 1976. Su uso como arma biológica se consideró durante la Primera Guerra Mundial. La neurotoxina botulínica tipo A se aisló en la década de 1920.

La toxina Botulínica se utiliza tanto en medicina como en estética para tratar diversas afecciones debido a su capacidad para relajar los músculos. En dosis pequeñas y bajo supervisión médica, con mucha precaución, puede ser segura y efectiva para tratar condiciones como arrugas, migrañas crónicas, espasmos musculares y otros trastornos neurológicos. Gracias a la toxina botulínica, artistas que sufrían de distonías musculares han vuelto a tocar el piano y el violín, y de esta manera el *Clostridium Botulinum*, que diezmará la banda musical en Bélgica en 1895, ha podido, casi un siglo después, pagar su deuda con el arte.

### ¿Qué información es importante brindar a los padres para prevenir esta enfermedad?

- La toxina del *Clostridium Botulinum*, provoca parálisis del sistema nervioso. El bacilo botulínico desarrolla y produce su toxina en alimentos acuosos, bajo condiciones de anaerobiosis, con un pH mayor de 4,5 y una temperatura superior a los 10 °C.
- El alimento puede parecer normal, pero contiene la toxina (no cambia el aspecto, ni el olor, ni el sabor).
- Siempre descartar latas abolladas e hinchadas.

### Medidas a tener en cuenta:

- Esterilizar frascos por ebullición o en estufa.





### Para evitar un ambiente pobre en oxígeno:

- Preparar las conservas en pequeñas cantidades, en envases poco profundos y sin tapa para no favorecer el desarrollo de la bacteria.
- No cubrirlas con demasiado aceite (espacio de cabeza).
- No preparar grandes cantidades a menos que se usen en breve tiempo o que se guarden en freezer.
- Cuando se prepara un arrollado o pionono no presionar demasiado para no extraer todo el oxígeno



### Para evitar la síntesis de toxina:

- Antes de consumir los alimentos, hiévalos durante 10 minutos para eliminar la toxina botulínica (termolábil) que pudiera haberse formado.
- Los productos que van a ser conservados, cocínelos a temperaturas de 116 °C, en olla a presión, para destruir las esporas de *Clostridium Botulinum*.
- Mantenga en medio ácido las conservas (por ejemplo: en vinagre) para evitar el desarrollo de las esporas que pudieran haber sobrevivido a la cocción.

### Para evitar el desarrollo de esporas:

No almacene las conservas a temperatura ambiente, sino en heladera.

- Verifique que enfríe adecuadamente y que no se encuentre recargada con alimentos, para que no disminuya su capacidad de enfriamiento.

## BOTULISMO INFANTIL

El botulismo del lactante es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente mortal que afecta a niños menores de un año y resulta de la ingestión de la *espora* de la bacteria *Clostridium Botulinum*.

Las esporas de *Clostridium Botulinum*, que no ocasionan enfermedad cuando son consumidas por adultos saludables, pueden colonizar, germinar, multiplicarse y generar toxina botulínica en el tracto intestinal de *bebés menores de un año*. Esto se debe a la ausencia fisiológica del suficiente nivel de acidez gástrica y de flora protectora en el aparato gastrointestinal de los niños en esta franja etaria.

- Las esporas de *Clostridium Botulinum* se pueden encontrar en la tierra y en ciertos alimentos como la miel, verduras, especias, té de hierbas y algunos almíbares de maíz.
- Las abejas pueden recolectar esporas del ambiente y llevarlas a la colmena.
- Dentro de la colmena, las esporas pueden contaminar la miel que producen las abejas.





Por lo expuesto es muy importante no suministrar miel a niños menores de un año.

Uno de los primeros indicios de la presencia de esta enfermedad en bebés es la constipación. Ya que como la toxina se produce en el intestino, el primer órgano de choque que reacciona es éste, disminuyendo la movilidad (tres o más días sin defecación del lactante). Otros posibles síntomas son llanto débil o enfermizo. El hecho de que parezca estar dormido pero en realidad se le caen sus párpados por la hipotonía, es decir la disminución del tono de los músculos que mantienen los ojos abiertos. A veces, puede babear demasiado porque no puede tragar bien. Inclusive, no se alimenta correctamente porque disminuye su reflejo de succión, lo que impide ser amamantado por su madre, generándole pérdida de peso.

#### Medidas preventivas de Botulismo Infantil:

Muchos casos de botulismo infantil son difíciles de prevenir porque *C. Botulinum* es ubicuo, es decir, se encuentra en el suelo y la tierra pudiendo estar dentro de las casas, en pisos, alfombras y mesadas aún luego de la limpieza.



### ¡Es muy importante!

- Lavar y cocinar adecuadamente todas las verduras que sean suministradas a niños menores de un año.
- No proporcionar miel ni alimentos que la contengan a niños menores de un año.
- No colocar miel en chupetes, tetinas o en el pezón antes de amamantar.
- La miel es segura para niños mayores de un año y adultos sanos ya que por sus condiciones gastrointestinales tienen la capacidad de antagonizar el desarrollo de las esporas de *C. Botulinum* y evitar la generación de su toxina.



## Seguridad

# SEGURIDAD DE JUEGOS INFLABLES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

*Dra. María Florencia Barril\**

*Dr. José Humberto Cárdenas Cumana\*\**

Los juegos inflables y estructuras recreativas, son una opción muy popular en fiestas infantiles y eventos sociales. Sin embargo, aunque proporcionan diversión y entretenimiento para los niños, también pueden representar riesgo variable de lesiones no intencionales si no se utilizan adecuadamente.

En los últimos 20 años, el número de lesiones relacionadas con juegos inflables tratados en centro de emergencias de hospitales en los EE.UU. han ido en ascenso. Actualmente se lesionan por su uso 30 niños por día, lo que equivale a un niño cada 45 minutos. En nuestro país, Argentina, no hay datos epidemiológicos al respecto.

Las lesiones más frecuentes se dan por las caídas, tanto dentro como hacia afuera del inflable, por los golpes entre los niños, por el uso de estas atracciones por parte de chicos de diferentes edades o incluso como consecuencia del viento

que puede tumbar o elevar estos elementos. Como todos los productos que funcionan con electricidad requiere que se tomen ciertas precauciones durante su manejo y uso para evitar posibles descargas eléctricas.

En cuanto al tipo de lesiones que se generan se mencionan: quemaduras por el roce con el material de los inflables, fracturas de miembros superiores y de miembros inferiores (principalmente del húmero) y también heridas más graves como traumatismos de cráneo. Dentro de los peores casos están los golpes en la columna cervical que pueden ocasionar severas lesiones y secuelas, e incluso la muerte.

Por eso es importante tener en cuenta ciertas características y recomendaciones.

### **1. Verificar la edad y el peso**

La mayoría de los inflables tienen restricciones de edad y peso. Es importante seguir estas indicaciones para evitar accidentes.

Los inflables pequeños suelen ser adecuados para niños de 3 a 5 años, mientras que los más grandes pueden ser para niños de hasta 12 años.

Algunas sociedades recomiendan el uso sólo a partir de los 5-6 años.

Se deben realizar turnos según las edades.

### **2. Supervisión constante**

Siempre debe haber un adulto mayor de 18 años supervisando y con conocimientos en todos los aspectos de seguridad respecto al uso del juego. Se debe contar con al menos una persona capacitada en primeros auxilios. Se recomienda contar con un botiquín equipado y con las fechas de los insumos vigente.

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

\*\* Especialista en Pediatría. miembro titular de la SAP. Presidente de la SAP Filial Río Uruguay. Miembro del Comité Nacional de Prevención de Lesiones. Integrante del COEME. Jefe de trabajos prácticos de la UNER. Jefe de residentes de pediatría del Hospital Justo José de Urquiza. Médico de guardia del hospital Justo José de Urquiza.

Revisar las reglas de seguridad con los niños antes de usar el juego.

Los niños no son conscientes de los riesgos de empujarse o saltar de forma brusca por lo que antes de cualquier suceso, el adulto debe manifestar las normas de uso y de disfrute del juego.

Evitar que usen los juegos de manera inadecuada, como subirse a partes del juego que no están diseñadas para ello (por ejemplo: los bordes externos de la estructura).

No sobrepasar el número de usuarios que aconseja el fabricante y asegurarse de que no haya demasiados niños dentro del inflable a la vez, ya que el exceso de personas aumenta el riesgo de caídas y golpes.

Aumenta el riesgo de lesiones si hay niños de distintas edades y pesos.

### **3. Montaje y seguridad**

Se recomienda instalar el inflable en un área plana y despejada de objetos peligrosos como ramas, piedras o escombros; Utilizar sobre suelo blando y no arrastrar el producto.

Se deben utilizar estacas o anclajes para asegurar el inflable al suelo, especialmente en exteriores ya que pueden volverse inestables con el viento.

Los usuarios deben revisar que esté bien inflado y que no tenga fugas de aire. Un inflable que se desinfla puede ser peligroso. Si se detecta que la estructura se está desinflando, independientemente de la razón, hay que evacuar a los niños, ya que al desinflarse pueden quedar atrapados y sufrir asfixia.

Debe ser instalado por personal entrenado.

En el armado se debe tener en cuenta que tienen que estar alejados de los árboles, paredes y demás elementos con los que se puedan chocar los que están usando el inflable. Dejar al menos un metro libre entre el inflable o el pelotero y cualquier otro elemento.

Seguir las instrucciones del fabricante para la instalación.

Verificar que exista energía eléctrica cercana y revisar siempre el estado de los cables de electricidad. Mantener la turbina y cable lejos de zonas con agua o humedad. Desenrollar y posicionar el

juego en el sitio con la turbina en la parte trasera.

Mantener la entrada del juego libre y accesible todo el tiempo. No permitir a nadie en la zona posterior al juego o cerca de la turbina o cable eléctrico.

### **4. Reglas de uso**

Indicar a los niños que eviten saltar cerca de las entradas o salidas, ya que es más fácil que se caigan en esas áreas.

No permitir volteretas ni saltos peligrosos, ya que pueden provocar accidentes. No se debe permitir luchar, correr, empujar o realizar movimientos bruscos dentro del juego. No escalar o colgarse de las paredes ni dentro ni fuera del inflable.

Evitar que los niños ingresen con zapatos, objetos duros o puntiagudos, anteojos, collares y alimentos o bebidas. Ingerir alimentos dentro del inflable puede generar atragantamiento y también, dependiendo el alimento, puede provocar que la superficie se torne resbaladiza.

### **5. Clima y condiciones**

No utilizar inflables en condiciones de viento fuerte o lluvia, ya que se vuelven inseguros y resbaladizos. La velocidad máxima del viento no debe superar 15 a 25 mph para armar un inflable.

Si hace calor, colocar el inflable en la sombra y revisar que no esté demasiado caliente, ya que el material puede quemar la piel. Prevenir los golpes de calor.

### **6. Alquiler de inflables**

Elegir una empresa con buena reputación y verificar que el inflable esté limpio y en buenas condiciones.

Preguntar sobre las medidas de seguridad que deben seguirse y asegurarse que el proveedor incluya el equipo necesario para el montaje y la sujeción.

### **7. Instalar el inflable con anticipación**

De ser posible, hay que instalar el inflable con tiempo antes del evento para revisar que todo esté en orden y evitar inconvenientes de último momento.

### 8. Conexiones eléctricas. Prevención de lesiones por descarga eléctrica

Se recomienda que el motor del inflable sea conectado a una red que tenga disyuntor. Dejar las conexiones fuera del alcance de los niños. Revisar la integridad de los cables. No usar si hay lluvia.

### 9. Personas que no deberían participar en un juego inflable:

Aquellas que presenten lesión en el cuello, espalda, cabeza, lesión muscular u ósea; Problemas de rodilla o articulación; asma, bronquitis u otras dolencias respiratorias; embarazo; enfermedades cardiovasculares o circulatorias.

Recuerde y use su sentido común: participar en juegos inflables requiere un fuerte ejercicio físico, por lo tanto, se debe evitar si esto pone en riesgo la salud.

## CONCLUSIONES

Destacamos que hay escasa bibliografía sobre esta temática y creemos que hacen falta datos epidemiológicos, así como normativas sobre el uso de inflables en la población infantil.

Este artículo se basa principalmente en la opinión de expertos.

Nos planteamos sin respuesta en la bibliografía: ¿Qué sucede si se corta el suministro eléctrico, principalmente en los inflables de gran porte? ¿De qué manera aseguramos la desinfección de estos elementos?

Adjuntamos una encuesta sobre lesiones e inflables, [publicando link](#) (a continuación) y QR. Se agradece difusión y participación.

<https://forms.gle/kKQ2814j4vtwuwkn9>

## BIBLIOGRAFÍA

- Child Injury Prevention Alliance. Contenido proporcionado por el Centro para Investigación y Políticas sobre Lesiones en el Nationwide Children's Hospital.  
[https://static1.squarespace.com/static/57863a32b3db2bae7a8598a3/t/58a328481b10e38533c671b4/1487087693722/Inflatable-Bouncer-Safety-Factsheet\\_ESP.pdf](https://static1.squarespace.com/static/57863a32b3db2bae7a8598a3/t/58a328481b10e38533c671b4/1487087693722/Inflatable-Bouncer-Safety-Factsheet_ESP.pdf)
- \* [https://www.clarin.com/familias/-seguros-castillos-inflables-camas-elasticas-riesgos-recomendaciones\\_0\\_m9z3UUVQW.html?srsId=AfmBOoo2BGUw7Q6ilelBARRHACb2xOtEthNtCnAfVlKu9GqBw6CHh70Z](https://www.clarin.com/familias/-seguros-castillos-inflables-camas-elasticas-riesgos-recomendaciones_0_m9z3UUVQW.html?srsId=AfmBOoo2BGUw7Q6ilelBARRHACb2xOtEthNtCnAfVlKu9GqBw6CHh70Z)
- \* <https://www.prnewswire.com/news-releases/no-se-deje-arrastrar-la-cpsc-recuerda-a-los-consumidores-que-se-aferren-a-la-seguridad-al-usar-juegos-infantiles-inflables-819674258.html>
- \* [https://chileinflable.cl/wp-content/uploads/2021/01/Manual-Usuario-ChileInflable-Inflables-comprimido.pdf?srsId=AfmBOop\\_hl-7IKOUtb0X4sN0jZ59IBGFV8jP7LTZUqyEdlBpvm2AK5WqK](https://chileinflable.cl/wp-content/uploads/2021/01/Manual-Usuario-ChileInflable-Inflables-comprimido.pdf?srsId=AfmBOop_hl-7IKOUtb0X4sN0jZ59IBGFV8jP7LTZUqyEdlBpvm2AK5WqK)

Adjuntamos una encuesta sobre lesiones e inflables,

**Se agradece difusión y participación.**





## Monografía

# SIFILIS CONGÉNITA

**Monografía presentada en la Carrera de Especialista en Pediatría - UBA  
Sede Hospital Municipal de Morón "Ostaciana B. de Lavignolle"**

**DRA. CINTIA ROMINA JAIN\***

### INTRODUCCIÓN

Las sífilis es una enfermedad multisistémica que es causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La vía de contagio más frecuente es la sexual y puede presentar diferentes formas clínicas como la primaria, secundaria, latente temprana, latente tardía y terciaria. El recién nacido puede adquirir la infección durante el embarazo por vías transplacentaria o al pasar a través del canal de parto y presentarse clínicamente como sífilis temprana o tardía.

La sífilis tiene mayor prevalencia en África subsahariana, sur y sudoeste de Asia y Sudamérica donde ocurren más de 3 millones de casos anualmente, en comparación con los 100.000 casos que se reportan en EE. UU.

En América Latina y el Caribe, la sífilis afecta a personas sexualmente activas y presenta elevada prevalencia en grupos vulnerables.

La incidencia y prevalencia de sífilis congénita en Argentina varía significativamente entre las regiones y provincias. Estas diferencias reflejan una variedad de factores de riesgo social, cultural y económico que impacta especialmente sobre las provincias del noreste.

La sífilis congénita es una enfermedad prevenible con adecuado control prenatal, la identificación y tratamiento de las embarazadas infectadas y de sus parejas sexuales.

### Situación de la sífilis en la población argentina

Basado en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, en los últimos 5 años a través de indicadores epidemiológicos.

La sífilis muestra, en ambos sexos, un sostenido crecimiento de 11.7 casos cada 100.000 habitantes, en 2013 a 50,4 en 2018; 57.6 casos cada 100.000 habitantes para las mujeres mientras que en los varones llega 45.2 casos cada 100.000 habitantes. Las mayores tasas se observaron en adolescentes y adultos jóvenes.

Por otro lado, las pruebas positivas de sífilis, para embarazadas ha aumentado de 2.15% a 3.8-5% en los últimos 5 años.

### Situación actual de sífilis en la provincia de Buenos Aires

Desde la Dirección de Prevención de VIH, Infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales pertenecientes a la Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud, se realizan análisis periódicos a partir de los registros presentes en el sistema de vigilancia de la Salud integrado de información sanitaria argentino SISA y el Sistema informático Perinatal.

Informan que hay evidencia de crecimiento sostenido de los casos en los últimos años. Al 31 de julio de 2023 se notificaron 24.625 casos de sífilis en adultos, de los cuales 19.728 son confirmados. La tasa de incidencia del año 2022 acumulada es de 35.7 casos por cada 100.000 habitantes.

\* Médica Pediatra y Neonatóloga

## Vigilancia Epidemiológica

En el marco Normativo vigente Ley 15.465 de 1960 y bajo la última actualización de la nómina de ministerio de Salud de la Nación Resolución 2827/2022, declara la notificación obligatoria de los casos de enfermedades infecciosas de relevancia para la Salud Pública.

Son eventos bajo vigilancia epidemiológica la sífilis en población general, la sífilis gestacional y su tratamiento, recién nacidos expuestos a sífilis durante la gestación y la sífilis congénita.

El objetivo es garantizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención en todas las etapas del proceso de atención. Un correcto circuito de referencia y contra referencia con la maternidad donde ocurre el parto, puede prevenir tratamientos innecesarios. Como así lograr y mantener la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis, Chagas y hepatitis B, como problemas para la Salud Pública

## CASO CLÍNICO

Adolescente de 16 años embarazada, nulípara, con serologías HIV, Chagas, toxoplasmosis y hepatitis B negativas, curso con sífilis latente precoz que fue diagnosticada en la semana 19 de embarazo (VDRL 1:64 dils, MHA-TP (microhemaglutination *Treponema pallidum* test): positivo, realiza tratamiento incompleto, pareja no tratada. Ingresa al servicio de urgencia de ginecología y obstetricia con trabajo de parto, membranas ovulares integras. Por falta de progresión de la presentación, se realiza cesárea.

Recién nacido prematuro que nace por cesárea de 36 semanas, De peso adecuado para la edad gestacional con 2.660 gramos, cubierto con secreción de coloración meconial, hipo reactivo, hipotónico, con esfuerzo respiratorio, APGAR 5/8, que requiere ventilación con presión positiva en sala de partos, es traslado en incubadora de transporte a UTIN. Se coloca en halo cefálico en el cual permanece con FIO<sub>2</sub> máxima de 70-80% y por compromiso respiratorio progresivo se conectó a ventilación mecánica invasiva. Presentó enfermedad de la membrana hialina por lo que requirió la administración de dos dosis de surfactante. Evolucionó de forma grave con altos reque-

rimientos de oxígeno, con deterioro del estado general, asocia al cuadro ictericia generalizada, petequias múltiples en región abdominal. Curso con hipertensión pulmonar severa, por lo que requirió el uso de drogas vasoactivas los primeros días de vida con posterior resolución.

Al examen físico presenta abdomen globuloso, hepato-esplenomegalia con 4 cm por debajo del reborde costal, petequias en la región abdominal y descamación de palmas y plantas. Por sospecha de sepsis precoz, se inicia tratamiento antibiótico con penicilina 100.000 UI/k/dosis y gentamicina 4mg/kg/día endovenosas.

Se solicita laboratorios y se recibe resultado de VDRL en sangre del recién nacido 1:32 dils, se realiza punción lumbar con citoquímico normal y VDRL en LCR negativo.

Resto de laboratorio iniciales:

Parámetros	Resultados	Referencias
Leucocitos	26.500	3800-10000
Hematocrito	35%	37-53.7
Plaquetas	340.000	142000-424000
Transaminasa oxaloacética	104	Hasta 40
Transaminasa pirúvica	21	Hasta 41
Bilirrubina Total	5.8	Hasta 1
Bilirrubina Indirecta	4.2	Hasta 0.2
TP	75%	
KPTT	50seg	

Se asume cuadro como cuadro de probable sífilis congénita y sepsis precoz y se realizan estudios para detección de daño de órganos. Se realiza ecocardiograma que informa HTP pulmonar moderada, DAP 1.2 mm y FOP 4.6 mm, CCID no restrictivo, ecografía cerebral normal y ecografía abdominal que informa hepatoesplenomegalia. Los resultados de hemocultivos por 2 y cultivo de LCR fueron negativos. Completó tratamiento antibiótico con gentamicina 5 días endovenosa y penicilina 10 días endovenosa, lográndose disminuir progresivamente las drogas vasoactiva hasta su suspensión. Extubándose electivamente quedando con aporte de oxígeno suplementario por cánula nasal a 0.75 lt/min FIO<sub>2</sub> 30%.

La radiografía de huesos largos fue normal y en el fondo de ojo se observó, en ambos ojos, vasos en zonas 2-3. Se realiza nuevo control de laboratorio donde se evidencia:

Parámetros	Resultados	Referencias
Leucocitos	16.600	3800-10000
Hematocrito	47%	37-53.7
Plaquetas	10.000	142000-424000
Transaminasa oxaloacética	104	Hasta 40
Transaminasa pirúvica	21	Hasta 41
Bilirrubina Total	12.9	Hasta 1
Bilirrubina Indirecta	11.5	Hasta 0.2
GGT	417	8-61

Por presentar ese valor de trombocitopenia severa, sin sangrado activo, se realizó transfusión de plaquetas. Por colestasis neonatal secundaria a lúes congénita se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico y vitaminas liposolubles ADEK. Durante su primer mes de internación evolucionó favorablemente, pero con mal incremento ponderal.

Una mujer embarazada tiene un riesgo mayor al 50 % de que afecte al feto dando como consecuencia un recién nacido con sífilis, mortinato o aborto espontaneo en ausencia de tratamiento.

La severidad de la infección depende del estadio de la enfermedad materna y la edad gestacional a la cual es adquirida la infección.

En nuestro caso clínico se presenta una madre controlada durante su embarazo, detectándose sífilis en la semana 19 de gestación, pero con tratamiento inadecuado, los altos títulos de anticuerpo al diagnóstico materno y la edad gestacional en la cual se realiza el diagnóstico lleva a la infección del feto. Cumple criterio para definirlo como sífilis congénita ya que presenta el antecedente de tratamiento inadecuado, VDRL positiva en el recién nacido más evidencia clínica y de laboratorio.

## COMENTARIOS

### Sífilis Congénita: Manifestaciones Clínicas

La sífilis congénita es una infección sistémica producida por *T. pallidum* en el feto o en el recién nacido, transmitido a través de la placenta o el canal de parto. El riesgo global de transmisión puede alcanzar un 60-80% si la persona gestante cursa sífilis primaria o secundaria no tratada y disminuye a un 10-20% en la sífilis latente o terciaria.

Es de gran importancia realizar pruebas serológicas para sífilis en la primera consulta prenatal y repetir en cada trimestre de la gestación y repetirlos en el momento del parto o puerperio inmediato.

Es fundamental el testeo, tratamiento inmediato y el seguimiento de las parejas sexuales de la gestante, como también descartar otras enfermedades de transmisión sexual. Realizar el tratamiento con penicilina sin esperar pruebas confirmatorias y efectuar el adecuado registro del tratamiento administrado constando dosis administrada y fechas de colocación de las mismas.

Del mismo modo, se debe registrar el seguimiento serológico de los títulos de VDRL desde el momento del diagnóstico, que aportará información para evaluar la respuesta al tratamiento, como detectar las reinfecciones.

Actualmente se considera fallo terapéutico o reinfección, un incremento de 4 veces en los títulos de pruebas no treponémicas, sostenido durante al menos dos semanas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los títulos pueden incrementarse próximo a la instauración del tratamiento por lo que, a menos que se presenten signos o síntomas, se debe esperar 8 semanas como mínimo para realizar control luego de completado en tratamiento.

La infección intrauterina por *T. pallidum* puede provocar distintas manifestaciones clínicas en el feto: aborto espontáneo, muerte fetal, hidrops fetal o parto prematuro.

Más del 50% de los recién nacidos afectados son asintomáticos al nacer, en la mayoría de los casos los síntomas aparecen en el período perinatal y pueden manifestarse como restricción del crecimiento intrauterino, Hydrops fetalis no inmunológico, neumonitis (neumonía alba), con infiltrados intersticiales que producen dificultad respiratoria, miocarditis o síndrome de TORCH.

Se puede observar con mayor frecuencia la presencia de lesiones mucocutáneas, como el pénfigo ampollar palmo plantar con descamación y formación de colgajos epidérmicos, las lesiones maculo papulosas (sífilides) que pueden ulcerarse en zonas periorificiales, lesiones ulcerosas en mucosa nasal (coriza sífilítica), onixis, perionixis y alopecia. Las lesiones cutáneas o las secreciones nasales húmedas de las sífilis congénitas son muy infecciosas.

El compromiso sistémico puede presentarse como hepatomegalia con aumento de transaminasas, ictericia con hiperbilirrubinemia a predominio directo acompañada o no de esplenomegalia, anemia hemolítica, leucocitosis y trombocitopenia más proteinuria, edemas con síndrome nefrítico o nefrótico. Puede existir compromiso meníngeo que se manifiesta aun en asintomáticos con la presencia de pleocitosis mononuclear, aumento de las proteínas y/o una prueba de VDRL positiva en líquido cefalorraquídeo.

Pueden presentar lesiones oculares como la coriorretinitis, con lesiones en sal y pimienta, glaucoma que produce proptosis, blefaroespasmos, opacificación de la córnea, epifora y uveítis.

Osteocondritis en el primer mes de vida y periostitis a partir del cuarto mes que se expresan como impotencia funcional del miembro afectado (pseudoparálisis de Parrot).

Descarga nasal inicialmente acuosa, luego purulenta y hemorrágica que interfiere con la alimentación. Puede necrosarse y perforar el cartílago nasal dando lugar a la nariz de silla de montar muy característico de la sífilis tardía.

Por convención, la sífilis congénita precoz se define como aquella que se presenta en los dos primeros años de vida con los síntomas clínicos mencionados y la sífilis congénita tardía, a partir de los dos años con lesiones secuelas de muy rara observación, como úlceras gomosas en nariz, en el tabique nasal o en paladar duro: lesiones óseas periósticas que dan lugar a "tibias en sable" y abombamiento del cráneo a nivel frontal y parietal, alteraciones faciales, como queratitis intersticial, sordera neurosensorial, incisivos de Hutchinson (la llamada triada de Hutchinson), molares en mora o fisuras peribucales; neurosífilis, asintomática o bien con parestesias y tabes, o atrofia óptica.

Los signos clínicos de la sífilis tardía son consecuencia de los procesos inflamatorios crónicos de la sífilis temprana. El tratamiento en el periodo perinatal evita estas complicaciones.

La infección de la persona gestante cercana al parto puede generar, habitualmente, un neonato asintomático, que inclusive puede tener una VDRL negativa al nacimiento. En caso de no realizarse seguimiento y/o tratamiento, el/la niña/o se presentará con síntomas en meses posteriores o permanecerá asintomático y solo será detectado por estudios serológicos.

### Diagnóstico

El diagnóstico se realiza a través del estudio de las pruebas treponémicas, anticuerpos específicos contra *T. Pallidum* (FTA-Abs: absorción de anticuerpos fluorescentes anti -*Treponema pallidum*), TPHA (micro hemaglutinación para anticuerpos anti-*Treponema Pallidum*), TP-PA (aglutinación de partículas para anticuerpos anti-*Treponema Pallidum*); y pruebas no treponémicas como VDRL, USR, RPR menos específicas. En el recién nacido es complejo ya que existe pasaje anticuerpos treponémicos y no treponémicos maternos a través de la placenta, lo que dificulta la interpretación de los resultados serológicos. El líquido cefalorraquídeo será evaluado a través de la PCR.

### Puede orientar al diagnóstico

VDRL positiva, identificación de *T. pallidum* en placenta, cordón umbilical y/o tejido de biopsia mediante microscopia de campo oscuro. VDRL en LCR. Título del recién nacido de VDRL 4 veces o diluciones sobre el título materno al momento del parto (considerando que a la madre y al recién nacido se les realizó en mismo examen). TPHA o FTA-Abs positivos al año de vida. Sífilis en el embarazo no tratada o tratada inadecuadamente, independientemente de los síntomas. Recién nacido con serologías positivas (que no cumple el criterio con relación a los títulos maternos) asociada a evidencia de sífilis al examen y/o radiografía de huesos largos alterada y/o aumento de células y proteínas en LCR no atribuible a otra causa.

Se deberá evaluar el tratamiento y seguimiento serológico que recibió la madre durante el em-

barazo y su pareja, para definir si es necesario tratar al recién nacido.

Se debe realizar pruebas serológicas para sífilis en la primera consulta prenatal y repetir en cada trimestre de la gestación y en el periodo periparto, si la última prueba tuviera más de 30 días a la fecha de parto. En las personas gestantes de la edad de 15 a 24 años debe repetirse cada 60 días, debido a su alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual en este grupo etario.

### Recomendación de tratamiento de la persona gestante

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: 1 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI intramuscular.

Sífilis de duración desconocida, latente tardía y terciaria: 3 dosis de penicilina benzatínica 2.400.000 UI intramuscular con intervalo de 1 semana entre cada dosis.

El tratamiento se considera adecuado si se completa 30 días antes del parto.

El seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento y vigilancia ante la reinfección se realiza con serologías. Solicitar a las 4 semanas de finalizado el tratamiento y luego cada 8 semanas. La variación de títulos debe considerarse significativa cuando es mayor de una dilución, sea en su ascenso o descenso.

### Evaluación y tratamiento en el recién nacido

La finalidad de solicitar la VDRL en el recién nacido es conocer el valor inicial para una adecuada interpretación de los controles serológicos posteriores.

Si el examen físico de recién nacido es normal, el tratamiento y seguimiento serológico materno es adecuado (penicilina 3 dosis separadas por una semana, última dosis recibida hace más de un mes, con títulos de VDRL estables durante 3 meses o en descenso). Se realiza par serológico madre y recién nacido:

- Prueba no treponémica neonato/Prueba no treponémica madre  $\leq 4$  títulos: no requiere tratamiento.
- Con persona gestante no tratada o inadecuadamente tratada, o sin documentación de tratamiento o sin seguimiento serológico: se

realiza evaluación del recién nacido: PNT madre/PNT neonato (par serológico realizado en el mismo tiempo) TGO/TGP.

- Hemograma.
- Radiografía de huesos largos.
- Examen oftalmológico.

Evidencia del inicio de tratamiento con penicilina benzatínica en los últimos 30 días del embarazo. Con este antecedente, el riesgo de sífilis congénita podría ser menos probable.

**Evaluación normal:** se indica penicilina benzatínica IM 50.000 UI/kilo, única dosis. Seguimiento clínico y serológico.

#### Evaluación anormal:

PNT en neonato/PNT madre  $\geq 4$  títulos o aumento de transaminasas o Rx de huesos largos patológica o anemia moderada a severa y plaquetopenia.

En recién nacido: **asintomático o con evaluación anormal:**

Punción lumbar para análisis de citoquímico y VDRL/VDRL modificada. Examen de orina.

Hemograma. Hepatograma.

Ecografía cerebral y abdominal.

Se debe indicar penicilina G sódica 50.000 ul/k/dosis EV cada 12 horas ( $\leq 1$  semana de vida), cada 8 horas ( $> 1$  semana de vida). Por 10 días.

### Seguimiento de la persona recién nacida

En todos los casos es fundamental el seguimiento clínico mensual, la evaluación oftalmológica y auditiva (en menores de 6 meses con otoemisiones acústicas ms ABR (potenciales evocados auditivos) y en las mayores de 6 meses con potenciales evocados auditivos y seguimiento serológico con pruebas no treponémicas a los 1-3-6 y 12 meses o hasta negativizar.

En el recién nacido con síntomas o evaluación anormal, que reciben tratamiento endovenoso y la respuesta al tratamiento fue adecuada, no será necesario repetir la punción lumbar.

Si no existe infección, los anticuerpos no treponémicos adquiridos por el recién nacido en forma pasiva a través de la placenta, deben disminuir a los 3 meses y desaparecer a los 6 meses. Los anticuerpos no treponémicos adquiridos pueden tardar hasta 18 meses en desaparecer.

### Indicaciones de retratamiento

Niños /as no tratados con PNT reactiva luego de los 6 meses. Niños/niñas tratadas con PNT reactiva luego de los 12 meses.

### CONCLUSIÓN

La sífilis congénita continuación un problema de salud pública a pesar de las medidas de prevención establecidas y recomendadas en nuestro país. No se ha logrado la erradicación de la enfermedad y por lo tanto su transmisión perinatal. No se debe otorgar el egreso hospitalario a ningún recién nacido que no tenga las serologías para la detección de sífilis, a fin de pesquisar la enfermedad y dar tratamiento y seguimiento oportuno y adecuado al recién nacido y a su madre.

Tenemos la amplia necesidad de realizar actividades de promoción y educación de la salud en la población objetivo, mujeres en edad fértil, adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual y sexo seguro.

Aún existen barreras institucionales y estructurales que dificultan la consulta y el acceso a los servicios de salud, por lo que resulta fundamental un abordaje interdisciplinario que contribuya al trabajo en territorio con el fin de superarlas.

### BIBLIOGRAFÍA

- Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2010. 1era edición.
- Consenso de Infecciones Perinatales. SAP. CEFEN. Arch. Argentinos de Pediatría/1999/Vol. 97:3
- Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2016.
- Artículo de la SADI OR1151. Aumento de la sífilis en I argentina, una alerta para la salud pública. XIX Congreso SADI 201
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS. 2022. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina;2022.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
- Ceriotto M, Vila M, Duran A, Moyano M. Utilización de penicilina benzatínica como tratamiento para la prevención de sífilis congénita en el primer nivel de atención de la salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Provincia de Buenos Aires: Dirección Provincial de Programas Sanitarios. Dirección VIH- sida/ITS;2017.
- Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Curr Opin Infect Dis.* 2022 Oct 1;35(5):452-460.
- Guía para el abordaje de la Sífilis en el Primer Nivel de Atención. Herramientas para los equipos de Salud. Ministerio de la Provincia de Buenos Aires. Año 2024.



# DEJAR LOS PAÑALES: CÓMO ORIENTAR A LAS FAMILIAS

Lic. MARÍA PAULA GERARDI\*

Cuando hablamos de dejar los pañales *hablamos de procesos*, tanto para los chicos como para los padres. Es muy importante tener en cuenta que no se trata de “sacarles” los pañales sino acompañar a los chicos desde el amor, la comprensión y el respeto por sus tiempos, desde el juego y la alegría por este nuevo cambio.

Hay que pensar estos procesos en cada familia en particular, los vínculos, hábitos, rutinas, creencias e historia de cada familia. El desafío de los padres es soltar cuidando y respetando los tiempos y las señales de los chicos para darle lugar a nuevas experiencias y formas de vincularse.

## El control de esfínteres

Entre los dos y los cuatro años suele llevarse a cabo el proceso de aprendizaje, aunque a algunos niños puede llevarles un poco más de tiempo.

También los chicos suelen controlar primero el pis y luego la caca y primero de día y luego de noche. Pero no hay reglas fijas en cuanto a los tiempos y la forma de dejar los pañales, cada nene y cada nena lo va a transitar a su manera y con los tiempos que necesite.

## Algunas recomendaciones para sugerir a los padres

- En general los chicos primero hacen pis y caca sin mostrar interés por el control, luego comienzan a avisar cuando ya están sucios. Posteriormente avisan mientras están haciendo y finalmente llega el momento en el que tienen ganas, avisan y llegar a tiempo al baño sin que se les escape. Lo cual implica poder esperar. (Aprender a retener y expulsar teniendo registro y control de ello).
- Cuando se les cambia el pañal ayudarlos a identificar que hicieron Ej.: “Esto es caca”, “Esto es pis”.

- Podemos observar si se sienten incómodos al estar mojados, si piden que les saquen el pañal sucio, si ya reconocen y avisan cuando se hicieron pis o caca.
- Tiene que aparecer en los nenes el deseo de probar solos y poder expresarlo. Si dice pis o caca no quiere decir necesariamente que ya controla. Al principio dicen estas palabras porque empiezan a reconocerlas, luego pueden decirlas porque se hicieron y finalmente porque quieren hacer.
- Un buen indicador para iniciar el proceso de noche es cuando la cama o el pañal ya no aparece mojada.
- Invitarlos a conocer los objetos que comenzará a usar: calzoncillo de transición, pelela, adaptador de inodoro, inodoro, bombacha, calzoncillo.
- Utilizar el juego. Por ejemplo: llevar a los muñecos a hacer pis, etc. También ayudan los cuentos y dibujos animados.
- Sugerirles que avisen cuando tengan ganas y acompañarlos al baño para ver si sale y si no sale decirle afectuosamente que no se preocupe, que ya lo va a lograr.
- Es importante no burlarse, no retarlos ni humillarlos si se les escapa o se olvidan de avisar. Nunca hay que forzarlos ni obligarlos a sentarse en el inodoro.
- A veces puede aparecer en algunos chicos miedo al inodoro o la pelela, miedo a que les duela o miedo a separarse de su caca. Tratar de no apurarlos ni tener expectativas demasiado altas sobre ellos.
- En general los chicos acompañan este proceso por medio del juego con arena, barro, masa, agua, etc. y haciendo trasvasados con recipientes.

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

- Hay niños que tienen miedo de caerse en el inodoro y por eso prefieren la pelela y hay padres que, por una cuestión de higiene optan por el adaptador. La idea es que puedan usarlo sin ayuda y que se sientan cómodos y tranquilos.
- Hay chicos que suelen hacer pis o caca en lugares que no son el baño. Por ejemplo, hacen pis en el cuarto, se esconden debajo de la mesa para hacer caca, puede ser que necesiten sentir cerca del cuerpo el pis o la caca, como cuando usaban pañal. Tratar de a poco de poner la pelela en el baño, de manera que vayan adquiriendo la costumbre de hacer allí. Con paciencia hay que ir explicándoles cuál es el lugar indicado para hacer pis y caca de manera que vayan incorporando la costumbre.
- Si bien al principio hay que acompañarlos, de a poco hay que tratar de que puedan ir solitos y que avisen recién cuando ya terminaron de hacer para ayudarlos a limpiarse, fomentando así su autonomía y enseñándoles que se trata de un momento privado. Luego en un segundo momento mostrarles cómo higienizarse solos.
- Lo importante es ir interpretando las señales que dan para orientar nuestras acciones sin presiones y sin hacer del tema del “dejar el pañal” lo central en la vida de la familia.

## Un caso de Enuresis

La familia de una niña de 9 años llamada María consulta porque la misma se hace pis encima desde que comenzó la pandemia por COVID.

Se toma en cuenta que el padre tomó a su cargo el aprendizaje de la lectoescritura de la niña durante la cuarentena. La familia evidencia altos niveles de exigencia y rigidez en la crianza de sus hijos.

La vida familiar se centra en el tema del control de esfínteres con una marcada insistencia y presión sobre María.

En el juego durante las sesiones en el consultorio, se observan en la niña altos niveles de existencia, inseguridad y necesidad de tener todo bajo control. En contrapartida a esta necesidad de tener todo controlado, el pis se escapa como una forma de liberar la presión que siente.

Se trabaja con la familia sobre lo evaluado con una muy buena respuesta de los padres a las intervenciones terapéuticas y al poco tiempo María deja de hacerse pis.

## Algunos libros de cuentos

- *Voy al baño*, de Carolina Mora. Colección crecemos. Editorial El Ateneo.
- *Chau pañales*. Colección “Cuentos para crecer” de S. Chas y M. Seitún.
- *Nunete dejó los pañales*. G. Del Canto.
- *Federico se hizo pis*. Graciela Montes. Colección Federico Crece. Editorial Sudamericana.



# ANEMIAS: GUÍA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DEFICIENCIA DE HIERRO Y ANEMIA FERROPÉNICA

## *Anemia: Guideline for Diagnosis and Treatment. Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia*

Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional

Dra. MARCELA E. GUTIÉRREZ<sup>1</sup>

Dra. CRISTINA L. FERRARO<sup>2</sup>

### RESUMEN

La causa más frecuente de anemia en pediatría es la deficiencia de hierro, especialmente en edad preescolar en Argentina. Su detección precoz, así como el tratamiento correcto y la profilaxis adecuada, son hoy una prioridad para el pediatra. Esta guía define anemia según edad, establece algoritmos diagnósticos para guiar qué pruebas debe solicitar el pediatra y desarrolla anemia por déficit de hierro, causa más frecuente de anemia en pediatría. Establecen pautas para su diagnóstico correcto, diagnóstico diferencial, tratamiento, prevención y pesquisa.

### ABSTRACT

The most common cause of anemia in pediatrics is iron deficiency, especially in preschool children in Argentina. Early detection, proper treatment, and appropriate prophylaxis are now a priority for pediatricians. This guide defines anemia by age, establishes diagnostic algorithms to guide which tests to order from the pediatrician, and describes iron deficiency anemia, the most common cause of anemia in pediatrics. It establishes guidelines for correct diagnosis, differential diagnosis, treatment, prevention, and research.

**Palabras clave:** anemia, deficiencia de hierro, anemia ferropénica.

### INTRODUCCIÓN

La anemia se define como una disminución en la concentración de la hemoglobina o de la masa global de hematíes en la sangre periférica, por debajo de los niveles considerados normales para una determinada edad, sexo y altura sobre el nivel del mar.<sup>1</sup> La OMS estima que el 40 % de los niños, entre 6 meses y 5 años, en todo el mundo, padecen anemia.<sup>2</sup> En nuestro país la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud mostró que el 34,1% de los niños menores de 2 años y el 50,8 % de los lactantes de 6 a 9 meses estaban anémicos.<sup>3</sup>

Si bien puede ser multifactorial, las deficiencias nutricionales son generalmente la etiología prevalente en niños. Entre ellas la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en la población pediátrica, sus síntomas van desde astenia y adinamia, hasta retraso en el desarrollo neurológico y rendimiento escolar deficiente.<sup>4</sup>

Debido a su alta frecuencia, el pediatra debe identificar la presencia de la misma en consultorio, así como buscar su etiología y ofrecer tratamiento, a fin de evitar complicaciones.

### ERITROPOYESIS

Entre la 3-4 semana de gestación, la eritropoyesis fetal comienza en el seno endodérmico; posteriormente, se inicia también en el hígado, órgano hematopoyético principal hasta 1-2 semanas después del nacimiento. La médula ósea se incorpora hacia el 4º mes de gestación en la hematopoyesis. Éste se convierte en el principal lugar de producción de células hemáticas

1. Consultorios de Hematología Infantil, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
2. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Unidad de Hematología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Correspondencia:** Dra. Cristina Ferraro:  
crislucianaferraro@hotmail.com

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

desde el nacimiento. A partir del nacimiento, y secundario a la sobrecarga de masa eritroide en la etapa prenatal, la hemopoyesis disminuye hasta alcanzar niveles mínimos de hemoglobina (Hb) entre las 6 a 9 semanas de edad, recuperándose posteriormente hasta los niveles normales. Después de la pubertad, se producen diferencias entre varones y mujeres, debido a estímulo hormonal y en las niñas, la pérdida de hierro de causa menstrual.<sup>1</sup>

La dieta, los hábitos como el tabaco, la altitud del lugar de residencia, así como la variación genética individual contribuyen a las diferencias en los índices eritrocitarios<sup>5</sup>.

Durante el primer año de vida los glóbulos rojos pierden sus características fetales y neonatales. Cambian la composición de la Hb (predominio de Hb A), cambios en el metabolismo, tamaño celular, estructura de la membrana y sus funciones. Todos estos cambios se pueden ver

reflejados en la concentración de Hb, el volumen corpuscular medio (VCM), la Hb corpuscular media (HCM) y la concentración media de Hb corpuscular (CHCM).

Es necesario definir rangos de hemoglobina apropiados, para definir anemia. La OMS en el 2024, definió puntos de cortes para la Hb, según edad y sexo, para definir anemia y grados de anemia<sup>6</sup>. ver **Tabla 1**.

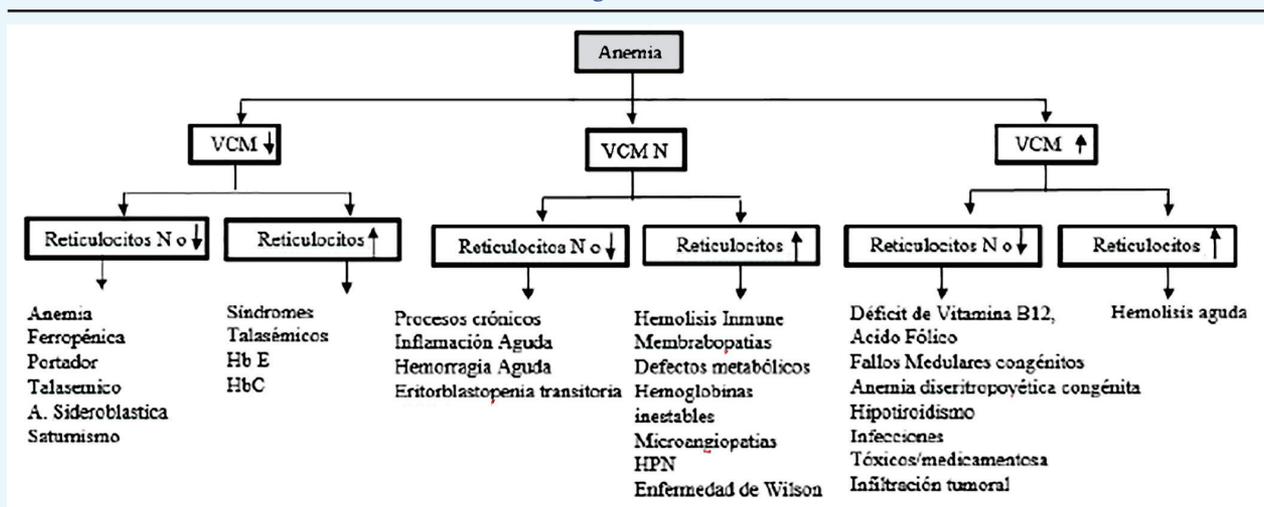
**CLASIFICACIÓN**

Las anemias pueden ser clasificadas según diferentes criterios: morfológicos, fisiopatológico, etc. En esta oportunidad presentaremos un algoritmo diagnóstico que permita al pediatra en consultorio hacer una primera aproximación diagnóstica, con el fin de ampliar estudios, de ser necesario, administrar el tratamiento adecuado o realizar la oportuna derivación del paciente. ver **Algoritmo 1**.

**Tabla 1. Cortes de Hemoglobina en individuos sanos para determinar anemia<sup>6</sup>**

	Concentración de Hemoglobina (g/L)			
	Normal	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa
Niños 6-23 meses	≥105	95-104	70-94	<70
Niños 24-59 meses	≥110	100-109	70-99	<70
Niños 5-11 años	≥115	110-114	80-109	<80
Niñas 12-14 años	≥120	110-119	80-109	<80
Niños 12-14 años	≥120	110-119	80-109	<80
Mujer no embarazada 15-65 años	≥120	110-119	80-109	<80
Hombre 15-65 años	≥130	110-129	80-109	<80

**Algoritmo 1**



VCM: volumen corpuscular medio; Hb: hemoglobina; HPN: hemoglobinuria paroxística nocturna.

La epidemiología es de suma relevancia en esta patología, es por ello que tiene importancia saber que, las anemias por déficit nutricionales y las alteraciones genéticas de la Hb, son las causas más frecuentes de anemia en pediatría.<sup>7</sup> Esto permite al médico orientar el interrogatorio para una completa historia clínica y la correspondiente exploración física. Con esta información solicitar exámenes complementarios básicos como: hemograma con reticulocitos y examen del frotis de sangre periférica. La correcta evaluación e interpretación de los mismos, permite orientar qué otros estudios pedir o si es necesaria la derivación del paciente.

Las anemias nutricionales se producen cuando la ingesta de ciertos nutrientes es insuficiente para satisfacer las necesidades de síntesis de hemoglobina y eritrocitos. Dentro de ellas la anemia ferropénica representando aproximadamente el 42% de las causas de anemia en pediatría en menores de 5 años. Otras anemias carenciales menos frecuentes son la anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12 y/o ácido fólico. En esta revisión nos enfocaremos en las anemias carenciales por déficit de hierro<sup>8</sup>.

## DEFICIENCIA DE HIERRO

El hierro es un micronutriente esencial para el organismo humano. Interviene en el transporte de oxígeno, en la respiración celular, en la síntesis de ADN y en la proliferación celular. Su déficit altera el desarrollo cognitivo durante la infancia, disminuye la actividad física e intelectual

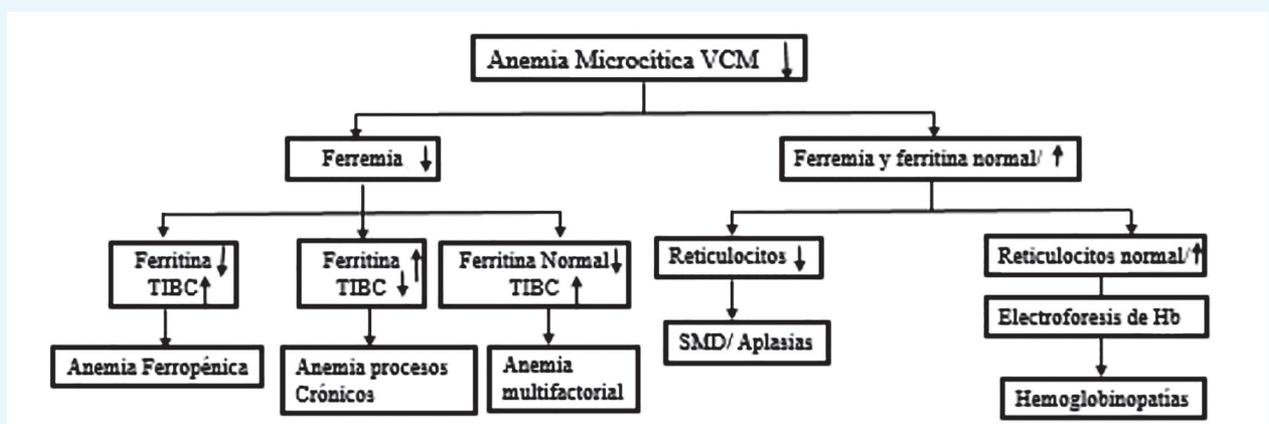
y aumenta la morbimortalidad asociada a otras enfermedades. A pesar que la disminución de la ingesta de hierro no es la única causa de ferropenia, estimular su incorporación en la dieta ha demostrado ser efectivo como método de prevención.

## DIAGNÓSTICO

Ante la historia clínica y examen físico que haga pensar al pediatra en un diagnóstico de anemia, se debe pedir inicialmente: hemograma con plaquetas, reticulocitos, índices hematimétricos (VCM, CHCM, HCM), amplitud de distribución del diámetro eritrocitario (ADE) y examen de frotis de sangre periférica, de ser posible. Ante la presencia de una anemia con VCM disminuido por debajo de 80fl, podemos clasificarla dentro de las anemias microcíticas. La valoración del recuento de reticulocitos como normales o disminuidos como vemos en el *Algoritmo 1*, plantean una serie de diagnósticos diferenciales. El paso siguiente sería la solicitud de: ferremia, capacidad total de saturación de hierro (TIBC), porcentaje de saturación de transferrina y ferritina sérica. Esto, como puede verse en el *Algoritmo 2*, permite realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de anemia microcíticas. En nuestro país, las causas más frecuentes de este tipo de anemias son ferropenia, talasemia menor y anemia de la inflamación. Se debe tener en cuenta que algunas de estas patologías pueden coexistir (ferropenia y talasemia menor).

Así la anemia ferropénica se caracteriza por

Algoritmo 2



VCM: volumen corpuscular medio; SMD: síndrome mielodisplásico; Hb: hemoglobina;  
TIBC: capacidad total de saturación de hierro.

presentar Hb disminuida, con plaquetas y recuento leucocitario normales, VCM, CHCM y HCM disminuidos, ADE elevado, reticulocitos normales o levemente aumentados, microcitosis con hipocromía en el examen de sangre periférica, ferremia, ferritina sérica y porcentaje de saturación disminuido y TIBC aumentada.

**ETIOLOGÍA**

Pueden dividirse en 4 grandes grupos como se muestra en la **Tabla 2**.<sup>8</sup> A su vez puede resultar multifactorial.

**DETECCIÓN**

En Argentina se establece la pesquisa mediante la realización sistemática de hemograma y ferritina en el lactante. Entre los 9 y 12 meses de edad en los recién nacidos de término y entre los 6 y 9 meses de edad en los prematuros. También se recomienda en adolescentes mujeres a partir de la menarca.<sup>9</sup>

**TRATAMIENTO**

Los objetivos son: corregir la anemia, a su vez almacenar hierro en depósitos y corregir la

**Tabla 2. Causas de anemia ferropénica<sup>8</sup>**

<b>a. Absorción insuficiente</b>	
• Ingesta dietética insuficiente o inadecuada	- Por causas socioeconómicas - Por causas personales (bulimia/anorexia, etc.)
• Síndrome de malabsorción	- Enfermedad celíaca - Resección intestinal - Otras patologías de tubo digestivo
<b>b. Pérdidas aumentadas</b>	
• Evidentes	- Parasitosis intestinales (uncinariasis) - Pérdidas menstruales excesivas - Epistaxis reiteradas - Hemorragias digestivas - Pérdidas de sangre por otros órganos - Hemorragias perinatales (placenta previa, desprendimiento normoplacentario, etc.)
• Ocultas	- Parasitosis intestinales (uncinariasis) - Patologías de tubo digestivo (reflujo, gastritis, úlcera, pólipos, divertículos, etc.) o de riñón
<b>c. Depósitos disminuidos</b>	
• Prematuros	
• Gemelares	
• Hemorragia intrauterina (transfusión feto-materna o gemelo-gemelar)	
<b>d. Aumento de requerimientos</b>	
• Crecimiento acelerado	- Lactantes - Adolescentes
• Embarazo	
• Lactancia	

**Tabla 3. Dosis profilácticas de hierro para administrar en los distintos grupos de riesgo<sup>9</sup>**

Grupo	Dosis	Inicio	Duración
RN de término	1 mg/kg/día	2 meses	Hasta los 12 meses
RN pretérmino (1500-2000 g)	2 mg/kg/día	1 mes	Hasta los 18 meses
RN pretérmino (750-1500 g)	3-4 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 18 meses
RN pretérmino (< 750 g)	5-6 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 18 meses
RN con bajo peso de nacimiento	1-2 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 12-18 meses
Mujeres adolescentes	60-80 mg/día	Durante 3 meses consecutivos por año	
Adolescentes embarazadas	60 mg/día	Al comienzo del 2 <sup>do</sup> trimestre	Hasta el final del embarazo

RN: recién nacido.

causa primaria. En ésta última nos referimos a lograr una dieta adecuada, tratamiento de las parasitosis, control del reflujo gastroesofágico y manejo del síndrome de malabsorción.

La administración de hierro puede ser por vía oral o parenteral, ya que la eficacia y el ritmo de ascenso de la hemoglobina son similares.

#### • La vía oral

Es la vía de elección. La dosis (calculada en mg de hierro elemental) es 3-6 mg/kg/día. El sulfato ferroso, es de primera elección y debe administrarse alejado de las comidas -media hora antes o dos horas después- ya que muchos alimentos disminuyen la absorción de hierro hasta en un 40-50%.<sup>9</sup>

En cuanto al hierro polimaltosato, es mejor tolerado.

Una vez alcanzados valores normales de hemoglobina y hematocrito, debe continuarse, a igual dosis, durante un tiempo igual al que fue necesario para alcanzar la normalización de los mismos. Esta prolongación del tratamiento sirve para reponer depósitos de hierro.

Las complicaciones habituales son intolerancia digestiva (náuseas, constipación, diarrea, vómitos, dolor abdominal) y coloración negruzca de dientes (reversible con la suspensión del tratamiento).<sup>10</sup>

#### • Vía parenteral

Debe usarse en casos de intolerancia digestiva severa al hierro oral, patología digestiva que contraindique la vía oral o tratamiento oral insuficiente o inadecuado.

La dosis total a administrar, para corregir la anemia y reponer los depósitos, se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:  $(Hb \text{ teórica [g/dL]} - Hb \text{ real [g/dL]})/100 \times \text{volemia (ml)} \times 3,4 \times 1,5 = \text{mg de hierro (siendo: 3,4: factor de conversión de g de hemoglobina a mg de hierro 1,5: hierro de depósito)}$ .<sup>9</sup>

Por vía intramuscular, la cantidad total de mg de hierro resultante debe fraccionarse en dosis que *no excedan de 1,5 mg/kg/día*, y a administrarse cada 2-3 días. El preparado recomendado para administración intramuscular es el hierro dextrano.

En la administración endovenosa debe internarse. Se recomienda utilizar hierro sacarato. La cantidad total de mg de hierro a recibir debe fraccionarse en dosis que *no excedan de 2-3 mg/*

*kg*, a administrarse cada 2 días. Se debe diluir en solución fisiológica (100 mg en un máximo de 100 ml de solución fisiológica) y administrar por infusión endovenosa lenta en 15-30 minutos (1 ml/minuto). Detener la infusión ante parestesias o dolor torácico. Administrar previamente dosis de prueba en pacientes que lo reciben por primera vez (administrar 1 ml y esperar 15 minutos por la ocurrencia de reacciones adversas).

#### PROFILAXIS

Las conductas preventivas involucran distintas acciones en distintos momentos.

**Perinatales:** Se recomienda la ligadura tardía del cordón umbilical (1-3 minutos luego del nacimiento), con lo cual se logra aumentar los depósitos de hierro corporal en, aproximadamente, 30% y disminuir la incidencia de anemia ferropénica<sup>11</sup>. También debe ser promovida la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y la introducción precoz de alimentos ricos en hierro.

**Conductas farmacológicas:** Se debe administrar suplemento con hierro medicinal a los siguientes grupos de riesgo<sup>9</sup> (ver **Tabla 3**).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª edición. McGraw-Hill-Interamericana; 2009.
2. Anaemia in women and children. In: Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>, accessed 19 January 2024).
3. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch Argent Pediatr*. 2009; 107(5):397-404.
4. Allali S, Brousse V, Sacri AS, Chalumeau M, de Montalembert M. Anemia in children: prevalence, causes, diagnostic work-up, and long-term consequences. *Expert Rev Hematol*. 2017 Nov;10(11):1023-1028. doi: 10.1080/17474086.2017.1354696. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29023171.
5. Timmer T, Tanck MWT, Huis In 't Veld EMJ, Veldhuisen B, Daams JG, de Kort WLAM, van der Schoot CE, van den Hurk K. Associations

- between single nucleotide polymorphisms and erythrocyte parameters in humans: A systematic literature review. *Mutat Res Rev Mutat Res*. 2019 Jan-Mar;779:58-67. doi: 10.1016/j.mrrev.2019.01.002. Epub 2019 Feb 2. PMID: 31097152.
6. Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
  7. Kassebaum NJ; GBD 2013 Anemia Collaborators. The Global Burden of Anemia. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2016 Apr;30(2):247-308. doi: 10.1016/j.hoc.2015.11.002. PMID: 27040955.
  8. Donato H, Rapetti C, Crisp R, Buys MC. Anemias carenciales. En: Donato H, Rapetti C (eds). *Anemias en Pediatría*. Buenos Aires: Fundasap; 2005.p.39-86.
  9. Comité Nacional de Hematología; Oncología y Medicina Transfusional; Comité Nacional de Nutrición. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento [Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. Guideline for Prevention, Diagnosis and Treatment.]. *Arch Argent Pediatr*. 2017 Aug 1;115(4):s68-s82. Spanish. doi: 10.5546/aap.2017.s68. PMID: 28737884.
  10. Reeves JD, Yip R. Lack of adverse side effects of oral ferrous sulfate therapy in 1-year-old infants. *Pediatrics*. 1985 Feb;75(2):352-5. PMID: 3969339.
  11. Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Ferreira M, Ricci A, Casas O, et al. Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico aleatorizado. *Arch Argent Pediatr* 2010;108:201-8.
- 



# LA CATEGORIZACIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES DE ACUERDO A CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS NO DESCARTA LA EXISTENCIA DE MALTRATO O VIOLENCIA

*Dra. VIVIANA EDITH SOLIGO*

Para realizar esta breve reseña citaré el informe de 2006 del Comité Nacional de Prevención de lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, que afirmaba que las “lesiones por causas externas no intencionales” ocurren en forma brusca o imprevista, pero que no era adecuado denominar a tales situaciones con la palabra “accidente” que alude a la noción de “casual” o “inevitable” (Waisman, Iñón, Dimarco, & Nasta, 2006)

En la actualidad la epidemiología continua utilizando en forma indistinta las categorías “lesiones no intencionales” y “accidentes” aludiendo a que se trata de hechos imprevistos. Aunque la realidad es que prácticamente todas las lesiones traumáticas son previsibles y además prevenibles.

## **La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las lesiones por causas externas como:**

“El daño físico que se produce cuando el cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía (mecánica, térmica, química, eléctrica o radiada) en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales como el oxígeno” (OMS, 1999)

Un claro ejemplo es el daño producido por el impacto de un vehículo a motor. En términos jurídicos difícilmente podría presumirse intencionalidad en un incidente vial, sin embargo es muy

posible que pueda determinarse que haya existido culpa por negligencia o impericia. (Argentina, 2025) . También se incluye en la definición de trauma, al daño ocasionado por la falta de uno o más elementos esenciales para la vida, como el agua, el aire y el calor, como sucede en casos de ahogamiento, estrangulamiento o congelamiento. (Holder, 2001).

Las lesiones que sufren los niños mayoritariamente suceden en sus hogares y desde el punto de vista de la epidemiología, en general, son clasificados como “no intencionales”, aunque existe cierta noción sobre que suelen ocurrir por situaciones y actos inseguros previos al momento en que sucedieron. La intencionalidad puede ser “sospechada” por los agentes sanitarios, ante indicios, que solo pueden ser confirmados mediante un proceso de investigación por las autoridades judiciales competentes.

## **Los mecanismos de lesiones referidos por los adultos que acompañan a los niños lesionados o con síntomas de afección por “causas externas” generalmente son:**

- Caídas
- Quemaduras
- Ahogamiento
- Electrocuación
- Intoxicaciones
- Asfixia o inhalación
- Mordeduras y picaduras

Tanto en niños como en adolescentes, los incidentes en vía pública se informan como “accidentes de tráfico automotor”, una de las categorías de mayor incidencia en los informes

\* Médica Pediatra.  
Comité Regional de Prevención de lesiones.

estadísticos de “causas externas” de muerte. En el entorno vial las víctimas pueden ser peatones, pasajeros o conductores, esto último solo tiene cierta incidencia entre adolescentes, que en los registros se encuentran en el intervalo entre los 15 y los 19 años, debido a que incluye a los menores de edad en condiciones de conducir vehículos a motor. Las heridas o la defunción por armas, sean blancas o de fuego es una posibilidad tanto en niños como adolescentes y se incluirían en la categoría “agresiones”, pero la realidad es que se trata de situaciones en las que la determinación de la intencionalidad siempre requiere investigación judicial.

Desde los Comités de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, nuevos integrantes nos sumamos a quienes fueron nuestros guías y maestros, utilizando todas las herramientas a nuestro alcance para divulgar las medidas de prevención conocidas, pero lamentablemente no logramos llegar a toda la población. Para eso se requeriría una estrategia integral de comunicación y control por parte de diversas instancias de la sociedad.

Es muy importante tener en cuenta que los mejores datos con los que se cuentan de casos de lesiones por trauma en Argentina son las “Estadísticas Vitales”, que se elaboran en base a los

certificados de defunción. Es una aproximación que debería acompañarse del adecuado registro de ingresos hospitalarios por lesiones o trauma.

Se presenta un esquema que brinda una noción sobre los mejores datos con que contamos. Son aquellos que indican un resultado inapelable y extremo. Pero sería muy importante conocer con precisión datos que solo podemos inferir y que están muy bien graficados en la **Imagen 1** (España, 2025)

Existen estimaciones teóricas sobre cuantas consultas o internaciones podrían estar en la base de la pirámide, pero los datos primarios son extremadamente difíciles de obtener, al menos en Argentina.

En último resumen de Estadísticas Vitales publicado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, con los datos del año 2022, en el cuadro 23, correspondiente las *Defunciones por grupo de edad para ambos sexos, según grupo de causas seleccionadas*, se advierte que se continua utilizando la terminología tradicional, que es útil para comprender, en forma aproximada, la naturaleza de los hechos que motivaron las defunciones y realizar las necesarias comparaciones inter anuales y con otros países o regiones, pero es evidente que son demasiadas muertes registradas como resultado de trauma bajo rubros tales

### Imagen 1. Descripción de la imagen



**Fuente:** Estilos de vida saludable.

<https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/seguridad/introduccion/home.htm>

como, “eventos de intención no determinada”. (Cuadro 1).

Las categorías de muerte por “Causas externas” del cuadro que se corresponde a la detallada en un algoritmo publicado en el documento más reciente publicado por el Ministerio de Salud Pública: *Boletín de mortalidad por lesiones, Período*

1997-2022, Área de Vigilancia Epidemiológica Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles agosto 2024. (Figura 1)

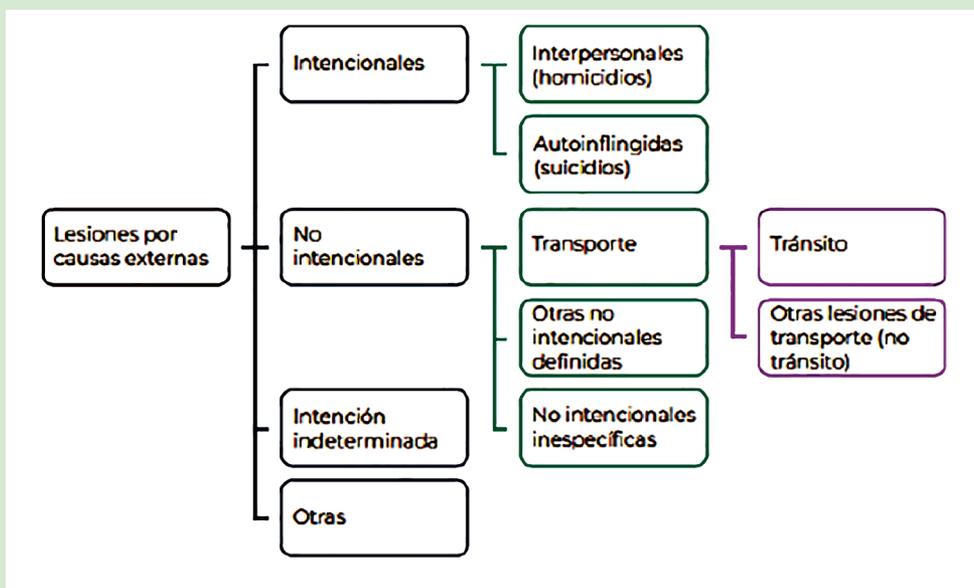
El flujograma ayuda a comprender cómo se registran las “muertes por causas externas”, dando por sentada la intencionalidad en el rubro “agresiones” que se presumen interpersonales.

Cuadro 1

GRUPO DE CAUSAS DE MUERTE	TOTAL	GRUPO DE EDAD									
		Menores de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
<b>17. Causas externas</b>	<b>17.803</b>	<b>101</b>	<b>249</b>	<b>139</b>	<b>268</b>	<b>1.155</b>	<b>1.785</b>	<b>1.766</b>	<b>1.521</b>	<b>1.202</b>	<b>1.100</b>
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.340	9	48	33	59	227	431	379	308	312	273
Otros accidentes de transporte, inclusive Secuelas	221	0	5	3	5	8	20	15	20	17	27
Ahogamiento y sumersión accidentales	242	3	48	11	10	17	22	15	21	13	11
Accidentes no especificados	2.228	1	10	4	14	47	103	94	86	85	85
Otras causas externas de traumatismos accidentales, inclusive secuelas	1.710	54	55	35	42	48	70	89	107	90	75
Suicidios, inclusive secuelas	3.221	0	0	0	60	334	478	454	342	242	204
Agresiones, inclusive secuelas	1.417	5	12	8	17	152	201	227	182	130	103
Eventos intención no determinada, incl. Secuelas	4.727	26	68	44	57	315	452	486	450	295	312
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	684	3	3	1	4	7	6	7	5	16	10
Las demás causas externas	13	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica Argentina - Año 2022. Pág. 73

Figura 1



Fuente Boletín de Mortalidad por lesiones, Período 1997-2022, Área de Vigilancia Epidemiológica Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles Ministerio de Salud República Argentina, agosto 2024.

Aunque no se indica explícitamente, corresponden a homicidios. Este término solo puede ser utilizado como resultado de un proceso judicial. En otro rubro se suman los casos de daño auto-infringido (suicidio), lo que también requeriría intervención judicial.

Es llamativo al observar que los fallecimientos que se asientan como “Eventos de Intención Indeterminada”, tienen cifras semejantes a los eventos de mayor incidencia. Aunque se está presentado el cuadro de un único año, la incidencia se repite cada año sin modificaciones significativas.

Desde el segundo hasta el cuarto año de vida, el ahogamiento, presenta cifras casi idénticas al número de fallecidos por “lesiones en el transporte”. Esta última causa, aumenta progresivamente durante la infancia y la adolescencia. Ambas categorías son consideradas “no intencionales”, aunque como ya se expresó, son evitables y prevenibles. Si se enfoca la intencionalidad desde el punto de vista jurídico debemos tener presente que se aplica el concepto de “dolo” cuando ante un posible delito se logra determinar que existió intención de producir daño. Pero también puede existir “culpa”, que es actuar sin la intención ni la voluntad de cometer el delito, pero con negligencia o imprudencia.

Negligencia es actuar sin cuidado, es hacer menos de lo que se debe hacer. Por ejemplo, salir a la calle sin arreglar los frenos del auto.

Imprudencia es actuar de una manera peligrosa. Por ejemplo, manejar el auto a alta velocidad o no disminuir la velocidad en las bocacalles. (Argentina, 2025)

Estas dos calificaciones podrían utilizarse cuando la muerte de un niño fuese el resultado de omitir cuidados “razonables”, que en caso de ahogamiento sería que un adulto esté expresamente designado para observar cada niño en la cercanía de espejos de agua que pueden ser artificiales: piscinas, estanques o naturales: lagos, ríos o costas marítimas. (Nasta Carlos, 2009)

En la práctica asistencial no es función del personal sanitario determinar la responsabilidad penal, pero una situación particular se presenta cuando la víctima de trauma es un niño o adolescente. La misión prioritaria será siempre procurar la estabilización, en base al diagnóstico del mecanismo por el cual se habría producido

el daño, y en una segunda instancia procurar que se apliquen las medidas adecuadas para evitar que el evento se repita informando a las autoridades competentes, ya que aunque la edad cronológica puede hacer presuponer distinta capacidad para tener conciencia de los riesgos, los menores de edad siempre son sujetos inmaduros desde el punto de vista de la biología, ya que el completo desarrollo de la corteza prefrontal se produce después de los 20 años del vida. (Simón-Lorda, 2008)

Como sabemos los médicos, estamos obligados a brindar asistencia de acuerdo a la ley de ejercicio profesional Ley 17.132 (1967) y en caso de menores de edad tener conocimiento de las normas nacionales y convenciones internacionales que procuran resguardar el interés superior del niño, entre ellas:

- La Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959, ONU, 78 estados miembros) Basada en la Declaración de los Derechos del Niño (1924, Ginebra)
- La Convención de los Derechos del Niño (1990)
- Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2015)
- Código Penal de la Nación, que fue sancionado en 1921 y ha sido reformado en múltiples oportunidades.

Es evidente que los médicos no estamos en condiciones de establecer la intencionalidad al asistir a una víctima de trauma, pero como ciudadanos debemos tener presente que nuestra intervención puede ser la única oportunidad que tenga un niño de ser protegido por las autoridades, en caso que sus cuidadores primarios estén vulnerando sus derechos de acuerdo al artículo 7 de la Convención de los Derechos del Niño:

**“Responsabilidad familiar.** La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

*El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos.*

*Los Organismos del Estado deben asegurar*

políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones.”

Aunque existen muchas más consideraciones para señalar sobre la pertinencia de la terminología que se utiliza en epidemiología, es claro que los agentes sanitarios que estamos en contacto con situaciones de altísima intensidad afectiva, necesitamos confiar en el accionar de las instituciones.

La Epidemiología como disciplina que en la actualidad plantea considerar al trauma una “enfermedad” (*Inter Academy Partnership for Health* (IAP), 2019) y es posible que se deba profundizar el análisis de las dificultades que llevaron a que, en la práctica, los médicos y otros agentes sanitarios, nos enfrentemos a situaciones en las que no podemos evitar el cuestionarnos la terminología que se utiliza para registrar datos, por generar disonancia cognitiva con las convicciones personales, ya que es imposible ignorar que la ciencia permite saber que lo que en lenguaje coloquial muchas personas consideran “fatalidad” “desgracia” “azar” “infortunio” o “destino” no aplica al discurso científico.

Procurar que, los agentes sanitarios desarrollemos en capacidades argumentativas podría contribuir a que progresivamente las definiciones epidemiológicas sean más acordes a la realidad observada en la práctica asistencial .

## Bibliografía

- Argentina, l. s. (2025). Dolo y culpa. Buenos Aires: Ministerio de Justicia Argentina.
- España, M. d. (2025). Las muertes por lesiones son sólo la punta del iceberg. Estilo de vida saludable.
- Holder, P. M. (2001). Injury surveillance guidelines. World Health Organization, Geneva.
- *Inter Academy Partnership for Health* (IAP). (2019). Un llamado a la acción para la declaración del trauma como enfermedad.
- Nasta Carlos, A. O. (2009). Consenso Nacional de Prevención del ahogamiento. “El niño y el agua”. (S. d. Accidentes, Ed.) Arch Argent Pediatr, 107(3), 271-276.
- OMS. (1999). Lesiones: una de las principales causas de la carga mundial de Enfermedad. Ginebra.
- Waisman, I., Iñón, A., Dimarco, V., & Nasta, C. U. (2006). Prevención de lesiones no intencionales: opiniones y actitudes de los pediatras. (S. d. de, Ed.) Arch. argent. pediatr 104(1): 64-68.



## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL SAMIC DR. RENÉ FAVALORO

*Brindando respuestas médicas  
en una región muy demandante*

**Dr. CARLOS PALOMBO<sup>1</sup>**  
**Dr. GUSTAVO ALARCÓN<sup>2</sup>**

### Historia, compromiso y atención integral en salud

El Hospital SAMIC Dr. René Favalaro (HDRF), ubicado en el corazón del municipio de La Matanza, es mucho más que una institución sanitaria. Su nombre rinde homenaje al legado de René Favalaro, el eminente cardiólogo argentino que revolucionó la medicina mundial con su técnica de bypass coronario. Sin embargo, el impacto de Favalaro no solo se limitó a los avances científicos, ya que él tenía un enfoque integral de la salud, que combina prevención y equidad, principios que inspiran y guían al hospital en su misión diaria.

Ubicado sobre la Ruta 1001, o Avda. Eva Perón 5200, entre las calles Soldado Sosa y Echeverría, en la localidad bonaerense de Rafael Castillo, sostiene la demanda pública de más de 2.700.000 bonaerenses

Desde su apertura, el 7 de octubre de 2015, el Hospital SAMIC Favalaro ha crecido significativamente, haciéndolo en tres etapas sucesivas, adaptándose a las necesidades de la comunidad y mejorando continuamente sus servicios. Lo que comenzó como un centro de atención ambulatoria, con servicios básicos en la localidad de Rafael Castillo, partido de La Matanza, evolucionó, primero en respuesta a la pandemia y los desafíos



sanitarios de aquellos días, para luego convertirse en un hospital general de agudos con una cobertura integral que opera las 24 horas del día.

### Un hospital en crecimiento y evolución

Con un enfoque claro en satisfacer las crecientes necesidades de salud de la región, el HDRF ha ampliado progresivamente su oferta de servicios. En 2020, se inició la segunda etapa de expansión, que incluyó la habilitación de unidades de cuidados intensivos y progresivos para adultos, lo que permitió mejorar la respuesta ante situaciones de emergencia. En noviembre de 2022, el hospital dio un paso crucial al inaugurar sus áreas de Neonatología y Maternidad, con foco en los recién nacidos y las madres.

El hospital está organizado bajo el Modelo de Atención por Cuidados Progresivos (CP), un enfoque innovador que organiza los servicios hospitalarios según las necesidades de los pacientes, garantizando que cada uno reciba el nivel de atención adecuado en el momento justo. Este modelo de atención centrada en el paciente se refleja en la moderna infraestructura del hospital,

**1** Director Ejecutivo.

**2** Presidente del Consejo de Administración.

que cuenta con más de 20 consultorios especializados, unidades de internación con disponibilidad de 144 camas, 14 plazas en Unidad de Cuidados Intensivos y servicios complementarios, para garantizar una atención integral.

Dentro de la oferta de servicios, la atención de guardia de emergencia pediátrica y neonatal ocupa su lugar. El HDRF proporciona una atención médica de calidad, para los niños y sus familias. La Unidad de Neonatología está equipada con 18 unidades de cuidados intensivos, intermedios y mínimos, que operan las 24 horas bajo la supervisión de neonatólogos y personal altamente capacitado. El hospital promueve la participación activa de los padres en el proceso de atención, permitiendo el contacto inmediato entre madre, padre y bebé, lo que favorece el vínculo afectivo desde el primer momento.



### **Atención pediátrica y redes de derivación**

El hospital cuenta con una guardia pediátrica modernamente equipada, la que dispone de camas diferenciadas para cuidados intermedios y mínimos, lo que permite una atención adecuada según la complejidad del cuadro clínico de cada paciente.

La gestión de derivaciones se realiza de manera formal a través de la mesa de coordinación, zona sanitaria XII, donde los casos son evaluados por profesionales médicos en función de su complejidad.

Cuando se requiere un nivel de atención mayor, algunos pacientes son derivados al Hospital de Niños de San Justo o por sistema de la red a hospitales de la misma región, donde se realiza una

evaluación integral para determinar el grado de compromiso en la salud del niño y, de ser necesario, su ingreso a terapia intensiva.

Durante períodos de alta demanda, como brotes de enfermedades respiratorias, deshidratación o infecciones gastrointestinales, se prioriza la atención de los pacientes que pueden ser tratados de forma ambulatoria, permitiendo su alta médica.

Este servicio está diseñado para asegurar que los niños reciban la atención médica más adecuada de acuerdo con su estado de salud, siempre con el acompañamiento de sus familiares, en un entorno que promueve tanto el bienestar físico como emocional del paciente.

### **Innovación y tecnología al servicio de la comunidad**

Una de las características que distingue al HDRF es su tecnología de última generación, lo que permite ofrecer diagnósticos más rápidos y precisos. El área de Diagnóstico por Imágenes cuenta



con equipamiento avanzado, como el tomógrafo Canon Aquilion PRIME de 160 cortes, que mejora la calidad de los estudios, permitiendo una atención más eficaz para los pacientes, incluidos los niños. Un moderno Laboratorio de Análisis Clínicos garantiza que los análisis y resultados se entreguen de manera eficiente y oportuna.

El hospital se enorgullece de ofrecer una atención interdisciplinaria, lo que implica que los pacientes son tratados por un equipo diverso de profesionales, incluyendo médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y enfermeros. Este enfoque integral asegura que se cubran no solo las necesidades médicas de los pacientes, sino también sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales, lo que resulta en un bienestar más completo.

### Un impacto positivo en la comunidad

Desde su apertura, el Hospital SAMIC Dr. René Favaloro ha logrado establecer fuertes vínculos con la comunidad de su zona de influencia geográfica. Su participación activa en la red de referencia y contrarreferencia permite facilitar el

acceso a la atención médica a personas de todos los sectores sociales, sin distinción de clase o cobertura sanitaria.

### Compromiso con el futuro de la salud pública

A medida que se consolidó como un referente en la atención integral de salud, el HDRF ha demostrado su compromiso con brindar una medicina de alto nivel, en todos sus niveles de atención. Desde su infraestructura hasta su personal, el hospital continúa creciendo para dar respuesta a las necesidades de una comunidad cada vez más diversa y exigente.

Con la mirada puesta en el futuro, el Hospital SAMIC Dr. René Favaloro sigue trabajando para fortalecer el sistema de salud a través de la tecnología y la innovación. Un hospital pensado para el futuro, pero comprometido con la salud pública del presente, que sigue demostrando su papel esencial en la mejora de la calidad de vida de sus pacientes.

*Agradecemos a la **Dra. Andrea Rodríguez** por su colaboración en la publicación de este artículo.*





## Perlitas Legales

# LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA: IDENTIDAD, COMUNICACIÓN Y DERECHO EN LA INFANCIA

ACUÑA MERCEDES REGINA\*

### ¿QUÉ ES UNA LENGUA CUANDO NO SUENA, SINO QUE SE VE?

La historia de la Lengua de Señas Argentina (LSA) es también la historia de la lucha por el reconocimiento, la inclusión y la dignidad de las personas sordas. Para los que trabajamos en Pediatría, reconocer esta lengua como natural, originaria y válida no es solo un acto simbólico: es un compromiso con nuestros pacientes y sus familias.

Desde el nacimiento, los niños sordos tienen derecho a una lengua que les sea accesible. Esta afirmación, que hoy puede parecer evidente, fue históricamente desatendida. Por años, los métodos orales dominaron el escenario educativo y clínico, relegando a la LSA a un segundo plano, muchas veces con argumentos que carecían de base científica y no respetaban la identidad lingüística de los niños sordos.

### Breve historia de la Lengua de Señas Argentina

La LSA tiene raíces profundas. Aunque hay registros de lenguajes gestuales desde tiempos coloniales, su consolidación se remonta a la fundación del Instituto Nacional de Sordomudos en 1885. Desde entonces, y pese a décadas de imposición oralista, la lengua creció y evolucionó en manos de la comunidad sorda, con características propias y una gramática diferente del castellano.

Con el tiempo, la LSA se convirtió en un eje de identidad cultural para las personas sordas, y en una herramienta fundamental para garantizar sus derechos.

### La Ley 27.710: un reconocimiento legal y cultural

Promulgada el 13 de abril de 2023, la Ley 27.710 reconoce a la Lengua de Señas Argentina como: “Una lengua natural y originaria que conforma un legado histórico inmaterial como parte de la identidad lingüística y la herencia cultural de las personas sordas”.

### ¿Qué implica esto?

- La LSA ya no es considerada una herramienta o método educativo, sino una lengua en sí misma.
- Se reconoce su uso no solo por personas sordas, sino por cualquier persona que elija comunicarse en esta lengua.
- Las organizaciones de personas sordas son establecidas como entidades legítimas de consulta.
- Se faculta al Estado a fomentar políticas públicas que promuevan el uso y la accesibilidad de la LSA.

### La lengua en la infancia: ¿por qué es tan importante para la Pediatría?

En el consultorio, muchas veces nos encontramos con niños sordos o hijos de padres sordos. La presencia de un intérprete o el manejo básico de LSA por parte del personal de salud puede marcar la diferencia entre una consulta efectiva o una experiencia frustrante.

La privación lingüística en los primeros años puede tener consecuencias en el desarrollo cognitivo, emocional y social. Por eso, la exposición temprana a una lengua natural y completa como la LSA es clave.

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

Ejemplo clínico: un niño sordo de 2 años que no accede a ninguna lengua natural, ni oral ni de señas, corre riesgo de presentar retrasos severos en el desarrollo del lenguaje y la socialización. En cambio, si accede desde temprano a la LSA (a través de su familia, instituciones o intérpretes), puede desarrollar su identidad y capacidades plenamente.

### ¿Qué podemos hacer como pediatras?

- Informarnos: conocer la existencia y estructura de la LSA es el primer paso.
- Capacitarnos: aprender nociones básicas o trabajar con intérpretes en nuestras instituciones.
- Visibilizar: promover entornos accesibles e inclusivos, sin prejuicios hacia el uso de señas.
- Acompañar: orientar a las familias para que sus hijos accedan tempranamente a una lengua completa.

Testimonio de una mamá sorda: “Cuando fui al hospital con mi hijo y el pediatra saludó en lengua de señas, lloré de emoción. Fue la primera vez que sentí que podía entender todo sin que nadie tuviera que traducirme. Me sentí respetada y segura.” — Carla, mamá de Luca, 3 años.

### CONCLUSIÓN

La sanción de la Ley 27.710 no es solo un triunfo jurídico. Es un llamado a transformar nuestras prácticas cotidianas. Porque el lenguaje no es solo un medio de comunicación, sino también de acceso a derechos, a salud, a identidad.

Como profesionales de la infancia, tenemos la responsabilidad y la oportunidad de ser parte activa de este cambio. Escuchar con los ojos. Hablar con las manos. Y, sobre todo, acompañar con respeto.

### Estadísticas sobre niños sordos en Argentina

- Prevalencia de hipoacusia en recién nacidos: se estima que entre 1 y 3 de cada 1.000 nacidos vivos presentan algún grado de hipoacusia. Con aproximadamente 700.000 nacimientos anuales en Argentina, esto representa entre 700 y 2.100 casos nuevos cada año. (Fuente: Infobae, 2021)

- Discapacidad auditiva en la población general: según datos de 2010, aproximadamente 95.000 niñas, niños y adolescentes sordos viven en Argentina. (Fuente: Canales.org.ar)
- Acceso a la lengua de señas: más del 90% de los niños sordos tienen padres oyentes que no conocen ni utilizan la Lengua de Señas Argentina (LSA), lo que puede dificultar la adquisición temprana del lenguaje y el desarrollo cognitivo. (Fuente: Canales.org.ar)

### Programas nacionales de detección y atención de la hipoacusia

- Ley 25.415 – Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia Sancionada en 2001, esta ley establece la obligatoriedad de realizar estudios auditivos a todos los recién nacidos antes del tercer mes de vida. El programa busca garantizar el acceso temprano al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia, incluyendo la provisión de audífonos, implantes cocleares y rehabilitación fonoaudiológica.

### Programa Sumar

Este programa amplía la cobertura del sistema de salud público, incluyendo la atención integral de la salud auditiva en niños y adolescentes sin obra social. Ofrece prestaciones como el tamizaje auditivo neonatal, controles clínicos y tratamientos específicos para la hipoacusia.

### RECURSOS ÚTILES PARA PEDIATRAS

#### Formación y aprendizaje

- **Curso básico de Lengua de Señas Argentina para profesionales de salud**
  - *Dictado por:* Confederación Argentina de Sordos (CAS)
  - *Modalidad:* virtual y presencial
  - *Sitio web:* <https://www.cas.org.ar>
- **Cursos del Instituto Nacional de Formación Docente (INFoD)**
  - Lengua de Señas como segunda lengua
  - *Disponible en:* <https://formacion.infod.edu.ar>
- **“Aprendé LSA” – Aplicación gratuita para celular**
  - *Disponible en Android y IOS*
  - Contiene diccionario visual de señas argentinas con videos.

### LECTURAS RECOMENDADAS

- “Lengua de señas argentina: Historia, gramática y comunidad”
  - Autores: Esteban Zerquera y Adrián Ávalos
  - Editorial: Biblos, 2021.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad – ONU
  - Ratificada por Argentina (Ley 26.378)
  - Art. 21 y 24: Derecho a usar la lengua de señas y acceso a la educación inclusiva.
- Guía “Atención sanitaria a personas sordas”
  - Publicación: Ministerio de Salud de España (adaptable al contexto local).
  - Incluye recomendaciones para consultas pediátricas.

### ORGANIZACIONES DE REFERENCIA

- Confederación Argentina de Sordos (CAS)
  - <https://www.cas.org.ar>
  - Difunden recursos, capacitaciones y actividades en todo el país.
- Federación Mundial de Sordos (WFD)
  - <https://wfdeaf.org>
  - Promueven el reconocimiento de las lenguas de señas a nivel global.
- Lengua de señas argentina. Ley 27710
  - [file:///C:/Users/BWPC/Contacts/Downloads/Texto%20completo%20\\_%20Argentina.gob.ar.html](file:///C:/Users/BWPC/Contacts/Downloads/Texto%20completo%20_%20Argentina.gob.ar.html)





# Boletín bibliográfico 93

Espacio creado por el *Dr. Ricardo Straface*

*Dr. Carlos Luzzani*

Médico Pediatra

## 1. Experiencias exitosas reflejan que es posible brindar cuidados paliativos pediátricos en las comunidades de Latinoamérica

Solo 7 % de los niños y niñas que podrían beneficiarse con cuidados paliativos los recibe, debido a que en Latinoamérica hay escasez de equipos multidisciplinares destinados a cuidar la calidad de vida de los más pequeños. Además, la atención que se brinda suele estar concentrada en hospitales de núcleos urbanos.<sup>1</sup>

No obstante, los datos del artículo publicado en la revista *Journal of Pain and Symptom Management* reportó que, a pesar de las barreras, sí existen iniciativas en la región y se han logrado avances exitosos en la prestación de cuidados paliativos pediátricos comunitarios.<sup>1</sup> Lo más relevante es que estos ejemplos pueden servir de inspiración para el desarrollo de nuevos programas que deberían implementarse pronto.

“Esta investigación me deja con enorme esperanza al constatar los avances significativos que se han logrado en la región y con renovada motivación al saber que cada vez somos más quienes compartimos el mismo propósito: cerrar la brecha en el acceso y fortalecer la disponibilidad de Servicios de Cuidados Paliativos Pediátricos para pacientes con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida y sus familias”, comentó a Medscape en español la Dra. Zulema García Ulloa, médica pediatra, máster en cuidados paliativos pediátricos e integrante del equipo autor del citado estudio, que cursa la primera subespecialidad en medicina paliativa pediátrica de México en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, y colabora de manera voluntaria con la asociación civil CANICA A.C. (Centro de Apoyo a Niños con Cáncer) en un proyecto de cuidados paliativos, también en Guadalajara.

Su investigación, realizada mediante encuestas y entrevistas, incluyó ocho líderes de programas de cuidados paliativos pediátricos y comunitarios que funcionan en distintos países de la región (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, México y Uruguay), quienes participaron gracias a la invitación de una red latinoamericana de cuidados paliativos pediátricos coordinada por el St. Jude Children’s Research Hospital de Estados Unidos.

Así aparecieron en el radar del estudio algunas acciones que tienen su punto de partida en hospitales latinoamericanos, como el Provincial de Neuquén “Dr. Eduardo Castro Rendón”, en Argentina, el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, en México o el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en Uruguay. Asimismo, mostraron interés otros establecimientos que en la actualidad funcionan como hospicios: la Casa de Luz, en Chile y el Hogar Estuardo Mini, en Guatemala.

Esta muestra, no del todo abarcativa para la región, se completó con programas de diferentes países: Entidad Promotora de Salud Sura/Hospital Pablo Tobón Uribe en Colombia, Albergue San Gabriel en Costa Rica y el que lleva adelante la Fundación Amigos contra el Cáncer infantil en República Dominicana.

“Me siento privilegiada de haber tenido la oportunidad de contactar y conocer a grandes líderes en Latinoamérica y de aprender de ellos tanto en lo personal como por su labor pionera en el desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos en sus respectivos países”, destacó la Dra. García.

Cada uno de estos programas de cuidados paliativos pediátricos brinda atención adaptada al contexto y a las necesidades particulares, pero todos extienden su cobertura tanto a zonas urbanas como rurales y seis atienden pacientes con afecciones oncológicas y no oncológicas.

Los líderes de estas acciones comunitarias coincidieron en que la atención centrada en el paciente que brindan va más allá de la atención física, emocional y espiritual, ya que abarca dimensiones sociales, culturales y comunitarias con la finalidad de abordar de forma holística las necesidades del paciente y su familia.

Un hallazgo clave de este estudio fue la identificación de aspectos comunes que han llevado al éxito de estos programas, que incluyen sólido apoyo institucional y gubernamental, estructuras de equipo interdisciplinarias que abordan las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la atención, colaboración activa con las partes interesadas de la comunidad y uso innovador de recursos, como telemedicina, para ampliar el acceso a la atención en zonas rurales.

Además, varios programas aprovecharon alianzas establecidas con organizaciones sin fines de lucro para obtener financiación y apoyo logístico, mientras que la capacitación continua de los profesionales de la salud y de la propia comunidad también ha sido claves para brindar cuidados de calidad.

La Dra. María Cecilia Rea, médica pediatra, especialista en cuidados paliativos pediátricos y del Hospital del Niño Jesús, en Tucumán, Argentina, que no participó del estudio, lo consideró “absolutamente” relevante.

“Es trascendental conocer cómo estamos brindando los cuidados paliativos en Latinoamérica, qué redes estamos construyendo y cuáles son los programas vigentes para llevarlos a cabo, ya que por la idiosincrasia latinoamericana se puede pensar en programas generales y adaptarlos luego a las diferentes sociedades y culturas”, indicó la especialista.

Con relación a los resultados que dejó la investigación, manifestó que le provocaron sensación de alivio el conocer que a pesar de las dificultades se llevan a cabo estrategias para acercar los cuidados paliativos pediátricos a las poblaciones. “Esto es algo que considero un derecho inobjetable, ya que todos merecemos este acompañamiento al final de nuestras vidas, independientemente de la patología”, señaló la Dra. Rea.

### Principales dificultades que enfrentan estos programas en Latinoamérica

A pesar de los avances logrados en la región, existen desafíos comunes para implementar programas comunitarios de cuidados paliativos pediátricos. Entre ellos se encuentran: la falta de capacitación especializada de los profesionales de la salud, la estigmatización y el desconocimiento de los cuidados brindados, recursos limitados, dificultades para integrar estas prácticas en el sistema de salud y políticas públicas que no garantizan igualdad en el acceso.

“En Latinoamérica, una de las principales causas de inequidad en el acceso a los servicios de salud es la centralización de la atención especializada en grandes ciudades y hospitales de referencia. Esto excluye a las poblaciones que viven en zonas rurales o alejadas, generalmente las más vulnerables, y limita su acceso a cuidados esenciales”, puntualizó la Dra. García. Agregó que, si bien cada país tiene su propia geografía, sistema de salud y contexto, en muchos se repiten barreras como la distancia, la falta de transporte adecuado y la precariedad económica ante lo cual es fundamental la integración de Servicios de Salud a nivel comunitario, lo que permite “reducir estas brechas y garantizar un acceso más equitativo a la atención, especialmente en cuidados paliativos pediátricos”, aseguó.

La Dra. Rea subrayó el déficit en Latinoamérica de profesionales formados en estos cuidados, por lo que considera que la formación en cuidados paliativos debe partir desde el grado, en donde hay que hablar y quizá despertar interés en los futuros profesionales.

“Debería brindárseles conocimientos en cuidados paliativos como se les da en neurología o endocrinología. Es tan sencillo entender que todos los profesionales de la salud debemos saber acompañar al paciente con una enfermedad amenazante para la vida, en el proceso de muerte. Aunque esta palabra sea prohibida en algunas universidades”, agregó la Dra. Rea.

En este mismo sentido, la Dra. García señaló: “Vivimos bajo un modelo biomédico que prioriza la curación por encima de todo. En ese camino se ha dejado de lado no solo la prevención, sino también el acompañamiento integral al paciente. Olvidamos que cuando ya no es

posible curar, siempre es posible cuidar, aliviar el sufrimiento y dignificar la vida”.

### **Estos programas exitosos pueden ser fuente de inspiración y de toma de decisiones**

La Dra. García considera que visibilizar los logros de programas innovadores en cuidados paliativos pediátricos resulta valioso para quienes desean desarrollar iniciativas propias. Esto no solo ofrece inspiración y motivación, sino que también permite aprender de la experiencia ajena, identificar buenas prácticas, anticipar desafíos comunes y estimular la generación de ideas creativas adaptadas a cada realidad.

Asimismo, la Dra. García subrayó que el futuro de los cuidados paliativos pediátricos en Latinoamérica depende de la voluntad política para impulsar marcos legales que aseguren el acceso a estos servicios y a los fármacos esenciales, así como de la inversión en recursos humanos especializados y la educación en cuidados paliativos tanto del personal de salud como de la población general.

“Invertir en cuidados paliativos pediátricos no es un lujo, es una necesidad urgente y un imperativo ético. En nuestra región la mayoría de los niños que podrían beneficiarse de estos servicios no los recibe”, recordó la Dra. García.

Por su parte, la Dra. Rea agregó la necesidad de que los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados, se interesen más en los cuidados paliativos pediátricos. Señaló que, en el ámbito privado, los condicionantes económicos dificultan la creación e implementación de estos programas.

“De acuerdo a mi experiencia, la gran diferencia es que en el sistema privado ven costoso armar un equipo de cuidados paliativos básico y ni qué hablar cuando hay que abrir el abanico con otras especialidades”, aseguró la Dra. Rea, por lo que pidió a los proveedores de salud flexibilidad y que pongan en la balanza que el beneficio de poder brindar cuidados paliativos de calidad supera ampliamente las complicaciones de no acceder a estos, tanto en términos humanos como económicos.

En el hospital público donde trabaja la Dra. Rea, el equipo atiende a pacientes tanto en forma ambulatoria como internados, y también ofrecen guardias pasivas a través de consulta telefónica. Actualmente, no realizan visitas domiciliarias,

salvo por casos excepcionales y por voluntad del profesional, debido a factores económicos y de seguridad. Cabe destacar que la Dra. Rea es la primera egresada de la residencia en cuidados paliativos pediátricos en Tucumán del Hospital del Niño Jesús.

“Tenemos alta adherencia y gran cantidad de consultas. Si se tiene la voluntad y la capacidad de lograr financiamiento, por muy básico que sea, hay que ir para adelante. Ya que algo, mientras sea de calidad, es mejor que nada”, destacó la especialista.

Los cuidados paliativos basados en la comunidad son una atención adaptada para pacientes con enfermedades limitantes o amenazantes y sus familias, pero brindada en diversos entornos comunitarios. Pueden ofrecerse en sitios como consultorios externos ambulatorios, centros de atención de día, hospicios o a través de atención domiciliaria. No existe un único modelo para su implementación; el diseño debe adaptarse al contexto clínico, organizacional y geográfico, con un enfoque central en las redes comunitarias familiares.

“Existen ya modelos exitosos hospitalarios y comunitarios que incluso en contextos de recursos limitados han logrado ofrecer atención individualizada y compasiva. Apoyar esta causa es construir sistemas de salud más justos, más humanos y verdaderamente centrados en las personas”, concluyó la Dra. García.

*Todos los integrantes del equipo autor, la Dra. Zulema García Ulloa y la Dra. María Cecilia Rea han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. La investigación fue apoyada por la American Lebanese Syrian Associated Charities (ALSAC).*

### **Referencias**

1. Ulloa ZG, García-Quintero X, Nakashima-Paniagua Y, Rivas S, y cols. Evolving Models of Community-Based Pediatric Palliative Care in Eight Countries Across Latin America. *J Pain Symptom Manage.* Jun 2025;69(6):e747-e754. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2025.02.474. PMID: 40057248.

**Dr. Fernando Fuentes**  
Medscape Noticias Médicas;  
1 de julio de 2025

## 2. Jugar en los hospitales: ¿derecho olvidado de niñas y niños en Latinoamérica?

A pesar de que jugar en los hospitales es un derecho que tienen niñas y niños, la actividad no ha sido lo suficientemente entendida, estudiada, ni implementada en Latinoamérica. Es por esta razón por la que una investigación cualitativa que está en marcha en Chile despertó interés para la región. Presentada en la revista *PLoS One*, propone interpretar las condiciones y oportunidades de juego en hospitales públicos, reflejar las experiencias de profesionales de la salud y determinar los factores que favorecen, o limitan, el desarrollo del juego infantil en el ámbito hospitalario.<sup>1</sup>

“La mayoría de los estudios sobre este tema provienen de países anglófonos, algo que mi equipo y yo queremos cambiar aportando pruebas de la importancia del juego en el contexto latinoamericano, ya que solo a partir de datos locales se puede intentar elaborar políticas públicas en este ámbito”, comentó a Aleksandra Glos, doctora en Derecho y filósofa por la Universidad Jaguelónica (Cracovia, Polonia), y profesora asistente del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Según Glos, está bien documentado en la literatura el valor terapéutico que tiene el juego para niñas y niños, especialmente en situaciones difíciles como la enfermedad y la hospitalización. Por eso lamentó que ante este tipo de situaciones los cuidadores den prioridad a otras necesidades aparentemente más urgentes y el juego sea dejado de lado.

“Mi tesis es que debería ser al revés. Cuanto más vulnerable es un niño, más necesita jugar. No solo porque es divertido, sino también porque tiene un valor terapéutico: el juego es el lenguaje de las niñas y los niños, les ayuda a comprender la situación, a expresar sus emociones y a controlar sus miedos”, explicó Glos.

Aunque la investigación no deja de lado la importancia del juego instrumentado, por ejemplo, en acciones de rehabilitación, prevención o educación de distintas enfermedades, pone el foco en tratar de establecer, por medio de entrevistas a profesionales y la observación no participante, el grado de implementación del juego libre en hospitales públicos chilenos.

Esto guarda sintonía con la definición de juego aportada en el artículo 31 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Allí se entiende por juego a todo comportamiento, actividad o proceso iniciado, controlado y estructurado por los propios niños y que tiene lugar donde quiera y cuando quiera que se dé la oportunidad.

Bajo este concepto, las personas que cuidan a niñas y niños en ámbitos sanitarios pueden contribuir a crear entornos propicios al juego, pero el juego mismo es voluntario, obedece a una motivación intrínseca, es un fin en sí mismo y no un medio para alcanzar algo. Entre las principales características que lo identifican se destacan la diversión, la incertidumbre, el desafío, la flexibilidad y la no productividad.

El estudio chileno partió de la necesidad de responder a una pregunta: ¿el derecho a jugar de las niñas y los niños en los hospitales públicos de Chile está olvidado? Pero el planteamiento de su hipótesis se basó en un análisis jurídico, ya que las evidencias empíricas disponibles en el país para responder la interrogante aún son escasas.

Glos comentó que Chile no solo ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990, sino que también incorporó el derecho al juego en su legislación nacional (artículo 44 de la Ley 21430 Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes); no obstante, cree que ese reconocimiento formal, lamentablemente, no se tradujo en demasiadas medidas concretas en el territorio.

Por otro lado, señaló que a nivel hospitalario existe una normativa vigente –Programa Nacional de Salud Infantil con Enfoque Integral (2013)– que en relación con los derechos de niñas y niños hospitalizados establece que deben tener la posibilidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y su estado de salud, siempre según las posibilidades de cada hospital.

“Por lo tanto, nuestra hipótesis es que el ejercicio del derecho de niñas y niños al juego en los hospitales chilenos será irregular, variará según cada centro y sus recursos y, en cierta medida, puede reflejar las desigualdades socioeconómicas existentes en el país. Además, el programa atiende a un rango de 0 a 9 años, lo que puede significar que niñas y niños mayores y adolescentes no tengan el derecho a un juego adaptado a su edad y nivel de desarrollo”, comentó Glos.

La Dra. Paulina Pérez-Duarte Mendiola, médica pediatra y antropóloga médica, quien no participó del desarrollo de la citada investigación chilena, la consideró extremadamente relevante. “Incluso me da muchísimo orgullo y sobre todo mucha emoción ver que gradualmente empiezan a aparecer más proyectos de investigación e iniciativas que exploran, o promueven, el uso del juego dentro de los hospitales infantiles en Latinoamérica”, señaló la médica pediatra.

La especialista hizo su residencia en pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, además de una maestría en Antropología Médica en la University College London, Reino Unido, y un doctorado en Juego y Salud, este último llevado adelante dentro del PEDAL Hub (Juego en Educación, Desarrollo y Aprendizaje) de la Universidad de Cambridge, también en el Reino Unido.

La Dra. Pérez-Duarte agregó: “Necesitamos aprender muchísimo más sobre cómo el juego intrahospitalario ocurre dentro de nuestros hospitales, esto nos ayudará a identificar las barreras, los retos y los facilitadores que existen en un contexto, como lo es en este caso Chile. El trabajo que están haciendo las investigadoras brindará una perspectiva súper valiosa que espero podamos gradualmente recolectar en otros países”.

Fundadora y directora de *Semana JIM* (Semana del Juego Intrahospitalario Mundial), un espacio virtual creado para educar, inspirar y conectar a profesionales de la salud de habla hispana que buscan mejorar su práctica clínica al adquirir una mentalidad pro juego, la Dra. Pérez-Duarte comentó: “He ido atesorando artículos y otros recursos para poder capturar una idea mucho más completa de cómo luce el juego intrahospitalario alrededor del mundo, principalmente desde la perspectiva de lactantes, niñas, niños y adolescentes hospitalizados. Todos estos tesoros me los paso compartiéndolos en Latinoamérica para inspirar a otros a dar el primer paso”.

### **La estancia en un hospital puede ser una experiencia traumática**

Para la Dra. Pérez-Duarte existe muchísima evidencia científica que muestra lo vital que es jugar dentro de los hospitales y demás entornos de atención sanitaria. Sin ir más lejos, en marzo de este año publicó en el PEDAL Hub una revisión

sistemática de 127 publicaciones de distintas partes del mundo.<sup>2</sup>

A partir de la evidencia recopilada se logró identificar cinco dominios que ilustran cómo el juego contribuye a la salud holística de niñas y niños en los entornos de atención médica. Los beneficios obtenidos permiten en pacientes pediátricos reducir el estrés y la incomodidad durante los procedimientos médicos; ayudan a expresar y manejar sus emociones; fomentan la dignidad y la autonomía; fortalecen el sentido de conexión y pertenencia; y preservan el sentido de la infancia.

“La estancia en el hospital puede ser una experiencia traumática debido a los procedimientos dolorosos, así como por las dificultades relacionadas con la separación de la familia y otros factores. Se ha demostrado que el juego es una forma de aliviar ese estrés, ya que ayuda a adaptarse al hospital y a comprender la enfermedad”, coincidió Glos.

La investigadora, además, adelantó que una gran cantidad de participantes de su estudio expresaron que el juego también facilita el trabajo de médicas y médicos, ya que genera confianza en las niñas y los niños, y los vuelve más tranquilos, abiertos y cooperativos.

Incluso el juego puede ayudar a diagnosticar algunos problemas. Por ejemplo, una de las profesionales que intervino en las entrevistas les contó que gracias al juego descubrió que un niño había sido maltratado.

Según Glos, la investigación que realiza transita fases finales de trabajo de campo y comienza ya a analizar los primeros resultados. Cree que pronto aparecerán las primeras publicaciones y espera organizar a principios del próximo año una conferencia sobre este tema junto con las y los representantes de hospitales que participaron en el estudio. Pidió estar atentas y atentos a los próximos pasos por medio de la página web del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica o la cuenta de Instagram BioÉticaLabUC.

“Nuestra investigación ha sido muy bien recibida en varios hospitales. Muchos médicos y profesionales de la salud comprenden profundamente la importancia del juego para las niñas y los niños hospitalizados y no solo la han acogido con los brazos abiertos, sino que también colaboran con nosotros con entusiasmo y esperan que se puedan introducir algunos cambios en el país”, aseguró Glos.

## Hay que ver al hospital desde la perspectiva de niñas y niños

Todavía falta recorrido para sacar conclusiones de la investigación chilena, pero algunos hallazgos preliminares parecen ir en el sentido de la confirmación de la hipótesis del estudio.

Los hospitales participantes informaron de la existencia de algunas intervenciones para fomentar el juego entre los más pequeños, pero parece que las y los adolescentes resultan un grupo bastante desatendido en este aspecto. Gracias a los datos obtenidos, también se confirmaría la tesis de que el grado de garantía del derecho al juego en los hospitales refleja las desigualdades socioeconómicas del país.

Por otro lado, se identificó en los hospitales chilenos una drástica reducción de los espacios de juego a partir de la pandemia de COVID-19. Durante la emergencia sanitaria se eliminaron las salas de juegos porque no se podían utilizar, pero los entrevistados comentan que pasada la emergencia sanitaria en la mayoría de los casos nunca se han vuelto a instalar.

Para Glos, todo esto sería evitable si se contará en el país con políticas públicas que amparen el juego de los niñas y niños en hospitales. Por el entusiasmo, las expectativas y las esperanzas de médicos, enfermeros, terapeutas, educadores y otros profesionales con los que ha hablado, cree que ha llegado el momento de cambiar.

“Existe una gran conciencia entre las y los profesionales, muchas iniciativas y también la voluntad de los directores de los hospitales. Lo único que falta es una política pública a nivel nacional. Todas las personas participantes en el estudio esperan que nuestros resultados influyan en la formulación de políticas públicas en este ámbito. Espero que lo consigamos”, comentó Glos.

De todos modos, no quiso dejar pasar la oportunidad para mencionar iniciativas en Chile que han sabido contemplar el derecho de las niñas y los niños a jugar en el ámbito sanitario. Citó a algunos hospitales: Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar), Dr. Exequiel González Cortés (Santiago), Dr. Roberto del Río (Santiago), Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago), Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco), pero también resaltó el rol de programas (Chile Crece Contigo) y el trabajo que realizan algunas fundaciones (Vivir más Feliz, Giracuentos, Lacaracola, Sonrisólogos).

Por su parte, la Dra. Pérez-Duarte comentó que ha notado a nivel global un paulatino incremento en acciones destinadas a promover que las niñas y los niños jueguen en hospitales. Luego de comenzar la plataforma educativa de la *Semana JIM*, rápidamente pudo encontrar numerosas acciones que de manera sólida ayudan a impulsar una “revolución del juego y la salud”.

“Por ejemplo, en México, María Fernanda Busqueta Mendoza –directora y fundadora del Centro de Estudios Psicosociales Aplicados a la Salud (CENEPAS)– ha impulsado esta ‘revolución’ educando al personal de salud y Daniela Lombardo –directora y fundadora de Fundación Cassava Roots A. C.– ha ido gradualmente abriendo salas de juego dentro de los hospitales para pacientes con cáncer en la Ciudad de México”, sostuvo la Dra. Pérez-Duarte.

También resaltó que múltiples organizaciones que ha identificado como los “Aliados de la *Semana JIM*” han creado lazos y apoyado a lograr iniciativas pequeñas, proyectos digitales (*Nixi for Children*) e incluso renovar espacios dentro de los hospitales públicos para crear salas de juego (*Fundación Lilo México*).

La citada iniciativa virtual de la Dra. Pérez-Duarte celebrará en diciembre de este año su quinto encuentro, siempre con el objetivo de que las y los participantes desarrollen, o refuercen, una mentalidad pro juego.

“El problema de la falta de recursos materiales, humanos y de espacios es definitivamente un reto que tenemos que considerar. Sin embargo, el cambio más importante empieza por ‘revolucionar’ y cambiar la mentalidad. Jugar no es ‘solo un juego’, es algo extremadamente necesario y de vital importancia para las y los pacientes pediátricos, y por eso debemos tomarlo con total seriedad”, resaltó la Dra. Pérez-Duarte.

Según la especialista en pediatría, las médicas y los médicos tienen un papel clave para que se abran espacios de juego o se transformen las interacciones diarias con las y los pacientes. Por eso pidió que no olviden escuchar y observar a sus pacientes, además de intentar ver el hospital desde la perspectiva de las niñas y los niños.

“Jugar en el hospital no significa sacar diamantina de los bolsillos y atender la consulta de urgencias con una nariz roja. En mi investigación, y mi práctica clínica, he aprendido que simples gestos pueden ser muy valiosos para establecer

una buena relación médico-pacientito”, aclaró la Dra. Pérez-Duarte.

Por último, Glos hizo un llamado a las y los responsables políticos de Chile y de otros países de Latinoamérica. Pidió que implementen programas públicos que obliguen a aquellos hospitales que admiten niños a garantizarles el derecho a jugar; es decir, la disponibilidad de un espacio separado para una sala de juegos y el suministro de materiales básicos para pacientes de 0 a 18 años.

“En las declaraciones de las y los participantes de nuestro estudio se repite el sueño de otro hospital, un hospital más centrado en las necesidades psicosociales del niño, que tenga una sala de juegos en cada planta, donde las paredes y otros elementos decorativos sean acogedores. A aquellos que aprecian menos el juego, me gustaría decirles que no le tengan miedo. Vale la pena que todos recordemos lo importante que era para nosotros cuando éramos niños”, concluyó la Dra. Glos.

*Todas las personas integrantes del equipo autor han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. Aleksandra Glos, Ph. D., ha declarado no tener ningún conflicto*

*de interés económico pertinente. La Dra. Paulina Pérez-Duarte Mendiola ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. La investigación de referencia ha recibido financiación de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID). La Semana JIM® es una actividad arancelada y, según aclaró la Dra. Pérez-Duarte, lo recaudado está destinado a solventar gastos de la plataforma virtual y del encuentro.*

**Dr. Fernando Fuentes**

*Medscape Noticias Médicas;*  
9 de julio de 2025

## REFERENCIAS

1. Glos A, López AS, Celis IV, Díaz LS, y cols. Children's right to play in Chilean hospitals: A forgotten right?-A qualitative study protocol. PLoS One. 12 May 2025;20(5):e0316925. doi: 10.1371/journal.pone.0316925. PMID: 40354434. Fuente
2. Graber K, Pérez-Duarte P, Tyzhuk K y Ramchandani P. Playing with children's health? A scoping review of recent literature on play and children's health. Reino Unido: University of Cambridge, PEDAL, STARLIGHT; 2025. Fuente.

## ADENDUM

**“DICHOSO ES AQUEL QUE MANTIENE UNA PROFESIÓN  
QUE COINCIDE CON SU AFICIÓN”**

**GEORGE BERNARD SHAW**

*26 de julio de 1856, Dublín, Irlanda - 2 de noviembre de 1950, Ayot St. Lawrence, Reino Unido*

*Conocido, a petición del propio autor, como Bernard Shaw (fue un dramaturgo, crítico y polemista irlandés cuya influencia en el teatro, la cultura y la política occidentales se extiende desde 1880 hasta nuestros días. Premio Nobel de Literatura en 1925 y Óscar en 1939 al Mejor Guión por su adaptación cinematográfica de su propia obra, Pigmalión (que se reharía posteriormente como el exitoso musical y película My Fair Lady).*

***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***

