



NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXVI

Abril 2026

N° 95

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

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

Directora Titular

Dra. Viviana Edith Soligo

Primer Director Asociado

Dr. Maximiliano Schianni

Segunda Directora Asociada

Dra. Lilian Sosa

Coordinadores

Zona Norte

*Dra. Irene Dechiara, Dra. Susana Mabel Rosso,
Dra. Cristina D'Afflito, Dra. Graciela Robbio,
Dra Silvia Daveggio*

Zona Oeste

*Dra. Gladys Convertini,
Dra. María Florencia Barril, Dra. María Cecilia
Rizzuti, Dra. Gladys Borja, Dra. Beatriz Lauge*

Zona Sur

*Dra. Claudia Corigliano, Dra Claudia Buscio,
Dr. Claudio Mauritzen, Dr. Pablo Aubone*

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

Dra. Claudia Vaccarelli

Grupo Editorial Región Metropolitana

*Dras. Viviana E. Soligo, Silvia Baleani,
María Gabriela Dave*

ÍNDICE

Editorial

- **Cuidar la niñez es prioritario** 2
Dra. Viviana E. Soligo

- **Comunicado de la SAP** 3

- **Actividades de la Región** 5

Discapacidad

- **Introducción de la Sección** 7
Lic. Elida G. Mattarozzi

- **¿Cómo lograr la transición de la niñez a la adultez en pacientes con discapacidad y necesidades en el área de salud (NEAS)?** 8
Mgtr. Médica. María del Carmen Martínez Perea

Ejercicio Profesional

- **¿Quién hace las preguntas? Epistemología de mando y techo de cristal** 14
Dra. Micaela Baratucci

- **Cuando el guardapolvo comienza a pesar** 17
Dra. Micaela Baratucci

- **Gajos del oficio** 20
Dra. Constanza Funes

Epidemiología

- **Vacunas sí... vacunas no...** 21
Lic. Miguel Minor, Lic. Leyla Alarcón, Dres. Gabriel Lukosius, Ana Valentuz

Prevención de Lesiones

- **Diseño e innovación** 25
Dres. Osvaldo Aymó, María Florencia Barril

Pediatría Ambulatoria

- **Actividad física y deporte infante juvenil** 29
Dra. Maricel Sigle

In Memoriam

- **Dra. Cinthia Croatto** 33
Dr. Jorge Gentile

Medicina, niñez y sociedad

- **Una madre es condenada injustamente por el asesinato de su hijo** 34
Dra. Viviana E. Soligo

- **Novedades** 36

“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

CUIDAR LA NIÑEZ ES PRIORITARIO

Los integrantes de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría sabemos que es imprescindible renovar cada día el compromiso con la humanidad a través del cuidado de la niñez. En el siglo XXI nadie duda que plantear el lema “*Por un niño sano...*” es tener muy presente que se busca mucho más que la ausencia de enfermedad. Según la Real Academia Española “sano” es un adjetivo que describe a alguien que está libre de enfermedades, lesiones o vicios. Pero en base a la etimología de la palabra, que proviene del latín *sanus* y la raíz “*sá*” indoeuropea se comprende que en español el término alude también a íntegro o entero.

Comenzando un nuevo año calendario y un nuevo ciclo de esta tradicional publicación procuraremos destacar la importancia de no sólo desempeñar con abnegación tareas asistenciales sino también **“Participar con la familia, la escuela y el sector de salud en la Educación para la salud de la comunidad durante el período vital del crecimiento y desarrollo”**, como se expresa en el artículo 2 inc D del estatuto de la SAP.

Es relevante que antes de la creación de cualquier estado formalmente organizado, los niños eran cuidados y educados por su entorno más cercano, en general el conjunto de personas que coloquialmente denominamos “familia”, término que implica un concepto amplio, ya que al menos desde que existen registros históricos, aludía a organizaciones de individuos no siempre vinculados por lazos de sangre y con roles diversos, bastante distintos a los considerados como socialmente aceptables en la actualidad. Es importante resaltar que no sería adecuado dar por sentado que los vínculos intrafamiliares necesariamente ayudan a los niños y adolescentes. Acerca de esto es significativo que nuestra naturaleza nos predispone durante la infancia a confiar en algún adulto que consideramos capaz de ayudarnos a sobrevivir, esto explica conductas que pueden ser “aprovechadas” por sujetos adultos que carecen de los frenos morales que las sociedades humanas con posibilidades de prosperar instalan en forma de normas o tradiciones.

Existe una enorme cantidad de conocimientos que se acumularon a partir del siglo XX que permiten la comprensión, aunque sea en forma parcial, del complejo proceso de desarrollo bio psico social de los seres humanos. La mayoría de esos aportes surgieron como forma de explicar conductas o fenómenos que se presentaban como motivo de consulta, que pueden ser signos y síntomas físicos, emocionales o ambos.

En agosto de este año se realizará nuestra jornada que se centrará en el cuidado de la niñez, con la expectativa de incorporar a nuestra práctica una perspectiva de prevención para los problemas del desarrollo y de salud mental que tenga en cuenta conocimientos actuales para el abordaje en situaciones de trauma complejo.

Confiamos que muchos socios que vivimos y trabajamos en la Ciudad de Buenos Aires y los partidos del primer y segundo cordón del Conurbano comencemos a considerar que podemos ser parte de la solución de problemas psicoemocionales que pueden ser explicados por teorías más cercanas a nuestros saberes como son las neurociencias y la psicología evolutiva.

Dra. Viviana Edith Soligo

Directora Titular de la Región Metropolitana
de la Sociedad Argentina de Pediatría

Los niños empiezan la vida como seres totalmente dependientes. Los niños tienen que depender de los adultos para recibir los cuidados y la orientación que requieren para llegar a ser independientes. Lo ideal es que familiares adultos de los niños dispensen estos cuidados.

Unicef



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

31 de marzo de 2026

Comunicado de la Sociedad Argentina de Pediatría sobre asesinato de un alumno en el ámbito escolar

Ante los recientes acontecimientos de público conocimiento, referidos al asesinato de un adolescente en una institución educativa del municipio de San Cristóbal, provincia de Santa Fe, perpetrado por otro alumno se reaviva el debate sobre la violencia escolar y el acceso a armas.

En nuestro país, desde el año 2004 no se registraban hechos de esta gravedad con víctimas fatales en el ámbito escolar.

En este contexto, se impone como primera medida acompañar a la familia de la víctima en su profundo dolor, así como al resto de los adolescentes que han resultado afectados. También es fundamental brindar contención a quienes, directa o indirectamente, han sido atravesados por este hecho trágico.

Resulta imperativo abordar esta situación mediante equipos interdisciplinarios, atendiendo tanto a quienes estuvieron presentes en la escena como al conjunto de los estudiantes, y a toda la comunidad educativa: docentes, personal no docente, directivos y familias. Es necesario trabajar sobre los miedos, sentimientos de culpa y otras emociones que emergen frente a una situación de esta magnitud.

Más allá del ámbito escolar, la sociedad en su conjunto debe abordar este tema con el respeto y la prudencia que requiere. Aún sin conocer en profundidad las circunstancias que condujeron a este desenlace irreversible, la Sociedad Argentina de Pediatría recomienda enfáticamente no disponer de armas ni de elementos potencialmente mortales en los hogares ni en sus entornos. En caso de poseerlas por razones laborales —como ocurre con integrantes de fuerzas de seguridad—, estas deben almacenarse en condiciones seguras, fuera del alcance de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, se desaconseja la enseñanza del uso de armas por parte de familiares o personas cercanas.

Es fundamental comprender las causas que llevaron a este adolescente a tomar una decisión de tal gravedad, así como identificar los posibles condicionantes familiares, sociales y de salud mental que no permitieron advertir a tiempo esta situación y, eventualmente, prevenirla.

Las manifestaciones graves de salud mental infantojuvenil y de violencia en la infancia y la adolescencia, como la ocurrida, interpelan a toda la sociedad y exigen redoblar los esfuerzos en prevención, detección temprana y acompañamiento. Resulta imprescindible garantizar la disponibilidad de equipos interdisciplinarios capacitados que puedan abordar, en todo el territorio nacional, la problemática de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. El momento de actuar es ahora.

"Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor"

**Subcomisión de Salud Mental
Comisión Directiva
Sociedad Argentina de Pediatría**

¿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.

Dra. Viviana E. Soligo

Directora Titular

Dr. Maximiliano Schianni

1º Director Asociado

Dra. Lilian Sosa

2º Directora Asociada

¿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) para que te enviemos toda la documentación solicitada para la evaluación.

Con alegría se destaca que durante 2025 los siguientes socios alcanzaron la condición de Miembros Titulares en base al artículo 10 del Estatuto de la SAP:

Cecilia Anile

Juan Carlos Vidal

Nadia Magalí Altamirano

Sonia Montiel

Silvia Mazzeo

Stella Maris Castellón

Norma Elena Rossato

Belén Astengo

Melina Paz

Luisa María Baldini

Paula Mariela Carlá

COMUNICACIÓN CD SAP

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

ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

Encuentros Metropolitanos 2026



25-04 al 28-11-2026

(4to. sábado de cada mes - por Plataforma ZOOM)

9.30 a 10.45 horas

Otorga 1 Crédito para la Recertificación SAP

Programa

Novedades en el calendario nacional de inmunizaciones.

Dra. Ángela Gentile

Detección oportuna de los trastornos del desarrollo.

Dra. Gladys Convertini

Sospecha de enfermedad neuromuscular en APS.

Dra. María del Carmen Martínez Perea

Educación sexual integral en la consulta (1º parte).

Dra. Laura Nieto

Nuevos desafíos en la enseñanza en Pediatría.

Dra. Lilian Sosa/Dra. Débora Roca Huguet

Educación sexual integral en la consulta (2º parte).

Dra. Vanesa Méndez

Trastorno afectivos en la infancia y adolescencia: diagnóstico diferencial, abordaje clínico y estrategias terapéuticas.

Dr. Darío Sangineto

Patología dermatológica frecuente.

Dra. Romina Plafnik



Sociedad Argentina de Pediatría

Por una niñez y adolescencia sana, en un mundo mejor



XVI Jornadas de la Región Metropolitana

Lema: "Cuidar la niñez es prioridad"



8 de agosto 2026



Centro de Docencia y Capacitación
Dr. Carlos A. Gianantonio
Jerónimo Salguero 1244 C.A.B.A.



Fecha límite de presentación de resúmenes libres

16/06/2026



Discapacidad

INTRODUCCIÓN DE LA SECCIÓN

Lic. Élica G. Mattarozzi

Psicóloga, Diplomada en Discapacidad y Neurodiversidad, especializada en temáticas de Discapacidad y Familia
Comité Regional de Discapacidad

Desde el Comité de Discapacidad de la Región iniciamos esta sección a casi 20 años de la creación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a partir de la cual se deja de lado el histórico abordaje de la discapacidad desde el modelo médico-rehabilitador, centrado en el diagnóstico y el déficit, para proponer un enfoque centrado en derechos, inclusión y un modelo integral psicobiosocial, que considere el entorno como factor, si no determinante, sí coadyuvante de la condición de discapacidad.

También es cierto que en este período, los avances de la medicina, las neurociencias y la genética han abierto muchas puertas para que el enfoque de la discapacidad, que durante mucho tiempo parecía un tema inabordable fuera de la alternativa de la rehabilitación, se convierta en un campo permanente de nuevas posibilidades y a partir del conocimiento etiológico y del desarrollo tecnológico, en la aparición de nuevos tratamientos.

La infancia con discapacidad representa un grupo amplio y heterogéneo, se estima que es una proporción significativa de la población pediátrica la que vive con alguna condición que impacta en su desarrollo, su participación social o su autonomía. Es por ello que requiere del pediatra una mirada integral, actualizada y comprometida.

En este aspecto, su función en la prevención de la discapacidad, abriendo la posibilidad a los apoyos que el niño pueda necesitar para su desarrollo, tanto en el ámbito de la salud como en la educación, se transforman en un factor imprescindible. Nos proponemos brindar herramientas prácticas para la detección temprana, el seguimiento longitudinal y el trabajo interdisciplinario.

Por esto en esta sección y considerando la amplitud de la temática, trataremos de incorporar información de utilidad tanto para el pediatra que inicia su práctica, como progresos en investigación y tratamientos innovadores.

En este contexto, la creación de una **sección específica sobre discapacidad** en una revista de pediatría busca ofrecer un espacio sistemático de reflexión, actualización científica y práctica clínica, que contribuya a mejorar la atención y la calidad de vida de las infancias con discapacidad y sus familias.



Discapacidad

¿CÓMO LOGRAR LA TRANSICIÓN DE LA NIÑEZ A LA ADULTEZ EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD Y NECESIDADES ESPECIALES EN EL ÁREA DE SALUD?

Mgtr. Médica María del Carmen Martínez Perea

Neurología Infantil. Cons. EPOF (Enf. Neuromusculares-Neurodegenerativas Infantojuveniles)
Hospital SAMIC. Cuenca Alta. Cañuelas. Provincia de Buenos Aires. Argentina

INTRODUCCIÓN

Necesidades Especiales de Atención en Salud (NEAS) es un término acuñado en los años 90, para denominar a los niños, niñas y adolescentes (NNyA) con condiciones crónicas asociadas o que tienen riesgo de presentarlas.

El Ministerio de Salud publicó en el año 2024 la Guía: “Niños con Necesidad de cuidados especiales” (NCNE), donde describe sus requerimientos y menciona un subgrupo de niños

con Condiciones Crónicas Complejas (CCC). Estas dos características, las encontramos en los NNyA con diferentes tipos de discapacidad.

Anteriormente se observaba que el pediatra de este grupo de pacientes, continuaba su atención sanitaria en forma crónica, al conocer al niño, sus necesidades, su crecimiento bio psico social, su entorno más próximo y haber desarrollado un lazo de confianza mutua y conocimiento de su contexto que le permitía interpretar sus conductas. (Ver **Figura 1**).

FIGURA 1



Desde 1989 los sistemas de cuidados sanitarios consideran al movimiento decidido, planificado y programado de adolescentes o jóvenes adultos del área pediátrica al área de clínica médica, como proceso de **TRANSICIÓN**.

Estas acciones se desarrollan en todas las áreas y situaciones que implican NNyA con diferentes condiciones crónicas patológicas, permitiéndoles acceder al sistema de salud, por la mayor frecuencia de diagnósticos de patologías complejas, y además por la aparición de tratamientos específicos que si bien en algunos casos no existe medicación curativa, permite implementar otras terapias y medicamentos para mejorar la calidad de vida. Las acciones descritas, permitieron una mayor visibilización de las mismas con una mayor sobrevivencia.

¿A QUÉ LLAMAMOS NIÑOS CON ENFERMEDADES Y NECESIDADES ESPECIALES O CON CUIDADOS ESPECIALES?

El pediatra de los NNyA con enfermedades que requieren necesidades especiales en las áreas de salud (ENEAS) o con necesidades de cuidados especiales (NCE) considera que en primer lugar son personas con dignidad y que son niños, niñas y adolescentes que requieren lo propio a su estado biológico con una am-

pliación: los cuidados especiales acordes a sus necesidades. Como médico de cabecera conoce al paciente, su entorno vital y va observando la evolución de sus enfermedades, crecimiento y diferentes necesidades a través del tiempo.

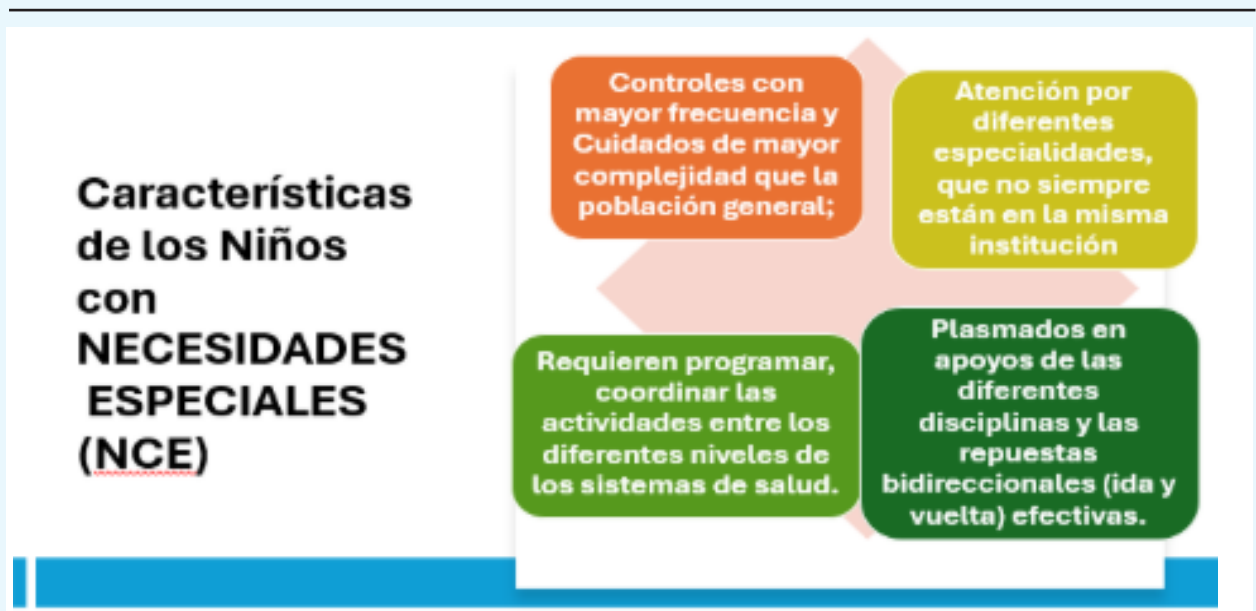
Estos NNyA con ENEAS requieren:

- Controles con mayor frecuencia y cuidados de mayor complejidad que la población general
- Atención por diferentes especialidades, que no siempre están en la misma institución
- Programación y coordinación de las actividades entre los diferentes niveles de los sistemas de salud
- Intercomunicación con los apoyos de las diferentes disciplinas y las repuestas efectivas. (Relación comunicativa efectiva bidireccional).

En este grupo de NNyA con discapacidad existe un subgrupo que presenta **Condiciones Crónicas Complejas (CCC) con repercusiones en la salud**. (Ver **Figura 2**).

Se consideran CCC las patologías que requieren un tratamiento continuado, en algunos casos con tratamiento específico, pero la mayoría tiene tratamientos sintomáticos paliativos para mejorar la calidad de vida. Cabe destacar que las investigaciones y adelantos científicos trabajan en ellas y los nuevos enfoques (terapia génica, entre varias) tienen resultados prometedores que es necesario evaluar.

FIGURA 2



Este grupo se caracteriza por presentar:

- La presencia de 2 o más condiciones crónicas, afectación de 2 o más órganos o sistemas.
- Seguimiento requerido por 3 o más especialidades.
- Inestabilidad en salud, que implica internaciones más frecuentes y prolongadas, con mayor demanda de servicios hospitalarios.
- Mayores limitaciones funcionales, con necesidad de diferentes dispositivos tecnológicos de alta / baja tecnología.

Estos conceptos implican que los servicios de salud debieran estar interrelacionados con la atención acorde a sus necesidades. Es por ello que al transitar el pasaje de atención sanitaria de la niñez a la adultez, se deben tener en cuenta los cambios corporales, biológicos y psicológicos del NNyA.

Este proceso de transición de la atención del NNyA desde la pediatría hacia el ámbito de la medicina adulta está centrada tanto en el paciente como en su familia/ tutores, considerando su entorno vital y repercusiones físico psicosocial, laboral, familiar y educativas entre otras.

La atención y cuidados mencionados, son incluidos de un modo particular: son *cuidados especiales, personalizados*, adaptados a las características del paciente, en su contexto y repercusiones en ese momento o período de su enfermedad.

Los interconsultores deben constituirse en redes integrales para poder comunicarse en forma interdisciplinaria y efectiva, programar y coordinar acciones que beneficien y brinden una mejor calidad de vida al paciente. En todo momento es necesario evaluar el estadio de la enfermedad, la resiliencia del paciente y de su entorno más cercano y encontrar elementos de motivación y resguardo de las fortalezas.

Los pacientes con necesidades especiales, a lo largo de la vida pueden manifestarse en forma diferente o repercutir de acuerdo a cada etapa del desarrollo. Pero el pediatra debe conocer y respetar en el abordaje desde el centro de su quehacer médico a la persona doliente y su entorno acorde a edad, tiempo, espacio, familia, ambiente, aspectos psicosociales, con sus valores y creencias. A ello es importante sumarle las repercusiones de su condición en él y en su entorno (sociales, económicos, laborales, entre otros).

Es un desafío en la evolución normal del paciente, pero en un niño / adolescente con patologías crónicas, se encuentran con diferentes patologías, dificultades en varios sistemas del organismo por ejemplo, va a la guardia, y el médico observa la discrepancia entre edad, madurez biológica y psico emocional, y los diferentes entornos en los que se desarrollan estas etapas vitales.

El paciente mayor de 18 años (con un peso de 39 kg) con atrofia muscular generalizada concurrir a la guardia ¿el médico clínico está preparado para atender a una persona con discapacidad? En este ejemplo real, no es un “niño con cuerpo de adulto”, es un “adulto con discapacidad”.

En estos posibles episodios se evaluará no solo por edad sino también por competencia, madurez.

Estas dificultades a enfrentar deben ser consideradas con anterioridad para que la toma de decisiones médicas sea la más apropiada. Es un desafío en la atención integral del paciente y más aún en un NNyA con discapacidad.

En este proceso interviene el médico de cabecera y un equipo de salud que se plantea ¿Cómo realizar la transición en los cuidados de estas enfermedades, cómo efectivizarla, identificarlas y sostener desde la atención primaria de salud su pesquisa, abordaje, seguimiento y tratamiento?

No estamos preparados para tener una respuesta asertiva, no se estudia solo en los libros, sino en la aplicación del conocimiento en las diferentes áreas implicadas, la experiencia “productiva”; requiere del trato humanizado con el paciente, en la escucha y en el capitalizar el contacto con nuestros mentores, nuestros “consensos, guías” en las diferentes situaciones profesionales y personales.

Entonces nos preguntamos:

¿POR QUÉ LA TRANSICIÓN ES UN DESAFÍO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CON NECESIDADES EN LA ATENCIÓN EN SALUD?

Los niños, niñas y adolescentes con enfermedades que requieren necesidades especiales en atención en salud (**ENEAS**), es un término acuñado a fines de los años 90, al identificar

a un grupo de personas con enfermedades que presentan condiciones crónicas asociadas.

Este trabajo se refiere al traspaso del paciente pediátrico desde la atención primaria de la salud al área del adulto en general y a las especialidades y/o niveles de atención de mayor complejidad (sea en el mismo hospital u otro).

Al nombrar al paciente en el escrito, lo reconocemos con su condición de discapacidad, estando la atención y los cuidados especiales centrados en él y en su contexto. La persona en su contexto más próximo (tutor, cuidador, representante) es quien lo acompaña y/o ayuda a cumplir las funciones en la actividad de la vida diaria.

El impacto de la transición desde APS pediátrica hacia la atención del adolescente y posterior adultez es un proceso desafiante, dinámico, cambiante tanto para el paciente como para los agentes de salud. Este proceso implica diferentes áreas que no pueden soslayarse: bio-psico-emocional-social integral, en el contexto de cada enfermo, su familia, convivientes y sus cuidadores, en cada etapa, en momentos diferentes con respuestas diferentes en cada circunstancia (ver **Figura 3**).

Al extrapolar esta temática en el área de discapacidad, se observa una mayor dificultad,

por tener mayor complejidad, requiere un trabajo con mayores imprevistos y requiere de la empatía de los diferentes intervinientes, con mayores requerimientos sanitarios, de difícil instrumentación para adquirirlos.

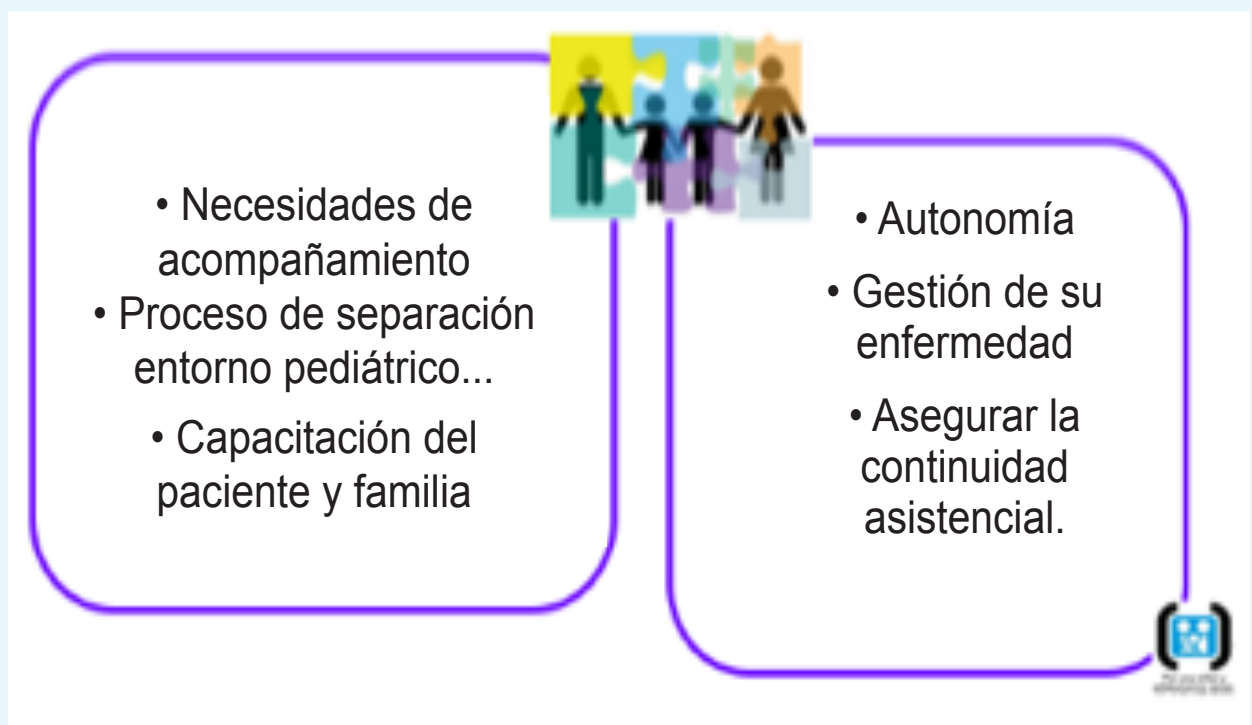
La falta de información del pediatra, ante estas situaciones, como así también la falta de comunicación asertiva e identificación de los obstáculos impiden una “transición personalizada” adecuada al paciente, en el momento evolutivo de su enfermedad, y en sus circunstancias, que varían según el entorno.

Es por ello que se debe considerar como proceso de varias etapas y requiere de comunicación fluida entre los participantes intervinientes (pediatra, paciente, familia, interconsultores y diferentes actores de otras áreas involucradas, no solo sanitarias).

No depende solamente de los intervinientes nombrados sino que requieren de políticas sanitarias que permitan su instrumentación.

Estas ENEAS son patologías crónicas, con condiciones asociadas, que llevan a diferentes condiciones discapacitantes durante su desarrollo evolutivo. Esto requiere de un abordaje interdisciplinario, coordinado entre los especialistas,

FIGURA 3



durante todos los períodos vitales, centrados en el paciente y la familia, en su contexto.

Al llegar a la adolescencia aparecen nuevos desafíos tanto para el paciente en su contexto su familia, sus cuidadores como también en la APS.

Las respuestas pueden ser muy extensas, pero nos centramos en conceptos como desafíos, al aplicarla a un logro conductual de relevancia, que requiere una comunicación permanente entre las diferentes disciplinas y actores involucrados.

Las repercusiones de las ENEAS en cada etapa de su desarrollo transitadas desde el nacimiento a la adolescencia, en su contexto (familiar, escolar, social) han sido seguidas por el pediatra, pues son habituales en el desarrollo humano, llegando al momento que es necesario “transitar en otro lugar (¿cuna—cama- sector Pediatría, Clínica médica?), e implementar adaptaciones acordes a sus dimensiones y/o necesidades”.

Pero es necesario centrar estos conceptos y respuestas, en el NNyA con Discapacidad en su contexto familiar y cultural, valores, creencias

y preferencias. Todos estos aspectos requieren una atención integral, pues no se trata de conductas aisladas de las diferentes especialidades. (Ver **Figura 4**).

Estos cambios permiten mejorar la calidad de vida del paciente y de sus convivientes, al contribuir con soluciones.

Son importantes las experiencias en diferentes centros con ópticas similares, a fin de no extendernos, se adjunta bibliografía de referencia ampliada.

CONCLUSIONES

Todo proceso de transición debe comenzar con la explicación a los padres y al NNyA con ENEAS, a la medida de su comprensión.

Se trata de contribuir al desarrollo de su autonomía acorde a su grado de competencia.

Acompañar, promover hábitos saludables y de relación interpersonal.

Permitir las consultas individuales entre el paciente con el/los futuros médicos de cabecera e interconsultores (previa comunicación personal del pediatra y/o interconsultores para informar

FIGURA 4



antecedentes y marco vital del paciente, y estado “del arte” en ese período).

Realizar la transferencia, el contacto con los profesionales de adultos, que serán quienes pasarán a tomar decisiones, seguimiento, y tener acceso a la información previa del paciente. Esta transferencia se ve facilitada por el conocimiento guiado, de las instalaciones físicas, ubicación, consultorios, teléfonos en caso de requerirlo.

Considerar cierta fluidez, frecuencia y mayor tiempo de consulta en las atenciones.

Estar atentos, escuchar al paciente, en su idioma acorde a lo que ha sido explicado.

Recordar que es un NNyA con patología compleja y crónica que requiere de cuidados especiales centrados en su persona, en su particular contexto, que requiere nuestra atención para permitir una mayor calidad de vida, y que es una persona digna de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía del MBS. Argentina. 2024/2025. Ministerio de salud de la Nación: Niños con necesidad de cuidados especiales. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/01/nyn-necesidades_especiales-2024.pdf
- Blum RW. Conferencia de Cirujanos Generales de Estados Unidos. 1989.
- Martínez Perea MC, et al. APS y Desafío Actual en las EPOF. Revista Noticias Metropolitanas Y Presentadas en las XV Jornadas de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría. Faltan dos autores más
- Blum RW, Garell D, Hodgman CH, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1993; 14(7):570-6.
- Burdo-Hartman WA, Patel DR. Medical home and transition planning for children and youth with special health care needs. *Pediatr Clin North Am*. 2008; 55(6):1287-97, vii-viii. doi: 10.1016/j.pcl.2008.09.004. PMID: 19041458.
- Edwards JD, Houtrow AJ, Vasilevskis EE et al. Multi-institutional profile of adults admitted to pediatric intensive care units. *JAMA Pediatr*. 2013; 167(5):436-43. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.1316. PMID: 23549637; PMCID: PMC3700534.
- Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica para el manejo integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS). Santiago de Chile; 2022.
- Agency for Healthcare Quality and Research. Care coordination measures atlas update: what is care coordination? [Online]; 2014. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-coordination/atlas2014/chapter2.html>. chronic-care/improve/ .
- Martínez Perea. Desafíos en Transición de pacientes Neurológicos Complejos. Exposición Mesa Redonda. Congreso Argentino de Neurología, Mar del Plata, 2025.
- Inostroza Quezada C, Correa Venegas ML, Besoain Arrau C, et al. The transition process from paediatric to adult services: A perspective from hospitalised adolescent sufferers of chronic diseases. *Rev Chil Pediatr*. 2016; 87(2):110-5.
- Rosen DS, Blum RW, Britto M, et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the society for Adolescent Medicine. *Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health*. 2003; 33(4):309-11. doi: 10.1016/s1054-139x(03)00208-8. PMID: 1451973
- Greif V, Ugo F, de Castro Pérez MF, et al. Experiencia en el proceso de transición de pacientes con enfermedad neuromuscular *Arch Argent Pediatr* 2017; 115(1):71-75. doi: 10.5546/aap.2017.71.



Ejercicio Profesional

¿QUIÉN HACE LAS PREGUNTAS? EPISTEMOLOGÍA DE MANDO Y TECHO DE CRISTAL

Dra. Micaela Baratucci

Médica pediatra. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLa
Vocal suplente Comité de Ejercicio Profesional SAP

A pesar que la pediatría es hoy una especialidad mayoritariamente femenina, las estructuras de toma de decisiones conservan una impronta masculina. Este artículo analiza la brecha entre la base operativa y los puestos de conducción, invitando a una reflexión sobre el “techo de cristal” y la necesidad de avanzar en una gestión con perspectiva de género.

Basta con observar cualquier residencia de pediatría de un hospital argentino para notar que alrededor del 80% de los rostros son de mujeres. Sin embargo, si ingresamos a los despachos de dirección de esos mismos hospitales podremos notar que los rostros cambian de género. A modo de ejemplo, mientras investigaba para este artículo, encontré en una revista una imagen de las nuevas autoridades de un importante organismo médico de la provincia de Buenos Aires: de diez cargos, solo uno era ocupado por una mujer, en calidad de vocal.

La feminización de la medicina es un proceso que se ha desarrollado no solo en Argentina sino en todo el mundo en las últimas décadas, pero además es más notorio a medida que pasa el tiempo. Se trata de un fenómeno complejo, con múltiples aristas, cuyo análisis en profundidad escapa al objetivo de este artículo. Sin embargo, algunos datos permiten dimensionar esta situación.

En un informe publicado en el año 2015 por el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, ya era posible observar la feminización de la medicina, para los grupos de edad menores a 45 años donde la preponderancia de mujeres era muy clara.¹ La primera encuesta de postulantes a residencias publicada en 2024, muestra que el 72% de los inscriptos fueron mujeres.²

A modo de ejemplo, centrándonos específicamente en pediatría, en una encuesta realizada a residentes de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, más del 81% de las personas residentes encuestadas fueron mujeres.³

Resulta interesante analizar cómo este proceso se vincula con el rol de cuidado que, histórica y socioculturalmente, se le ha adjudicado a la mujer. Mientras que la visión tradicional encarna el estereotipo hegemónico de lo **femenino**, otras posturas sostienen que esta feminización es “una justa reapropiación de parte de las mujeres del ejercicio de saberes ancestrales que la medicina científica occidental les expropió”.⁴

En este sentido, aún en la pediatría, la especialidad más feminizada del país, donde el rol de cuidado se destaca frente a todo, los cargos directivos y la conducción de las sociedades científicas, fueron en gran medida, un territorio de herencia masculina. Hace 50 años, la cúpula de nuestra Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) era un “club de caballeros” donde las médicas eran excepciones estadísticas. En 1993 la Dra. María Luisa Ageitos se convirtió en la primera mujer presidenta de la SAP en toda su historia. Fue un hito disruptivo que rompió con 80 años de liderazgo masculino.

Desde hace varios períodos, en la Comisión Directiva de la SAP, se han podido observar más

rostros femeninos. Y la actual gestión, 2025-2027, cuenta con mayoría de mujeres, aún en los principales lugares de decisión.

Ante estos datos objetivos, cabe preguntarnos: ¿por qué en medicina somos mayoritariamente mujeres pero los directorios generalmente son ocupados por varones? En el siglo XXI no sería aceptable sostener alguna incapacidad de las mujeres. Y podría presuponerse que existen estructuras diseñadas por varones para varones. La intención de la autora no es victimizar a la mujer ni criminalizar al varón, tampoco profundizar en los mecanismos históricos y culturales que nos trajeron hasta aquí. La intención es visibilizar una problemática que no es asumida como tal por gran parte del sector médico. Nos hemos acostumbrado a esto, convivimos con esta realidad, la aceptamos y no nos permitimos recapacitar sobre los motivos de lo evidente.

Aquí aparece el concepto de techo de cristal, es decir, barreras invisibles que impiden a mujeres calificadas y con trayectoria avanzar en sus carreras profesionales. Esas barreras, podrían estar relacionadas con estereotipos de género y con la creencia que ciertas características femeninas son incompatibles con un liderazgo exitoso, además de políticas informales de selección.⁵

Ahora bien, si conocer el mundo nace del acto de preguntar (básicamente la base de la epistemología), debemos ser críticos con nuestra propia estructura: ¿qué preguntas estamos dejando de hacernos al mantener los techos de cristal?

La autora no pretende dar respuestas, sino generar los interrogantes necesarios para avanzar.

- ¿Quién hace las preguntas que generan cambios?
- ¿Qué dimensiones del cuidado y la gestión médica permanecen invisibles porque nuestra epistemología de mando sigue siendo predominantemente masculina?
- ¿Qué verdades estamos omitiendo al construir una medicina que se nutre en manos de mujeres pero se piensa desde mentes de varones?

Si la mujer médica es quién sostiene principalmente la atención en salud, ¿por qué su voz se diluye al llegar a los espacios donde se toman las decisiones?

- ¿Estamos gestionando instituciones de salud con un modelo organizacional que ya no representa a quienes las hacen funcionar?
- Si la epistemología nos enseña que las personas condicionan lo que se conoce, ¿qué tipo de medicina estamos construyendo, si las personas que deciden siguen siendo siempre las mismas?
- ¿Cuántas soluciones innovadoras a los problemas de la medicina actual se pierden en el silencio de un techo de cristal?
- ¿Qué aspectos socioculturales sostienen y validan esta situación?
- ¿Por qué el sistema traduce el rigor y la empatía femenina como “habilidades blandas de ejecución”, mientras que reserva el concepto de “visión estratégica” para el liderazgo masculino?

La autora de este artículo no será quien responda estas preguntas, su intención es que sean disparadoras de interpelaciones para cada uno de los lectores. Y de esta forma cada uno, si así lo desea, pueda intentar dar respuesta, investigar, seguir preguntando; ya que esta es la mejor manera de acercarse al conocimiento.

La autora mencionó al pasar a la Dra. Ageitos como la primera mujer presidenta de la SAP y desea traerla nuevamente en este párrafo final. Sus palabras son absolutamente pertinentes y escapan al correr del tiempo. Son un motor y una brújula para continuar en este camino del cual ella sentó un enorme precedente.

“La medicina se está feminizando. A las mujeres les diría que sigan su carrera, defiendan sus derechos y que cuando tengan un lugar de conducción, que no lo ejerzan como un hombre. Que no se masculinicen. Hay una biología que manda y que no se puede ocultar. Que pongan las cosas que tienen que ver con su ser femenino. Que promuevan los derechos de la mujer, defiendan la maternidad y la lactancia.”⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio federal de recursos humanos en salud. Los recursos humanos de salud en Argentina [Internet]. 2015. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento6.pdf>
2. Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. Primera encuesta nacional de postulantes a residencias 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/01/informeencuestaingresoresidentencias2024.pdf>
3. Tonini F, Urtasun M. Expectativas de estudiantes de medicina y de residentes de pediatría en su desarrollo profesional. Arch Argent Pediatr. 2025; 123(3):18-18.
4. Pozzio M. Más allá de la clase de Anatomía: Redefiniendo 'femenino' y 'masculino' en la práctica profesional de la medicina mexicana. Mora. 2017; 23 :79-94.
5. Camarena Adame ME, Saavedra García ML . El techo de cristal en México. Ventana Rev Estud Género. 2018; 5(47):312-47.
6. Ageitos ML La medicina con visión de mujer. Conexión Andrómaco. 2015; 10 (26):12-17.

Ejercicio Profesional

CUANDO EL GUARDAPOLVO COMIENZA A PESAR...

Dra. Micaela Baratucci

Médica pediatra. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLa
Vocal suplente Comité de Ejercicio Profesional SAP

Ejercer la pediatría hoy, nos enfrenta a niveles crecientes de estrés. Usando como punto de partida una viñeta, te invito a identificar las señales de alerta, antes que el fuego consuma la vocación.

*¿Te sentiste así alguna vez? ¿Te pesa ir a trabajar? ¿Te falta motivación en tu práctica diaria? ¿Sentís que ya no podés más, que estás agotado? ¿Te cuesta conectar con tu trabajo? ¿Tenés una actitud distante y desapegada para con tus pacientes? ¿Sentís que no podés crecer en tu trabajo, que estás estancado? ¿No ves logros en tu esfuerzo diario? Si alguna de estas preguntas es afirmativa, no quiero asustarte, pero quizás el **monstruito** del burnout esté más cerca de lo que pensás.*



A menudo escuchamos hablar de este síndrome como algo muy lejano. “A mí no me va a pasar”, “Yo amo mi profesión” o “Quienes tienen burnout están quemados”. Es cierto, experimentar algunos de estos sentimientos no implica necesariamente un diagnóstico, pero son señales de alerta a las que debemos prestar atención para poder intervenir a tiempo.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE BURNOUT?

Es un trastorno que ocurre por una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico en el lugar de trabajo, principalmente en aquellos trabajadores cuya labor principal corresponde a la interacción con otras personas.¹ Se han propuesto varias definiciones, pero la más aceptada es la de Maslach y Jackson que data del año 1981 quienes consideran que sus rasgos principales corresponden a tres aspectos: el agotamiento emocional, la despersonalización y una disminución en el desempeño personal.²

La prevalencia de burnout es alarmante. La pandemia de COVID-19 elevó considerablemente las cifras en todo el mundo. En un estudio multicéntrico realizado en 2024 en 6 países de América Latina, se encontró una prevalencia global de casi el 60%, siendo más frecuente en Argentina alcanzando el 44,3%.³

EL CAMINO A LA DESPERSONALIZACIÓN

A medida que los recursos emocionales se agotan, el profesional siente que ya no puede brindar una atención de calidad. Comienzan a aparecer actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia quien se tiene enfrente (en el caso de los médicos pediatras posiblemente no tanto el paciente, que es un niño, sino los interlocutores que concurren como acompañantes, generalmente madres o padres). Surge una despersonalización, que consiste en un distanciamiento emocional que, en casos extremos, llega a responsabilizar a quien concurre en busca de ayuda de los problemas como personas incluidas en un sistema mucho más amplio que no podemos resolver. Aunque sea difícil de

aceptar se trata de una realidad más frecuente de lo que quisiéramos admitir en la práctica médica actual.

Las personas que padecen síndrome de burnout, se sienten infelices e insatisfechas con sus logros laborales, es decir, tienen una actitud negativa hacia sí mismos y hacia su trabajo lo que genera frecuentemente disminución del desempeño personal.⁴ Los síntomas suelen presentarse de manera insidiosa y de forma cíclica. Como parte del cuadro clínico se puede presentar negación, ansiedad, aislamiento, depresión, cambios de personalidad, enojos frecuentes, descuido de la imagen e higiene personal, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de sueño, entre otros.¹

EL ACECHO SILENCIOSO

El *burnout* no ocurre de la noche a la mañana. Es el resultado de acumular día tras día situaciones, escenarios, conversaciones y vivencias que no están en sintonía con el ideal que el profesional tiene sobre el ejercicio de la tarea. Ciertamente son muchas las situaciones que están alejadas de la imagen que el profesional tuvo en los inicios de la carrera.

Te invito a mirar nuevamente el dibujo de Coti imaginando que la médica del dibujo sos vos en la soledad de tu casa, replanteándote el sentido de ir a trabajar hoy. En la viñeta no se ve una médica feliz. Su rostro refleja cansancio, preocupación, indignación, resignación. No entiende qué es lo que le está pasando, pero no se siente bien. Está tan absorta en sus pensamientos, tratando de entender, que no puede ver al monstruito del burnout que se le acerca. Se acerca sigiloso pero firme, con su malvada cara planeando acechar. Tiene mal olor, pero ella pareciera no olerlo. Tiene cuatro manos, porque dos no le alcanzaron, te obliga a trabajar “a cuatro manos” para que no veas la necesidad de hacerte un tiempo para descansar.

Así te va absorbiendo, llevándote al cansancio, al agotamiento, a que no te sientas feliz ni satisfecho con tu trabajo, a que dejes de ver como persona a quien tienes frente tuyo, a que levantarte para ir a trabajar cada día sea un martirio. Hasta que te quemás, y ya no puedes seguir.

UN COMPROMISO

Reconocer que ese *monstruito* se acerca no es un signo de debilidad ni de falta de vocación. Es el primer paso para comprometernos con nosotros mismos teniendo presente que no es conveniente que enfoquemos el problema como una batalla solitaria. En primer lugar se necesita valentía para reconocer que es necesario parar antes que el burnout nos consuma, que se requieren espacios de escucha y políticas institucionales que protejan nuestra salud mental.

No dejemos que el *monstruito* nos gane. Es momento de volver a mirar el guardapolvo, no como una carga, sino como símbolo de una profesión que aún podemos seguir disfrutando.

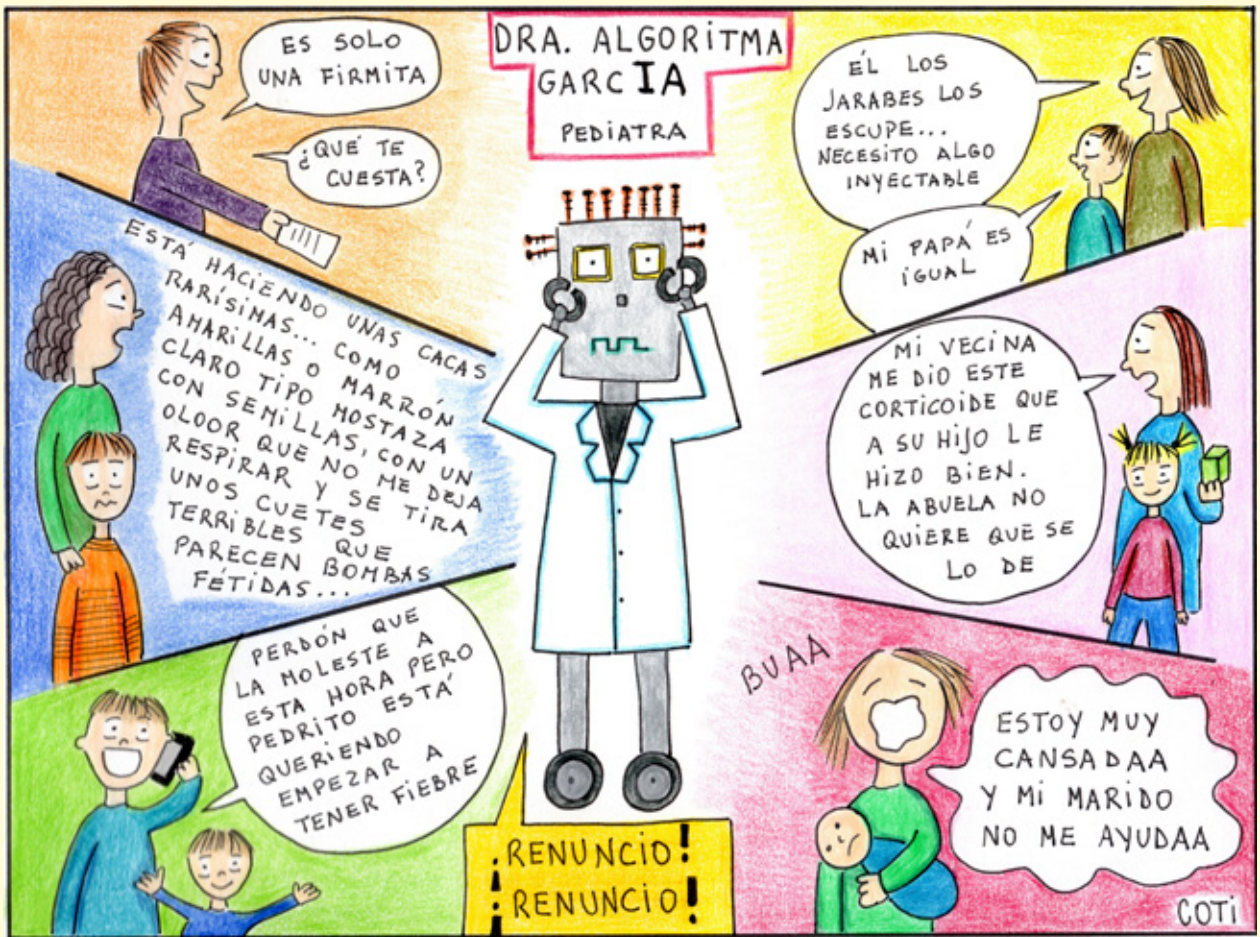
BIBLIOGRAFÍA

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica. 2015;32(1):119-24.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981; 2(2):99-113.
3. Caldichoury-Obando N, Ripoll-Córdoba D, Morales-Asencio B, Ibañez-Reyes S, Flórez Y, Reyes-Cervantes C, et al. Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 20 de mayo de 2024; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745024000428>
4. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2024; 38:1-9.



GAJOS DEL OFICIO

Dra. Constanza Funes



© Constanza Funes



Epidemiología

VACUNAS SÍ... VACUNAS NO... Estrategias de vacunación para inclinar la balanza en el municipio de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires

Lic. Miguel Minor

Subdirectora de Primer Nivel de Atención

Lic. Leyla Alarcón

Subdirectora de Primer Nivel de Atención

Dres. Gabriel Lukosius, Ana Valentinuz

Coordinadores de Medicina Preventiva de Malvinas Argentinas

INTRODUCCIÓN

De acuerdo al último Censo de Población de 2022, en el partido de Malvinas Argentinas de la Provincia de Buenos Aires viven 352 670 personas y según datos brindados por la Región Sanitaria V hubo 2944 nacidos vivos en 2025 y 3878 niños de 5 años, en ese mismo año.

Es ampliamente reconocido en el ámbito de la salud pública que las dos intervenciones más efectivas para salvar vidas y prevenir enfermedades son el acceso al agua potable y la vacunación. Dentro de estas, las inmunizaciones constituyen el foco de nuestra preocupación; por ello, se realizan análisis periódicos del Programa de Inmunizaciones con el objetivo de mejorar las coberturas vacunales mediante la implementación de diversas estrategias.

Aunque en la actualidad se utilizan datos de cohorte por nacimiento para evaluar la cobertura de Inmunizaciones, utilizamos indicadores de calidad para evaluar dicho programa del partido de Malvinas Argentinas.

Consideramos importante que se describan cuáles son los parámetros de calidad que se utilizaron para poder comprender las variaciones que han sufrido las coberturas, y qué estrategias se implementaron para mejorarlos.

Como efectores del Programa de Inmunizaciones se encuentran actualmente el Servicio de

Medicina Preventiva, que depende del Primer Nivel de Atención de la Salud, proveyendo y supervisando los 31 Vacunatorios de los Centros de Salud y el Vacunatorio Central, sito en el Hospital Materno en Pablo Nogués, con todo el recurso humano necesario. Se cuenta como referentes el Programa Provincial de Inmunizaciones de la Provincia de Buenos Aires y el Programa Nacional de Inmunizaciones.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

Los indicadores de calidad del programa de Inmunizaciones tomados en cuenta para su análisis son los siguientes:

- Acceso
- Deserción
- Simultaneidad
- Oportunidad
- Esquemas completos

Acceso

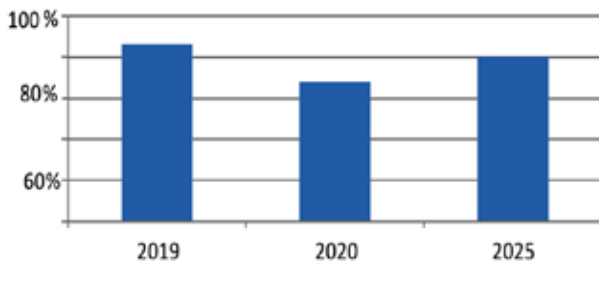
Las coberturas de primeras dosis permiten evaluar qué proporción de nuestra población accede a la vacunación.

La tasa de acceso deseable es del 95 al 100%. Si es menor la población registrará problemas de

oportunidades perdidas, esquemas incompletos y acúmulo de susceptibles.

Teniendo como parámetro la primera dosis de vacuna pentavalente la tasa de acceso en el año 2019 fue del 86%, en 2020 del 68% y en 2025 fue del 80%. Se pueden observar en el **Gráfico 1**.

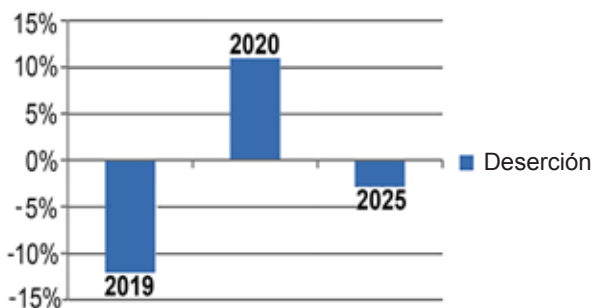
GRÁFICO 1. ACCESO A LA VACUNACIÓN



Deserción

Es la proporción de personas que inicia, pero no finaliza los esquemas de vacunación, por lo que no puede considerarse como inmunizada. Este indicador refleja la calidad del servicio. En un buen sistema de seguimiento de vacunación infantil, se acepta una deserción menor al 5%. La proporción de abandono durante el año 2019 fue de -12%, en 2020 de 11%, y en el año 2025 -3%. Esta comparación se puede observar en el **Gráfico 2**.

GRÁFICO 2. DESERCIÓN



Simultaneidad

Es la diferencia de cobertura de vacunas que se administran a la misma edad. Establece las oportunidades perdidas de vacunación.

Para ello se establece la cobertura de distintas dosis de vacunas administradas a la misma edad, por ejemplo: Quintuple, Rotavirus y Poliomieltitis.

En el año 2019 la cobertura de 1^{era} dosis de Rotavirus fue del 76% y 60% para la 2^{da}; la cobertura para Salk fue de 66% para 1^{era} dosis y 68% para 2^{da} dosis y la cobertura para Quintuple fue del 86% para 1^{era} dosis y 71% para 2^{da} dosis. En el año 2020 la cobertura para Rotavirus fue del 67% para 1^{era} dosis y 57% para 2^{da} dosis, para Salk fue 70% para 1^{era} dosis y 65% para 2^{da} dosis, y para Quintuple 68% para 1^{era} dosis y 63% para 2^{da} dosis. En el 2025 la cobertura de 1^{era} dosis de Rotavirus fue del 76% y 69% para la 2^{da}. La cobertura para Salk fue de 74% para 1^{era} dosis y 74% para 2^{da} dosis. La cobertura para

GRÁFICO 3. SIMULTANEIDAD DE DOSIS DE VACUNAS 1.ª DOSIS

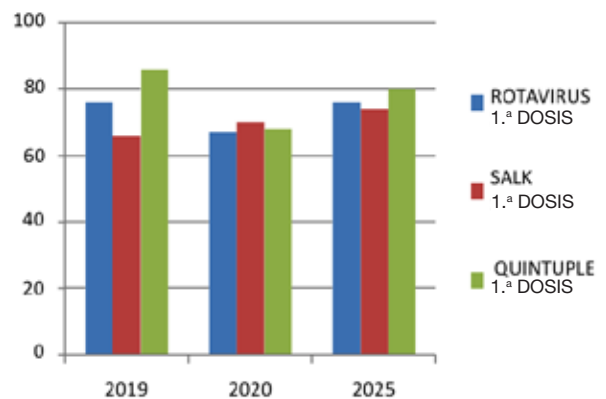
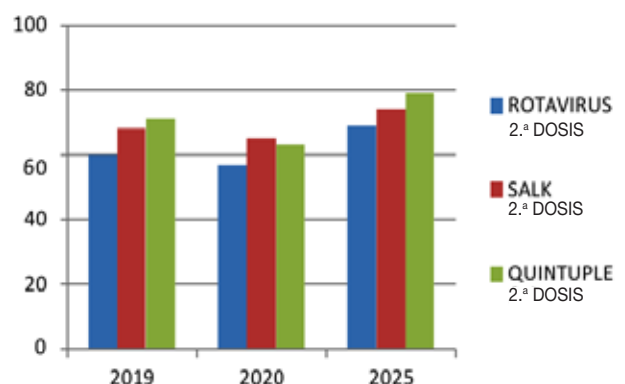


GRÁFICO 4. SIMULTANEIDAD DE DOSIS DE VACUNAS 2.ª DOSIS



Quíntuple fue del 80% para 1^{era} dosis y 79 % para 2^{da} dosis. En los **gráficos 3 y 4** se observan las modificaciones en el tiempo para las primeras y segundas dosis de vacunas simultáneas.

Con respecto a la cobertura de vacunación que alcanzaron los vacunatorios para las vacunas del 1^{er} año de vida fueron:

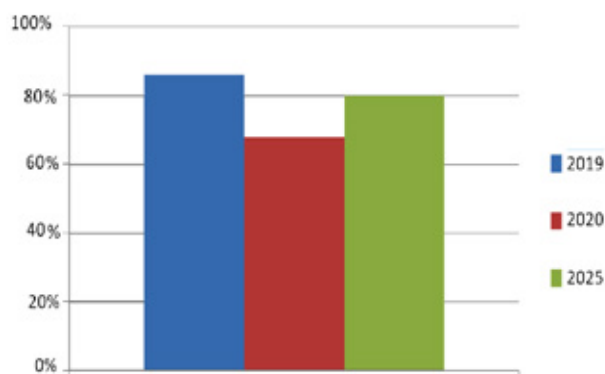
En el año 2019: 92% para Hepatitis A, 88% para Triple Viral y 79% para Antineumocócica.

En el año 2020: 68% para Hepatitis A, 75% para Triple Viral y 86% para Antineumocócica.

En 2025: 92% para Hepatitis A, 69% para Triple Viral y 71% para Antineumocócica.

La cobertura para el primer año de vida, según vacunas aplicadas se observa en el **Gráfico 5**.

GRÁFICO 5: COBERTURA DE VACUNACIÓN DEL AÑO DE VIDA



La proporción lograda para Vacunas de 6 años fue en 2019: 74% para Triple Bacteriana, 64% para Triple Viral y 76% para Poliomiélitis, en 2020: 49% para Triple Bacteriana, 49% para Triple Viral y 46% para Poliomiélitis y en 2025: 92%, 86% y 93% respectivamente.

OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN

Indicador que identifica fallas en el sistema, por falta de detección de necesidad y demoras en el sistema.

ESQUEMAS COMPLETOS

Actualmente se encuentra en revisión la vacunación del primer año de vida de los nacidos en el 2025. Para ello se busca a cada niño nacido mes por mes y se evalúa si han completado los esquemas, a través del sistema CIPRES, que registra las vacunas de cada niño.

NUESTRO ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS

Como se podrá observar, los parámetros variaron a lo largo de los años, con una caída importante durante la pandemia de SARS CoV-2, por lo que hubo que planificar distintas estrategias para mejorar el alcance de objetivos. A pesar de contar con enfermeras vacunadoras capacitadas distribuidas en todos los Centros de Salud, la elección de los vacunatorios era muy selectiva por parte de las personas, porque se observó la mayor afluencia en 4 de ellos, que pasaron a convertirse en NODOS, a los que se les asignó mayor cantidad de vacunas, logrando una mejor respuesta, al aumentar la vacunación en esas sedes.

Es notorio lo que significó la pandemia por Virus COVID-19, ya que la deserción fue importante y obligó a utilizar distintos esquemas de recupero de dosis, algunos guiados por el Programa, y se capacitó al personal de enfermería para evitar que se perdieran oportunidades ante cualquier consulta. Posterior a la pandemia, se comenzó a trabajar sistemáticamente con distintas instituciones escolares, comunitarias y comedores, para la búsqueda activa de niños, mujeres y hombres sin vacunas.

En las escuelas se acudió a controlar carnets de vacunas para determinar las faltantes y establecer el día para asistir a vacunar, con acuerdo de los padres y docentes. A través del programa PROMUSAE (Programa de Salud Escolar) del Municipio se realizó el abordaje integral de niños en edad escolar.

Dado que en el año anterior la distribución de vacunas que habíamos recibido no alcanzaba a cubrir todo el recupero de dosis, se realizó una búsqueda activa de niños y embarazadas, con el trabajo invaluable de las trabajadoras sociales y el personal administrativo de los Centros de Salud. Se llevaron a cabo todos los días, incluyendo sábados y domingos múltiples actividades en terreno que permitieron aumentar la oferta en horarios

más amplios que los de los Centros de Salud. En cada centro se organizaron talleres a través de sus profesionales (médicos, obstétricas, psicólogas), quienes estimularon a través de la educación la toma de conciencia del autocuidado, donde las vacunas eran un tema permanente. La difusión a través de gráficas y redes del Municipio, generaron el campo propicio para consultas y para intentar disipar dudas y temores.

Por todo lo actuado y todo lo que hacemos y haremos a diario en el Partido de Malvinas Argentinas: **VACUNAS SÍ.**





Prevención de Lesiones

DISEÑO E INNOVACIÓN ¿NUEVAS CLAVES PARA LOGRAR LA SEGURIDAD VIAL EN ARGENTINA?

Dr. Osvaldo Aymo

Cofundador del Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad de Pediatría de Rosario.
Ex Secretario del Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

Dra. María Florencia Barril

Secretaria del Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).
Vocal del Comité de Prevención de Lesiones Región Metropolitana.

Observamos que las cifras de mortalidad y morbilidad por siniestros viales son muy elevadas. Esto nos interpela en la necesidad de cambiar el paradigma con el que se intenta enfrentar este grave y complejo problema de salud pública.

El hecho de haber trabajado casi exclusivamente en la concientización, educación y sensibilización, como así también en el control y la sanción del factor humano, representa una visión parcial para una problemática muy compleja. La innovación y el diseño de vehículos y vías de tránsito pueden contribuir en pos de lograr un sistema de tránsito más seguro y eficiente.

Este artículo pretende llamar la atención acerca de un modelo diferente, que pueda acercarnos al objetivo de 0 muertos y 0 lesionados graves.

PARADIGMA, INNOVACIÓN, DISEÑO

“Toda ciencia no es más que un refinamiento del pensamiento cotidiano” pero “La locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener diferentes resultados”.

Albert Einstein

La vía pública es un ambiente cambiante y se requiere, del conductor, una constante toma de decisiones vitales. A la hora de tomar las decisiones adecuadas el conductor cuenta con diferentes recursos psicológicos, tales como la

percepción, los pensamientos y razonamientos, las reacciones emocionales, las motivaciones y las actitudes aprendidas.

Durante la conducción debe recibir e interpretar una gran cantidad de información y de la calidad y adecuado procesamiento de esa información va a depender el resultado, que se verá reflejado en una conducción segura o no.

La definición más tradicional concibe la conducción de un automóvil como una tarea compleja de control de un mecanismo móvil en un entorno sometido a continuo cambio, realizándose de forma paralela sub tareas como el ajuste de la trayectoria o el cambio de marcha.

El conductor constituye el elemento activo que controla en buena medida a los demás componentes del sistema de tránsito, a través de las conductas que realiza al volante. Estas conductas son el resultado de un complejo entramado de factores y procesos psicológicos, entre los que se destacan todas aquellas características o variables de tipo más o menos transitorio (por ejemplo: edad, práctica y experiencia al volante, sueño, fatiga, estrés, ansiedad y estados emocionales intensos, uso de sustancias adictivas, enfermedades, etc.) que de alguna manera influyen en el funcionamiento de los procesos psicológicos (aprendizaje, pensamiento, memoria, motivación, percepción, atención, toma de decisiones, procesos motores, etc.) que intervienen en la conducción de un vehículo.

Todas estas consideraciones nos llevan a intentar explicar con diferentes aspectos el porqué es importante ver qué aportes se pueden hacer desde la perspectiva del diseño y la innovación en las vías de tránsito y el automóvil, para compensar los errores que pueda cometer el factor humano.

EDUCACIÓN VIAL

Para la educación vial tenemos las siguientes herramientas:

PERSUADIR

La instancia más amigable, y que generalmente se considera como la adecuada para iniciar el abordaje de la prevención vial, es la persuasión. Se trata de conseguir mediante razones que una persona piense de una manera determinada o que haga cierta cosa. La publicidad juega un papel muy importante en esta tarea de persuadir, el espíritu de la publicidad preventiva es el de acercarse amigablemente al transeúnte buscando su adhesión.

Asimismo la educación, la información y la sensibilización son valiosos medios para lograr la persuasión. Se trata de que se perciban los riesgos que representan el tránsito y sus consecuencias. Existen acciones para cambiar el comportamiento como por ejemplo: proveer nueva información, consejo efectivo (dependiendo el prestigio de la fuente) apelar a valores, ofrecimiento de recompensa, etc. Sin embargo vemos que esto no alcanza para llegar a las respuestas deseadas, porque muchos usuarios de la vía pública rechazan la persuasión.

DISUADIR

Esta realidad nos enfrenta a usuarios que no son permeables a la persuasión y se requiere de otros medios y criterios para alcanzar al resto de los usuarios, en estos casos el siguiente paso es la disuasión. Disuadir es lograr que alguien deje o evite hacer lo que está haciendo o ya no haga lo que pensaba hacer. Este concepto enseguida nos remite a medios más contundentes con un poder de impacto distinto, porque queremos no ya una adhesión sino un cambio de actitud producto de medios con impacto más decisivo. Aquí aparecen medios más terminantes, con la legislación, los controles y las sanciones intentamos que el usua-

rio de la vía cambie su actitud. Algunas acciones que intentan cambiar las actitudes son: hacer uso de la fuerza o la coerción, mostrar a la persona las posibles consecuencias que puede sufrir, etc.

IMPEDIR

Imposibilitar la realización de una cosa. Acción concreta de obstaculizar la realización de algo o de convertir esa realización en algo dificultoso. Esta estrategia tiende no solo a persuadir o disuadir a este ser humano imperfecto, sino a impedirle realizar maniobras que impliquen un aumento desmesurado del riesgo, sea esto por error, por impericia o por imprudencia.

Por todo lo anterior, cobra verdadera dimensión el hecho de que tanto el diseño como la innovación constituyen las herramientas que nos permitirán no depender exclusivamente de la sensibilización, la educación, los controles o las sanciones dirigidas al transeúnte. De este modo, se evita que el incumplimiento de una sola persona, al pasar por encima de todas estas estrategias, pueda desencadenar una tragedia.

DISEÑO E INNOVACIÓN

Detallamos algunas medidas, que consideramos deberíamos incorporar en nuestro país:

RUTAS 2+1 CON BARRERA

Es una vía rápida de doble sentido de circulación compuesta por tres carriles, dos para circulación y uno para sobrepaso que se presenta al usuario de la vía en forma alterna cada pocos kilómetros, de esta manera disminuimos los choques frontales por paso indebido.

Suecia fue pionera, a principios de los años noventa, cuando registraba unos 100 muertos y alrededor de 400 heridos graves cada año a lo largo de los 3500 km de las rutas de un carril por sentido de circulación y 13 metros de ancho. Este problema representaba el 25% de todas las muertes y el 20% de todos los lesionados de los 100 000 km de los caminos del Estado. El 70% de los accidentes mortales consistían en vuelcos y choques frontales contra objetos fijos u otros vehículos.

Esta situación impulsó a la Administración Nacional del Tránsito Sueca a la exploración de



Carretera 2+1 en Suecia con separación de carriles. Fuente: Revista DGT.

medidas de bajo costo para mejorar la seguridad vial. En 1998, se decidió implementar un programa a gran escala para mejorar la seguridad de seis rutas tradicionales de 13 metros y dos carriles. La principal alternativa fue el concepto 2+1. Se diseñaron las mismas con un carril central para sobrepaso disponible en forma alternada para cada dirección durante 1-2.5 km y separadas físicamente con una baranda de cable de acero. Estimaban que podrían reducir los accidentes graves entre un 20 y un 50%. El diseño ha resultado un éxito rotundo, mayor al esperado mostrando una reducción de los mismos en un 80%. Suecia llama a las rutas 2+1 “camino libre de colisión frontal”, y son consideradas el mayor logro en el diseño físico de caminos de los últimos años.

AUTOS AUTÓNOMOS

Los autos autónomos son vehículos capaces de conducir sin intervención humana, utilizando sensores avanzados, cámaras y radar, junto con inteligencia artificial para interpretar su entorno y tomar decisiones en tiempo real.

Funcionamiento técnico: estos vehículos combinan **LIDAR** (*Laser Imaging Detection and*

Ranging) generando mapas 3D, con **GPS y cámaras** para detectar objetos, personas y señales de tráfico, procesando datos mediante aprendizaje automático desarrollando así 5 niveles de autonomía, según la SAE (Society of Automotive Engineers):

- **Nivel 0-2:** Automatización básica (control de cruce, mantenimiento de carril). Requiere supervisión constante.
- **Nivel 3:** Automatización condicional. El vehículo conduce, pero el humano debe estar listo para intervenir.
- **Nivel 4-5:** Alta o total automatización. El auto toma todas las decisiones. El Nivel 5 no necesita volante ni pedales.

Situación actual: los vehículos de conducción autónoma de nivel 4 ya operan como “robotaxis” en ciudades como San Francisco y Phoenix, operados por empresas como Waymo.

Beneficios potenciales: mayor seguridad (reducción de errores humanos), accesibilidad para personas con discapacidad, reducción del tráfico y mayor eficiencia energética.

Desafíos: altos costos de fabricación, limitaciones climáticas y la necesidad de entornos georreferenciados (geofenced) para operar sin riesgos.

ALCOHOL “LOCK”

Software de bloqueo de alcoholemia como accesorio y actualización de software que integra un sistema de dosaje de alcoholemia directamente en las funciones del vehículo, impidiendo que el motor arranque si el conductor se encuentra bajo los efectos del alcohol.

LIMITADORES DE VELOCIDAD

Es un sistema de seguridad activado que permite al conductor establecer una velocidad máxima, impidiendo que el vehículo la supere aunque se pise a fondo el acelerador. Se activa desde el tablero y es ideal para evitar multas, manteniendo el control total de la aceleración por debajo de la marcha configurada.

FRENADO DE EMERGENCIA AUTÓNOMO

Es un sistema de seguridad activado que utiliza sensores, cámaras o radar para detectar obstáculos (vehículos, peatones, ciclistas) y aplica los frenos automáticamente si el conductor no reacciona a tiempo ante una colisión inminente, reduciendo la severidad del impacto o evitándolo.

DETECTOR DE FATIGA

Es un sistema de seguridad activa (ADAS) que monitorea el comportamiento del conductor mediante cámaras y sensores de movimiento para identificar somnolencia o falta de atención, emitiendo alertas visuales/acústicas (como una taza de café) para prevenir accidentes. Analiza el movimiento del volante, parpadeos y trayectorias. En nuestro país, se compran de manera independiente.

CONCLUSIONES

El objetivo es lograr 0 muertos y 0 discapacitados graves. Los autos del futuro se manejarán solos para evitar accidentes, ya que las máquinas no tienen sentimientos, ni emociones y pueden ajustar sus respuestas ante una cantidad muy grande de estímulos y cumplir con la norma vigente, sin poner en juego sus valores, creencias, estilo de vida, emociones, distracciones, ni ningún otro aspecto psicológico.

Proponemos acuñar la siguiente frase: El riesgo vial es algo demasiado importante como para dejarlo solo en la decisión del factor humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Novoa AM, Pérez K, Borrell C. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. Gac Sanit [online] 2009; 23 (6): 553.e1-553.e14.
- Glizer IM. Prevención de accidentes y lesiones. Conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo. Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud 1º Edición. 19
- Revista Asociación Argentina de Carreteras. La Asociación Española de la Carretera (AEC) señala la infraestructura como la clave para cumplir el Plan de Seguridad de la ONU. Carreteras 2012; 205: 44.
- La toma de decisiones en la conducción. En: Castro C, Durán M, Cantón D. La conducción vista por los psicólogos cognitivos. Bol Psicol. 2006; 87: 35-60.
- González Luque JC. Grupo de Materias Comunes Movilidad Segura. ESTT-OEP 2013: 11-24. Disponible en: [https://15f8034cdf6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/TEMA_8_Parte_Comun_mov_segura63g\(1\).pdf](https://15f8034cdf6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/TEMA_8_Parte_Comun_mov_segura63g(1).pdf)
- Alonso F, Sanmartín J, Esteban C, et al. La conducta social en el tráfico: Práctica y valoración de la población española. Ed. Attitudes. 1ª edición, octubre 2007.
- Torsten B, Arne C, Jan M. 2+1. Roads with Cable barriers-A Swedish success story. 3rd. International Symposium on Highway Geometric Design, 2005. Chicago, Illinois. Disponible en: <https://trid.trb.org/View/760703>



Pediatría Ambulatoria

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE INFANTO JUVENIL

Dra. Maricel Sigle

Médica Pediatra, especialista universitaria en Medicina del Deporte

DEFINICIONES

ACTIVIDAD FÍSICA: es cualquier movimiento del cuerpo que hace trabajar los músculos y requiere un gasto de energía.

EJERCICIO: es la actividad física planeada, estructurada, repetitiva y orientada para mejorar físicamente.

DEPORTE: actividad física, pautada conforme a reglas, que requiere entrenamiento, que se practica con finalidad recreativa, profesional o como medio de mejoramiento de la salud.

DEPORTISTA: es toda persona que practica un deporte, ya sea por afición o profesionalmente.

OBJETIVO DEL DEPORTE EN LA INFANCIA: promover la actividad física y el movimiento.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Múltiples son los beneficios que aporta la actividad física a la salud.

Algunos de ellos son:

BENEFICIOS FISIOLÓGICOS

- Disminuye la posibilidad de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): enfermedades cardiovasculares, HTA, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.
- Fortalece los huesos y músculos, aumentando la densidad ósea y aumenta la fuerza muscular (aptitud física o fitness).
- Mejora la capacidad cardiorrespiratoria.

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

- Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión.
- Aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

BENEFICIOS SOCIALES

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social.

BENEFICIOS ADICIONALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Contribuye al desarrollo integral de la persona.
- Controla el sobrepeso y la obesidad en la infancia para generar continuidad de hábitos saludables en la vida adulta.
- Mayor mineralización ósea y disminución del riesgo de padecer osteoporosis en la vida adulta.
- Mejor maduración del sistema nervioso motor y aumento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar.

De acuerdo a estudios científicos tanto a nivel nacional como mundial, luego de la pandemia de SARS-CoV-2 y hasta la actualidad, se acrecentaron el sedentarismo y la falta de actividad física, generando una verdadera epidemia, descrita por el profesor Avery Faigembaum, en 2018, como la **Tríada de la Inactividad Física:**

- Insuficientes niveles de actividad física.
- Bajos niveles de fuerza y potencia muscular en niños/as y adolescentes.
- Falta de habilidades y cualidades físicas desde edades muy tempranas.

Por tal motivo y con base en los Derechos de Niño/as y Adolescentes (NNyA) de acceso a la Salud, es crucial continuar realizando los controles de salud a NNyA en forma regular, pero no debería ser una limitante para la participación en las clases de educación física a excepción de alguna constancia médica que así lo indique.

Teniendo en cuenta los innumerables beneficios de la práctica de actividad física que se van sumando cada día y los altos niveles de inactividad física, el aumento del sedentarismo, sobrepeso y obesidad, es primordial que los pediatras indiquemos actividad física y movimiento desde el nacimiento en nuestra práctica cotidiana.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de diferentes organizaciones de salud de todo el mundo, es 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa en niños, niñas y adolescentes de 5 años a 17 años y sumar al menos 3 veces por semana de fortalecimiento musculoesquelético, es decir actividades de fuerza. Antes de esa edad, y desde el nacimiento, estimular el juego que implique movimiento al menos 3 horas al día.

Además, es fundamental lograr disminuir el tiempo frente a las pantallas. Antes de los 2 años, se desaconseja su uso. De 2 a 5 años, se

recomienda entre media y 1 hora como máximo, entre 5 años y 12 años, se sugiere 1 a 1 hora y media, y en adolescentes es recomendado educar sobre el uso adecuado y proteger de los riesgos cibernéticos, siempre estimulando y priorizando el movimiento y la actividad física.

CONSTANCIA DE SALUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Año a año, en la víspera del ingreso escolar, los pediatras nos encontramos desbordados por el gran afluente de pacientes que concurren para realizar el llamado “apto físico”. Se presentan con diversidad de formularios y solicitudes de “Certificado de Aptitud Física”.

Para nosotros la **“Constancia de salud para la práctica de Actividad Física”** tiene 2 objetivos fundamentales:

- Disminuir el riesgo de situaciones que pueden poner en riesgo la vida.
- Oportunidad para realizar un control de salud que permita detectar patologías en forma precoz.

En este punto, cabe aclarar que en la edad pediátrica el riesgo de muerte súbita por patología cardiovascular es muy baja (aproximadamente

Pirámide de la Actividad Física



1,9 por 100 000 por año) y en atletas de secundaria y universitarios la incidencia varía entre 1 y 1,6 por 100 000 habitantes por año.

Para unificar el criterio médico, que nos permita trabajar con seguridad y que las familias puedan cumplir con la demanda de escuelas y clubes, el Comité de Medicina del Deporte de la SAP, realizó un **Consenso de salud del niño y adolescente para la realización de Actividad Física y/o Deportivas** en el año 2014, con una actualización en el año 2021 y un **Posicionamiento de la Sociedad Argentina de Pediatría** en 2025. Las mismas son recomendaciones para la realización de la Constancia de Salud para la práctica de actividad física y deporte que sirven de referencia a los equipos de salud y a instituciones escolares y deportivas.

La Constancia de Salud implica una responsabilidad compartida entre el NNA y/o adulto responsable, el médico, los profesores de educación física y/o los entrenadores a cargo.

Para la realización de la **Constancia de salud** hay que tener en cuenta 3 aspectos:

1. ANAMNESIS

Incluye el Interrogatorio de:

- **Antecedentes Familiares:** principalmente relacionados con trastornos cardiovasculares.
- **Antecedentes Personales:** como enfermedades o cirugías previas, lesiones traumáticas y síntomas que se hayan presentado durante la práctica de actividad física.

2. EXAMEN FÍSICO

Debe ser completo y exhaustivo, incluyendo antropometría y estado nutricional, control oftalmológico, odontológico, con especial atención en el examen cardiovascular, ortopédico, evaluación nutricional y estadio madurativo.

- **Examen cardiovascular:** el examen clínico habitual que incluye, inspección, palpación de pulsos, auscultación para determinar la presencia de soplos y la medición de la tensión arterial y su correlación con las tablas de percentilos.
- **Examen nutricional y estadio madurativo:** control del peso, talla, antropometría y estadio madurativo, son herramientas fundamentales del entrenamiento invisible.
- **Examen ortopédico:** evaluar el aparato osteoarticular, la postura, la presencia de asi-

metrías o acortamientos, realizar maniobra de Adams con el objetivo de evitar lesiones a futuro.

3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se solicitan según lo que surja del interrogatorio y examen físico.

- ECG de Reposo: existe poca evidencia científica en lo que respecta a la realización del ECG en niños, niñas y adolescentes a nivel mundial. En adultos existen dos criterios:
- En Europa suele recomendarse la realización del electrocardiograma de 12 derivaciones, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología y son realizados por personal facultativo con formación específica en esta área.
- En EE.UU. la *American Heart Association* (AHA) y el *American College of Cardiology* (ACC) mantienen que la realización del electrocardiograma no está indicada al considerar que no hay suficiente evidencia que demuestre su beneficio y pueden ser realizados por personal no médico.
- En Argentina la Sociedad Argentina de Pediatría, recomienda en niños/as sanos/as, sin antecedentes patológicos personales ni familiares ni interurrencias con afección cardiovascular y examen físico completo normal, no es necesario solicitar estudios para la constancia de salud para participar en actividades físicas o deportivas. En la adolescencia, donde pueden ocurrir alteraciones cardiovasculares genéticas que se expresan en esta etapa, como por ejemplo, miocardiopatías, se recomienda realizar un ECG. El mismo no tiene indicación de ser repetido, al menos que presente una patología adquirida con repercusión cardiovascular.
- Otros estudios cardiológicos de mayor complejidad (Ecocardiograma, Prueba de Esfuerzo) serán solicitados según el criterio del especialista.

4. REDACCIÓN Y FIRMA DE LA CONSTANCIA DE SALUD

Existen variedad de modelos de dicha constancia de salud, pero contamos con el modelo propuesto por la Sociedad Argentina de Pediatría, con evidencia científica, realizada

por expertos de diversas áreas de la Pediatría, y letrados que asesoraron desde el aspecto legal, al alcance de la mano, para poder utilizarlo en nuestra práctica diaria.

MODELO DE CONSTANCIA

Dejo constancia que
DNI:, de..... años ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

.....

Fecha:/...../.....

Firma y sello del médico

CONCLUSIÓN

Como conclusión, la realización de una constancia para la práctica de actividad física y deporte debería ser realizada con criterio médico y responsabilidad, ya que se trata de un documento médico-legal de valor testimonial, emitido por un profesional de la salud habilitado luego de evaluar clínicamente a una persona. Deja constancia del estado de salud actual, sirviendo de prueba escrita en el ámbito administrativo, civil o penal y es una oportunidad para el control de salud anual y la detección de patologías que impliquen un riesgo para la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Argentina de Pediatría. Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(4):375-390. Disponible en: https://www.sap.org.ar/storage/app/media/pdf/consensos_actualizacion-del-consenso-sobre-constancia-de-salud-del-nino-y-del-adolescente-para-la-realizacion-de-actividades-fisicas-yo-deportivas-73.pdf
- Centeno Malfaz F, Beltrán Pérez AI. Deporte y certificado de aptitud deportiva. Adolescere 2016; IV (2):53-60.



In Memoriam

CINTIA CROXATTO

El jueves 29 de enero falleció la **Dra. Cintia Croxatto**, médica cardióloga infantil del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas entre 1977 y 2008. Realizó su residencia de Pediatría en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, donde posteriormente se desempeñó como jefa de residentes.

En 1977 se acercó a nuestro Hospital y pasó a formar parte de la entonces incipiente sección de Cardiología Infantil, donde su presencia resultó fundamental para el crecimiento del servicio, durante su gestión fue la encargada del consultorio externo.

Durante el tiempo en que fue secretaria del Comité de Cardiopatías Congénitas de la SAP, creó un registro Nacional de Cardiopatías Congénitas y un Registro de Cardiólogos Infantiles diseminados por el país, hechos claves en el diseño del Plan Nacer.

Pero sería injusto destacar solamente las virtudes académicas de Cintia, que eran muchas. Ella sobre todo se destacó por su capacidad para acercarse a las personas, tanto si eran pacientes o colegas, siempre tenía un mensaje de consuelo, aliento y en toda circunstancia era capaz de escuchar, tarea para nada sencilla.



Cintia Croxatto

Cintia seguirá siempre presente como ejemplo para todos los que la conocimos y para quienes la conocerán por el relato de sus contemporáneos. Hasta siempre Cintia.

Dr. Jorge Gentile

Ex Jefe de la Sección Cardiología
del Servicio de Pediatría del
Hospital Nacional Alejandro Posadas



Medicina, niñez y sociedad

UNA MADRE ES CONDENADA INJUSTAMENTE POR EL ASESINATO DE SU HIJO

El sistema de justicia se equivocó y un científico dispuesto a cuestionar tanto a un fallo judicial como al consenso social logró salvarla del peor final para una madre que sufre por la muerte de un hijo.

Dra. Viviana E. Soligo

Directora Titular de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría

9 de julio de 1989. Patricia Stallings vivía el sueño de su vida. Tenía una casa nueva con vista al lago Wauwanoka, cerca de San Luis; un esposo que la quería, David, y su hijo de tres meses, Ryan. Todo parecía perfecto. “Ese fue realmente el momento más feliz de mi vida”, diría Patricia después. “Todo era perfecto. Todo. Una casa nueva, un bebé nuevo. ¿Qué podría salir mal?”

Pero algo salió terriblemente mal.

Ese viernes por la noche, Ryan vomitó. Al día siguiente parecía estar mejor, pero para la mañana del domingo ya no podía retener la comida. Su respiración se volvió dificultosa y empezó a mostrarse letárgico. Temiendo lo peor, Patricia lo llevó de urgencia al Hospital Infantil Cardinal Glennon, en San Luis.

Los médicos detectaron niveles altos de etilenglicol –anticongelante– en la sangre de Ryan. Alguien lo había envenenado.

Patricia y su esposo fueron interrogados de inmediato. Los separaron, y los detectives insistieron en la idea de que uno de los dos era responsable. Patricia estaba en estado de shock; no tenía idea de cómo el anticongelante podía haber llegado al organismo de su hijo. Amaba a Ryan y jamás le habría hecho daño.

Unas semanas después, el 31 de agosto, Patricia pudo tener una breve visita supervisada con Ryan. Pero cuatro días más tarde, el bebé volvió a enfermar, con los mismos síntomas. Más análisis señalaron nuevamente la presencia de una sustancia interpretada como anticongelante en su sangre y se encontraron rastros en el biberón que Patricia había usado para darle de comer.

El 5 de septiembre de 1989, Patricia fue arres-



Fuente de la imagen:

<https://exonerationregistry.org/cases/10877>

Fue condenada por asesinar a su bebé con anticongelante y sentenciada a cadena perpetua. Luego, mientras estaba en la cárcel, dio a luz de nuevo, y el segundo bebé presentó exactamente los mismos síntomas.

tada y acusada de intento de asesinato. Dos días después, Ryan murió. Entonces, la acusación pasó a ser por asesinato en primer grado e incluso los fiscales consideraron pedir la pena de muerte.

Mientras estaba en la cárcel, destrozada por la muerte de su hijo, Patricia supo que estaba embarazada otra vez. En febrero de 1990 dio a luz a un segundo hijo, David Jr. (DJ), pero fue puesto de inmediato en un hogar de acogida debido a las acusaciones contra ella.

En enero de 1991, Patricia fue declarada culpable de asesinato y en marzo fue sentenciada

a cadena perpetua sin posibilidad de libertad condicional.

Entonces ocurrió algo imposible. En marzo de 1991, DJ empezó a mostrar los mismos síntomas que Ryan: vómitos, dificultad para respirar y letargo. Lo llevaron de urgencia al hospital y los análisis revelaron un diagnóstico impactante: DJ tenía acidemia metilmalónica, una enfermedad genética rara que puede imitar los síntomas de una intoxicación por anticongelante.

La acidemia metilmalónica hace que el cuerpo acumule sustancias tóxicas, entre ellas ácido propiónico, que en ciertas pruebas puede confundirse con etilenglicol. Los análisis habían estado equivocados.

El abogado defensor de Patricia intentó presentar esa nueva información durante el juicio, pero el juez no la aceptó y la trató como una coincidencia. Sin embargo, la verdad terminó saliendo a la luz cuando el doctor William Sly, después de ver el caso de Patricia en *Unsolved Mysteries*, se puso en contacto con las autoridades e impulsó nuevos análisis de la sangre de Ryan.

Los nuevos resultados fueron concluyentes: Ryan había muerto por acidemia metilmalónica, no por envenenamiento con anticongelante.

En julio de 1991, Patricia salió de prisión, y en septiembre se retiraron los cargos. DJ volvió con sus padres. Aunque Patricia pasó casi dos años

encarcelada, por fin se supo la verdad sobre la muerte de Ryan.

El caso dejó al descubierto graves fallos en los sistemas judicial y médico y mostró cómo las suposiciones y el exceso de confianza en pruebas de laboratorio pueden llevar a errores catastróficos. Patricia Stallings no fue salvada por el sistema de justicia, sino por el diagnóstico de una enfermedad rara, un programa de televisión y un científico dispuesto a cuestionar lo que todos los demás daban por cierto.

Hoy, Patricia lleva una vida discreta con su familia, mientras DJ, ya adulto, sigue controlando su enfermedad con el tratamiento adecuado. Perdieron a Ryan pero la verdad devolvió la libertad a Patricia.

El caso sigue siendo un recordatorio de que, a veces, la diferencia entre la culpa y la inocencia depende de una sola persona capaz de preguntarse: “¿Y si estamos equivocados?”

Fuentes

- Northwestern Pritzker School of Law Center on Wrongful Convictions. Patricia Stallings. Disponible en: <https://www.law.northwestern.edu/legalclinic/wrongfulconvictions/exonerations/mo/patricia-stallings.html>



Novedades

LA REVISTA NOTICIAS METROPOLITANAS INICIA UN NUEVO CICLO

*“Por una niñez sana en un mundo mejor”
Una utopía que nos ayuda a seguir adelante.*

La Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) comenzó su actividad en 1984. Su primer Director fue el Dr. Jorge Nocetti Fasolino quien en ese momento se desempeñaba como Vicepresidente de la SAP.

La *Revista Noticias Metropolitanas* comenzó a publicarse 10 años después, en abril de 1994. La nota editorial del primer número fue firmada por quien era el Director Titular de la RM de la SAP de ese momento, el Dr. Miguel Ángel Nazer. En la misma se comunicaron los objetivos para el período 1993-1996, que fueron sostenidos con firmeza durante muchos años:

1. Continuar en la Región los programas convenidos por SAP con UNICEF y OPS.
2. Realizar acciones conjuntas con las distintas Municipalidades poniendo especial énfasis en el control del Crecimiento y Desarrollo, Promoción de la Lactancia Materna, Prevención de Accidentes, Nutrición, Adolescencia e Inmunizaciones.
3. Promover la aplicación regional de normas actualizadas de prevención y atención en Pediatría teniendo especialmente en cuenta las patologías prevalentes.
4. Apoyar el Compromiso Nacional a favor de la infancia cumplimentando las Metas para el año 2000 de Unicef, dentro de su factibilidad.
5. Mantener el apoyo al “Movimiento hacia la Red de Atención pediátrica” en los aspectos Preventivo, Asistencial y de Educación Continua.

Una publicación gráfica impresa, hace 30 años, era el mejor medio para llevar información a los socios de la RMBA integrada por la Ciudad de Buenos Aires y 19 partidos del Conurbano.

El área de la RMBA actualmente es parte de lo que se denomina Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) territorio en el que se presentaron complejos cambios en el contexto social, económico y sanitario.

La revista *Noticias Metropolitanas* en la actualidad es una de las estrategias comunicacionales de la RMBA, incorporando desde 2017 el contacto con los socios por medio de grupos de WhatsApp y en 2019 comenzó a funcionar @pedmetar, perfil de Instagram que realiza publicaciones para médicos y público general.

COMITÉ DE COMUNICACIONES

Organizar un comité de comunicaciones surge como forma de encauzar las acciones que procuran que la Visión y Misión de la RMBA, expresada en la página oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, llegue a todos los socios y también a la comunidad.

VISIÓN

“Contribuir a lograr las mejores condiciones de salud en los niños, niñas y adolescentes del área Metropolitana, con pediatras capacitados que trabajen en óptimas condiciones profesionales, buscando la prevención y el tratamiento de la patología prevalente y el control del buen crecimiento y desarrollo de nuestros niños en un contexto biopsicosocial y ambiental adecuado a sus necesidades”.

MISIÓN

“Estar presentes en la defensa de los intereses y necesidades de nuestros pediatras en el marco del ejercicio profesional, conformando una red que busca mantener la actualización académica, comunicar buenas prácticas, planificar tareas de capacitación, difundir diversas temáticas de interés y contribuir en la búsqueda de soluciones”.

Desde el año 2020 la revista solo se publica en línea en formato PDF en el apartado de la RMBA de la página oficial de la SAP y también se envía por correo electrónico a los socios de la RMBA. A partir del número 95, de abril de 2026 la edición fue asumida por el Comité regional de Comunicación integrado por la actual Directora Titular *Dra. Viviana Edith Soligo*, las *Dras. Silvia Baleani, María Gabriela Dave y Claudia Corigliano*, quien es administradora del Instagram @pedmetar. Las *Dras Claudia Buscio, María Rosa Damigella, María Florencia Barril* y la *Lic. Élica Mattarozzi* son parte del Comité de Comunicación como referentes de los comités regionales para el grupo editorial.

En esta nueva etapa se presentan contenidos en secciones que corresponden a los comités que actualmente se encuentran activos en la RMBA: **Pediatría Ambulatoria, Educación Continua, Prevención de Lesiones, Ejercicio Profesional y Discapacidad**, incluyendo también una sección destinada a **Epidemiología** y otra a temas de **Medicina, niñez y sociedad**, en la que se reflejarán historias que buscan destacar cómo las ciencias médicas permiten mejorar la vida de los niños y el desarrollo de la sociedad.

Comité de Comunicaciones

Si desea comunicarse con la revista o ser incluido en el grupo de difusión de whatsapp de la Región Metropolitana envíenos un mail a: noticiasmetropolitanassap@gmail.com

LINKS DE INTERÉS

Región Metropolitana SAP

<https://www.sap.org.ar/nosotros/lasap/regiones-filiales/region-metropolitana>

Mapa Región Metropolitana y sus distritos

<https://www.sap.org.ar/docs/Reg%20Metropolitana/Division%20de%20Region%20Metropolitana.pdf>

Historia de la Región Metropolitana y listado de asesores

<https://www.sap.org.ar/nosotros/lasap/regiones-filiales/region-metropolitana>

Cursos SAP

<https://www.sap.org.ar/cursos>

Agenda de Actividades SAP

<https://www.sap.org.ar/agenda>

Recertificación Digital

<https://www.sap3.org.ar/i2/pclient>

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

