



NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXVI

Agosto 2026

N° 96

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, Dra. María Rosa Damigella

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

- Región Metropolitana, un territorio con desigualdades
que deben ser tenidas en cuenta 2
Dra. Viviana E. Soligo

Actividades de la Región 5

Discapacidad

- Más allá del habla ¿Qué son los sistemas de
comunicación aumentativa y alternativa? 8
Dra. Rocío D'Ambrosio

Ejercicio Profesional

- El nomenclador pediátrico, una herramienta de
dignidad profesional y equidad en el ejercicio diario..... 13
Dras. Micaela Baratucci y María Gabriela Bontá
- Gajos del oficio 15
Dra. Constanza Funes

Epidemiología

- John Snow (1813-1858) Precursor de la
epidemiología moderna 16
Grupo Editor

Pediatría Ambulatoria

- Prevención de lesiones en el deporte infante juvenil 19
Dra. Maricel Sigle

Medicina, niñez y sociedad

- La crueldad hacia los indefensos, una realidad inaceptable 24
Dra. Viviana E. Soligo

Breve historia de la Región Metropolitana y su revista 27

Dr. José Luis Cervetto

"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

REGIÓN METROPOLITANA, UN TERRITORIO CON DESIGUALDADES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Se estima que el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) tiene una población superior a los 16 millones de habitantes, concentrando aproximadamente el 35% del total del país. Esto explica en gran medida porqué poco menos de la mitad de los socios SAP viven y trabajan en la Región Metropolitana (RM).

Si bien las cifras solo permiten vislumbrar parcialmente las asimetrías sociales, contribuyen a orientar nuestro análisis.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) viven 3,1 millones de habitantes, el 81,5% de la población cuenta con cobertura de salud que se gestiona con los recursos de los empleados de acuerdo a la Ley de contrato de trabajo N° 20.744 y de Obras Sociales, Ley N° 23.660 o por medio de los sistemas conocidos como “medicina prepaga”. Solo el 18,5% depende exclusivamente del sistema público de salud. A pesar de esto en la ciudad y dentro de la gestión pública, hay 14 hospitales generales de agudos (con internación pediátrica), 3 hospitales pediátricos, 1 hospital psiquiátrico Infanto Juvenil y 1 hospital de odontología infantil.

En la Provincia de Buenos Aires los contrastes son evidentes: en el partido de Vicente López, el 84,86% de la población cuenta con cobertura de salud por obra social o prepaga (incluyendo PAMI); en José C. Paz esa cobertura es solo del 50,46%. El restante 49,54% depende netamente de la salud pública o planes estatales. En Florencio Varela más de un 51% está sujeto a la cobertura pública de salud, el partido de Moreno registra valores similares, donde aproximadamente el 47,1% de la población no posee cobertura de obras sociales ni medicina prepaga según datos oficiales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 publicado por el INDEC.¹

Una de las expectativas de esta gestión es que todos los socios de nuestra región se sientan parte vital de la Sociedad Argentina de Pediatría. Teniendo muy presente que la experiencia cotidiana de cada uno está fuertemente condicionada por el entorno en el que despliega su vocación. En los contextos de mayor vulnerabilidad, el ejercicio de la pediatría se ve atravesado por una dolorosa sensación de impotencia. El profesional se enfrenta a diario con realidades complejas que requieren un abordaje psicosocial urgente que excede el alcance de la intervención estrictamente médica.

La pertenencia es un anhelo de todo ser humano, nos permite sobreponernos mucho más rápida y fácilmente a las dificultades cotidianas. Pero esa pertenencia institucional corre el riesgo de ser una abstracción si no logramos aunar criterios, reconocer las realidades locales y tender puentes sólidos entre colegas.

El verdadero desafío de la SAP en la Región Metropolitana no es uniformar la práctica, sino integrar nuestras diferencias. Lograr que cada pediatra desde un hospital público o en un consultorio privado se sienta respaldado, implica transformar la impotencia solitaria en una red de contención colectiva. Solo validando, escuchando y alojando la diversidad de nuestros contextos cotidianos, podremos transformar la fragmentación en una identidad compartida.

Desde la RM en la segunda mitad del 2026 nos enfocaremos en mejorar nuestros conocimientos sobre las disciplinas que fomenten el fortalecimiento de cada socio como agente sanitario pero también como ciudadano frente al cuidado integral de los niños, haciendo hincapié en la necesidad de fortalecer a las familias con herramientas que ayuden a sostener en forma racional los roles que se requieren para que los sujetos en desarrollo logren el más alto grado posible de fortaleza psicoemocional, espiritual y moral.

Dra. Viviana Edith Soligo

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

1. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 : resultados definitivos: salud y previsión social / 1a ed. - INDEC, 2023. Libro digital, PDF - https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_salud_prevision_social.pdf

¿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.

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



Sociedad Argentina
de Pediatría



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

XVII JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA



CUIDAR LA NIÑEZ ES PRIORIDAD

Prevención de problemas de comportamiento y
de salud mental.

Fecha: Sábado 8 de agosto de 2026

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Más información e inscripción en www.sap.org.ar/congresos

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

8:00 a 8:30 h.	INSCRIPCIÓN
8:30 a 9:30 h.	PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES
9:30 a 9:45 h.	RECESO
9:45 a 11.45 h.	TALLER: CRIANZA RESPETUOSA, EL INICIO QUE CADA NIÑO MERECE <i>Dres. Carla Orsini - Silvina Pedrouzo - Federico Díaz- Juan Perino - Ivana Raschkovan</i> • Qué es y qué no es la crianza respetuosa. Vínculos y Apego. Competencias parentales. Regulación y desregulación. Estrategias de abordaje. Berrinches y Límites.
11:45 a 12:15 h.	ACTO INAUGURAL
12.15 a 13.15 h.	RECESO
13.15 a 14.45 h.	MESA INTERACTIVA: ¡ALERTA! NIÑOS, ADOLESCENTES Y REDES SOCIALES, UN CAMINO CON DEMASIADOS RIESGOS <i>Lic. Lucía Fainboin</i> • Infancia hiperconectada: herramientas para el consultorio. • La clínica de la hiperconectividad. Estrategias de acompañamiento. <i>Dra. Silvina Pedrouzo</i>
14.45 a 15.00 h.	RECESO
15.00 a 16:30 h.	MESA CON EXPERTOS: MÉDICOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENTOS AL RIESGO EN DESARROLLO <i>Dra. Agustina Vericat</i> • Banderas Rojas en el Desarrollo motor, cognitivo y social. • Banderas Rojas en el Desarrollo del Lenguaje. <i>Lic. Fernando Baralo</i> • ¿De qué nos hablan las conductas? <i>Dra. Silvia Mazzeo</i>
16.30 a 18.00 h.	MESA CON EXPERTOS: PEDIATRAS ATENTOS A NUEVOS ESCENARIOS EN APS Y URGENCIAS <i>Dra. Natalia Regatky</i> • El delicado límite entre problema de conducta y trastorno psiquiátrico. • ¿Nos ayudan los datos que se registran oficialmente? Estadísticas de internación de niños y adolescentes. <i>Dra. Sandra Novas</i> • Urgencias Psiquiátricas: Rol del Pediatra. <i>Dr. Darío Sanginetto</i>
18:00 h.	ACTO DE CLAUSURA



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

**Sociedad Argentina
de Pediatría**

CONGRESOS Y EVENTOS SAP 2026

Fecha: 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 2026

Sede: Marriott Buenos Aires - Ciudad de Buenos Aires

- 11° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica
- 11° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos
- 9° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria
- 9° Congreso Argentino de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica
- 9° Congreso Argentino de Nutrición Pediátrica
- 4° Congreso Argentino de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría
- 2° Congreso Argentino de Diagnóstico por Imágenes en Pediatría
- 10° Jornadas Nacionales de Prevención de Lesiones
- 3° Jornada Nacional de Ejercicio Profesional

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN

PROGRAMA CIENTÍFICO DISPONIBLE





Discapacidad

MÁS ALLÁ DEL HABLA ¿QUÉ SON LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA?

Dra. Rocío D'Ambrosio

Médica Pediatra, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

La comunicación es un acto de intercambio de información, pensamientos y emociones entre dos o más personas, que permite a los individuos relacionarse con su entorno. Requiere de la creación y transmisión de mensajes por parte del emisor, la escucha y recepción de los mismos, y la respuesta por parte del receptor.¹ El lenguaje, en contraposición, es un sistema estructural, flexible y estandarizado que permite llevar a cabo la comunicación.²

Generalmente, al hablar de comunicación, se piensa en el lenguaje verbal, la lengua de señas o algunos gestos socialmente compartidos; sin embargo no todas las personas pueden utilizar estas modalidades.

De acuerdo al artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (a la cual nuestro país suscribió en 2007 mediante la Ley Nacional N° 26.378) "La comunicación incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación [...]".³

Si bien es un número difícil de estimar debido a la heterogeneidad de las condiciones involucradas, alrededor del 1% de la población mundial en edad escolar requiere de **Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (SCAA)**.⁴

Según la Asociación Americana del Habla-Lenguaje-Audición (ASHA, por sus siglas en inglés) los SCAA involucran a un grupo de estrategias que pueden suplementar (aumentativo) o compensar (alternativo), de manera temporal o permanente, los patrones de deficiencia y discapacidad de las personas con trastornos graves de la comunicación.⁵

Estos SCAA pueden ser sin apoyo tecnológico (no requieren la intervención de dispositivos ajenos a la persona) o con apoyo tecnológico (incluyen dispositivos electrónicos o digitales que facilitan la comunicación receptiva y expresiva y pueden contar o no con dispositivos de salida de voz). Se destaca que esta división no los hace mutuamente excluyentes y son complementarios del habla que consideramos habitual.

Son utilizados por personas con trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, discapacidad motora (parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson), afasias, entre otras condiciones. Existen múltiples SCAA, y si bien su uso no es exclusivo para alguna condición o patología, algunos pueden resultar más beneficiosos que otros, por lo que es importante entender la individualidad de sus aplicaciones.

A continuación, se detallan algunos:

- **Pictogramas:** son imágenes que representan objetos, acciones o conceptos. (Ver **Figura 1**)

FIGURA 1. Pictogramas



Fuente: ARASAAC

- **Sistema de comunicación por intercambio de imágenes** (PECS, por sus siglas en inglés), donde la comunicación se basa en dar y recibir pictogramas.
- **Sistema de Comunicación Minspeak**, donde se usan dibujos de significado múltiple en secuencias pictográficas, es decir que el significado del dibujo se define por otros dibujos utilizados con este. ⁶ (Ver **Figura 2**)

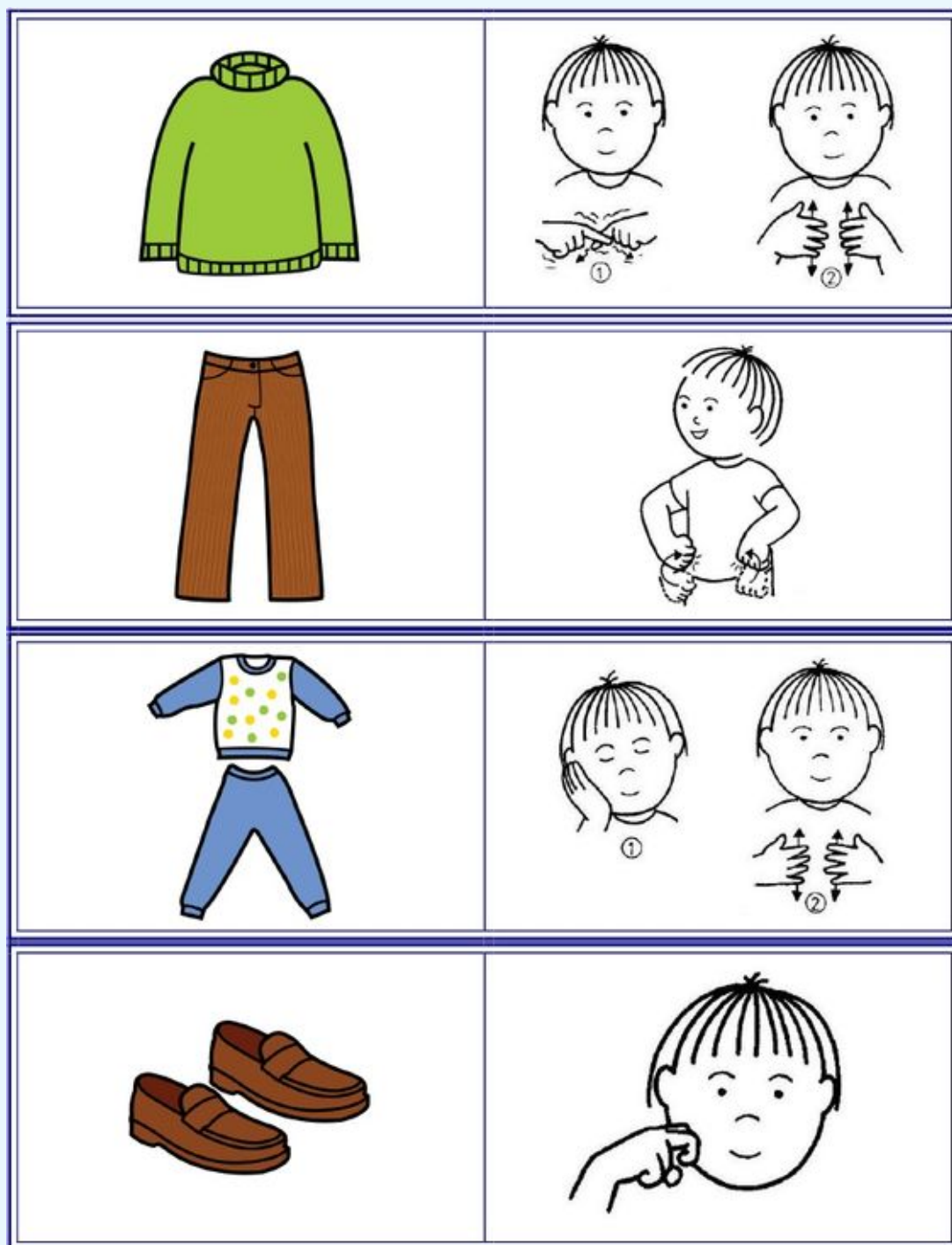
FIGURA 2. Sistema Minspeak

	<u>Lugar</u> donde <u>dormimos</u> = HABITACIÓN
	<u>Mueble</u> donde guardamos la <u>ropa</u>: ARMARIO
	<u>Ropa</u> que utilizamos para <u>dormir</u> = PIJAMA

Fuente: ALFASAAC

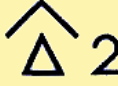
- **Tableros de comunicación:** organizadores visuales que permiten seleccionar símbolos para formar frases. Cuando se distribuyen en varias páginas, se trata de libros de comunicación.
- **Programa de Comunicación Total de Benson Schaeffer:** es un sistema que usa de manera simultánea el lenguaje oral y el signado. Se busca que la persona no verbal pueda comprender qué efecto producen los signos.⁷ (Ver **Figura 3**)

FIGURA 3. Sistema de Benson Schaeffer



• **Sistema de Comunicación Bliss:** es un sistema gráfico de símbolos que representan conceptos mediante dibujos abstractos y combinaciones de pictogramas.⁸ (Ver **Figura 4**)

FIGURA 4. Comunicación Bliss

niño, niña	abuela	familia	padre
			
chica	tía	hermana	persona
			
chico	abuelo	madre	amigo
			

Fuente: colegiologopedasmadrid

• **Escalas visuales:** pueden ser de intensidad (numérica o colores, para indicar una emoción), de elección (dicotómica, sí-no), gráfica (imágenes o símbolos que representan niveles de una cualidad). (Ver **Figura 5**)

FIGURA 5. Escala facial de Wong y Baker



Fuente: SECOT

• **Comunicadores y aplicaciones en teléfonos y tablets:** son dispositivos que permiten comunicar en voz alta un mensaje con una voz grabada o una artificial.

Productos de apoyo para la comunicación:

Para indicar los símbolos gráficos en los comunicadores, tableros y libros de comunicación existen cinco estrategias fundamentales, a saber:

- **Selección directa:** señalar o pulsar teclas directamente con el dedo, la mirada u otras partes del cuerpo.
- **Selección con mouse:** solo para productos electrónicos, pueden ser tipo joystick, trackball, mouse facial, mouse por control del iris, entre otros.
- **Barrido dependiente:** solo para tableros o libros, donde el interlocutor señala los símbolos hasta que el hablante indique con un gesto lo que quería comunicar.
- **Barrido independiente:** solo para productos electrónicos, el comunicador o la computadora presenta las diferentes opciones a comunicar hasta que el hablante asistido selecciona la que desea con un conmutador.
- **Selección codificada:** cada símbolo tiene un código, por lo que el hablante asistido con pocos números puede acceder a varios símbolos.⁹

Los SCAA mencionados son solo algunos ejemplos, pero su conocimiento y aplicación van mucho más allá de la comunicación o el lenguaje: son herramientas claves para fomentar la autonomía, promover la accesibilidad y garantizar la equidad de aquellas personas que los necesitan. Desde la pediatría se debe empoderar a los niños y niñas con discapacidad y sus familias en el manejo temprano de estas herramientas, para favorecer un desarrollo oportuno para una adultez lo más independiente posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Jiménez C. El proceso de la comunicación. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2015;8(3):138-43.
2. Belinchón M, Riviere A, Igoa I. Psicología del lenguaje. Investigación y teoría. Editorial Trotta. 1992.
3. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Adoptada el 13 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
4. García-Méndez S, Fernández-Gavilanes M, Costa-Montenegro E, et al. Automatic natural language generation applied to alternative and augmentative communication for online video content services using simple NLG for Spanish. In *Proceedings of the 15th Web for All Conference: Internet of Accessible Things*, Lyon, France, 23–27 April 2018. Disponible en: https://www.investigobiblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/5860/2018_garcia_automatic_natural_language.pdf?sequence=3&isAllowed=y
5. American Speech-Language-Hearing Association. Augmentative and Alternative Communication (AAC). Disponible en: <https://www.asha.org/njc/aac/>
6. Lloréns Macián B. Introducción y enseñanza del sistema Minspeak de comunicación aumentativa. Guía para el profesional. 2000. Disponible en: <https://alfasaac.com/wp-content/uploads/2021/01/Guia-del-Sistema-Minspeak.pdf>
7. Rebollo A. (Coord.). Programa de Comunicación Total-Habla Signada de Benson Schaeffer. En: *Diccionario de signos para alumnos con necesidades educativas especiales en el área de comunicación / lenguaje 2001*: 17-26. Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia. Disponible en: <https://hablasignada.divertic.org/sistema/1.pdf>
8. Fundación Caser. Sistema Bliss: definición, ventajas y funcionamiento. Acceso: 04 de Junio de 2024. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/blog/innovacion-accesibilidad/recursos/sistema-bliss>
9. Basil C. Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació (UTAC). ¿Qué son los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)? Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Consulta: 4 de julio 2026. Disponible en: <https://arasaac.org/aac/es>



Ejercicio Profesional

EL NOMENCLADOR PEDIÁTRICO, UNA HERRAMIENTA DE DIGNIDAD PROFESIONAL Y EQUIDAD EN EL EJERCICIO DIARIO

Dra Micaela Baratucci

Médica pediatra. Vocal suplente Comité Nacional de Ejercicio Profesional SAP.
Prosecretaria Comité Regional de Ejercicio Profesional RM SAP

Dra. María Gabriela Bontá

Médica pediatra. Miembro Comité Nacional de Ejercicio Profesional SAP.
Secretaria Comité Regional de Ejercicio Profesional RM SAP

¿QUÉ ES REALMENTE UN NOMENCLADOR PEDIÁTRICO?

Para entender qué es el Nomenclador Pediátrico lo podemos comparar con un catálogo técnico-médico que asigna un código y un valor específico a cada consulta médica o tratamiento de salud infantil. Se basa en la Unidad Pediátrica (UP) que actúa como la unidad de referencia encargada de fijar los valores para la atención médica en sus diferentes niveles de complejidad. Una consulta base (Nivel 1) equivale a 1 UP, cuyo valor mínimo ético debe ser determinado por los pediatras de la región a través de los colegios o instituciones que los representan. A partir de allí, se escalonan los códigos según la complejidad del acto médico (por ejemplo, una interconsulta programada o una consulta en internación de paciente crónico complejo o la atención del recién nacido).

Como pediatras surge la pregunta:

¿Por qué es fundamental regular la actividad a través de un nomenclador propio?

Históricamente, la pediatría ha estado sujeta a nomencladores generales e impuestos por financiadores que estandarizan la consulta médica sin entender la especificidad de nuestra disciplina. La regulación de la actividad mediante un nomenclador estrictamente pediátrico es vital porque el mismo reconoce la complejidad del acto pediátrico: atender a NNyA implica abordar al paciente-familia y los tiempos de dedicación

difieren sustancialmente de la medicina del adulto. Además, jerarquiza los niveles de atención ya que permite ponderar de forma transparente desde una demanda espontánea (Nivel 1) hasta recepciones complejas en sala de partos (Niveles 4 y 5) e incentiva la educación continua, ya que prevé explícitamente agregar una categorización profesional basada en los años de ejercicio y en las actividades de actualización pedagógica continua respaldadas por la SAP.

Entonces, podemos afirmar que defender el Nomenclador es defender nuestra dignidad profesional. El estatuto de la Sociedad Argentina de Pediatría nos invita explícitamente a **“promover y velar por los aspectos relacionados con el ejercicio profesional...”** buscando **“promover una apropiada retribución por su tarea que signifique un justo y necesario reconocimiento a la dignidad profesional”**. Defender el nomenclador no es un capricho corporativo; es la herramienta legal y ética para evitar la precarización laboral, el multiempleo desgastante y la devaluación de nuestro tiempo con el paciente. Al exigir que se respeten los valores éticos de la UP, defendemos la calidad de la atención médica que brindamos a las infancias. Sin embargo, entendemos que existe una dificultad que implica ponerle un único valor a la UP dada la heterogeneidad en la que se desarrolla la práctica actual, aún dentro de una misma localidad.

Entendiendo lo planteado hasta ahora, como Comisión de Ejercicio Profesional de la Región

Metropolitana, nos debemos un debate pragmático y honesto sobre la aplicabilidad del Nomenclador Nacional Pediátrico (NNP) en los diferentes escenarios de nuestra práctica. Entonces nos preguntamos:

¿En qué circunstancias es factible aplicar el nomenclador y en cuáles no?

Dónde es plenamente factible exigir y aplicarlo

- **En el ejercicio privado y de consultorio:** donde la relación con las empresas de medicina prepaga y obras sociales permite pautar convenios basados en “atención por prestación”.
- **En consultorios periféricos e interconsultas:** donde la categorización por complejidad y las Unidades Pediátricas adicionales sirven para auditar y facturar de manera justa el trabajo diferencial.

Dónde encontramos límites o dificultades para su aplicación directa

- **En el Sistema Público de Salud:** en hospitales y centros asistenciales estatales de la región, los profesionales están regulados por las leyes de carrera profesional hospitalaria, regímenes de planta o sistemas salariales fijos por horas/cargos (Ley 10.471). Aquí, el nomenclador por prestación es difícil de implementar directamente como método

de cobro inmediato, aunque sí funciona como un excelente indicador de gestión para demostrar el valor real de la productividad médica frente a las autoridades sanitarias.

- **Modelos capitados puros:** aquellos contratos con financiadores que pagan una cifra fija per cápita de pacientes asignados, independientemente de cuántas veces consulten, choca con la lógica de un nomenclador basado estrictamente en prestaciones individuales.

Dejamos unas preguntas para pensar a nuestros socios metropolitanos: ¿Cómo podemos articular estrategias colectivas para que el NNP sea el piso ético irrenunciable en cada rincón de nuestra región? ¿Cómo ponemos un valor a la UP que pueda respetarse como valor mínimo en la región?

Nos parece extremadamente valioso conocer su opinión. Es por esto que hemos creado un breve formulario relacionado con esta temática. Los invitamos a que puedan completarlo para que juntos pensemos en diferentes estrategias que puedan mejorar nuestra práctica diaria.

Quienes deseen, pueden realizarlo a través de este link: <https://forms.gle/xjRhtzniDQfoez6J9>

Les dejamos como referencia el NNP desarrollado por el Comité Nacional De Ejercicio Profesional en el año 2019. Actualmente se está trabajando desde dicho Comité en la elaboración de un nuevo nomenclador más amplio y completo.

CÓDIGO	PRESTACIONES PEDIÁTRICAS (no prácticas)	NIVELES DE COMPLEJIDAD	UNIDAD PEDIÁTRICA
320001	Consulta de demanda espontánea	1	1
320002	Consulta programada de atención integral del NNyA Interconsulta con especialidades pediátricas	2	1,5
320003	Consulta en internación neonatal y/o pediátrica Consulta integral de paciente crónico o complejo (dependencia 100%) hasta cuatro consultas por año	3	3
320004	Recepción RN Normal en Sala de Parto	4	8
320005	Recepción RN Patológico en Sala de Parto	5	12

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Argentina de Pediatría. Nomenclador Nacional Pediátrico. Disponible en: https://sub.sap.org.ar/docs/pdf/files_nomenclador-nacional-de-pediatria-19-21-cfirma_1579607515.pdf

- Sociedad Argentina de Pediatría. Instrumento de aplicación del Nomenclador Nacional Pediátrico-SAP. Disponible en: https://www.sap.org.ar/storage/app/media/pdf/files_aplicador-nomenclador-final-04-21_1619821120.pdf





GAJOS DEL OFICIO

Dra. Constanza Funes



© Constanza Funes



Epidemiología

JOHN SNOW (1813-1858) PRECURSOR DE LA EPIDEMIOLOGÍA MODERNA

Grupo Editor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la epidemiología como el estudio de la distribución (frecuencia, patrones) y de los determinantes (causas, factores de riesgo) de los estados y eventos relacionados con la salud (no solo enfermedades) en poblaciones específicas (vecindario, escuela, ciudad, estado, país, global). También comprende la aplicación de estos estudios al control de los problemas sanitarios.¹

Se trata de una disciplina que surge como parte de la historia de la medicina.² Los términos epidémico y endémico fueron incorporados a nuestro idioma hacia el año 1606. En aquella época, *endémico* significaba que era propio de la residencia permanente de alguien en un lugar, *epidémico*, en cambio, se denominaba a aquel que temporalmente residía en un lugar en donde era extranjero.³ Desde mucho antes, empero, el Occidente medieval había llevado a cabo actividades colectivas que podrían calificarse como epidemiológicas en el sentido actual del término. La Iglesia ejecutó durante muchos siglos acciones de control sanitario destinadas a mantener lejos del cuerpo social las enfermedades que viajaban con los ejércitos y el comercio, y tempranamente aparecieron prácticas sanitarias que basaban su fuerza en los resultados del aislamiento y la cuarentena. Del siglo XIV al XVII estas acciones se generalizaron en toda Europa y paulatinamente se incorporaron a la esfera médica.⁴

En la actualidad, muchos indicadores forman parte del lenguaje cotidiano no solo de los médicos, sino también del público general. Entre ellos, la mortalidad infantil ocupa un lugar destacado. Aunque muchas personas desconocen su definición precisa, este indicador corresponde al número de defunciones de niños menores de un

año por cada 1000 nacidos vivos en un lugar y un año determinados. Constituye, además, uno de los indicadores más sensibles para evaluar el desarrollo socioeconómico y la calidad de los sistemas de salud de una población.⁵

En este primer artículo sobre temas generales de epidemiología nos proponemos presentar, a través del relato histórico, cómo el Dr. John Snow (1813-1858) llegó a ser considerado el precursor de la epidemiología moderna. Snow era un prestigioso anestesista británico que gracias a su aguda capacidad de observación y el pensamiento lógico alcanzó relevancia histórica por fuera de su especialidad, instalando en el consenso social la importancia de la Epidemiología como herramienta para proteger la salud comunitaria.⁶

LAS EPIDEMIAS DE CÓLERA EN LONDRES Y EL SURGIMIENTO DE LA HIPÓTESIS DEL DR. SNOW

Durante el otoño de 1848, se produjo una segunda epidemia de cólera en Inglaterra, que causó gran mortalidad. Hasta entonces no se conocía con certeza la etiología ni el modo de transmisión de esta enfermedad, enfrentándose dos corrientes teóricas: por un lado estaban los **“contagionistas”**, quienes sostenían que el cólera se adquiría por el contacto con el enfermo o con sus vestidos y pertenencias y en consecuencia, proponían medidas sanitarias drásticas como cuarentenas de buques, encierro de los enfermos en lazaretos y la quema de sus ropas y enseres y por otro lado, estaban los que apoyaban la teoría **“miasmática”**, esta teoría postulaba que ciertas condiciones atmosféricas, en especial los

vientos, transmitían de un lugar a otro los “miasmas”: vapores tóxicos emitidos por materia en descomposición, los cuales “transportaban” de un lugar a otro el cólera.⁷

Snow no adhería a ninguna de estas teorías, en especial a la teoría miasmática. Fiel conocedor del comportamiento físico y químico de los gases, argumentaba su desacuerdo señalando que si la teoría miasmática fuese correcta, los pacientes deberían presentar síntomas respiratorios producto de la inhalación de los “miasmas” y no el característico síndrome diarreico agudo presente en el cólera. Preocupado por la gran mortandad a consecuencia de esta devastadora enfermedad, decidió estudiar su comportamiento epidemiológico.^{8,9}

Basándose en el registro de las defunciones por cólera ocurridas entre 1848-1849, Snow observó que los distritos de la zona sur de Londres concentraban la mayor cantidad de casos en términos absolutos y daban cuenta de la tasa más alta de mortalidad, muy superior a la del resto de la ciudad (8,0 y 2,4 defunciones por 1000 habitantes, respectivamente). De igual forma, observó que los habitantes de la zona sur de Londres obtenían agua para beber río abajo del Támesis, lugar donde las aguas estaban altamente contaminadas, a diferencia de los habitantes de las demás zonas de Londres, quienes la obtenían de sectores menos contaminados aguas arriba del mismo río o de sus tributarios.

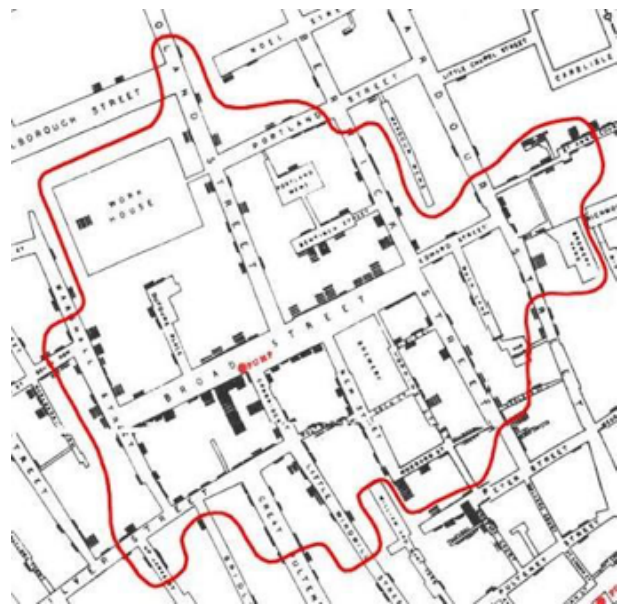
Con estos antecedentes en mente, Snow postuló en 1849 una innovadora hipótesis, sosteniendo que el cólera se transmitía mediante la ingestión de una “materia mórbida” invisible al ojo humano, la cual debía actuar a nivel de los intestinos, produciendo un síndrome diarreico agudo con deshidratación severa. Esta “materia mórbida” había de reproducirse y eliminarse a través de las deposiciones, las cuales finalmente terminaban en aguas del Támesis. La gente, al beber el agua contaminada extraída del río, ingería la “materia mórbida”, cerrando así un círculo de contagio.

Snow publicó su hipótesis en un artículo titulado “On the Mode of Communication of Cholera” (1849), sin embargo, su teoría no tuvo aceptación entre sus colegas, por el contrario, fue duramente criticada en diversas oportunidades. La comunidad médica mantenía firme sus creencias, especialmente la relacionada con la teoría miasmática.

En un tercer brote a principios de septiembre de 1854, un pequeño sector de Londres llamado Golden Square fue escenario de un brote epidémico de cólera de inusual intensidad, costando la vida a cerca de 500 personas en tan solo 10 días. Este episodio le dio la posibilidad a Snow de confirmar su hipótesis sobre que la causa de la epidemia era la contaminación del agua. Una de las empresas que llevaba agua a la ciudad había sido trasladada río arriba, por lo que pudo lograr datos suficientes mediante estudios de laboratorio, como para asegurar que la epidemia estaba relacionada con el agua y que la bomba seguía llevando agua altamente contaminada.

Prontamente, confirmó que la mayoría de los moradores se abastecían de agua extraída de la bomba de Broad Street. Calculó la distancia entre la residencia de cada difunto y que la bomba de agua más cercana, observando que en 73 de 83 casos era la bomba de Broad Street y que 61 de 83 difuntos bebían de sus aguas contaminadas en forma constante u ocasional. (Ver **Figura 1**)

FIGURA 1. Mapa confeccionado por John Snow de las muertes por cólera ocurridas en el área de Broad Street⁸



Entusiasmado por los hallazgos de su investigación, presentó los resultados ante la autoridad sanitaria local, quien decidió inhabilitar la bomba de Broad Street mediante la remoción de su palanca. La inhabilitación de la bomba de agua

fue una medida altamente impopular entre los habitantes del sector, quienes no comprendían el sentido de la misma. Si la incidencia de casos de cólera disminuía, su teoría quedaría finalmente demostrada. Para ilustrar sus hallazgos, Snow confeccionó un mapa del sector, en el cual marcó los puntos correspondientes a defunciones por cólera y las distintas bombas de agua potable existentes, demostrando gráficamente la relación espacial entre las muertes por cólera y la bomba de Broad Street.

Existe gran controversia sobre si el rol del epidemiólogo debe ser exclusivamente científico o si también debe ser de alguna forma “activista”. Lo seguro es que es improbable que John Snow fuera venerado en el ámbito de la salud pública si solo se hubiera dedicado a estudiar el cólera. Su momento decisivo fue cuando retiró la manivela de la bomba del pozo contaminado que originó la epidemia. Esta intervención se reconoce con el premio “Premio Manivela de Bomba”, otorgado por el Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. Curso introductorio de epidemiología para las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS. Disponible en: https://campus.paho.org/es/cursos/introductorio-Epidemiologia_Americas
- Ahlbom A, Norell S. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Siglo XXI Editores; 1987. p. VIII-IX.
- López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Publica Mex. 2000;42(2):133-143.
- Corominas J. Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana. Vol. 6. Madrid: Editorial Gredos; 1961.
- Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. ¿Qué es la mortalidad infantil? [Internet]. Bethesda (MD): NICHD. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infant-mortality/informacion>
- Ramsay M. John Snow, MD: anaesthetist to the Queen of England and pioneer epidemiologist. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2006;19 (1):24-28.
- Cerda J, Valdivia G. John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. Rev Chil Infectol. 2007; 24(4):331-334.
- Newsom SWB. Pioneers in infection control: John Snow, Henry Whitehead, the Broad Street pump, and the beginnings of geographical epidemiology. J Hosp Infect. 2006;64(3):210-216.
- Doval HC. John Snow y la epidemia de cólera en Londres en 1854. Rev Argent Cardiol. 2003;71(6):463-467.
- Marks JS. Epidemiología, salud pública y políticas públicas. Prev Chronic Dis. 2009;6(4) [Internet]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2774648/>



Pediatría Ambulatoria

PREVENCIÓN DE LESIONES EN EL DEPORTE INFANTO JUVENIL

Dra. Maricel Sigle

Médica Pediatra especialista en Medicina del Deporte

INTRODUCCIÓN

Está completamente demostrado que la práctica de actividad física y el deporte a cualquier edad, principalmente en edad pediátrica, otorga beneficios físicos, psicológicos, sociales, fomentando el trabajo en equipo, mejorando la coordinación motora, fortaleciendo el sistema cardiovascular, disminuyendo el riesgo de sobrepeso y diabetes, entre muchos otros beneficios.

Sin embargo es una realidad que la práctica deportiva conlleva ciertos riesgos, es así que las lesiones deportivas en niños, niñas y adolescentes generan preocupación creciente en padres, entrenadores y profesionales de la salud, dado que son cada vez más frecuentes y a edades más tempranas.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el aparato locomotor en crecimiento presenta condiciones estructurales y funcionales muy particulares que hacen que el tipo de lesiones difieran sustancialmente a las que se presentan en el adulto. Las más importantes de ellas son:

- Presencia de cartílago de crecimiento.
- Epífisis y apófisis cartilaginosas.
- Unión tendón-hueso con interfase cartilaginosa.
- Mayor elasticidad de ligamentos y tendones.
- Masa muscular variable en elasticidad y fuerza según la edad.
- Proporciones corporales variables.

La elasticidad de músculos, tendones y ligamentos, sumado a la fragilidad relativa que poseen sus estructuras cartilaginosas determinan ciertos patrones particulares de lesión que cambian de acuerdo a la edad del niño. Así por ejemplo en niños y niñas más pequeños son más frecuentes las lesiones cartilaginosas.

A medida que el aparato locomotor madura,

los huesos se hacen más rígidos, los cartílagos de crecimiento se van cerrando y la fuerza muscular aumenta, disminuyendo el riesgo de lesiones.

¿QUÉ ES UNA LESIÓN?

Es un daño en un tejido del organismo, puede ser en su función o en su estructura, que causa síntomas o alteración en la salud pudiendo afectar órganos externos (piel) o internos (huesos).

FACTORES DE RIESGO

Internos: propios de cada ser humano, que a su vez se dividen en:

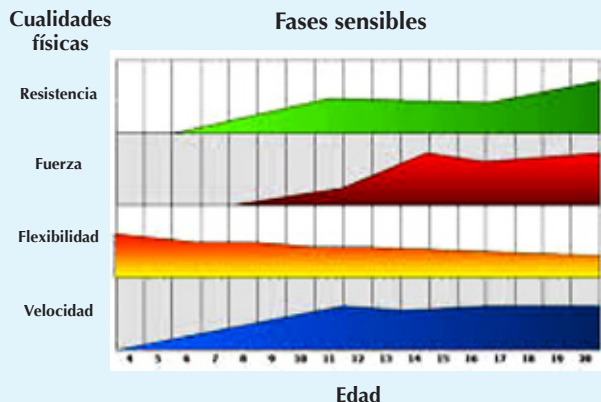
- No modificables: edad, anatomía, sexo, lesión previa, etc
- Modificables: flexibilidad, destreza, composición corporal, capacidad aeróbica, control neuromuscular, etc., habilidades que los NN y A van adquiriendo durante el crecimiento.

Externos: características del medio externo, como terreno de juego, calzado, equipamiento, clima, etc.

¿CÓMO PREVENIMOS?

- Examen preparticipativo: es el examen médico sistemático y preventivo realizado antes de iniciar la actividad física o entrenamiento deportivo. El objetivo es:
 - Detección de patologías, principalmente cardiopatías.
 - Prevención de muerte súbita (MS).
 - Prevención de lesiones.
 - Optimización del rendimiento.
- Entrada en calor y relajación posterior: ayuda a adaptar el cuerpo al ejercicio (mayor llegada de oxígeno y nutrientes a los músculos) y luego volver al reposo.

- Técnica correcta, conocer las reglas del juego y respetar las etapas sensibles de crecimiento y desarrollo indicando actividad física y movimiento desde el nacimiento, con preferencia de multideporte, al menos hasta la adolescencia.



Etapas sensibles: períodos de la vida en los que el organismo infantil está biológicamente predispuesto para asimilar y desarrollar de manera óptima capacidades físicas y coordinativas específicas mediante la estimulación adecuada.

- Equipamiento adecuado: calzado y ropa adecuada, protectores bucales, máscaras, guantes, etc., según cada deporte.
- Uso de plantillas: sirve para corrección de asimetrías u otras patologías ortopédicas mejoran-

do la biomecánica y disminuyendo el impacto de superficies de juego de alto impacto.

- Progresión gradual: es el aumento paulatino de la carga de entrenamiento (volumen, intensidad o frecuencia) a medida que el cuerpo se adapta.
- Planificar un programa de ejercicio estructurado para mejorar la salud, la fuerza y la resistencia. Un plan completo y equilibrado que combine cinco elementos clave: ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular, entrenamiento del tronco (core), equilibrio y flexibilidad.

ENTRENAMIENTO INVISIBLE

Es el conjunto de hábitos, cuidados y actividades pasivas que realizamos fuera del momento del entrenamiento o competencia para recuperarnos y así mejorar nuestro rendimiento y mantener la salud.

Son nuestros **hábitos cotidianos**, que luego se reflejan en la competencia.

Ellos son:

1. ALIMENTACIÓN

- La alimentación diaria (habitual) de un deportista debe ser igual a la de la población general, adaptada al consumo extra de calorías y con hidratación adecuada.



Guías alimentarias para la población Argentina.

- Debe cubrir las necesidades calóricas, al menos 50% del ingreso calórico total proveniente de hidratos de carbono, 12-15% de proteínas y 30-35% de grasas.
- Se debe adaptar al momento biológico, gustos, hábitos y situación socioeconómica.

2. HIDRATACIÓN

Es muy importante mantenerse hidratado siempre y más durante la práctica de deporte.

Beber **agua** antes, durante y después de la práctica de actividad física, es suficiente para mantenerse hidratado. Las bebidas isotónicas rara vez son necesarias, ya que contienen azúcares añadidos y sodio que pueden ser perjudiciales si se consumen de forma rutinaria.

Las fuentes de agua son las bebidas, los alimentos y el agua producida por el metabolismo general del cuerpo. Toda esta cantidad de agua debe cubrir las pérdidas diarias de la misma a través de la orina y heces, sudor y vapor de agua eliminado a través de los pulmones.

El agua está implicada de forma directa en diferentes funciones:

- Refrigeración.

- Aporte de nutrientes a las células musculares.
- Eliminación de sustancias de desecho.
- Lubricación de articulaciones.
- Regulación de los electrolitos en la sangre.

3. DESCANSO

El objetivo del descanso es:

- Reparación y crecimiento muscular: repara las microlesiones o microroturas en las fibras musculares ocasionadas durante el ejercicio.
- Recarga de energía: repone las reservas de glucógeno muscular y hepático.
- Disminución de lesiones: los músculos, tendones y articulaciones se regeneran, lo que reduce el riesgo de sufrir lesiones por sobrecarga.
- Descarga del sistema nervioso central (SNC): previene la fatiga extrema y optimiza la coordinación motora.
- Beneficios psicológicos y cognitivos.

4. VACUNACIÓN

Es fundamental en el deporte porque previene el contagio de enfermedades infecciosas, protege



la continuidad de los entrenamientos y salvaguarda la salud integral del atleta. Además, la práctica deportiva regular mejora la respuesta inmunitaria del cuerpo frente a las vacunas.

5. EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS, TABACO

- Retrasa la reparación y recuperación muscular.
- Alcohol: provoca deshidratación y genera calambres musculares.
- Reducen la energía y las vitaminas disponibles necesarias para la recuperación muscular.
- Interfiere en el descanso.
- Tabaco: reduce el O₂ muscular produciendo mayor fatiga y menor masa muscular.

6. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El esfuerzo físico genera estrés extremo en un cuerpo enfermo, disminuyendo el rendimiento, la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y provocando sobrecarga cardíaca.

Para prevenir el contagio de enfermedades infecciosas es necesario cumplir con las normas generales de prevención como lavado frecuente de manos, no compartir botellas de agua, estricta higiene personal, manejo adecuado de la limpieza del entorno, aislamiento en caso de enfermedad; es decir, no asistir a entrenamientos ni compartir espacios cerrados si presenta síntomas de infección, especialmente si hay presencia de fiebre.

La fiebre aumenta la temperatura corporal durante el ejercicio, provocando mayor deshidratación y sobrecarga sobre el sistema inmunológico. Se recomienda 24 h. sin fiebre y sin ingestión de antitérmicos, para retomar la actividad deportiva que debe ser gradual y progresiva.

Las bacterias de las caries dentales pueden viajar por el torrente sanguíneo, provocando inflamaciones, sobrecargas y retrasando la recuperación de lesiones musculares y tendinosas. Además liberan sustancias químicas que alteran el metabolismo muscular y generan fatiga generalizada. De manera tal que el cuidado y la higiene bucal adecuada previene lesiones deportivas.

7. BIENESTAR PSICOSOCIAL

Es la forma en que cada deportista gestiona las emociones (manejo del estrés, la presión, la motivación y la frustración) o situaciones personales estresantes.

Abarcan la interacción entre el desarrollo emocional, el entorno social y las demandas de la práctica física. Un entorno saludable fomenta la cohesión, la autoestima y la resiliencia, pero las presiones competitivas mal gestionadas pueden derivar en estrés, ansiedad y abandono temprano.

Situaciones claves:

- Presión del entorno (padres y entrenadores): la expectativa, la crítica o la proyección de frustraciones adultas genera ansiedad, intolerancia a la frustración y no permite el disfrute.
- Autoestima y autoexigencia: temor a cometer errores o al ridículo, genera ansiedad y desregulación emocional.
- Influencia de los pares: la necesidad de pertenecer a un grupo y encajar puede afectar la motivación. Un ambiente negativo puede llevar al aislamiento, mientras que uno positivo fomenta el aprendizaje de roles y habilidades sociales.
- Lesiones y salud mental: la interrupción por lesiones tiene un fuerte impacto social pudiendo provocar depresión, frustración y alteraciones de la identidad.
- Adolescencia y deserción: en la adolescencia, el aumento de responsabilidades y la aparición de nuevas opciones de ocio (como los videojuegos) hacen que el apoyo familiar y la motivación sean críticos para evitar el abandono deportivo.

CONCLUSIONES

La prevención de lesiones en el deporte infantil se centra en adaptar la actividad al desarrollo del niño/a o adolescente a través del control preparativo, el entrenamiento invisible, el aprendizaje de la técnica, la táctica, entrenamiento de la fuerza, la flexibilidad, etc., con el equipamiento, el calzado y los elementos de protección adecuados para lograr:

- Mantener la salud.
- Maximizar el rendimiento deportivo.
- Garantizar la continuidad de la práctica deportiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Stegner R. Prevalent Orthopedic Injuries in Recreational Athletes after SARS-COV2 Lock-down: An Orthopedic Surgeon's Point of View in Order to Help Sport's Physicians Daily Practice. Disponible en: <https://amdarg.org/wp-content/uploads/2022/06/Intechopen-Injuries.pdf>
- Significados web. Disponible en: <https://significadosweb.com/concepto-de-lesion-en-medicina-que-es-definicion-significado-y-ejemplos/>
- Mi diagnóstico. Lesiones deportivas: tipos, síntomas, causas y tratamiento. Disponible en: <https://midiagnostico.es/lesiones-deportivas-tipos-sintomas-causas-y-tratamiento/>
- Gallego L. Tipos de lesiones: clasificación y tratamientos. 24 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://doctorluisgallego.com/tipos-de-lesiones/>
- De la Varga D. Lesiones deportivas en niños. 30 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://camde.es/lesiones-deportivas-en-ninos/>
- Costa E Silva L, Teles J, Fragoso I. Sports injuries patterns in children and adolescents according to their sports participation level, age and maturation. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2022; 14(1):35. doi: 10.1186/s13102-022-00431-3. PMID: 35264218; PMCID: PMC8908692.
- Guzmán PH. Lesiones deportivas en niños y adolescentes. Rev. Med. Clin. Condes 2012; 23(3): 267-273.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Guías alimentarias para la población Argentina. 2016. Disponible en: <https://www.inti.gob.ar/assets/uploads/files/certificaciones/manipuladores-de-alimentos/Guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf>.
- Palacios Gil-Antuñano N, Montalvo Zenarruzabeitia Z, Ribas Camacho AM. Alimentación, nutrición e hidratación en el deporte. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Centro de Medicina del Deporte. 2009. Disponible en: https://www.csd.gob.es/sites/default/files/media/files/2022-03/Alimentacion_nutricion.pdf
- Fédération Internationale de Football Association (FIFA). Directrices de regreso a la actividad deportiva. Zúrich: FIFA. Disponible en: <https://inside.fifa.com/es/campaigns/concussion/return-to-play-guidelines>
- MedlinePlus. Conmoción cerebral [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007165.htm>
- American Academy of Pediatrics. Salud mental en los adolescentes deportistas. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/sports/Paginas/mental-health-i>



Medicina, Niñez y Sociedad

LA CRUELDAD HACIA LOS INDEFENSOS, UNA REALIDAD INACEPTABLE

Dra. Viviana E. Soligo

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

La sociedad argentina tiene muchas materias pendientes, una de ellas es evitar que los niños queden a merced de personas sin límites. Para los seres humanos suele ser difícil admitir que somos parte de la naturaleza, que nuestros comportamientos no están desligados de la complejidad de nuestro organismo que evidentemente funciona en base a la biología, que estamos atravesados por la cultura que hizo posible la supervivencia gracias a complejas interacciones con otros individuos y que solo podemos prosperar si somos capaces de cuidar, criar y educar a los individuos jóvenes.

Somos parte de una estructura social cuya evolución desde la antigüedad solo podemos conocer después de la aparición de la escritura, pero es razonable tener presente que las raíces de la civilización occidental actual se originaron como resultado de procesos que los científicos aún intentan comprender, no todo avance puede atribuirse solo a construcciones teóricas o narrativas desconectadas de cómo funcionan nuestros cerebros.^{1,2}

Es aún una materia pendiente discernir si las decisiones sobre lo que es bueno y lo que no lo es para el conjunto tiene alguna programación en nuestra naturaleza biológica. Existe evidencia consistente de que, en las sociedades actuales, solo una reducida proporción de individuos carece por completo de la capacidad de experimentar empatía y sentir culpa ante el dolor o el sufrimiento causado a otras personas.^{4,5} Sin embargo, cabe preguntarse qué ocurriría en un grupo humano en el que existiera un elevado porcentaje de individuos incapaces de comprender y respetar a los demás. Diversas ramas de la psicología han intentado responder este interrogante al estudiar en qué medida la naturaleza humana favorece la aparición de conductas prosociales indispensables para la integración y la convivencia.

La muerte violenta de niños no es tan excepcional como nos gustaría creer. En los registros estadísticos oficiales realizados por el Ministerio de Salud se informa con claridad que muchos niños pequeños mueren como resultado de lo que en las estadísticas vitales se registra como **“agresiones”** y **“eventos de intencionalidad no determinada”**.

Solo para ilustrar la situación se indica que en 2024, último año en el que aparecen publicadas las cifras oficiales, fallecieron por **“agresiones”**: 3 niños menores de un año, 8 entre 1 y 4 años, 7 entre los 5 y los 9 años y 16 entre los 10 y 14 años. Pero resulta aún más inquietante que las cifras sean considerablemente mayores en la categoría de **«eventos de intencionalidad no determinada»**: 17 menores de 1 año, 36 entre 1 y 4 años, 18 entre los 5 y los 9 años y 55 entre los 10 y 14 años.⁶

Si bien en la actualidad en Argentina existe un consenso general sobre que la crueldad hacia los niños es un oprobio, y que las intervenciones judiciales logran iniciar procesos del fuero penal contra los autores materiales de homicidios infantiles, las comunidades suelen considerar que la cadena de responsabilidades es mucho más amplia. Esto se debe a que las circunstancias que llevan a que un niño sufra lesiones letales, generalmente incluye al entorno primario del cuidado que no logró alejar al niño del peligro.

El conjunto de conocimientos y prácticas que en términos generales podríamos denominar **“habilidades parentales”**, son conductas que rara vez podrían ser consideradas instintivas en nuestra especie, por eso sería responsabilidad de la comunidad que se adquieran y sería deseable que se acompañe a los individuos a cargo de los niños y adolescentes.⁷ La falta de cuidados apropiados puede categorizarse como negligencia, pero para aplicar este criterio es necesario que mediante

educación e información a la población general aumente la conciencia sobre la vulnerabilidad de los niños.

Existe una noción compartida sobre que los niños nacen sin manual de instrucciones, pero los médicos y los servicios de respuesta ante emergencias pueden aportar evidencias sostenidas por abundante bibliografía sobre cómo se pueden prevenir los daños a menores de edad. En el ámbito judicial se considera que las lesiones o el fallecimiento de un niño o adolescente es una pena suficiente para los progenitores, sin embargo es incuestionable que una o más personas suelen ser responsables cuando un menor de edad sufre daños. Muy pocas situaciones son realmente imprevisibles.

Para centrarnos en hechos concretos puede ayudar referirnos a tres casos que tomaron trascendencia pública y no pueden dejar de inquietar e interpelar a quienes nos ocupamos de la salud infantil:

Lucio Dupuy, fue declarado fallecido a sus 5 años de edad el 26 de noviembre de 2021 en el Hospital Evita de Santa Rosa, Pcia. de La Pampa. El 01 de diciembre la Comisión Directiva de la SAP publicó un comunicado con el asesoramiento del Comité de Familia y Salud Mental.⁸ En 2023 se sancionó y promulgó la ley 27.079, que es conocida como “Ley Lucio”, que crea un Plan Federal de Capacitación obligatoria y permanente sobre derechos de niños, niñas y adolescentes dirigido a los funcionarios de los tres poderes del estado. Sería interesante conocer cómo se está aplicando esta ley y por qué los legisladores consideraron la necesidad de establecer una nueva norma jurídica, teniendo en cuenta que la Convención por los Derechos de los Niños fue incorporada a la Constitución Nacional en 1994 mediante el art. 75, inc. 22 y que con la ley 26.061/2005 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes debería ser suficiente como instrumento legal sobre la prioridad que el Estado nacional se propone brindar al cuidado de los niños.

Ángel López ingresó fallecido el 5 de abril de 2026 al Hospital Regional de Comodoro Rivadavia 5 meses después de habersele otorgado la tenencia a la progenitora. Ella había dejado el niño al cuidado del padre cuando tenía un año y medio. El niño mencionaba a su madre biológica por su nombre de pila, “Mariela” e intentó con

todas sus fuerzas no irse con ella, pero aún así la fuerza pública se encargó de llevarse al niño de la casa de su padre que tampoco logró ser escuchado por las autoridades, supuestamente responsables de proteger a los menores de edad. La progenitora y su pareja continúan detenidos y el sistema que tramitó el caso por tenencia del niño, se encuentra fuertemente cuestionado. Las fallas se atribuyen a la falta de recursos para gestionar la gran cantidad de casos que reciben a diario.⁹

Por último, el caso de Agustina Vera, adolescente de 14 años desaparecida el sábado 23 de mayo último, buscada infructuosamente por las autoridades. Su padre intervino activamente al enterarse de la situación. Los restos de la niña fueron hallados una semana después en un descampado, asesinada y descuartizada.

En los tres casos existieron intervenciones previas que determinaron el distanciamiento de progenitores masculinos, en medio de batallas jurídicas.

Nadie tiene dudas sobre que eran niños (sujetos) vulnerables que quedaron a merced de sus asesinos o al menos de personas que no pudieron protegerlos, siendo muy cuestionado el accionar de las autoridades que deberían haber evaluado mucho mejor cada caso antes de tomar decisiones.

No faltan leyes en nuestro país que declaren que se debe cuidar a los seres humanos que por inmadurez no pueden cuidarse a sí mismos, por eso para el ciudadano de a pie es incomprensible que no se pueda evitar la muerte cruenta de niños. Lucio y Ángel llegaron fallecidos a centros sanitarios donde nada se pudo hacer.

Ante todos estos hechos los médicos somos testigos obligados de los daños que sufren los individuos más vulnerables de la especie. Lamentablemente en ciertos casos la única intervención de los agentes sanitarios será informar la muerte traumática y de esa forma impulsar la necropsia forense, para que el registro estadístico sea lo más preciso posible.

En muchas otras situaciones nuestra intervención ante un niño con daño físico será tener presente que las lesiones de cualquier tipo en niños pueden ser resultado de falla en el cuidado, por lo que siempre será importante estar alertas para informar a las autoridades la sospecha de alguna forma de maltrato. Y paralelamente podría ser pertinente evaluar si nos sentimos apoyados o no

por el sistema sanitario o el dispositivo en el que nos desempeñamos para ejercer nuestra profesión con idoneidad y eficiencia con medios suficientes para brindar atención dentro del marco ético de nuestra disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duchaine B, Cósmidos L, Tooby J. Evolutionary psychology and the brain. *Curr Opin Neurobiol* 2001; 11(2): 225-230. doi: 10.1016/S0959-4388(00)00201-4
2. Cósmidos L, Tooby J. Evolutionary Psychology: New Perspectives on Cognition and Motivation. *Annu. Rev. Psychol.* 2013;64:201-29. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131628
3. Bernard LC, Mills M, Swenson L, Walsh RP. An evolutionary theory of human motivation. *Genet Soc Gen Psychol Monogr.* 2005; 131(2):129-84. doi: 10.3200/MONO.131.2.129-184. PMID: 16779946.
4. Sanz-García A, Gesteira C, Sanz J, García-Vera MP. Prevalence of Psychopathy in the General Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychol.* 2021; 12:661044. doi: 10.3389/fpsyg.2021.661044
5. Elorza V. ¿Cuál es la prevalencia de la psicopatía? Datos y descubrimientos interesantes. [Internet]. *Psicología y Mente.* 2022 jun 13 [citado 2026 jul 10]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/personalidad/prevalencia-de-psicopatia>
6. Ministerio de Salud Argentina. Dirección de estadísticas e información en salud. [Internet]. [citado 2026 jul 10]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>
7. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Colección *Psicología*, Edit. GEDISA, 2005. ISBN 8497844149, 9788497844147.
8. Sociedad Argentina de Pediatría. Comunicado del 1 dic 2021
9. LM Neuquén. Caso Angel López: qué descubrió la auditoría al sistema que le dio la guarda del nene fallecido a su mamá. [Internet]. 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: <https://www.lmneuquen.com/patagonia/caso-angel-lopez-que-descubrio-la-auditoria-al-sistema-que-le-dio-la-guarda-del-nene-fallecido-su-mama-n1244261>



BREVE HISTORIA DE LA REGIÓN METROPOLITANA Y SU REVISTA

Dr. José Luis Cervetto

Ex Director de Región Metropolitana.

Con la colaboración de la **Srta. Nelly Graciela Anze**, Biblioteca de la SAP.

Por iniciativa de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría se crea la Región Metropolitana, comenzando su actividad en 1984 siendo su primer Director el Dr. Jorge Nocetti Fasolino, (1984-1987) que en ese momento se desempeñaba como Vicepresidente de la SAP.

La Región comprende a la Ciudad de Buenos Aires y veinticinco partidos del conurbano (primer y segundo cordón bonaerense). De las nueve regiones de la SAP es la de mayor número de asociados y tiene el orgullo de tener a varios de sus miembros como Miembros Honorarios Nacionales.

Las autoridades están conformadas por un Director Titular y un primer y segundo Directores Asociados, coordinadores de distritos norte, sur y oeste, representantes de hospitales, centros de salud, centros privados y asesores. Con los representantes de la Región se llevan a cabo reuniones periódicas.

El siguiente Director fue el Dr. Ángel Plaza, fue durante su gestión que me uní a la Región por invitación del Dr. Héctor Parral. Luego lo fueron sucediendo el Dr. Miguel Ángel Naser y el Dr. Jorge Buraschi y quien suscribe como Directores Titulares.

Durante la gestión del Dr. Naser surgió la necesidad de llegar a los socios de la Región mediante un medio de comunicación. En esa época sin internet, se decidió hacerlo de la única manera posible –a través de una revista– para eso necesitábamos apoyo económico ya que tenía que ser impresa y no disponíamos de financiación mediante la Sociedad.

Con ese fin y gracias a un contacto del Dr. Jorge Buraschi fuimos a una entrevista con directivos del Laboratorio Bagó, el Dr. Naser como Director Titular, el Dr. Buraschi y quien suscribe como primero y segundo directores asociados respectivamente.

La gestión tuvo éxito y durante varios años continuamos con ese apoyo económico. Cuando cesó conseguimos que otro laboratorio –Cassará– nos permitiera continuar con la edición de nuestra Revista. Para la distribución debíamos coordinar con la fecha de entrega del Boletín de la SAP evitando la duplicación del gasto de correo. Con el objeto de llegar al resto del país se enviaba a los Directores de las restantes Regiones mediante el correo.

En julio de 2003 el Grupo Editorial, integrado por los Dres. Carlos Luzzani y Leonardo Vázquez, asume la producción de la revista **Noticias de la Región Metropolitana**. El Dr. Vázquez se retira en diciembre de 2018, continuando el Dr. Carlos Luzzani, con colaboradores hasta diciembre de 2025.

En 2019 durante la gestión del Dr. Luzzani se pasa de la revista en papel al formato digital. Tuvo espacios fijos muy importantes: Historia de nuestros hospitales (creado por el Dr. Juan Luis Marsicovétere), Perlititas Legales (a cargo de la Dra. Mercedes Acuña), Entrevistas a quienes nos muestran el camino... (creado por Patricia Cirigliano, quien luego las recopiló en el libro *Soy Pediatra*), Boletín Bibliográfico (creado por el Dr. Ricardo Straface quien también creó el grupo de trabajo “El Niño Febril”), Pediatras Metropolitanos destacados (propuesto por la Dra. Débora Rocca Huguet), Qué debe saber el pediatra (propuesto por quien suscribe), Tema central (a cargo de la Dra. Mirta Vázquez) y varios más.

Otros medios de comunicación: en Facebook el grupo Pediatras Metropolitanos Argentinos fue creado el 15 de junio de 2013 y actualmente cuenta con 1029 miembros, es administrado por el Dr. Carlos Luzzani y quien ocupe la Dirección Titular de la Región.

En Instagram el grupo PEDMETARG fue creado

en 2019, siendo la Dra. Claudia Corigliano la administradora de la cuenta.

En WhatsApp la Región está presente en dos grupos: Región Metropolitana (más formal, iniciado en septiembre de 2017, que cuenta actualmente con 100 miembros) y Café Metropolitano (desde julio de 2020, actualmente con 87 miembros).

Período 1996-1999

Director Titular *Dr. Jorge Alberto Buraschi*.

Período 1999-2002

Director Titular *Dr. José Luis Cervetto*.

Período 2002-2005

Director Titular *Dra. Beatriz Burbinski*.

A partir de octubre del 2003 el *Dr. Domingo Longo* se hace cargo de la Dirección de la Región reemplazando a la *Dra. Burbinski*, afectada por una dolencia

Período 2005-2008

Director Titular *Dr. Domingo Longo*

Período 2009-2011

Director Titular *Dr. Gustavo Bardaui*

Período 2011-2013

Director Titular: *Dr. Saúl Gleich*

Período 2013-2015

Director Titular: *Dr. Leonardo Vázquez*

Período 2015-2017

Directora Titular:

Dra. Patricia Débora Rocca Huguet

Período 2017-2019

Director Titular: *Dr. Edgardo Flamenco*

Período 2019-2021

Director Titular: *Dr. Carlos Luzzani*

Período 2021-2023

Director Titular: *Dr. Alberto Libanio*

Período 2023-2025

Directora Titular: *Dra. Claudia Vacarelli*

Período 2025-2027

Directora Titular: *Dra. Viviana Edith Soligo*



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>

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**

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

