NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA

Por una niñez y adolescencia sanas en un mundo mejor

AÑO XXXIII | **Agosto 2023** | **N° 87**

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

E-mail: **regionmetropolitana@sap.org.ar** • Facebook: **Pediatras Metropolitanos Argentinos** • Instagram: **@pedmetarg**

Director Titular
Dr. Alberto Libanio

1era Directora Asociada
Dra. Claudia Vaccarelli

2da Directora Asociada
Dra. Irene Dechiara

Coordinadores

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

Distrito Oeste
Dra. Gladys Convertini / Dra. Silvia Noemi Redensky / Dra. Maria Cecilia Rizzuti / Dra. Viviana Soligo / Dra. Nora Elba Olloqui

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

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

Grupo Editorial Región Metropolitana
Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen, María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y Claudia Corigliano

ÍNDICE

- Editorial. *"M'hijo el Dotor"* 2
  Alberto Libanio
- Actividades de la Región 3
- Ejemplo de trabajo interdisciplinario en hospitales de la Región Metropolitana 6
  Baldassarri Bibiana, García Soledad, Santono Camila, Colundrovich Andrea, Liussi Graciela, Celant Adriana y Daflito María Cristina
- Dispositivos comunitarios en salud en patologías del neurodesarrollo y enfermedades que evolucionan a la discapacidad 7
  Ma. del Carmen Martínez Perea, Gisela Ortiz y Elida G. Mattarozzi
- Los cuentos infantiles en Pediatría Cuentos para acompañar procesos 12
  María Paula Gerardi
- Historia de nuestros hospitales: Hospital Dr. Diego Paroissien de La Matanza 14
  Alcira B. Escandar
- La psicopatía integrada una cuestión que está puesta en agenda por amplios colectivos sociales 19
  Viviana Edith Soligo
- Tratamiento de la obesidad grave 24
  Adriana Roussos y Verónica Garrido
- Qué debe saber el pediatra sobre: Seguimiento del paciente prematuro en el primer nivel de atención 28
  María Isabel Scaramutti
- Adecuación del esfuerzo terapéutico en un paciente con miopatía visceral. Reporte de un caso y su marco legal 45
  Yesica Contrera
- Programa Federal Único de Informatizacion y Digitalizacion de Historias Clinicas de la Republica Argentina. Ley 27706 50
  Mercedes Regina Acuña
- Boletín bibliográfico 86 58
  Carlos Luzzani

"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.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Abril 2023;86:2

EDITORIAL

M'HIJO EL DOTOR

Cuando el 1903 Florencio Sánchez escribió *M'hijo el dotor*, nunca, nadie, ni siquiera el propio autor, se podría haber imaginado el futuro.

Parece otra época imaginar a los médicos como profesionales respetados y reconocidos, que gozaban de tiempo para estudiar, precisamente, sobre aquello a lo que se dedicaban y así poder aplicar sus conocimientos en su trabajo, y con esto me refiero a su vocación.

Nunca ocuparon un lugar privilegiado en la sociedad, pero eran ampliamente escuchados y tenían un salario lo suficientemente digno como para respaldar a toda una vida dedicada a la atención y al cuidado de la salud de las personas. Contaban con materiales de trabajo e instituciones y espacios acondicionados y limpios en donde poder ejercer su profesión. Al médico de guardia se le propiciaba con habitaciones y comidas adecuadas para su uso y consumo. El médico era un profesional libre que tenía la posibilidad de estudiar constantemente con ateneos, presentaciones de casos, pases de guardia prolongados para enterarse de las novedades y poder seguir con la atención correcta del paciente. Hablamos de una época en la que los médicos no eran ricos, pero aún conservaban una vida digna. Trabajaban en hospitales y consultorios, y podían mantener a sus familias proporcionándoles un hogar, mientras que ellos seguían capacitándose.

Lamentablemente, todo esto se aleja mucho de la realidad actual. Con el pasar de los años, la profesión médica se fue deteriorando, y hoy tan solo podemos imaginar lo mencionado y observar que los médicos no gozan, ni siquiera, de lo mínimo que merecen.

Antes era impensable lo que hoy hemos naturalizado: sueldos miserables, salir de un trabajo para entrar en otro, pasar horas y horas trabajando, y no poder llegar a fin de mes. Hoy no es solo el dinero lo que no alcanza, sino que carecemos de la posibilidad de formarnos, de hacer pases de guardia para conocer al paciente, de asistir a ateneos, a pases de sala y a presentación de casos.

Nos vemos inmersos en una problemática indignante, en la que tampoco podemos cumplir con el juramento hipocrático ¿Dónde quedó el secreto médico de las dolencias y tratamientos de nuestros pacientes? Estamos obligados a poner diagnóstico y dosis de la medicación indicada (sin contar los resúmenes de historia clínica que tenemos que hacer para la medicación prolongada y para que las prepagas y obras sociales nos paguen las consultas, lo cual es leído por administrativos y váyase a saber por quién más) ¿Cómo es posible ejercer nuestro arte con conciencia y dignidad y hacer de la salud y de la vida de nuestros pacientes la primera de nuestras preocupaciones, teniendo en cuenta las condiciones de vida y a lo que somos sometidos los profesionales de la medicina?

"Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la profesión médica en la que acabáis de ingresar, os lo demanden." (Juramento hipocrático) ¿Qué pensaría Hipócrates en cuanto a la ética médica y a las condiciones en las que estamos hoy en día?

El agotamiento, el fastidio, el disgusto y la falta de valoración han dañado tanto a la profesión médica, que los profesionales más optimistas se llegan a preguntar si es que tiene retorno.

Cada vez son menos los que quieren seguir medicina y vivir como lo hace un profesional de la salud, y es aún más bajo el porcentaje de los estudiantes que eligen la especialidad en pediatría. La situación es crítica.

Los padres ven en qué condiciones trabajamos, las circunstancias sociales en las que nos encontramos y nuestra falta de descanso para poder sobrevivir, y quedan lejos las intenciones de pensar en *M'hijo el dotor*.

Qué pensarán los padres cuando sus hijos les digan: *–Mami, Papi, quiero ser doctor/a…*

Dr. Alberto A. Libanio
Director Titular
Región Metropolitana

COMUNICACIÓN CD SAP

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

Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

24 Y 25 DE AGOSTO 2023

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

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

Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro

Temas a tratar:

ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD

EJERCICIO PROFESIONAL - NEONATOLOGIA

No Aranceladas - Se entrega Certificado de Asistencia

http://sap3.org.ar/i2/clientes.php

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica
"Carlos A. Gianantonio"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Modalidad Presencial

Noticias Metropolitanas XXXIV; Abril 2023;86:3-5

Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

24 Y 25 DE AGOSTO 2023

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

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

Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro

CONFERENCIA de la Dra. Angela Gentile :

"Novedades de Vacunas, son efectivas y seguras?"

No Aranceladas - Se entrega Certificado de Asistencia

http://sap3.org.ar/i2/clientes.php

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica

"Carlos A. Gianantonio"

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Modalidad Presencial

PROGRAMA de las XV JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

- Mesas de Adolescencia, Neonatología, Prevención de lesiones, Gestión en salud y Discapacidad
- Actualización en Tuberculosis
- Conferencia *"Novedades en vacunas: ¿son efectivas y seguras?*
  Dra. Ángela Gentile
- Conferencia "*Ejerciendo en la era digital: desafíos y oportunidades* "
  Dra. Laura Krynski
- Conferencia *"Derechos de niños, niñas y adolescentes"*
  Dra. Marisa Graham
- Conferencia *"Las inequidades sociales, educativas y de la salud en la niñez y adolescencia de nuestro país"*
  Dr. Rodolfo Pablo Moreno

ACTIVIDADES DESTACADAS

La **REGIÓN METROPOLITANA de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA** dedica este espacio con el fin de resaltar a los siguientes profesionales que han realizado actividades destacadas en otros ámbitos, reconociendo su pertenencia a la REGIÓN:

- Las *Dras. Florencia Barril, María Cecilia Rizzuti, María Virginia Valle y Sabrina Kriztman* expusieron en la disertación **"Historias de guardia…y en casa cómo andamos"** perteneciente a las 9º Jornada Nacional de Prevención de Lesiones dentro del marco de la Semana de Congresos y Jornadas Nacionales 2023.

- *Mg. María Del Carmen Martínez Perea y Lic. en Psicología Elida Mattarozzi*, como autoras del trabajo **"Dispositivos Comunitarios en Salud en Patologías del Neurodesarrollo y Enfermedades que evolucionan a la Discapacidad",** experiencia seleccionada por Convocatoria 2023. ***LIS.OPAS.CNS.*** Este trabajo es uno de las cinco Experiencias Argentinas, seleccionadas a partir de la convocatoria del Laboratorio de Innovación Latino Americano de Prácticas de Participación Social en Salud (LIS), en colaboración (Organización Panamericana de Salud-Brasil; Organización Mundial de Salud (OMS), Consejo Nacional de Salud (CNS).
  La estrategia de LIS "*fue concebida por la OPS/OMS en Brasil, 2008 para agregar una nueva herramienta a las actividades de cooperación técnica, a partir del entendimiento de que en el Sistema Único de Salud (SUS) se producen varias innovaciones para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones en los diferentes territorios"* … APSREDES (https://apsredes.org).
  https://doi.org/10.1590/141381232023282.11412022

- Los *Dres. Edgardo Flamenco y Débora Rocca Huguet* han sido elegidos como miembros de la **Junta Electoral** de Sociedad Argentina de Pediatría 2023.
  Es un orgullo para nuestra Región que sus integrantes hayan podido alcanzar tanto mérito en temas importantes, otorgándoles un lugar crucial en la agenda pediátrica.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:6

EJEMPLO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN HOSPITALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DEL DESARROLLO INFANTIL COMPLEJO

Trabajo presentado en el COSAPRO (Congreso Provincial de Salud Provincia Buenos Aires) 2023

Somos un grupo de profesionales del Hospital General de Agudos Carlos Bocalandro, de 3 de Febrero, Pcia. de Buenos Aires.

Presentamos una experiencia de trabajo interdisciplinario surgido de la necesidad a la cual nos enfrentamos cuando hay que dar una respuesta integral ante los complejos problemas del desarrollo infantil temprano.

Para esto conformamos un equipo con las especialidades existentes en el hospital (Pediatría-Fonoaudiología-Psicomotricidad-Trabajo Social).

Tratamos de fortalecer los medios con los que contamos, elaborando circuitos para la incorporación y permanencia del niño y su familia en los dispositivos existentes, conformando redes en lo intra y extra hospitalario.

El objetivo es la observación, detección y orientación para realizar el diagnóstico y aplicar las terapias y tratamientos correspondientes.

Realizamos la apertura de un taller de juegos coordinado por psicomotricistas, tomando al juego como un facilitador del crecimiento y conductor en la formación de relaciones.

Establecimos un sistema de derivación y seguimiento entre los profesionales: reuniones de derivación para ponernos en conocimiento de los pacientes y sus necesidades y la actualización de los casos ya existentes.

Tratamos de subsanar la fragmentación del sistema de salud, tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario, pensando de manera integral e interdisciplinaria para la resolución de problemáticas complejas y seguimos trabajando para un mejor abordaje del desarrollo infantil complejo.

Como ejemplo: la experiencia se basa en el trabajo en equipo realizado con una niña de 18 meses, en la que se detecta, en el consultorio de Pediatría del Hospital, un retraso en la adquisición de pautas del desarrollo, tanto motrices como en el lenguaje, siendo evaluada a través del IODI. También se trabajó con su hermano de 4 años, con retraso en el lenguaje y alteraciones de la conducta.

La niña ya venía concurriendo al CATDI (centro de atención temprana del desarrollo infantil) de la zona donde realizaba estimulación temprana, una vez por semana y se decide establecer una red de articulación para los pacientitos, con el equipo de fonoaudiología y psicomotricidad del Hospital, dado el complejo cuadro de la niña y también para el abordaje del hermano.

Además, se observó un contexto familiar complejo, con situación de vulnerabilidad socioeconómica, padres con poca interacción con sus hijos por falta de herramientas (escaso lenguaje, analfabetismo del padre, sin juego con sus hijos) por lo que también se intervino en la relación madre/padre e hijos.

Luego de un tiempo de trabajo con los niños (consistente en talleres de juego con participación de la madre, en los que se la orienta en juegos posibles, límites, charlas de crianza, estímulos para sus hijos, cuidado e higiene personal, seguimiento periódico en consultorio de Pediatría para la realización de controles, estudios e interconsultas solicitadas y conseguir turnos en otros centros de mayor complejidad) se vieron avances importantes en ambos, con logro de numerosas pautas del desarrollo que no eran cumplidas hasta comenzar el trabajo en equipo.

Esta experiencia permite visibilizar lo importante de superar la fragmentación del sistema de salud, a partir de formar equipos que piensen el objetivo de estudio en común, de manera integral e interdisciplinaria, para resolver problemas complejos y la necesidad de incorporar profesionales de diferentes disciplinas a los equipos de salud, las cuales aborden el desarrollo infantil.

Intervinientes:

Baldassarri Bibiana (Médica Pediatra)
García Soledad (Psicomotricista)
Santono Camila (Psicomotricista)
Colundrovich Andrea (Fonoaudióloga)
Liussi Graciela (Fonoaudióloga)
Celant Adriana (Fonoaudióloga)
Daflito Maria Cristina (Médica Pediatra)

DISPOSITIVOS COMUNITARIOS EN SALUD EN PATOLOGÍAS DEL NEURODESARROLLO Y ENFERMEDADES QUE EVOLUCIONAN A LA DISCAPACIDAD

Comentarios sobre la experiencia: "APS y dispositivos de seguimientos en Niños y Niñas para la detección precoz de desvíos en neurodesarrollo y evolución probable a la discapacidad".[i] Centro de Atención Primaria Máximo Paz y Consultorio de Neurología Infantil Hospital Municipal A. Marzetti, Cañuelas. Provincia de Buenos Aires. ARGENTINA. Experiencia seleccionada por Convocatoria 2023. LIS. OPAS. CNS.[ii]

Mgtr. Ma. del Carmen Martínez Perea; Dra. Gisela Ortiz**; Lic. en Psicología Elida G. Mattarozzi****

INTRODUCCIÓN

La experiencia comunitaria se describe desde la Atención Primaria de la Salud (APS) originada en consultorio de pediatría y consultorio de neurología infantil, con una metodología similar para la detección precoz de desvíos en neurodesarrollo y probable evolución a la discapacidad, ambas tendientes a favorecer el diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno; en pacientes con sospecha de este grupo de patologías.[iv]

La Atención Sanitaria tiene lugar en el partido de Cañuelas (Provincia de Buenos Aires)[1], localidad de Máximo Paz y Ciudad de Cañuelas, centro de derivación de varias localidades cercanas[2].

Cabe recordar que la infancia (en especial en los primeros 1000 días, desde el período intrauterino) es el período de mayor vulnerabilidad, por ser la etapa de la vida con el mayor potencial en neurodesarrollo, cognitivo, emocional, entre otros, para enfrentar la vida futura[3,4]. En este período se detectan falencias, alteraciones de funciones orgánicas que alteran su desarrollo, por lo cual es necesario desarrollar estrategias que permitan diagnosticar, tratar, y realizar seguimientos acotados para alcanzar niveles adecuados de funcionamiento, compensando los déficits observados mediante intervenciones precoces, sostenidas y eficaces.[v]

Se realizaron 2 experiencias innovadoras, comunitarias :

a. Implementación de consultas comunitarias para el seguimiento de pautas neuro madurativas del niño desde el momento del nacimiento hasta los 3 años de vida, a través de la evaluación con el Instrumento de Observación Infantil (IODI)[v]. Esta modalidad es reconocida como la única estrategia a nivel mundial, para disminuir la morbimortalidad y se ha convertido en un importante eje de políticas públicas, al controlar las alteraciones del desarrollo infantil. También favorece la precoz pesquisa de enfermedades subyacentes discapacitantes, para lograr diagnóstico, abordaje, y tratamiento (sintomático,

* Miembro Titular Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Hospital A. Marzetti. Consultorio de Neurología Infantil. Máximo Paz, y Hospital Municipal A. Marzetti. Coordinación Cursos y Docente Cursos Región Metropolitana. Secretaria del Comité Regional de Discapacidad. Red Federal de Discapacidad. Magister en Ética Biomédica.[iii]

** Miembro Titular SAP. Maestría en Pediatría Social. Pediatra. APS. Consultorios. Máximo Paz/ Trenes Sanitarios. Diplomaturas en: -Neurodesarrollo- Necesidades Educativas especiales. FLACSO. Curso ADOS2 - Prunape.

*** Miembro Adherente SAP. M. Región Metropolitana. Ex Docente UBA Psicología Seguimiento Telemático en Discapacidad- Pacientes. Familias, Secretaria y Docente en Cursos de Discapacidad Región Metropolitana. Psicología de pacientes y familias en Discapacidad.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:7-11

paliativo y consejo genético, en alguna de ellas) y mejor calidad de vida de sus convivientes en su contexto particular.

b. Experiencia comenzada en 1999, en APS de distintos Centros Sanitarios[vi], en niños y niñas (NyN) con retraso en neurodesarrollo evolucionando a la discapacidad, por patologías neuromusculares y neurodegenerativas. Los seguimientos tradicionales, anteriores, habituales, en la mayor parte de las ocasiones eran infrecuentes, dada la alta vulnerabilidad social, económica, física, emocional y sobrecarga del cuidador observada.[6,vii]

Los controles comunitarios organizados permiten la apertura de un canal de confianza y familiaridad, y permite además favorecer la relación entre los pacientes, y los diferentes actores del Sistema de Salud una relación de confianza y acompañamiento con respuestas óptimas, no solo para el paciente, sino también para los agentes de salud en beneficio de su salud integral.[7]

OBJETIVOS

Ambas experiencias presentaban similares objetivos propuestos: por una parte: generar talleres con actividades informativas y de recreación comunitarios con pacientes[viii] que evolucionarían (la mayor proporción) a Enfermedades Discapacitantes y por otro lado: implementar sistemas de seguimiento evolutivo en los trastornos del Neurodesarrollo para diagnóstico precoz, y tratamientos acordes a patologías que modificaban la evolutividad, no solo en el niño, sino cambios en su contexto psico emocional y de calidad de vida.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Un detalle, no menor, fue el observar que, de los talleres comunitarios, presenciales y virtuales durante la pandemia, surgían intercambios entre pares, con supervisión de profesionales que generaban espacios de concientización y acompañamiento de pacientes-padres/cuidadores.

Estos encuentros fueron factores facilitadores y permitieron "pasar, sortear obstáculos" que disminuían la sobrecarga del cuidador, contribuían a alcanzar soluciones a problemas técnicos, acordes al contexto vital real, con recursos limitados.

La participación en la modalidad de controles y talleres entre pares-profesionales de la salud, permitieron brindar una mirada más abarcativa, inter y transdisciplinaria, logrando un acompañamiento de mejor calidad y calidez.

De ninguna manera se sustituye la consulta personalizada, individual, del paciente con su cuidador, un espacio único, con tiempo adecuado a cada consulta, necesidades requeridas para las evaluaciones oportunas.

El profesional cuenta, de esta forma, con un conocimiento ampliado, holístico del niño y su entorno (sobre la socialización, destrezas, motricidad, lenguaje, vínculo madre hijo/pares, entre varias) que en ocasiones no se alcanza solo con una entrevista acotada. La presencia supervisada por varios profesionales de distintas disciplinas permite una mirada inter y transdisciplinaria que aumenta el caudal de información futura, a la hora de llegar a definir estrategias de abordaje, seguimiento y tratamiento adecuado.

Estas intervenciones tempranas repercuten en un mejor pronóstico para el niño con sospecha de trastornos del desarrollo, y/o enfermedades discapacitantes; y en beneficio de la calidad de vida del NyN y de su familia.[8]

La metodología implementada incluyó varias intervenciones: a) seguimiento por edades; b)consulta prenatal en caso de posibilidad de embarazo con posible riesgo fetal; c) en el caso de enfermedades discapacitantes ya diagnosticadas, se planificaron talleres generales y específicos, abordando los pacientes (con sus cuidadores) por edad y patología. Los pacientes de mediano y alto riesgo recibieron consultas individuales en primer término, con posterior evaluación de participación en los controles de talleres comunitarios.

El detalle de la implementación puede leerse en *Laboratorio Latinoamericano de Innovación de Prácticas de Participación Social en Salud* (apsredes.org).[ix,9]

EL ANTES Y DESPUÉS DE LA MODALIDAD APS Y ENCUENTROS COMUNITARIOS[x]

Experiencias reales

La población atendida, correspondía y corresponde a distintos lugares lejanos en su mayoría al Centro de Salud, sin movilidad propia, dependiendo de transporte interurbano

(en ocasiones con frecuencia cada 2 o 3 horas; trenes; solidaridad de vecinos; supeditado a las inclemencias del clima para poder salir y llegar desde y retornar, luego a sus domicilios; eventos sujetos a la actividad gremial o comunitaria de interrupción de los medios de transporte, entre varios motivos). Estas situaciones deben ser contempladas, a la hora de aceptar la consulta frente a retrasos en su asistencia, como así también a la hora de planificar vías de acceso a los Centros Sanitarios[10]. El "mapa" real del contexto[11], debe ser considerado, más allá de tener o no el Certificado de Discapacidad, siendo un instrumento esencial, útil, muy valioso y que ayuda al acompañar, seguir, y tratar a todo NyN con discapacidad.

El miedo a transmitir las dificultades, reflejo de las "barreras" en el día a día, que exponía su vulnerabilidad, su riesgo social, se convertían en una realidad aceptada por ellos, por los profesionales, y por la comunidad, en forma manifiesta y al encontrar soluciones… dejaban de ser problemas. Se transformó la creencia: "… el antes y después, de compartir con otros pares, en similares situaciones y ver que el problema era igual /similar al de otros, que los habían resuelto y ya no era problema.
El antes: (explícito o implícito por lenguaje no verbal, sino gestual):
– Dra. ¿A quién solicito el traslado al hospital, si tengo cobertura con el Certificado Único de discapacidad? ... se me hace cuesta arriba ir… no tengo cómo ir al hospital para venir a las consultas y controles.
– No quiero reunirme con el grupo de pacientes con silla de ruedas (pues es como mirarse a un espejo que traduce el futuro de su hijo, que si está con mayores dificultades para caminar….
– No me animo a hablar con mi hijo sobre la verdad… El diagnóstico…
– No me rete, Dra. ... Pero llevo un año y no busqué escuela para mi hijo con retraso.
El después:
– Me podrán dar un turno xx día pues la Asistente social me consiguió el traslado al Hospital.
– Sé que xx necesitará silla de ruedas, cuando la pidamos, … me enseña a decirle a mi hijo…
– Dra.: La próxima consulta puedo venir también con el padre/abuela/abuelo así me ayudar a retener lo que Ud. me dice de la enfermedad y luego se lo transmitimos a mi hijo. …
– Me pasa el celular de xxx para preguntarle donde consiguió escuela para su hijo que tiene retraso neurológico… y así mando al mío este año.

CONSIDERACIONES, SUGERENCIAS EN CONSONANCIAS A POLÍTICAS SANITARIAS

Desde la APS, debiéramos involucrarnos en las diferentes barreras que impiden el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los NyN con trastornos del neurodesarrollo y enfermedades discapacitantes.

La visibilización de los inconvenientes, debe comprenderse desde el respeto, tratando de subsanar los inconvenientes. Este hecho debiera reconocerse interpretando las dificultades desde el paciente y entorno, de los accesos a la salud, desde la vulnerabilidad en las distintas áreas, para lograr una respuesta adecuada, proporcionada a sus necesidades y a los recursos profesionales y sanitarios existentes. De esta manera propiciamos el bienestar entendido como mejor calidad de vida, la supervivencia (cuidando a los niños de mayor riesgo: menores de 5 años), para el NyN con discapacidad y su familia/convivientes[12].

La posibilidad de disminuir las distancias geográficas, a través de la tecnología, pero no impidiendo la sociabilización, ni las modalidades de expresión. Este accionar permitiría "acercar" las poblaciones más vulnerables a la Atención Primaria de la Salud y recibir un "cuidado más oportuno, apropiado y cálido requerido"[xi].[13]

Considerar en políticas públicas, la alta demanda asistencial, previendo número de profesionales (diferentes especialistas), Agentes de Salud que requiere en los NNyA con discapacidad con un tiempo de consulta mayor al estipulado de 15 o 20 minutos (tanto en atención pública o privada).

Incluir consultas comunitarias, talleres que involucren pacientes ("*nadie quede afuera … al considerar la equidad en salud… "*)[14], comunidad, profesionales como extensión de la labor asistencial, docencia, investigación; que beneficia a todas las personas.

CONCLUSIONES

La focalización de las intervenciones en el niño-cuidador/familia, en su contexto, permitió implementar una metodología para su diagnóstico precoz, lograr vencer barreras para garantizar el

abordaje, apoyo, seguimiento y tratamientos paliativos, sintomáticos integrales, particulares a cada uno en su real contexto.

Ello se obtiene al cultivar el diálogo fecundo, solidario y comunitario del profesional para formar un equipo inter y transdiciplinario que, unidos, logremos el mejor beneficio, autonomía y funcionalidad del paciente y su núcleo conviviente.

La vulnerabilidad en APS en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, discapacidad, (en este trabajo considerado, pero aplicable a todas las patologías y controles de NNyA con similares necesidades que acuden a Centros, Salas, Hospitales, Consultorios) depende de varios factores, pero la individualización por parte de los profesionales, de los problemas, las estrategias aprendidas deben ser aplicadas, y deben expresarse en conductas de atención humanizada al paciente/familia/cuidador en su contexto.

Incluir a todos en salud, es un derecho humano, que requiere recursos no solo edilicios, técnicos científicos, accesibles, sino toda persona humana respetada en su dignidad, valorada en una sociedad inclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Infraestructura de la Provincia de Buenos Aires. «Lineamientos Estratégicos para la RMBA» https://web.archive.org/web/20121001220114/http://www.mosp.gba.gov.ar/sitios/urbanoter/pla nurbana/Lineamientos_RMBA.pdf) (PDF). Archivado desde el original (http://www.mosp.gba.gov.ar/siti os/urbanoter/planurbana/Lineamientos_RMBA.pdf) el 1 de octubre de 2012. Consultado el 18 de abril de 2012.
3. Comité de Crecimiento y Desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 3:s53-s62.
4. Ministerio de Salud Argentina. Ley 27.611 de "Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia". https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/que-es-la-ley-de-1000-dias.
5. Ministerio de Salud Argentina: IODI (Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil.. 2017. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/iodi-instrumento-de-observacion-del-desarrollo-infantil.
6. Martínez Perea M del C. Les maladies neuromusculaires et neurodégénératives chez l'enfant, du diagnostic à l'accompagnement Le point de vue d'une neuropédiatre argentine. CONTRASTE Enfant Handicap Regards d´ailleurs Rev l´ANECAMSP [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 23];2 semestre(31–32):233–50.. Available from: https://www.researchgate.net/publication/275915518. https://www.cairn.info/publications-de-Martínez Perea-María del Carmen--93123.htm.
7. Viana Machado F; Michele Rech C, Ilveira Pinto R; deMelo Romão W; et cols: .Participação em Salúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção, impacto, visibilidade e colaboração. REVISÃO • Ciênc. saúde coletiva 28 (2) • Fev 2023 •https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.11412022.
8. Martínez Perea MC, Mattarozzi E. Aps en niños, niñas y adolescentes con discapacidades. Boletín Reg Metrop SAP [Internet]. 2021;XXXII(82):18–25. Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_noti-metropol-82-12-21_1638900120.
9. Laboratorio Latinoamericano de Innovación de Prácticas de Participación Social en Salud (apsredes.org).
10. OMS. Handicap et santé. Principaux faits. Discapacidad. DATOS Y CIFRAS. 07/03/2023. Handicap et santé (who.int).
12. OMS. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality.
13. 2015. Martínez Perea M del C. El niño en situación de discapacidad y su cuidador principal . De la curación a una ética del cuidado. [Internet]. CABA-Buenos Aires - Argentina; 2015. Available from: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/37 CONARPE/martinezperea.vulnerabilidad.pdf
14. Óscar J Mújica Claudia M Moreno: De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". Rev Panam Salud Publica 43 18 Feb 2019. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12

NOTAS

[i] Este trabajo es uno de las cinco Experiencias Argentinas, seleccionadas a partir de la convocatoria del Laboratorio de Innovación Latino Americano de Prácticas de Participación Social en Salud (LIS), en colaboración (Organización Panamericana de Salud -Brasil; Organización Mundial de Salud (OMS), Consejo Nacional de Salud (CNS).

[ii] La estrategia de LIS "fue concebida por la OPS/OMS en Brasil, 2008. para agregar una nueva herramienta a las actividades de cooperación técnica, a partir del entendimiento de que en el Sistema Único de Salud (SUS) se producen varias innovaciones para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones en los diferentes territorios" … APSREDES (https://apsredes.org). https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.11412022.

[iii] Este trabajo se realizaó en el lugar descripto.

[iv] Definición de Salud Comunitaria en el Siglo XXI: "(…) el significado de 'comunidad' ha cambiado y evolucionado con el tiempo. la definición también cambia en diferentes contextos. El trabajo comunitario es diverso, algunos lo ven como el trabajo que se realiza directamente con los hospitales, mientras que otros lo ven relacionado directamente con personas de comunidades específicas.".

[v] Este artículo se refiere a personas de comunidades con patologías específicas: trastornos de neurodesarrollo y enfermedades que evolucionarían a la discapacidad; agrupar pacientes con patología similar con sus madres en grupos de pares supervisados por profesionales.

[vi] Centros sanitarios: correspondientes a Centros de Salud; Hospitales semipúblicos, Públicos en Consultorios Externos e internación Neonatológica y Pediátrica. Hospital Aeronáutico Central; Hospital Subzonal Municipal Dr. E. Ruffa, Partido de San Pedro; Consultorio Pergamino.

Definición de Salud Comunitaria en el Siglo XXI: (…) el significado de "comunidad" ha cambiado y evolucionado con el tiempo. la definición también cambia en diferentes contextos. El trabajo comunitario es diverso, algunos lo ven como el trabajo que se realiza directamente con los hospitales, mientras que otros lo ven relacionado directamente con personas de comunidades específicas.

[vii] Actualmente se cuenta con Hospital SAMIC Cuenca Alta N. K.,en Cañuelas, (lugar actual de trabajo de Dra. MA. Del C Martínez Perea); donde se reciben pacientes de 5 municipios, abordando pacientes neurológicos de mayor complejidad. Se comienza a replicar la metodología descripta en este artículo. Futuros estudios reflejaran la actividad.

[vii] Pacientes: entiéndase díada paciente-cuidador (en general la madre, pero rol desempeñado por el conviviente más cercano, que en forma diaria asiste, cuida, estimula-alimenta al niño o niña (NyN) o el acompañante que participa de estos Talleres, porque su madre por actividad laboral no puede concurrir.

[ix] En el link mencionado, elegir traducción al español; ir a Experiencias aprobadas, elegir país: ARGENTINA; EIXO /eje:B (aparecen todas las Experiencias de ARGENTINA); ir a ESTADO DE EXPERIENCIA: Cañuelas, y debajo del mapa aparecen las experiencias elegidas, aplicar cursor al tema deseado.

[x] Copia textual de la Experiencia. Escrita por la autora del trabajo, M del C Martínez Perea, recolección de alguna de las experiencias reales, que se repiten en el tiempo.

[xi] CUIDADO oportuno: apropiado a su patología, entorno, debiendo respetar los valores, emociones, creencias y estilos de vida de cada paciente, persona en particular.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:12-13

-.

Los cuentos infantiles en Pediatría

CUENTOS PARA ACOMPAÑAR PROCESOS (*Segunda parte*)

María Paula Gerardi
Lic. en Psicología • mariapaulagerardi@gmail.com

Recursos para crear cuentos terapéuticos

En la actualidad podemos observar dos tipos de libros para niños y niñas:

• Libros que explican procesos, cambios y emociones

Ejemplo:

"Voy al baño" de Carolina Mora.

Es un libro para acompañar el proceso de control de esfínteres.

¿De qué está hecho el pis y la caca?,¿por dónde salen?, ¿cómo me doy cuenta si quiero hacer pis?, ¿y si se me escapa la caca?

Son algunas de las preguntas que van encontrando respuesta en el cuento.

El personaje de este libro va aprendiendo a identificar las señales que da el cuerpo cuando tiene ganas de hacer pis o caca.

Va descubriendo cómo se usa el calzoncillo y el inodoro.

• Libros de cuentos que narran una historia y que movilizan emociones

Ejemplo:

"Federico se hizo pis" de Graciela Montes.

Federico está creciendo, dejó los pañales y empezó a usar calzoncillos.

Un día fue a jugar a la plaza con su mamá y al tirarse por el tobogán ¡se le escapó el pis!!

Siente vergüenza, su mamá lo contiene, lo ayuda a cambiarse y cuando vuelven las ganas logra llegar al arbolito.

Este cuento a diferencia del anterior presenta una historia, un conflicto y una resolución con un final positivo. El personaje experimenta diversas situaciones y emociones con las que los niños y niñas pueden identificarse.

Ambos tipos de libros abordan el mismo tema con enfoques diferentes, me parecen un buen recurso para acompañar procesos, se complementan.

Cuentos sanadores

Para que un cuento se pueda incluir en la categoría de cuentos sanadores tiene que tener las siguientes características:

- Se describe la situación inicial y los personajes.
- Luego se presenta un conflicto, se crea un clima de tensión y aparecen obstáculos y guías.
- Se plantea una forma posible de resolver el conflicto.
- Termina con un final feliz y esperanzador.

Algunas ideas para que los pediatras puedan crear cuentos y guiar a las familias para que escriban cuentos sanadores para sus hijos

- No deben ser un cuento moralizante o apuntar a "sermonear".
- Es importante adecuar el cuento a la edad del niño:

- De 2 a 4 años

- Cuentos simples, cortos y con repeticiones. Es importante el uso de imágenes que pueden ser dibujadas o impresas.
- Se presenta una situación y un conflicto muy sencillo que se resuelve con un final feliz.
- Elegir los temas, personajes, objetos y escenarios cotidianos que el niño prefiere.
- Los personajes pueden ser animales o miembros de la familia.
- Se pueden incluir accesorios: rimas, poesías, canciones, juegos con las manos, títeres,

Link primera parte:
https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-86_1680627036.pdf pag. 19

instrumentos, objetos (ejemplo: una muñeca como la del cuento).

- De 5 años en adelante

- Los personajes pueden ampliarse, la historia se complejiza apareciendo un inicio, nudo y desenlace bien definido.
- **Personajes**: Brujas, madrastras, gigantes, ogros, hadas, dragones, árboles que hablan, príncipes, ángeles, fantasmas. hechiceros, etc.
- **Escenarios**: Montañas, estanques, mares, pozos, bosques oscuros, tormentas eléctricas, pantanos, torres altas, refugios, palacios, laberintos, barcos, fogatas, estaciones del año, etc.
- **Objetos mágicos**: Piedras, coronas, bola de cristal, espejos, varitas, mantos, alfombras, portales, bastón, capa, talismán, palabras mágicas, etc.

Dos cuentos sanadores o terapéuticos

Un ejemplo de un cuento sanador puede ser "*Tengo dos nidos*" de Ingrid Osgood.

Un cuento creado por una mamá que buscó la forma de elaborar su proceso de separación a través de la escritura y transmitir un mensaje: "los cambios traen oportunidades".

El personaje de este cuento es un pajarito que se llama Manuel y vive feliz en un nido con su mamá y su papá (describe escenario y personajes).

Los papás de Manuel ya no se llevan bien y el papá se va a vivir a otro nido. Manuel ve como su papá se va volando del nido con una valija, se siente enojado y confundido (plantea el conflicto).

Con el tiempo Manuel descubre que sus papás están más contentos cada uno en su nido y que puede volver a jugar y reír con ellos por separado haciendo cosas diferentes en cada casa (resolución de conflicto, final feliz y esperanzador).

Esta mamá encontró un recurso para contarle a los niños pequeños cómo es el proceso del divorcio. La historia invita a expresar y validar las emociones y asegurar el amor y la presencia de los adultos.

El libro se puede conseguir en la librería *Abrazandocuentos*.

En el contexto de las entrevistas de orientación a padres, una familia presenta la inquietud de cómo acompañar a su hija pequeña en el proceso de una mudanza de Capital Federal a un barrio cerrado.

Los padres crean la historia de un conejo y su familia que se mudan de la ciudad al campo. Acompañado de imágenes impresas y pintadas por la mamá, el cuento relata las vivencias, emociones y temores del conejito. ¿Podré llevarme mis juguetes?, ¿cómo será el viaje en avión?, ¿voy a seguir viendo a los abuelos?, ¿cómo va a ser mi nueva casa?

El conejito hace una fiesta de despedida de sus amigos y abuelos. Ayuda a preparar las valijas, ve fotos de cómo será la nueva casa, piensa juegos para el viaje en avión, llega al campo y se hace amigo de muchos animales, etc.

El cuento acompañó y facilitó este nuevo cambio, que fue transitado por la niña de manera saludable.

Crear y contar un cuento invita a construir un vínculo de confianza amor e intimidad, que puede transformarse en una ventana para abrir el diálogo acerca de una experiencia o proceso que sucedió o que está por suceder.

En el próximo artículo veremos ejemplos de cuentos sanadores para acompañar las consultas de orientación en la crianza más comunes que reciben los pediatras en el consultorio.

Bibliografía

- Artículo El bichito insolente (cuento sanador sobre el Covid). De Tamara Chubarosvsky. Editorial de autor. https://www.tamarachubarovsky.com/2020/03/23/el-bichito-insolente-cuento-sanador/
- Carolina Mora. Voy al baño. Colección "Crecemos". Editorial El Ateneo
- Graciela Montes. Federico se hizo pis. Colección "Federico Crece". Editorial Sudamericana.
- Ingrid Osgood. Tengo dos nidos. Editorial de autor.
- Nancy Mellon. Narrar historias y el arte de imaginar- Editorial Yellow Moon Press.
- Página de Instagram cuentos para acompañar procesos: @mariapaulagerardi
- Susan Perrow. "Cuentos sanadores". Editorial Ing.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:14-18

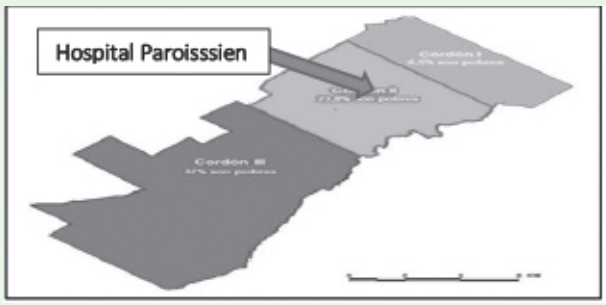
Historia de nuestros hospitales

HOSPITAL HIGA DR. DIEGO PAROISSIEN DE LA MATANZA

Dra. Alcira B. Escandar
Ex -Jefa de Servicio de Neonatología del HIGA Dr. Diego Paroissien;
Docente de la UBA Y UNLAM
Directora de la Carrera de Especialista en Neonatología de la UBA

El Municipio de La Matanza tiene una superficie de 326 km². Se encuentra atravesando el primer, segundo y tercer cordón del conurbano; según el último censo 2022 la población es de 1.837.744 habitantes.[1] Cada uno de los cordones representan una Región dentro del Municipio, con desigualdad en la accesibilidad a servicios, asfalto, centros educativos y de salud, siendo la Región 3 la más poblada (804.857 habitantes), con mayor concentración de la pobreza y vulnerabilidad, con gran cantidad de asentamientos y villas de emergencia.[2]

El Municipio, que se corresponde a la Región Sanitaria XII, cuenta con siete hospitales: tres provinciales: el Hospital Dr. Diego Paroissien (de mayor complejidad), el Simplemente Evita y el Hospital Alberto Balestrini y cuatro hospitales municipales: Teresa Germani (Laferrere), Equiza (Gonzales Catán), Policlínico de San Justo, Hospital de Niños de San Justo, un hospital SAMIC Dr. René Favaloro, 46 Centros de Atención Primaria y 6 centros polivalentes.



Referencia: Datos del Municipio de la Matanza por cordón.[3]

El Hospital Paroissien se encuentra en la Avenida Juan Manuel de Rosas Nº 5975 de la localidad de Isidro Casanova, La Matanza. Las obras para su construcción fueron licitadas en diciembre de 1974, con una superficie cubierta de 23.500 m² y una capacidad de 325 camas. Los terrenos destinados se encontraban, según antiguos mapas de Isidro Casanova, en la laguna Los Patos. Los mismos estaban a 500 metros de la ruta 3 y por debajo del nivel de la misma, lo que hasta aún hoy hace difícil su visualización.

Este predio estaba destinado a la construcción de varios edificios estatales. Se ubicaba comprendido entre las calles Juan Manuel de Rosas, al este el arroyo Mario, al oeste la calle Juan J. Rucci y a los fondos la calle Villegas. La construcción tenía fecha de inicio en julio de 1978 y un plazo

[1] INDEC. 2022. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/población/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf
[2] Empleo en La Matanza (2013) Encuesta sobre condiciones de vida de La Matanza). Proyecto Observatorio Social del Oeste. Secretaría de Ciencia y Tecnología. UNLAM
[3] Datos de pobreza. Encuesta Condiciones de Vida. 2009. Jefatura de Gabinete. Municipalidad de la Matanza

para la realización de la obra de 18 a 20 meses. El hospital tendría dependencia provincial. En ese entonces La Matanza tenía una población aproximada de 950.000 habitantes e Isidro Casanova, particularmente, contaba con 60.000 habitantes.

El hospital se inauguró el 29 de diciembre de 1980, aniversario del nacimiento del Dr. Alejandro Posadas, con la intención de otorgarle su nombre. También se había propuesto denominarlo Saturnino Segurola, gran benefactor en el área cultural y de la salud. El resultado fue otro y es así que mediante el decreto número 184/81 del Poder Ejecutivo bonaerense (Gobernador de la Provincia de Buenos Aires el Gral. Ibérico Saint Jean), se resolvió instituir el nombre de "Cirujano Mayor Doctor Diego PAROISSIEN" al hospital construido en Isidro Casanova.

El nombre Dr. Diego Paroissien obedece al médico cirujano nacido en Inglaterra en 1773, que participó en el movimiento independentista argentino; por este mérito fue el primer extranjero en recibir la carta de ciudadanía por recomendación del Gral. Juan Martín de Pueyrredón, el 25 de noviembre de 1811. El 24 de setiembre de 1816, fue nombrado Cirujano Mayor para acompañar al Gral. San Martín, en la campaña de los Andes. Falleció en 1827, en la pobreza, en un viaje desde Arica a Valparaíso.

La inauguración del Hospital fue programada en la época del conflicto bélico con Chile por el Canal de Beagle, por esa razón algunas hipótesis relacionan la inauguración del hospital y el rol militar que iba a desempeñar en la cobertura médica de los supuestos heridos de guerra.

Finalmente, el hospital pasó a cumplir servicios para la comunidad y al dejar de ser un proyecto militar tuvo pérdida en su apoyo financiero. Comenzó sus actividades con guardias activas de médicos, sin contar con laboratorio, radiología e internación. Los casos graves eran derivadas a instituciones cercanas. La necesidad y presión de la comunidad obligó a la apertura total del hospital y en 1981 y las autoridades provinciales asignaron presupuesto y lo caracterizaron como Hospital Zonal de Agudos. Con la habilitación de la internación entre los años 1981-1983 se comenzaron a nombrar médicos clínicos, traumatólogos, cirujanos, etc.

Durante la gobernación de la Provincia de Buenos Aires del Dr. Jorge Aguado, el 19 de enero de 1982, se produce la segunda inauguración del hospital. Por las características del terreno donde fue construido, el acceso se realiza, hasta el día de hoy, por el primer piso del edificio. La internación se encuentra en la planta baja, por debajo del nivel de la calle.

Por esta razón, cuando llovía copiosamente, se inundaba el subsuelo y la internación, afectando las instalaciones y el mobiliario. El 31 de mayo de 1985, hubo una tormenta intensa, que superó las posibilidades de desagote, intensificando el deterioro edilicio que llevó a que las autoridades pensaran en el cierre del hospital. Es así que los pacientes fueron reacomodados en el hall de entrada, pasillos y el auditorio, hasta que pudieron ser trasladados a otros centros de salud e incluso a escuelas de la zona. Después, se produjeron dos inundaciones más del hospital, siempre con las mismas consecuencias, poniendo en riesgo a los pacientes y el personal de la institución, ya que en cada evento se debían evacuar los pacientes a otras instituciones y rescatar mobiliario y equipamiento, que se llevaba al primer piso del hospital para su preservación.

También he de referir que por experiencia de haber vivido dos de las tres grandes inundaciones, con el hospital sin luz y sin agua, igual tenía las puertas abiertas a la comunidad y salían equipos de salud en las ambulancias para atender a los evacuados de la inundación en escuelas, clubes, etc., del Municipio de La Matanza.

Durante la gobernación del Dr. Eduardo Duhalde, se firmó la reconstrucción del Hospital. Con el esfuerzo del personal, se mantuvo abierto y activo, hasta que se funda por tercera vez en 1993. Finalmente, se soluciona el problema de las inundaciones con las obras hidráulicas correspondientes y la intubación del arroyo Mario.

En 1993, se recategoriza el establecimiento como Hospital Interzonal General de Agudos, por Resolución 6543/93(Perfil D). En un comienzo el Hospital se encontraba dentro de la Región Sanitaria VII, que abarcaba una gran región geográfica, siendo la más pobladas de las regiones sanitarias en que se divide la Provincia de Buenos Aires.

En 2009 se crea la Región Sanitaria XII, que coincide con los límites del partido de La Matanza y el Hospital Paroissien pasa a ser cabecera de la Región. El hospital actualmente cuenta con una dotación de 310 camas, produce más de 13.000 egresos al año y unas 350.000 consultas;

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:14-18

se realizan una enorme variedad de prácticas de diagnóstico y tratamiento. Se encuentra dirigido actualmente por el Dr. Alejandro Royo y los directores asociados, Dr. Armando Parise, Lic. en Administración Laura Valdecantos y el Dr. Roberto Rebechi. Se disponen de todas las especialidades y dentro del Programa de Regionalización Materno-Infantil, es centro de derivación de las embarazadas de Alto Riesgo.

El hospital abrió la formación en Residencia Médica en 1984 con la especialidad en Medicina General. Actualmente cuenta con diecinueve especialidades en Residencias Médicas (Anestesiología, Neonatología, Diagnóstico por Imágenes, Infectología, Tocoginecología, Hematología, Hemoterapia, Ortopedia y Traumatología, Clínica Médica, Emergentología, Clínica Pediátrica, Terapia Intensiva, Gastroenterología, Clínica Quirúrgica, Psiquiatría, Anatomía Patológica, Cardiología, Neumología y Nefrología), siete en Residencias No Médicas (Bioquímica, Servicio Social, Administración, Odontología, Obstetricia, Psicología , Nutrición, Enfermería y posgrado en Enfermería de Neonatología y Urgencias).

Además, posee la Escuela de Enfermería "Eva Perón", de Instrumentación Quirúrgica y Técnicos en Prácticas Cardiológicas. Nuestras instalaciones también son utilizadas como campo práctico de la Escuela de la Cruz Roja de Enfermería, en las carreras de Técnico de Laboratorio, Técnico de Radiología, Técnico de Hemoterapia, entre otras.

También funciona una escuela secundaria, originalmente diagramada para que el personal nombrado pudiese terminar este nivel. Luego se amplió a otras personas no pertenecientes al plantel del Hospital. La actividad académica se desarrolla en Pre y Post Grado, siendo Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la U.B.A. Es Unidad de Aprendizaje de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza y de la Universidad de Morón (carreras de Medicina y Bioquímica) y de La Universidad Tecnológica Nacional, en las Carreras de Ingeniería Electrónica y Electromedicina. El Hospital a través de su trayectoria docente se convirtió en el principal centro de formación y capacitación de profesionales y no profesionales en el área de salud, nutriendo a sus planteles médicos, enfermeras, técnicos, etc.

Cuenta con la colaboración de la Asociación Cooperadora del Hospital, en función del profundo reconocimiento de las necesidades de la zona y el apoyo diferentes instituciones y organismos como el Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, Secretarías de Desarrollo Social y de Salud de La Municipalidad de La Matanza, Fundación Banco Provincia, Embajada del Japón en Argentina en representación de su pueblo, Fundación Mapfre, Asociación de Artistas Plásticos de la Argentina, Asociaciones Paraguayas de La Matanza, Club Portugués de Isidro Casanova y a tantos otros, que son parte de la historia del Hospital.[4]

Breve historia del Servicio de Neonatología del HIGA Dr. Diego Paroissien

En 1983 comienza a organizarse el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital, cuyo Jefe de Servicio era el Dr. Carlos Ortega Soler. Por ese entonces, se incorpora al Servicio de Pediatría el Dr. Alberto Schwarcz (pediatra y perinatólogo proveniente del Hospital de Ezeiza) y comienza a trabajar junto a otros pediatras en la recepción y atención de los problemas inmediatos de los recién nacidos. El Dr. Schwarcz es nombrado Jefe de Sala de Neonatología, dentro del área pediátrica. En el año 1986, se incorpora al equipo de neonatología el Dr. Pedro Sarrasqueta (Médico del Hospital Ricardo Gutiérrez y Hospital Durand de CABA, y finalmente Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Garrahan hasta su fallecimiento) proveniente de México. Había viajado por razones personales y durante su estadía amplió sus conocimientos en neonatología

y asistencia respiratoria mecánica.

El Servicio de Neonatología, con los aportes del Dr. Sarrasqueta, impulsó el desarrollo de la atención del recién nacido complejo, manejo de asistencia respiratoria mecánica, las buenas prácticas clínicas y el vínculo madre-hijo- familia. También el Dr. Schwarcz, acompañando el proceso médico, incentivó la formación especializada de la enfermería, promoviendo la profesionalización y especialización en neonatología.

En 1988, se crea la residencia de pos básica en Neonatología. En el año 1993 asume la jefatura el Dr. Edgardo Szyld que continua la tarea y jerarquiza el Servicio a través de la Investigación y Docencia como sede de Posgrado en Especialidad en Neonatología de la Universidad de Buenos Aires, para médicos residentes y becarios.

En 1995 la Provincia, mediante una resolución, categoriza como Servicio a la Sala de Neonatología, logrando así el ansiado reconocimiento. A partir 2007, la función de jefatura es asumida por Dra. Alcira B. Escandar, continuado el proyecto del servicio caracterizado por la calidad de atención y el cuidado del binomio madre-hijo.

En el 2010, el Servicio de Neonatología participa del Programa de Regionalización Materno- Infantil de la Región XII, junto al Servicio de Maternidad, como el centro de derivación del Embarazo de Alto Riesgo y es categorizado como Nivel 3 B en la atención del Recién Nacido complejo. Al Servicio de Neonatología, que en un principio ocupaba la planta que hoy es la Terapia Intensiva, el hospital cedió otro espacio para organizar la Sala de cuidados Intermedios y Cuidados mínimos. Durante la Regionalización se ampliaron las camas de Neonatología a 30 plazas, 12 de terapia intensiva, 12 de intermedia y 6 de cuidados mínimos.

Con respecto a residencia de madres, el servicio fue pionero desde sus inicios en contar con un lugar donde las mamás de los bebés internados pudieran pernoctar. Primero fue una habitación en el área de maternidad y luego con la ampliación de Neonatología, se creó la residencia para las madres al lado de la Terapia Intermedia. En distintos momentos, se hicieron reformas de las habitaciones, baños, mobiliario, lactarios en las distintas salas. etc. mejorando el espacio que compartían las madres en la residencia.

Para ello contamos con donaciones de empresas como Aguas Argentinas y UNICEF junto a Ministerio de Acción Social y Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, dentro del Programa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

El personal de Enfermería cumplió un rol fundamental en todo este proceso, no solo por su formación académica en el área, sino también en los diferentes proyectos que desarrollaron el Servicio. La enfermería se destacó en la asistencia, docencia, gestión, el cuidado del binomio madre hijo y el apoyo de la lactancia materna. El Servicio tuvo desde sus inicios un Consultorio para la atención del Recién Nacido Sano y de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo. Con el tiempo se sumó el Seguimiento de los Recién Nacidos Expuestos a VIH y otro de Infecciones congénitas como Sífilis, Chagas, Toxoplasmosis y otras.

El equipo neonatal se destacó por la promoción de la lactancia desde siempre, siendo impulsor de la creación del Comité de Lactancia y formando parte en otros comités del hospital. También desarrolló vínculo con la Sociedad Argentina de Pediatría, a través de la participación en diferentes Comités como el CEFEN, Lactancia y Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo, participando en Jornadas y Congresos, formando parte de mesas

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:14-18

expositoras médicas y de enfermería, presentación de trabajos científicos, etc. Contribuyendo en la formación de nuevos neonatólogos con la residencia pos básica en la Especialidad y la residencia articulada de Neonatología y Pediatría y siendo cede del posgrado en la Especialidad en Neonatología de la UBA. Desde el 2019, se encuentra al frente del Servicio de Neonatología la Dra. Patricia Nemer, continuando con el legado de trabajar en pos de mejorar la calidad de atención de los bebés y sus familias.

Aportes de las siguientes profesionales

Dr. Alberto Schwcarz, Dr. Alejandro Royo, Dr. Cristian Panigadi,

Agradecimientos

- Dra. Nidia López, Dra. Mariana Dunayevich, Lic. Carmen Ríos.
- Dra. Roxana García y col. Silva Nieto Fernando y Dr. Ricardo Wilson. Reseña Histórica del HIGA Dr. Diego Paroissien.

Bibliografía

1. Datos de pobreza. Encuesta Condiciones de Vida. 2009. Jefatura de Gabinete. Municipalidad de la Matanza.
2. Empleo en La Matanza (2013) Encuesta sobre condiciones de vida de La Matanza). Proyecto Observatorio Social del Oeste. Secretaría de Ciencia y Tecnología. UNLAM.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC). 2022. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/población/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf
4. Dra Roxana García, Dr.Silva Nieto Fernando y Dr. Ricado Wilson. Reseña histórica del HIGA Dr. Diego Paroissien.

LA PSICOPATÍA INTEGRADA. UNA CUESTIÓN QUE ESTÁ PUESTA EN AGENDA POR AMPLIOS COLECTIVOS SOCIALES

La motivación para que esto suceda es su relación directa con las distintas formas de Violencia y Maltrato

Dra. Viviana Edith Soligo
Médica Pediatra y Especialista en Psicopatología y Salud Mental.

En el edificio anexo del Honorable Congreso Nacional se realizó el **"Congreso por una Ley Educativa sobre la Psicopatía Integrada y Personalidades Narcisistas"** el 11 de mayo.

Parte de los interesados en instalar esta cuestión en escenario social, son integrantes de organizaciones que señalan que el impedimento injustificado del contacto de menores con uno de sus progenitores y otros integrantes de sus familias es una forma de Maltrato Infantil.

El término **psicopatía** tiene un extenso desarrollo que llevó a definir que no puede considerarse una enfermedad sino solo una forma de ser. En términos coloquiales se podría decir que hace referencia a personas que violan las leyes y normas sociales, lo que es verdad en parte ya que no todo psicópata es un delincuente, ni todo delincuente es psicópata. La falta de sentimiento de culpa predispone a estas personas a transgredir leyes morales aceptadas en sus comunidades, pero ese hecho no implica que lleven adelante eventos que sean detectados por quienes podrían imputar tales acciones como delitos.

El evento fue dirigido **Ramiro Simón**, quien es realizador audio visual y referente de un movimiento que está poniendo en escena social un problema que afecta a personas de todo sexo, edad y condición social.

Expusieron **Carolina Ricciuti**, Psicóloga Integrativa de base Cognitivo Conductual, **Giannina Gabriela Perea**, Coach Ontológico en Management & Liderazgo, Asesora en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina**, Sol Franco**, Abogada especialista en Familia, **Neri Mijares,** de la Fundación Ixxhe, **María Rosa Ortega y Juan Manuel Foster**, ambos psicólogos, coordinadores del área de Salud Mental de Infancia Compartida, organización benéfica que se ocupa de los derechos de los niños que sufren impedimento injustificado de contacto con el progenitor no conviviente.

Los expositores coincidieron sobre la importancia de informar la forma de proceder de las personas con las características de personalidad psicopática o narcisista perversa, a las autoridades judiciales para que estén advertidos sobre que tales personas usarán todo recurso a su alcance para lograr su único objetivo, que es llevar adelante sus deseos sin respeto por los sentimientos o los derechos de otras personas. Esto desvirtuaría una enorme cantidad de casos y procesos judiciales, que deberían ayudar a resolver las cuestiones familiares.

Respecto de otras personas que podrían intervenir en situaciones de conflicto familiar, sobre todo si hay niños involucrados, se estima importante la divulgación de las características que permiten reconocer el comportamiento de personas con el tipo de personalidad en cuestión, para que se tomen los recaudados pertinentes, a fin de evitar la progresión de daños a otros cuyos derechos deben ser resguardados por todo funcionario público o agente social, obligado por las normas éticas, morales y la legislación vigente.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:19-23

Hervey Milton Cleckley (1903-1984) fue un psiquiatra norteamericano que a partir de 1941 unificó diferentes características conductuales y rasgos de personalidad que definen a la Psicopatía Integrada o Subclínica.

La presentación de los fundamentos para el Proyecto de ley, se destaca específicamente, que la *psicopatía integrada* no distingue género y que, aunque parezca increíble estas personas no respetan los lazos sanguíneos y son capaces de violentar a sus propios hijos y/o hijas.

El objeto del proyecto de ley es:

- Fortalecer la preparación de los profesionales y entidades de salud mental en la identificación y tratamiento de las víctimas de psicópatas.
- Educar a preadolescentes y adolescentes en escuelas primarias y secundarias, a docentes, maestros, profesoras y psicopedagogas.

Se considera que este tipo de educación es de carácter vital, como primeros auxilios psico-emocionales, ya que la detección temprana puede salvar vidas.

Las víctimas pueden ser niños, jóvenes, adultos, ancianos y también, se extiende el perjuicio a animales, la naturaleza y el medio ambiente.

Los dos máximos exponentes dentro de la psicología y psiquiatría, que enfatizan la necesidad de diferenciar a los psicópatas integrados de los psicópatas criminales, son el psiquiatra norteamericano Hervey Milton Cleckley que a partir de 1941 instaló el tema mediante su obra principal *"The Mask of Sanity"* (que puede traducirse como la "Máscara de la Cordura") y el Psicólogo Clínico-Forense canadiense Robert Douglas Hare que desarrolló el PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised): es el instrumento de evaluación de la psicopatía que se emplea en el ámbito penitenciario.

En los trabajos de ambos autores están bien delimitados, y extensamente descriptos, los rasgos que definen la psicopatía.

Los criterios de Hare se basan en los trabajos previos de Cleckley, quien caracterizó al psicópata como aparentemente inocente, insensible, asocial, encantador, algunas veces impulsivo o violento, y también lo retrató literalmente como el más peligroso de los criminales, el más depredador de los políticos y el negociador con menos escrúpulos. Este autor también halló, a través de las observaciones de sus pacientes, que los delincuentes comunes que no tienen el déficit emocional típico de estos sujetos no son psicópatas, a pesar que puedan estar poco o nada socializados.

También expuso argumentos respecto que la psicopatía es muy común en general, recogiendo en su obra numerosos casos de psicópatas que, por lo general, funcionan con normalidad en la sociedad como sujetos dedicados a los negocios, la política, la medicina (incluida la psiquiatría como especialidad médica), la educación, la magistratura judicial y las fuerzas del orden.

Robert Hare añadió, a los 16 criterios de Cleckley, otros de carácter conductual, referentes a comportamientos tanto antisociales como delictivos, que configuran los 20 criterios o características psicopáticas del PCL-R.

Según Hare, las experiencias sociales que normalmente modelan el desarrollo de la conciencia, no tienen incidencia en los psicópatas, por ello se sienten libres para satisfacer sus necesidades y deseos, así como también para hacer cualquier cosa que se les ocurra, con tal de tener lo que quieren, sin importar las necesidades de los demás.

El test desarrollado por Hare entre 1991 y 2003, el *Psychopathy Check List-Revised* (PCL-R), es el instrumento de mayor influencia en la actualidad para la detección de la psicopatía en el interior de las prisiones.

Prevalencia en población penitenciaria

La cantidad de psicópatas integrados o subclínicos en la población general por supuesto es muy difícil de determinar, ya que sería necesario aplicar un estudio que no estaría justificado, porque no se trata de una enfermedad, pero se estima que siempre será, por lo menos, 1 o 2 % de la población, aunque existen estudios que indican que podría ser un porcentaje bastante superior de acuerdo a diversas circunstancias. En todo caso es evidente que todos estaremos en contacto con personas que reúnen los criterios de Cleckley en todas las situaciones imaginables. (Torrubia y Cuquerella, 2008)

Para muchas personas, de ser capaces de alejarse a tiempo de un psicópata integrado podría depender su supervivencia.

Hare también ha demostrado científicamente, una relación entre la violencia y la psicopatía, indicando que muchas de las características

Prevalencia en población penitenciaria

País/Población	Porcentaje	Estudios
España	18%	Molto, Poy y Torrubia, 2000
Inglaterra y Wales	7,7%	Coid el al., 2009
Brasil	13,7%	Flores-Mendoza, Silva-Alvarenga, Herrero y Abad, 2008
Chile	13%	León-Mayer, 2012
Norte América	Entre un 20%y un 30%	Cooke y Michie 1999
Total	25%	Hare, 1999

que son importantes para la inhibición de las conductas violentas y antisociales, como lo son la empatía, la capacidad de establecer vínculos profundos, miedo al castigo y sentimiento de culpa, se encuentran seriamente disminuidas o simplemente ausente en los psicópatas (García-Pablos de Molina, 2003; Patrick, 1994) (Hare 2000).

Características de psicopatía subclínica indicadas por Clekley

1. Encanto superficial y notable inteligencia.
2. Ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo y/o de manifestaciones psiconeuróticas.
4. Indigno de confianza.
5. Falsedad o insinceridad.
6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.
7. Conducta antisocial sin aparente justificación.
8. Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
10. Pobres reacciones afectivas.
11. Pérdida específica de intuición.
12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias.
13. Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él.
14. Amenazas de suicidio constantes, pero raramente consumadas.
15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Es evidente que no sería razonable que vayamos por la vida pensando si estamos tratando con alguien que reúne estas características, que no son cuestiones identificables para quien carece de conocimientos extensos sobre comportamiento humano y la oportunidad reconocer el proceder de personas que generalmente tienen gran habilidad para evitar que su forma de pensar sea conocida por quienes interactúan con ellos.

Algo importante, a los fines de esta breve reseña, es que no están definidas las causas por las cuales una persona tendrá este tipo de personalidad.

Como se señaló, el movimiento que promueve el proyecto de **Ley Educativa sobre la Psicopatía Integrada y Personalidades Narcisistas**, tiene como objetivo informar sobre las dificultades que conlleva resultar atrapados en las redes que suelen establecer estas personas que son capaces de desestabilizar emocionalmente a personas sanas.

Los psicópatas integrados o subclínicos pueden generar todos los fenómenos de violencia que se conocen. La posibilidad de ser juzgados como delincuentes depende la capacidad de los organismos de administración de justicia.

Se tiene certeza sobre el daño psicoemocional que pueden generar en quienes son sus “presas” ya que tienen la habilidad de ocultar su verdadera forma de ser hasta que consideran que su víctima no se alejará.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:19-23

Los psicópatas integrados no solicitan ayuda a Servicios de Salud mental; pero generan problemas psicoemocionales a personas vulnerables.

Los cuadros psiquiátricos que pueden ser desencadenados por el vínculo con psicópatas integrados o narcisistas perversos son:

1. **Trastorno de Estrés Post Traumático.**
2. **Vínculo traumático de traición:** "Las víctimas de psicópatas, desarrollan un vínculo traumático de traición que les hace más y más dependientes del depredador psicopático, provocando permanecer al lado del perpetrador, sin poder dejarlo y explica las constantes rupturas y reconciliaciones, denominado el "eterno retorno del psicópata". Dr. Iñaki Piñuel.
3. **Trastorno de Ansiedad:** "Entendida como un conjunto de emociones negativas que no han sabido o podido gestionarse en su momento y que se han acumulado. La ansiedad se presenta como resultado de la confusión y stress que vive la víctima. Se manifiesta con palpitaciones cardíacas, taquicardia, pulso rápido, etc." Dr. Iñaki Piñuel.
4. **Problemas de salud:** Como el dolor crónico y el estrés cardíaco y/o enfermedades autoinmunes. Las víctimas también suelen tener problemas respiratorios, digestiones inestables y problemas con el sueño" Patricia Garzón, psicóloga**.**
5. **Depresión y Daños en el cerebro:** "En situaciones de trauma crónico, el cerebro se activa a un nivel superior de energía, en post de la supervivencia". Muchos circuitos neuronales delicados terminan fundiéndose o resultan en un funcionamiento anormal. El cerebro de los mamíferos, ante situaciones de riesgo, comanda la conducta para sortear el peligro por medio de una respuesta neuroendocrina al resto del organismo que debe ser limitada en el tiempo. La exposición constante al temor y la incertidumbre genere una cascada de reacciones que llevan, en su estadio final, a la situación clínica de la depresión y en algunos casos al suicidio.

Mientras más tiempo se permanece en una relación emocional y psicológicamente abusiva, más se deteriora el funcionamiento de los centros neurológicos involucrados: el hipocampo y la amígdala, afectándose la capacidad de atención, memoria, y concentración de la víctima.

El abuso puede ser sutil o invisible; pero podría estar detrás de algunas situaciones cada vez más frecuentes

Bullying: o acoso escolar se refiere a un tipo de comportamiento violento e intimidatorio que se ejerce de manera verbal, física o psicológica entre niños y adolescentes durante la etapa escolar. Se trata de una serie de maltratos continuos que son llevados a cabo de manera intencional por uno o varios agresores, con el propósito de agredir, generar inseguridad o entorpecer su desenvolvimiento escolar de la víctima.

Violencia vicaria: es aquella que tiene como objetivo dañar a alguno de los progenitores a través de sus hijas e hijos. El padre o madre ejerce una violencia extrema contra sus criaturas, llegando incluso a causarles la muerte y utilizando recursos de particular crueldad para la eliminación de los cadáveres en muchas ocasiones.

Manipulación infantil: En muchos casos uno de los progenitores manipula psicológica y emocionalmente a los hijos/as en común para inocular en ellos, miedo, rechazo y falsos recuerdos como polarización a favor del progenitor abusivo, con el objetivo que los niños declaren en un juicio en contra de uno sus propios padres.

Rapto encubierto: En muchos casos el padre o madre psicópata utiliza la ley para interponer falsas denuncias a fin de quedarse con los menores. Jueces, en su desconocimiento, otorgan la patria potestad al falso denunciante siendo este un peligro inminente para los niños ya que se ha descubierto que los menores son violentados, torturados, violados y hasta asesinados por el padre o madre. Esta situación es denunciada por organizaciones entre ellas Infancia Compartida y #NoMasHijosRehenes

Mobbing: El acoso laboral, popularmente conocido con el término de *mobbing*, se define como el conjunto de acciones continuadas de violencia psicológica injustificada (insultos, humillaciones, menosprecios, aislamiento, difusión de rumores, difamación, etc.), y a veces incluso física o sexual, que superiores, compañeros de trabajo o la propia empresa ejercen sobre la víctima. Todas estas conductas se realizan de forma consciente, abusiva y premeditada con el objetivo de degradar el clima laboral de la víctima de modo que sienta miedo

al ir a trabajar y que acabe por abandonar su puesto de trabajo**.**

Abuso sexual: el psicópata a través de la manipulación, la intimidación, el engaño y el control, abusa sexualmente de sus víctimas, forzándolas a tener relaciones sexuales con ellos/as. Incluso en muchos casos los progenitores o familiares abusan sexualmente de menores de edad a través de promesas o manipulaciones de juegos secretos, bajo la intimidación y el engaño.

El proyecto de ley no tiene aún estado parlamentario, lo que dependerá de los complejos mecanismos de tratamiento de las leyes en el Congreso Nacional. Sin embargo, la divulgación de las situaciones planteadas depende exclusivamente de la existencia de una norma jurídica. Por lo que estimo de interés que los agentes sanitarios, educativos y de protección de derechos colaboremos con la difusión de las cuestiones planteadas

Bibliografía

- Gunn, J. (1998). Psychopathy: An elusive concept with moral overtones. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. D. Davis (Eds.), Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior (pp. 32-39). New York, NY: Guilford Press.
- Pozueco, J. M. (2011). Psicopatía, trastorno mental y crimen violento: Aspectos clínico-forenses, médico-legales y criminológicos. Madrid: EOS Psicología Jurídica.
- Pozueco, J.M., Romero, S.L., y Casas, N.(2011) Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico forense, psiquiátricolegal y criminológico (Parte I). Cuadernos de Medicina Forense, 17(3):123-136.
- García-Pablos de Molina, A. (2003). Tratado de criminología (3ª ed.). Valencia:Tirant lo Blanch.
- Dujo López, Víctor, Horcajo Gil La Psicopatía En La Actualidad: Abordaje Clínico-Legal y Repercusiones Forenses en el Ámbito Penal, Universidad Complutense de Madrid Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol.17, 2017, pp.69-88.
- Torrubia, R., Poy, R., Moltó, J., Grayston, P. R., y Corral, S. (2010). PCL-R. Escala de evaluación de psicopatia de Hare revisada. Manual (PCL-R. Hare Psychopathy Checklist Revised. Manual). Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- José M. Pozueco-Romero, Juan M. Moreno-Manso, M. Elena García-Baamonde y Macarena Blázquez-Alonso- Psicopatía y psicopatologías: ¿Puede conceptualizarse la psicopatía como trastorno mental? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 219-230, 2015 doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15897

@ramirosimoncine
@infanciacompartidaok

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:24-27

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD GRAVE

*Dra. Adriana Roussos**
*Dra. Verónica Garrido***

La obesidad es una enfermedad crónica y recidivante, determinada por un conjunto de factores socioecológicos, ambientales y genéticos que actúan sobre el niño y su familia. Su etiología multifactorial requiere la evaluación individualizada de los distintos factores que impactan en su persistencia, para personalizar el tratamiento.

Los pediatras asisten diariamente a niños con riesgo de obesidad, niños obesos y niños que padecen comorbilidades; es importante una visión global del problema para crear estrategias que permitan responder a las necesidades de estos pacientes y sus familias.

Considerando que es una enfermedad crónica, con etapas de remisión y recaídas, las personas con obesidad requieren un seguimiento longitudinal a lo largo de la vida, adaptando la modalidad e intensidad del tratamiento a la etapa biológica y al estado de la enfermedad. El pilar del tratamiento son los cambios intensivos en el estilo de vida en 3 ejes: **alimentación, actividad física y conducta alimentaria**, con un abordaje centrado en el paciente y la familia, y extendido al entorno cercano.

El objetivo de esta revisión es considerar otras estrategias terapéuticas complementarias a los cambios del estilo de vida, cuando éstos no son suficientes para el logro de los objetivos terapéuticos acordes a la severidad de la obesidad y sus comorbilidades.

Actualmente, dentro de las herramientas de tratamiento de la obesidad en adolescentes, contamos con la terapia farmacológica y la quirúrgica. Sumar otros componentes al tratamiento puede ayudar a lograr el impacto necesario sobre la salud y la calidad de vida. Esta etapa debe estar a cargo de **equipos interdisciplinarios** de expertos en obesidad.

Tratamiento farmacológico

El desarrollo de fármacos para el tratamiento de la obesidad se ha expandido en los últimos años. El mejor conocimiento de los mecanismos moleculares de la regulación del apetito y del gasto energético, permitió el surgimiento de fármacos dirigidos a modular esta regulación, con un sustento fisiopatológico. Si bien son pocos los aprobados hasta el momento para su uso en pediatría, constituyen un recurso valioso en pacientes seleccionados.

De acuerdo con el *"Consenso intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adolescentes en Argentina"* (2022), la farmacoterapia puede considerarse a partir de un IMC ≥ 30 con comorbilidades o un IMC ≥ 35 kg/m^2, independientemente de la presencia de comorbilidades.

Fármacos aprobados en la Argentina a partir de los 12 años

Orlistat: Es un inhibidor de la lipasa pancreática y gástrica, que reduce un 30% la absorción de la grasa ingerida. Puede producir dolor abdominal, flatulencias, urgencia defecatoria, incontinencia fecal, diarrea y deposiciones oleosas. Estos efectos son más marcados ante ingestas copiosas de grasas y hacen que en la vida real los pacientes tengan poca adherencia al tratamiento, limitando su indicación. Las con-

* Médica pediatra, especialista en Nutrición. Médica de planta de la Sección Nutrición y Diabetes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, CABA. Docente adscripta UBA.
** Médica especialista Consultor en Pediatría, Médica especialista en Nutrición Infantil. Médica de planta del Servicio de Nutrición y Dietoterapia del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

traindicaciones incluyen malabsorción crónica, colestasis y embarazo.

Liraglutida: Es un agonista del receptor del GLP-1 (péptido similar al glucagón-1), incretina secretada por las células enteroendócrinas en el yeyuno distal y el íleon. A nivel central, el GLP-1 se produce en poblaciones específicas de neuronas que expresan su precursor, el preproglucagón, en el núcleo del tracto solitario y proyectan a múltiples regiones del encéfalo que expresan receptores de GLP-1. A este nivel produce disminución de la ingesta por aumento de la saciedad y de la sensación de plenitud, actuando en las regiones vinculadas a la regulación del apetito.

A nivel periférico, retrasa el vaciamiento gástrico y contribuye a la saciedad, promueve la secreción posprandial de insulina por la célula beta pancreática de forma dependiente de la concentración de glucosa y reduce la secreción de glucagón por la célula alfa pancreática, disminuyendo así la producción hepática de glucosa.

Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea) y suelen disminuir con la continuidad del tratamiento.

Otro AR-GLP-1, la **semaglutida**, aprobado en la Argentina para uso en adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), provoca una mayor pérdida de peso con la ventaja de su aplicación semanal.

Fármacos para obesidades monogénicas

Las obesidades monogénicas son causadas por defectos genéticos en un gen, y se caracterizan por obesidad de inicio temprano e hiperfagia. Si bien los fármacos no están disponibles en la Argentina, se mencionan dos de ellas, ambas de administración diaria subcutánea.

Metreleptina: Es la forma recombinante de la leptina. Produce una pérdida significativa de la masa grasa, disminución de la hiperfagia y resolución de las alteraciones metabólicas en las personas con deficiencia congénita de leptina.

Setmelanotida: Es un agonista del receptor de melanocortina-4. Produce una pérdida de peso importante en los pacientes con deficiencia de POMC y podría aplicarse en distintas alteraciones genéticas de las vías de las melanocortinas (deficiencia de POMC/PCSK1 y alteración en el receptor de leptina. Es para mayores de 6 años.

No hay evidencia que avale el uso de fármacos como monoterapia. Es importante destacar que los estudios muestran una recuperación del peso cuando se suspenden las medicaciones; por lo tanto, **es fundamental que se trabaje de manera simultánea e intensiva sobre los cambios en el estilo de vida**. Por otro lado, se requieren estudios a largo plazo sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento farmacológico prolongado.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es el más efectivo en cuanto a los resultados de pérdida de peso, mejora de la calidad de vida y mejoría/resolución de las comorbilidades. Pero produce una alteración anatómica permanente que implica cambios para toda la vida en la alimentación, la necesidad de suplementación y el control periódico y, por lo tanto, requiere que el adolescente esté capacitado, adecuadamente informado y preparado para recibir este tratamiento. Los riesgos incluyen deficiencias nutricionales, osteopenia, complicaciones quirúrgicas y necesidad de reoperaciones (por complicaciones de la cirugía o por falla del tratamiento).

Las técnicas más utilizadas actualmente en adolescentes son el *bypass* gástrico en Y de Roux (BPGYR) y la gastrectomía vertical en manga (GVM). Ambas técnicas se realizan por vía laparoscópica. El BPGYR reduce el volumen del estómago y produce también malabsorción. En la GVM se reseca una porción del estómago, con un 25% de su capacidad original. Esta técnica preserva la capacidad de absorción del intestino. La GVM tiene una tasa de resolución de comorbilidad ligeramente más baja en comparación con el BPGYR. Sin embargo, dado que la pérdida de peso es similar y la tasa de complicaciones menor, se ha convertido en la operación más recomendada en la población adolescente. El BPGYR presenta mejores resultados en los pacientes con reflujo gastroesofágico severo.

La elección de la técnica queda a criterio del equipo tratante, según la experiencia y las consideraciones de cada caso.

El Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica (2019) propone las siguientes indicaciones:

- IMC > 35 con comorbilidades mayores: DM2, síndrome de apnea e hipoapnea del sueño (SAHOS) con índice apnea/hipoapnea (A/H) > 15, esteatohepatitis no alcohólica y seudotumor cerebral.

- IMC > 40 con hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, alteración de los indicadores de calidad de vida, dislipidemia y SAHOS (índice A/H > 5).

Es importante ponderar la presencia y la gravedad de las comorbilidades por sobre el valor del IMC. Al considerar el posible impacto de la cirugía sobre el crecimiento y la mineralización ósea, se recomienda que el adolescente haya alcanzado el estadio de Tanner IV.

La adolescencia es un período de rápido crecimiento y cambios, tanto físicos como psicológicos, siendo importante establecer el grado de madurez del paciente y su posible impacto en el proceso quirúrgico. La evaluación psicológica es fundamental.

Se recomienda que el paciente y su familia cumplan un programa de tratamiento y preparación previos de entre 6 meses y un año.

Conclusión

La obesidad en edad pediátrica tiene múltiples causas y requiere un enfoque amplio que abarque el tratamiento del paciente, a la familia y el medio ambiente donde se desarrollan.

La disponibilidad de nuevos fármacos para el tratamiento de la obesidad, con mejores perfiles de seguridad y tolerabilidad, permiten considerar su utilización como una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento.

Si bien la cirugía es un tratamiento de excepción, la evidencia permite incluirla en las alternativas terapéuticas para este grupo de pacientes, en especial cuando se observa un empeoramiento de la obesidad y de las comorbilidades a pesar del tratamiento médico.

Bibliografía

- Anderson K, Kelsberg G, Safranek S. Is metformin effective for reducing weight in obese or overweight adolescents? J Fam Pract 2021;70(2):100-1.
- Armstrong SC, Bolling CF, Michalsky MP, et al; AAP Section on Obesity, Section on Surgery. Pediatric metabolic and bariatric surgery: evidence, barriers, and best practices. Pediatrics 2019;144(6):e20193223.
- Bolling CF, Armstrong SC, Reichard KW, et al. AAP Section on Obesity, Section on Surgery. Metabolic and bariatric surgery for pediatric patients with severe obesity. Pediatrics 2019;144(6): e20193224.
- Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, et al. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:2873-83.
- Clément K, Van den Akker E, Argente J, et al; Setmelanotide POMC and LEPR Phase 3 Trial Investigators. Efficacy and safety of setmelanotide, an MC4R agonist, in individuals with severe obesity due to LEPR or POMC deficiency: single-arm, open-label, multicentre, phase 3 trials. Lancet Diabetes Endocrinol 2020;8(12):960-70.
- Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640
- Harraca DJL, Grigaites DAL, Martínez-Duartez P, et al. Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Rev Argent Cir 2021;113(Sup1):S1-S78.
- Inge TH, Jenkins TM, Xanthakos SA, et al. Long-term outcomes of bariatric surgery in adolescents with severe obesity (FABS-5+): a prospective follow-up analysis. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5(3):165-73.
- Kelly A, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. N Engl J Med 2020;382:2117-28.
- Kovalskys IM, Armeno M, Matto L, et al. Consenso intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adolescentes en Argentina. Actual Nutrición 2022;23(1).
- Lamoshi A, Chernoguz A, Harmon CM, et al. Complications of bariatric surgery in adolescents. Semin Pediatr Surg 2020;29(1):150888.
- Maahs D, González de la Serna D, Kolotkin R, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of orlistat for weight loss in adolescents. Endocr Pract 2006;12:18-28.
- Modi AC, Zeller MH, Xanthakos SA, et al. Adherence to vitamin supplementation following adolescent bariatric surgery. Obesity (Silver Spring) 2013;21(3):E190-5.
- O´Connor E, Evans C, Burda B, et al. Screening for obesity and intervention for weight management in children and adolescents. Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA 2017;317(23):2427-44.
- Olbers T, Beamish AJ, Gronowitz E, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in adolescents with severe obesity (AMOS): a prospective, 5-year, Swedish nationwide study. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5(3):174-83.
- Pratt JSA, Browne A, Browne NT, et al. ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines, 2018. Surg Obes Relat Dis 2018;14(7):882-901.
- Salum KCR, Rolando JdM, Zembrzuski VM, et al. When leptin is not there. A review of what non-syndromic monogenic obesity cases tell us and the benefits of exogenous leptin. Front Endocrinol 2021;12:722441.

- Shoar S, Mahmoudzadeh H, Naderan M, et al. Long-term outcome of bariatric surgery in morbidly obese adolescents. A systematic review and meta-analysis of 950 patients with a minimum of 3 years follow-up. Obes Surg 2017;27(12):3110-7.
- Srivastava G, Fox C, Kelly A, et al. Clinical considerations regarding the use of obesity pharmacotherapy in adolescents with obesity. Obesity 2019;27:190-204.
- Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, et al. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. N Engl J Med 2022;387(24):2245-57.

**La Dra Adriana Roussos declara como conflicto de interés haber recibido honorarios de Novonordisk por su participación como autora de un capítulo del Manual de Obesidad en Pediatría.*

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:28-44

Qué debe saber el pediatra sobre

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE PREMATURO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Dra. María Isabel Scaramutti
Médica Pediatra, Neonatóloga, Especialista en Desarrollo Infantil

Introducción

Según las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en febrero de 2023 nacieron en Argentina 529.794 niños (200 mil menos que en el año 2016).[1]

La distribución según peso al nacer se muestra en la **Tabla 1**.

Siendo la tasa de mortalidad infantil (TMI): 8‰; tasa de mortalidad neonatal (TMN): 5,7‰ y tasa de mortalidad post neonatal (TMPosN): 2,3‰.

La TMI descendió 27,9% en los últimos 10 años y 85 % en los últimos 50 años.

De las causales de MI, el 51% son problemas en el período perinatal y un 26% malformaciones congénitas.

En base a estos datos podemos observar que si bien nacen menos niños también la supervivencia es mayor, sobre todo en los niños prematuros más pequeños, quienes tienen un mayor riesgo de presentar morbilidad y secuelas a largo plazo que afectan en su desarrollo.

La capacitación de los pediatras es imprescindible para poder hacer una intervención oportuna y adecuada en esta población de riesgo.

Según la OMS[2] se define como recién nacido prematuro al que nace con menos de 37 semanas de gestación (ver **Cuadro 1**: Clasificación).

Cuadro 1. Clasificación

Prematurez: menos de 37 semanas de gestación

- **Prematuros extremos: menor de 28 semanas de gestación**
- **Prematuros muy prematuros : 28^{+0} a 31 $^{+6}$ semanas**
- **Prematuros moderados: 32 semanas a 33 $^{+6}$ semanas de gestación**
- **Prematuros tardíos (o leves): 34^{+0} sem a 36 $^{+6}$ sem de gestación**

Todos los niños deben tener un pediatra o médico de familia de cabecera que puede realizar los controles y trabajar en forma coordinada con un programa de seguimiento.

Desarrollo

Entendemos el desarrollo como un proceso dinámico que permite al niño desarrollar funciones cerebrales cada vez más complejas y formar su personalidad a través de la interacción con el medio que lo rodea.

El ser humano nace absolutamente dependiente y evoluciona convirtiéndose en un sujeto independiente y autosuficiente.

Este proceso continuo, requiere del crecimiento y maduración de los sistemas implicados entendiendo como **crecimiento** al aumento del

Tabla 1. Distribución según peso al nacer.

Peso al nacer	Número	Porcentaje
<1500 g	5.673	1,07 %
1500-2499 g	32.421	6,1%
2500-2999 g	92.637	17,4%
>3000 g	386.361	72%
Sin especificar	12.700 (483 prematuros)	

número de células con consiguiente aumento del tamaño o dimensión del cuerpo y **maduración** a las transformaciones que sufren los organismos o algunas de sus células, hasta alcanzar la plenitud determinada en forma genética según la especie.

Los niños al crecer aprenden al interactuar con su entorno (familia, sociedad, medio ambiente).

Las experiencias que atraen su atención y los movilizan quedan grabadas en su memoria y son la base para nuevos aprendizajes. Entendemos, entonces, al aprendizaje como las conductas adaptativas que surgen de este intercambio y ponen en juego la memoria, la atención y principalmente la emoción.

Hablamos de neurodesarrollo porque desde la clínica nuestro objetivo de vigilancia es el desarrollo cerebral y la maduración neurológica.

Se observan cuatro dominios principales:

- Habilidades motoras gruesas y finas.
- Desarrollo social y personal y actividades de la vida diaria.
- Habla y lenguaje.
- Rendimiento y cognición.

Los factores genéticos pueden determinar el potencial de desarrollo, pero hay otras influencias de factores externos que pueden afectar el desarrollo desde etapas tan tempranas como el embarazo: tóxicos, traumas o estrés materno pueden incidir en el desarrollo a largo plazo.

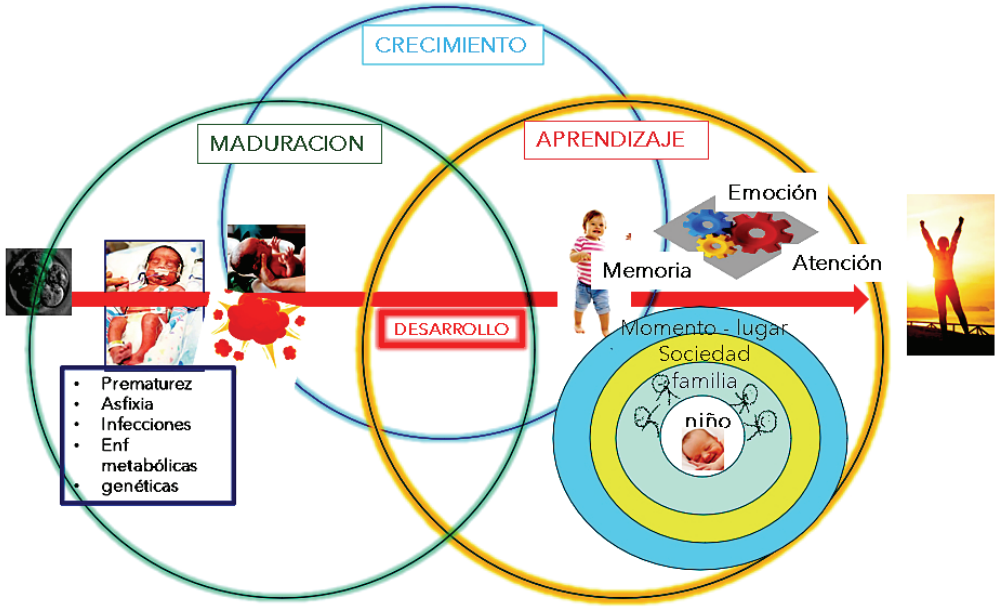
Cuanto más prematuro nazca el niño, más riesgo tendrá de tener impacto en su desarrollo posterior.

El desarrollo cerebral comienza en la 4ta semana de gestación y entre las 8 y 34 semanas está en pleno proceso de migración neuronal.

Los estímulos externos, asfixia, infecciones, dolor, pueden intervenir en ese desarrollo y afectar la indemnidad del SNC y los sentidos.

Después del alta continuará su desarrollo y factores como el vínculo familiar, tóxicos, traumas, infecciones, enfermedad mental materna, podrán alterar el potencial genético de desarrollo de ese niño (epigenética).

Las experiencias prenatales y de la infancia temprana tienen un alto impacto en las habilidades adaptativas futuras y competencias de ese individuo.



Inducción neuronal	(3-4 semanas de gestación)
Proliferación de neuroblastos	(8-25 semanas de gestación)
Migración neuronal y agregación selectiva neuronal	(8-34 semanas de gestación)
Diferenciación neuronal,	(5 semanas de gestación-4 años de vida)
Muerte neuronal en corteza y eliminación de sinapsis selectivas en corteza	(2-16 años)
Mielinización	(25 semanas de gestación-20 años)

(Cowan, 1987; Herschkowitz, 1982).

Como pediatras o médicos de familia ¿qué podemos hacer?

Vigilancia, interconsultas adecuadas en tiempos adecuados para poder hacer intervenciones oportunas, terapias adecuadas y oportunas y solicitar los equipamientos necesarios.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de vigilancia?

1. Antecedentes

Es importante realizar una historia clínica detallada, registrando antecedentes familiares, datos del nacimiento, EG al nacer (para calcular edad corregida), antecedentes perinatales, datos de la internación, estudios previos (fondo de ojo, otoemisiones, potenciales evocados, ecografías cerebrales, abdominales, cardíacas, laboratorio), medicación que recibe, alimentación, vacunación. Todo necesario poder estimar el riesgo y las evaluaciones a realizar.

2. Crecimiento

A través de la medición de peso, talla y perímetro cefálico, comparando con los valores de las tablas Intergrowth 21 hasta los 6 meses postérmino y luego las tablas de la OMS[3] siempre utilizando la edad corregida por la prematurez.

Definición de edad corregida: es la edad que tendría el bebé si hubiera nacido a las 40 semanas; "corrige" o "ajusta" la madurez del bebé, según la intensidad de su prematuridad.[4]

Tener en cuenta que la vacunación se da según la edad cronológica (EC) y para evaluar crecimiento, desarrollo y alimentación, se debe usar la edad corregida. (EGC)

En los prematuros se utiliza la EGC hasta los 24 meses[4], y hasta los 3 años en menores de 1.000 gr.[4]

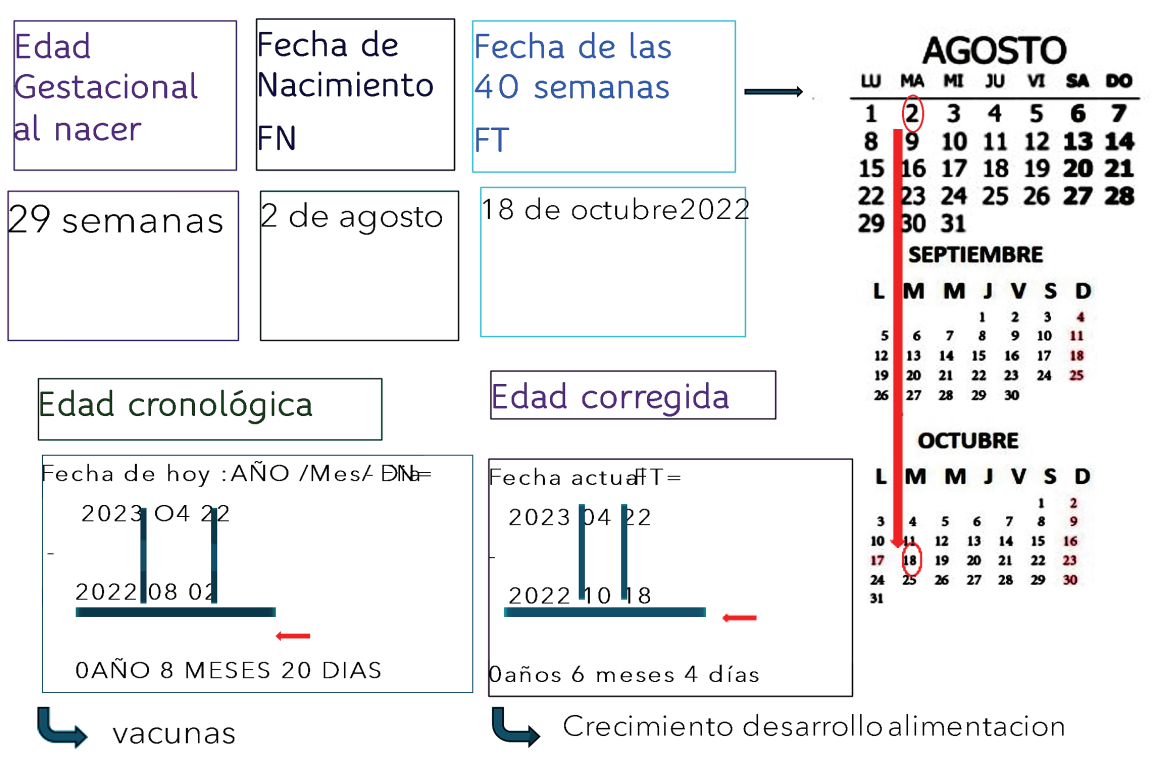
3. Evaluación del neurodesarrollo

Evaluación neurológica completa: se sugiere realizar esta evaluación a las 40 semanas de edad corregida.

Comienza con la observación al ingresar la madre con el niño al consultorio. Si hay sala de espera puede hacerse una observación del vínculo y en niños grandes el juego.

Reacciones primitivas: su presencia y/o ausencia en la medida que pasa el tiempo, así como su desaparición en edades corregidas correspondientes (ver **Cuadro 2**).

Cálculo de de edad corregida



Cuadro 2: Reacciones primitivas

Defensa óculo-palpebral	1 mes
Liberación de orificios	3 meses
Búsqueda o de los 4 puntos cardinales	5-7 meses
Succión-deglución	5-7 meses
Ojos de muñeca	1 mes
Tónico cervical asimétrico (TCA)	3 meses
Prensión palmar	3 meses
Moro o "de los brazos en cruz"	6 meses
Prensión plantar	12 meses
Mano/boca	4 meses
Palmo mentoniano	12 meses
Defensa plantar	6 meses
Extensión cruzada	6 meses
Enderezamiento y marcha	3 meses
Reptación	3 meses
Incurvación del tronco	2 meses
Landau	2 años

El tono muscular pasivo y activo

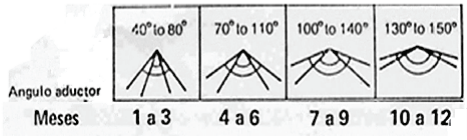
1. Para evaluar **tono pasivo** se pueden utilizar los ángulos de Amiel Tison [5]

El tono pasivo determina la postura en reposo.

¿Cómo se valora?:

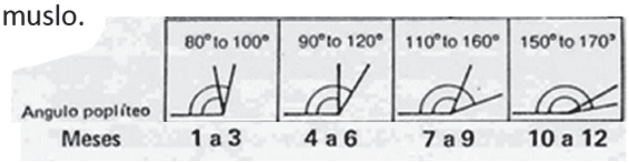
Angulo de los aductores: niño acostado sobre su espalda, se extienden las piernas(índice sobre los fémures manos sobre las rodillas) y se separan lenta y lateralmente lo más lejos posible. El ángulo formado entre las dos piernas es el de los aductores. Ver si hay asimetría.

A) Angulo de 100º grados en un niño de 2 meses
B) Angulo de 150º en un niño de 9 meses



Angulo poplíteo: niño acostado sobre su espalda, cadera en el plano de la mesa.Se flexionan lateralmente cada muslo sobre la cadera a ambos lados del abdomen se extiende la pierna sobre el muslo. Se valoran ambos ángulos simultáneamente. El angulo es entre la pierna y el muslo.

- A) Angulo de 100º en un niño de 2 meses
- B) Angulo de 160º en un niño de 9 meses

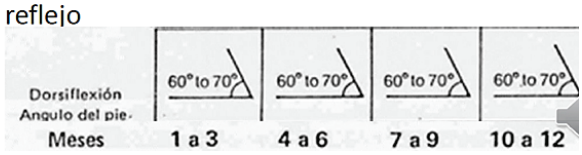


Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:28-44

Angulo de dorsiflexión del pie:

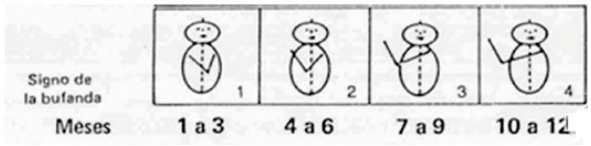
niño acostado sobre su espalda, se mantiene extendida la pierna por presión de una mano sobre la rodilla, con la otra mano se flexiona con el pulgar sobre la planta del pie, el pie sobre la pierna.El ángulo se forma entre el dorso del pie y la cara anterior de la pierna. Se toma 2 veces primero en forma lenta , y luego en forma rápida ¨brusca¨. Si hay diferencia entre las tomas de más de 10° para el rápido , muestra un reflejo miotático exagerado.

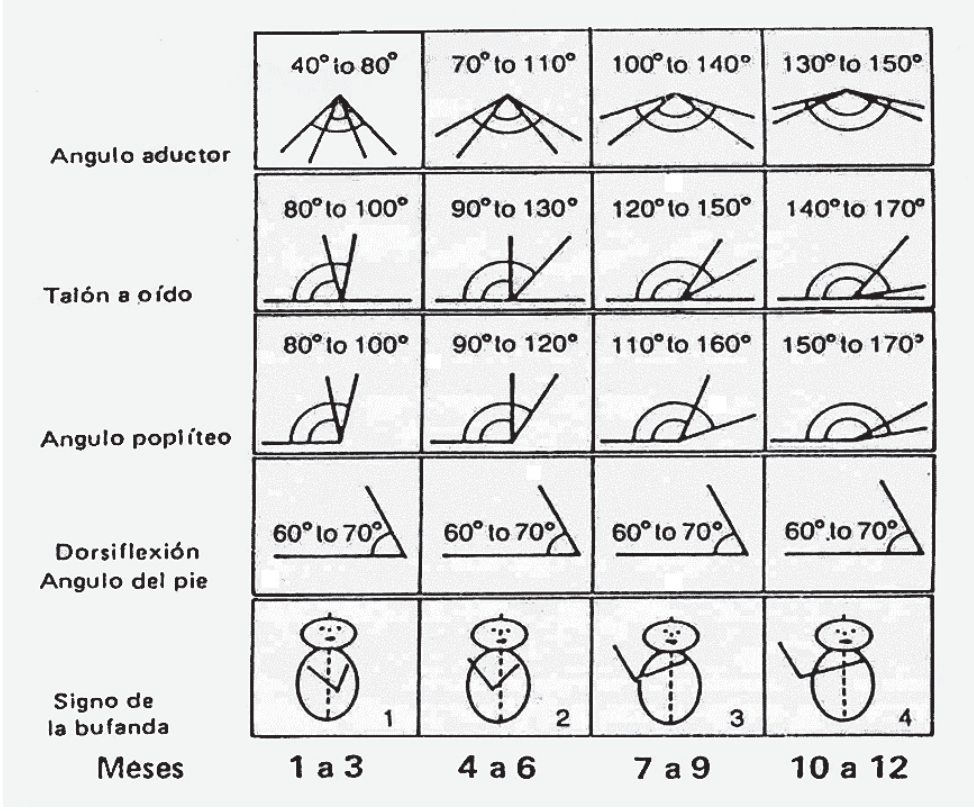
- Angulo de 50º en un niño de 2 meses



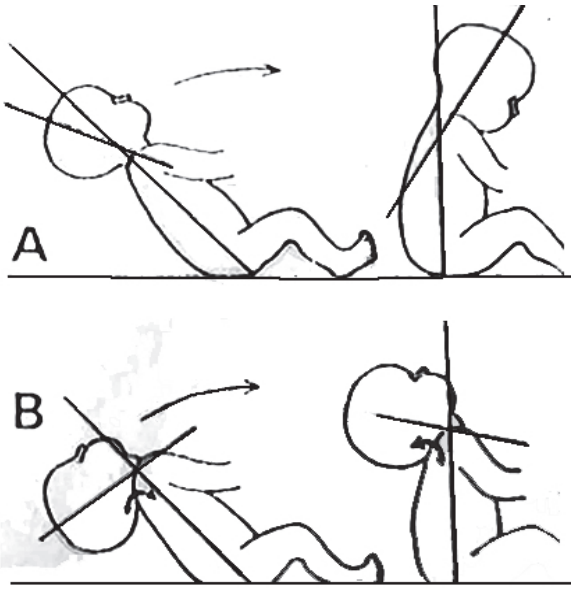
Maniobra de la bufanda:

sostener con una mano al niño en posición semisentado, tomando apoyo el codo del examinador sobre la camilla.Tomar una mano del niño y llevar su brazo hacia el hombro opusto, pasando por delante del pecho tan lejos como sea posible. observar la posición del codo del niño con respecto al ombligo.





- **Tono activo:** tensión muscular asociada a los movimientos voluntarios y espontáneos, involucra a la actividad motora. Evalúa la fuerza muscular, asociada con los movimientos y cambios posturales. (enderezamiento de la cabeza y tronco anti gravitatorio)
- Valoración de flexores del cuello en posición sentada **(A).**
- Valoración de extensores del cuello al llevar de posición sentada hacia atrás **(B)**.



- Movimientos generales: los movimientos generales (MGs) son movimientos espontáneos, complejos, que involucran a todo el cuerpo en una secuencia variable de movimientos de brazos, piernas, cuello y tronco.
- Se observa al recién nacido valorando la complejidad, variabilidad, suavidad y fluidez de los MGs, desde el nacimiento hasta las 20 semanas de postérmino.

Prechtl clasificó los movimientos anormales,[6] según sus características, desde el período fetal hasta la novena semana posparto.

- **Pobre repertorio**: patrones motores con una secuencia monótona y una complejidad diferente a la habitual.
- **Espasmódicos-sincrónicos**: movimientos rígidos que no fluyen y no tienen la elegancia y complejidad que son características de los patrones normales. Los músculos de las extremidades y del tronco se contraen y relajan en bloque, casi simultáneamente.
- **Caóticos**: movimientos de gran amplitud, desprovistos de la fluidez y elegancia de los patrones motores regulares. Ocurren de forma caótica sin orden ni suavidad.

Cuadro 3. Escalas de *screening*

Test	Origen	Edad	Duración	Resultado
CAT / CLAMS (*Clinical Adaptive Test /Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale*)	USA	1 – 36 meses	15 – 20 min.	Normal: ≥ 85. Sospechoso: entre 70 y 84. Retraso: ≤ 69
EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor). Rodríguez Arancibia.	Chile	0-24meses	7-15 minutos	Normal ≥ 85 puntos Riesgo :entre 75 y 84 puntos Retraso 74
TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor)	Chile	2-5 años	30-40 min	Normal: ≥ 40 puntos. Riesgo: entre 30 y 39 puntos. Retraso: ≤ 29 puntos.
PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa)	Argentina	0-6 años	15 min	Perfil de desarrollo
TADI (Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil)	Chile	3m-6años	20-30 min	Avanzado: ≥ 60 Normal: 40-59 Riesgo:30-39 Reraso: ≤29
EAIS (Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz)	Argentino	6m-30m	Aproximadamente 10 minutos en niños de hasta 14 meses, 20 minutos con niños más grandes.	Permite evaluar el comportamiento de nuestros lactantes en el área del desarrollo cognoscitivo https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n4a07.pdf

Cuadro 4 Escalas diagnósticas

Bayley-III	USA	0-42m	40-70 min según la edad	Muy superior: ≥130 Superior: 120-129 Promedio alto:110-119 Promedio:90-109 Promedio bajo:80-89 Limítrofe:70-79 Extremadamente bajo: ≤ 69
WPPSI-III *(Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence)*	USA	4-7años	1h y 50 min	Muy superior = CI ≥130 Superior = CI 120-129 Normal brillante = CI 110-119 Normal = CI 90-109 Normal lento = CI 80-89 Fronterizo = CI 70-79 Deficiente mental ≤ 69
WISC-III (*Wechsler Intelligence Scale for Children*)	USA	6 a 16 años y 11 meses	60-85 min	Muy superior = CI ≥130 Superior = CI 120-129 Normal brillante = CI 110-119 Normal = CI 90-109 Normal lento = CI 80-89 Fronterizo = CI 70-79 Deficiente mental ≤ 69

Los **movimientos de ajetreo anormales** se catalogan como movimientos de ajetreo ausentes y movimientos de ajetreo patológicos.

- **Movimientos de ajetreo patológicos**: movimientos con una amplitud, velocidad, y aceleración claramente aumentada.
- **Ausencia de movimientos de ajetreo:** No se observan movimientos de ajetreo.

Evaluación del desarrollo

Primero **no minimizar** la preocupación de los padres o de los cuidadores.

El juicio clínico del pediatra logra detectar para intervención temprana, menos del 30 al 50% [7] La evaluación se completa por medio de la utilización de escalas estandarizadas o cuestionarios.

El pediatra no necesita estar capacitado especialmente en la toma de escalas, pero si va a tomarlas debe saber usarlas, haber pasado por un período de supervisión, para estar seguro que mide lo que quiere medir.

Las escalas son herramientas y como tales no deben ser usadas sin la capacitacion adecuada

Existen escalas de *Screening* y escalas diagnósticas (ver **Cuadros 3 y 4**)

Cuestionarios para padres [7])[8]

- ASQ-3
  Herramienta de monitoreo que la Academia Americana de Pediatría sugiere utilizar, por lo menos, a los 9-18-24 -30 meses.
  Detección de autismo a los 18 y 36 meses.
- Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) [9] muy útil para el pediatra en el primer nivel, para hacer un tamizaje y solicitar la derivación oportuna al especialista en el caso de tener un signo de alerta (ver página siguiente).
  Diseñado y validado en nuestro país para acompañar el proceso de desarrollo infantil de los niños de 0- 3 años en la consulta pediátrica.

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/iodi-instrumento-de-observacion-del-desarrollo-infantil

Disponible en forma gratuita en internet, no requiere capacitación previa, establece banderas rojas y estandariza las evaluaciones. Se puede tener una copia plastificada en el consultorio y utilizarla con varios pacientes, siendo muy económica su implementación.

Pero NO se debe esperar al diagnóstico para INTERVENIR

Instrumento de observacion del desarrollo infantil (IODI)

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:

REFERENCIAS:
O: observado **P:** preguntado y logrado
N: no logrado en la observación o pregunta **Vacío:** no se pudo evaluar

E		INDICADORES	1° T			2° T			3° T			4° T			1 a.		2 a.	3 a.
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
TODOS	1	El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE																
	2	El cuidador lo mira cuando le habla SE																
	3	Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE																
1° T	4	Se calma cuando lo alza su cuidador SE																
	5	Reacciona a un sonido/voz C																
	6	Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE																
	7	Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE																
	8	Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE																
	9	Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC																
	10	Emite sonidos /gorjeo C																
2° T	11	Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M																
	12	Interactúa con el adulto(busca con la mirada/sonríe/grita) SE																
	13	Lleva las manos a la línea media CVMC																
	14	Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC																
	15	Intenta tomar un objeto CVMC																
	16	Intenta ponerse de costado CVMC																
3° T	17	Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC																
	18	Participa del juego de las escondida - "acá está" SE																
	19	Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE																
	20	Se sienta solo sin apoyo M																
	21	Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE																
	22	Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata) C																
	23	Se desplaza (repta o gatea) M																
	24	Se para solo, con apoyo M																

O: Observado **N: No logrado en la observación o pregunta**
P: Preguntado y logrado **Vacío: Si no se pudo evaluar**

- En caso de consignar **N**, hacerlo solamente al llegar a la última casilla verde (o gris muy claro).
- En caso de consignar **P**, es importante corroborarlo por medio de la observación en las consultas subsiguientes.
- Observar los ítems de desarrollo que corresponden al período actual del niño. Si no se observan las conductas esperables para esa edad, indagar en los ítems del período anterior.

Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren de importancia. Los números de los ítems tienen como objetivo facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo la explicación de cada uno, con su correspondiente bibliografía.

Este instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

1. Permite **valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextuada** que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.

Evaluación de los sentidos

1. Visión: [4]

En la internación se inicia la evaluación del fondo de ojo (FO) y se continúa hasta lograr la vascularización periférica completa (VPC); puede ser que el control se haga dentro de la neo o en forma ambulatoria. De aquí la importancia de tener el dato del último control del FO con VPC. Después a los 6- 12 meses descartar vicios de refracción. Examen oftalmológico completo a los 3 años y antes del ingreso escolar (FO, vicios de refracción y agudeza visual).

2. Audición [4]

OEA (otoemisiones)

ABR (PEAT–Potencial Evocado Auditivo de Tronco–, con click de tamizaje auditivo) 3er y el 6to mes de edad corregida.

Continúa el seguimiento durante los primeros 3 años con timpanometría, audiometría, impedanciometría.

Ley 15052 permite derivar directamente a fonoaudiología para realizar evaluación auditiva completa.

Guía de Práctica Clínica para el Seguimiento de niñas y niños con antecedente de prematurez al nacer. ED 2023 Msal NAC.Arg

Seguimiento / Esquema de seguimiento oftalmológico

Cuadro 7: Contenido y oportunidad de los controles de seguimiento oftalmológico.

Condición de salud de base	Control al alta	Estimulación visual	CONTROLES POST ALTA								
			6 meses (3)	12 meses (3)	18 meses (3)	24 meses (3)	3 años (4)	4 años (4)	5 años (4)	6 años (4)	7 años (4)
Bebé pretérmino SIN ROP (1)	Hasta completar vascularización (5)	A partir de los 6 meses, si TFS (*) o TMP (**) alterados.	■	■		■	■		■		■
Bebé pretérmino ROP SIN TRATAMIENTO (1) (no necesita)	Hasta desaparición completa de la ROP y completar la vascularización (5)	A partir de los 6 meses, si TFS o TMP alterados.	■	■		■	■		■		■
Bebé pretérmino ROP TRATADA CON AAG (2)	Hasta completar la vascularización (5)	Siempre (al alta de la internación).	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bebé pretérmino ROP TRATADA CON LÁSER (2)	Hasta involución del cordón y pigmentación de la zona avascular (5)	Siempre (al alta de la internación)	■	■	■	■	■	■	■	■	■

(*) TFS: Test de Fijación y Seguimiento (**) TMP: Test de Mirada Preferencial ■ Realizar control

a. Los controles a partir de los 6 meses son sugeridos para todo niño o niña de término, siempre y cuando estos sean normales. Pueden ser más frecuentes si se detectara alguna patología.
b. Estos controles sugeridos deben ser considerados como "mínimos" y pueden ser más frecuentes en caso de detectarse alguna ametropía o estrabismo.
c. El examen debe incluir: Test de Fijación y Seguimiento (TFS) o Test de Mirada Preferencial (TMP) –aunque por lo general se usa el PFS–; examen de alineación ocular; refracción con dilatación; y fondo de ojo con pupilas dilatadas y oftalmoscopio binocular indirecto (OBI).
d. El examen debe incluir: Agudeza visual con dibujos o letras según las pueda reconocer; examen de alineación ocular; refracción con dilatación y fondo de ojo con pupilas dilatadas y OBI.
e. El examen ser reaaliza con dilatación pupilar y OBI.

Guía de Práctica Clínica para el Seguimiento de niñas y niños con antecedente de prematurez al nacer ED 2023 Msal NAC.Arg

Seguimiento / Esquema de seguimiento audiológico

Cuadro 8: Contenido y oportunidad de los controles de seguimiento audiológico.

Factor de alto riesgo de pérdida auditiva en RN prematuros	Antes del alta o, a más tardar, antes del mes post alta, con turno programado	Si NO PASA	Control durante el seguimiento: Si PASA la primera evaluación, realizar:	Frecuencia de monitoreo SI es superada la primera evaluación auditiva
Estadía en la UCIN por 5 días o más.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.	a los 9 meses, OEAS + PEAA/PEAT con umbrales.	Según la preocupación que pueda manifestarse en la vigilancia de las habilidades auditivas o hitos del desarrollo. Con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciametría. (***)
Hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión de la duración de la estancia, o con niveles más altos que 20 mg.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.		
Administración de medicamentos ototóxicos por un período mayor a 5 días.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.		
Peso al nacer menor a 1500 g o bajo peso para la EG.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.		
Asfixia y encefalopatía isquémica hipóxica.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.		
ARM por un período mayor a 5 días.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.	a los 6 meses, OEAS + PEAA/PEAT con umbrales.	Cada 12 meses hasta la edad escolar o en intervalos más cortos, según la preocupación que pueda manifestarse en una vigilancia continua con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría.

Factor de alto riesgo de pérdida auditiva en RN prematuros	Antes del alta o, a más tardar, antes del mes post alta, con turno programado	Si NO PASA	Control durante el seguimiento: Si PASA la primera evaluación, realizar:	Frecuencia de monitoreo SI es superada la primera evaluación auditiva
Infecciones IU (herpes, rubeola, sífilis, toxoplasmosis, VIH, Chagas). (Pueden tener aparición progresiva o tardía.)	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.	a los 9 meses.	A partir de las preocupaciones que puedan manifestarse en una vigilancia continua con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría. (***)
Infección de Citomegalovirus IU. (Puede tener aparición progresiva o tardía.)	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.	a los 3 meses.	Cada 12 meses a partir de los 2 años o en intervalos más cortos con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría. (***)
Madre positiva con Zika. Madre y bebé con evidencia en laboratorio de Zika. Con o sin hallazgos clínicos de Zika en el bebé.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	Algoritmo 3 (*) y 6 (**) meses.	a los 4-6 meses.	A partir de las preocupaciones que puedan manifestarse, con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría. (***)
Ciertas condiciones de nacimiento o hallazgos: malformación cráneo-facial, que incluye: microtia/atresia, displasia del oído, fisura labio-alvéolo-palatina, mechón blanco y micro oftalmia, microcefalia congénita, hidrocefalia congénita o adquirida, anomalías del hueso temporal.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	a los 9 meses.	Según las preocupaciones que se manifiesten en la vigilancia continua de las habilidades auditivas e hitos del habla con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría.
Síndromes asociados con pérdida auditiva (hay más de 400 descriptos)	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	OEA + PEAA/PEAT con umbrales.	a los 9 meses.	De acuerdo con la historia natural del síndrome y sus implicancias, con técnicas de audiometría tonal y tímpano-impedanciometría.

PEAT (en inglés ABR): Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Encefálico. OEA (en inglés OAE): Otoemisiones Acústicas. PEAA (en inglés, AABR): Potenciales Evocados Auditivos Automáticos.

(*) Detección de la audición dentro del primer mes, debe completar las evaluaciones antes de los 3 meses, para confirmar el estado auditivo (ver intervenciones). Si a los 3 meses PASÓ, controlar a los 9 meses.

(**) CONTROLAR a los 6 meses, diagnosticada la hipoacusia, contactarse lo antes posible con el Servicio de Intervención Temprana y ORL, para comenzar con la estimulación y equipamiento.

(***) La preocupación de los padres o cuidadores siempre debe motivar una evaluación adicional.

Detección de problemas conductuales

Alteraciones en la autorregulación y problemas en la interacción con su familia

Déficit de atención, trastornos del espectro autista, timidez, ansiedad, depresión. Es importante la evaluación por salud mental y psicopedagogía.

4. Laboratorio

Buscamos:

- Déficit de hierro, anemia.
- EMO Osteopenia
- Hipoproteinemia

Rutina de prematuro: hemograma con reticulocitos, calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina, proteínas totales, de ser posible proteinograma, hepatograma, ionograma si es pequeño y no logra aumentar de peso.

En general todos los prematuros salen de la internación con un laboratorio previo al alta. Según los valores que arrojan estos laboratorios y el crecimiento se evaluara la necesidad de repetir los laboratorios en la 2da o 4ta semana post alta

Luego: **no se pide todos los meses**. Se evalúa según el laboratorio previo, el actual y el crecimiento.

Si estoy controlando anemia puedo agregar ferritina.

El déficit de hierro da crecimiento pobre, problemas gastrointestinales, disfunción tiroidea, alteración en la inmunidad, inestabilidad en la temperatura, efectos en el cerebro en desarrollo, anemia (Hb ≤10 g/dL es un signo tardío.)

Antes de suspender el suplemento hay que conocer los niveles de hemoglobina (Hb) y ferritina.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:28-44

Valores de ferritina por debajo de 15 mcg/dl habla de déficit de hierro

Lo ideal: valor superior a 30.

Anemia neonatal

Hematocrito central < 45% o Hb < 15 g/dl o valores por debajo de 2 DS por debajo de la media para la edad en la primera semana de vida, posteriormente el diagnóstico se basa en los valores aceptados según edad gestacional y edad postnatal.

Valores normales de hemoglobina en la etapa neonatal

Semana	RNT	RNP(1,2-2,5Kg)	RNP(<1,2Kg)
0	17,0(14,0-20,0)	16,4(13,5-19,0)	16,0(13,0-18,0)
1	18,8	16,0	14,8
3	15,9	13,5	13,4
6	12,7	10,7	9,7
10	11,4	9,8	8,5
20	12,0	10,4	9,0
50	12,0	11,5	11,0
Hb mínima(media)	10,3(9,5-11,0)	9,0(8,0-10,0)	7,1(6,5-9,0)
Edad del nadir	**6-12semanas**	**5-10semanas**	**4-8semanas**

De H. W. Taeusch, R.A. Ballard, C.A. Gleason. Avery's diseases of the newborn. Filadelfia: Saunders, 2004.

RNT: recién nacido a término. **RNP**: recién nacido pretérmino.

Valores de hemoglobina, hematocrito (HTO), volumen corpuscular medio (vcm) y reticulocitos según edad gestacional y posnatal

EDAD	VALORES NORMALES			
	HB (G/DL)	HTO (%)	VCM (U3)	RETICULOCITOS
EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS				
18-20	11,5+/-0,8	36+/-3	134+/-8,8	NA
21-22	12,3+/-0,9	39+/-3	130+/-2	NA
23-25	12,4+/-0,8	39+/-2	126+/-6,2	NA
26-27	19,0+/-2,5	62+/-8	132+/-14,4	9,6+/-3,2
28-29	19,3+/-1,8	60+/-7	131+/-13,5	7,5+/-2,5
30-31	19,1+/-2,2	60+/-8	127+/-12,7	5,8+/-2,0
32-33	18,5+/-2,0	60+/-8	123+/-15,7	5,0+/-1,9
34-35	19,6+/-2,1	61+/-7	122+/-10,0	3,9+/-1,6
36-37	19,2+/-1,7	64+/-7	121+/-12,5	4,2+/-1,8
38-40	19,3+/-2,2	61+/-7	119+/-9,4	3,2+/-1,4

EDAD	VALORES NORMALES			
	HB (G/DL)	HTO (%)	VCM (U3)	RETICULOCITOS
EDAD POSNATAL EN SEMANAS				
1-2	17,3+/-2,3	54+/-8	112+/-19,0	0,5+/-0,3
2-3	15,6+/-2,6	46+/-7	111+/-8,2	0,8+/-0,6
3-4	14,2+/-2,1	43+/-6	105+/-7,5	0,6+/-0,3
4-5	12,7+/-1,6	36+/-5	105+/-12	1,2+/-0,7
5-6	11,9+/-1,5	36+/-6	102+/-10,2	1,0+/-0,7
6-7	12,0+/-1,5	36+/-5	105+/-12	1,2+/-0,7
7-8	11,1+/-1,1	33+/-4	100+/-13	1,5+/-0,7

EDAD	VALORES NORMALES			
	HB (G/DL)	HTO (%)	VCM (U3)	RETICULOCITOS
EDAD POSNATAL EN SEMANAS				
8-9	10,7+/-0,9	31+/-3	93+/-12	1,9+/-1,0
9-10	11,2+/-0,9	32+/-3	91+/-9,3	1,2+/-0,6
10-11	11,4+/-0,9	34+/-2	91+/-7,7	1,2+/-0,7
11-12	11,3+/-0,9	33+/-3	88+/-7,9	0,7+/-0,3

Adaptado de Bizarro MJ, Colson E, Ehrenkranz RA: Diagnóstico y manejo de anemia en el neonato. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 2004;51 (ref #6).

5. Nutrición

1. Lactancia materna

Apoyar, supervisar e insistir con la lactancia materna.

Averiguar si hay problemas de alimentación.

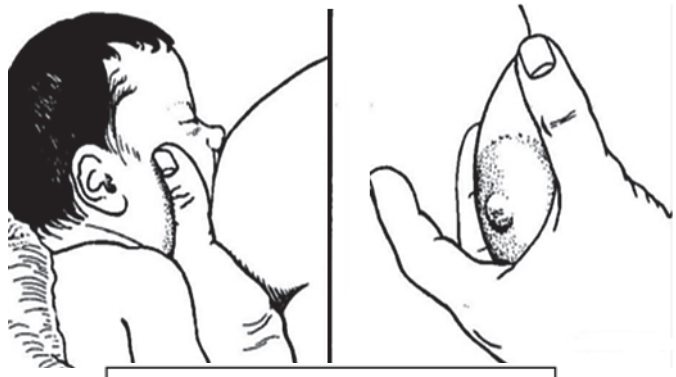
Registrar como se alimenta el niño (aversiones orales, necesidad de SOG, etc.).

Complemento de leche de prematuro, si es necesario, en menores de 1500 gr al nacer. Elegiblemente la menor cantidad necesaria con la menor frecuencia posible y durante el día, tratando de dar solo lactancia materna durante la noche.

Estimular el contacto piel a piel.

Posición de Dancer para facilitar la succión a prematuros pequeños.

Se sugiere la incorporación de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad corregida, considerando el desarrollo motor y la presencia de un mecanismo deglutorio seguro y supervisado.[4]



Con una mano se sujeta al recién nacido por el cuello y los hombros.

Con la otra sujeta el pecho "en bandeja", así como la barbilla y mandíbula del bebé mientras mama, sujetando el pecho con la palma de la mano y con los dedos medio, anular y meñique.

2. Suplementos

a. Sulfato ferroso, profilaxis [13]

PreT (1500 - 2500 g): 2 mg/kg/día, comenzando antes del 2º mes de vida.

PreT (750 - 1500 g): 3-4 mg/kg/día, comenzando después de las 2 semanas de vida.

PreT (<750 g): 5-6 mg/kg/día, comenzando después de las 2 semanas de vida.

Hasta los 12-18 meses de edad.

El hierro profiláctico puede administrarse como gotas de sulfato ferroso, fórmula de prematuros o LH fortificada.

Los niños que reciben EPO deben ser suplementados con dosis mayores de hierro (5 mg/kg mientras reciba EPO y luego disminuir a 2-4 mg/kg hasta el año y agregarles ácido fólico 60 mcg/kg/día mientras reciba EPO y luego suplementar por 3 meses).

Grupo	Dosis	Inicio	Duración
RN de término	1 mg/kg/día	2 meses	Hasta los 12 meses
RN pretérmino (1500-2000 g)	2 mg/kg/día	1 mes	Hasta los 18 meses
RN pretérmino (750-1500 g)	3-4 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 18 meses
RN pretérmino (< 750 g)	5-6 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 18 meses
RN con bajo peso de nacimiento	1-2 mg/kg/día	Durante el primer mes	Hasta los 12-18 meses

Ácido fólico, Vit. D, Vit. ADC, Vit. B12[13,14], Calcio, Fosforo

Ácido fólico: Después del nacimiento los niveles séricos y eritrocitarios disminuyen rápidamente, llegando a ser deficitario entre 1-3 meses de edad, con un déficit subclínico en un 68% de los prematuros menores de 1500g

Dosis de ácido fólico: requerimientos 35-100mc/kg

A partir del mes 0,1 mg. vía oral

En pretretérmino otro esquema es 15mcg/kg/día

En enfermedades hemolíticas o infecciones graves suplementar con ácido fólico

Suplementar con **B12** en madres veganas

Vitaminas: ADC a todos 400U/l

Vit. D extra si lo necesita por laboratorio, 400UI/d más por día hasta 1000 (diuréticos, corticoides prolongados, etc.)

La revisión sistemática mostró que niveles prenatales de vitamina D <50 nmol/L se asocian frecuentemente a un peor desarrollo mental, motor y del lenguaje de los hijos, en comparación con las madres, con concentraciones ≥50 nmol/L. [10,11,12]

Clasificación según niveles de vit D-Holick

Deficiencia	< de 20 ng/ml
Insuficiencia	entre 20-30 ng/ml
Suficiencia	entre 31-80 ng/ml
Exceso	> 100 ng/ml
Intoxicación	> 150 ng/ml

Vit D: Objetivo: obtener valor esperado en sangre.

Se debe aportar lo que necesita.

Si Ca sérico esta aumentado: buscar Ca u (calcio urinario) y creatinina en una muestra aislada, en muestra de 24 hs y hacer la relación Cau/creat.

Si la relación Ca/cr <0.5 o Ca u en 24 hs <5 mg/kg/d se pueden tolerar calcemias de hasta 10.5-10.9.

Si la Fal (fosfatasa alcalina), es mayor o igual a 1800 y P es mayor de 7, probablemente necesite más vit D.

Si se puede medir la vit D es mejor. De lo contrario le pueden subir a 2000 a 5000 U/d y ver el descenso de la Fal en 4 semanas.

Si es **fósforo** es bajo en el laboratorio se puede aportar fósforo en forma de mono-difosfato de sodio en solución oral (la preparación tiene una concentración de 16 mg/ml)

Chequear con Rx buscando raquitismo.

Aportes enterales recomendados

	Ca (mg/kg/d)	P mg/kg/d	VitD (U/d)
Tsang et al, 2005	100-220	60-140	150-400
Klein, J Nutr 2002	150-220	100-130	130-350
Agostoni, ESPGHAN, 2010	120-140	65-90	800-1000
AAP, 2015	150-220	75-140	200-400

Recomendaciones de energía, proteína, calcio y fósfor, según edad gestacional

	Micropre-maturo <29 sem	Prematuro 29-34 sem	Pretérmino tardío 34-38 sem	Posalta	Término > 38 sem
Energía (Kcal/kg)	120-140	110-130	110-130	105-125	90-110
Proteínas (g/kg)	3,5-4,5*	3,5-4,2	3,0-3,6	2,8-3,2	1,5-2,3
Calcio (mg/kg)	120-180	120-160	70-140	100-120	80-100
Fósforo (mg/kg)	60-90	60-90	35-90	35-75	35-75

* Dependiendo de la necesidad de crecimiento compensatorio.
Fuente: Tudehope D, Fewtrell M, Kashyap S, Udaeta E. Nutritional needs of the micropre-term infant. J Pediatrics 2013; 162(3 Suppl):S72-80.

4. Vacunas

Según edad cronológica (4,15)

Menos respuesta inmune, pero llega a un nivel protector.

Inyectar en la cara antero lateral del muslo.

En **menores de 1500 dar vacunas acelulares en los primeros meses**, por el riesgo de apnea pos vacuna, con administración previa de paracetamol (recomendación).

Menores de 2 kg una dosis extra de **Hepatitis B** 0-2-4-6m.

Vacunación preventiva a los **contactos con antigripal y acelular adultos**.

Palivizumav en época de riesgo para VSR, 1 vez por mes de abril a septiembre (según lineamientos del Ministerio de Salud).[35]

¿Por qué hacer foco en los prematuros para la vigilancia?

Los recién nacidos prematuros tienen mayor riesgo de tener discapacidades comparados con los RNT (4:1).[16]

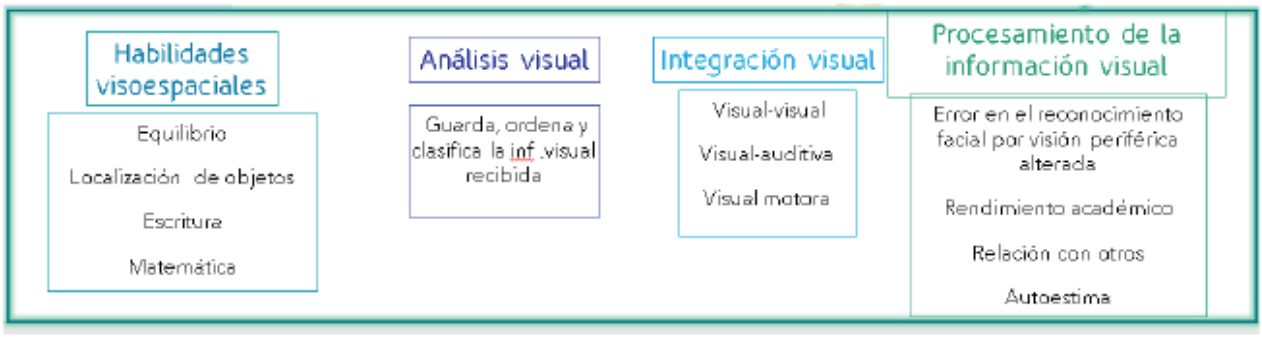
Estos problemas comprometen distintas dimensiones: área motora, memoria, sensorial, atención, trastornos de la conducta y dificulta el aprendizaje escolar.

Detectar en forma temprana nos permite poder indicar intervenciones de manera oportuna. No por ser prematuro requiere estimulación temprana, kinesiología, terapia ocupacional, psicomotricidad.

La idea es hacer un traje a medida para cada niño. Indicar lo que el niño necesita.

Mayor riesgo de desarrollo atípico y visual que la población general. ROP 5% de los RN <32 sem; 10%-8,9% <1500g. Mayor riesgo de ceguera, miopía, hipermetropía (25% en los menores de 28 sem).[18]

Estrabismo 14% <28 sem (2% RNT) Miopía 61%. Astigmatismo (50-35 % entre 6m y 10 años en <35 sem.)



Anisometropía (4:1) Nistagmo.

Por otro lado, los pacientes con ROP severa tienen riesgo de padecer: (61,53%) Miopía, (53%) estrabismo, (38%) nistagmo, glaucoma, desprendimiento de retina (<10%)

Todo esto genera: baja visión, campos visuales reducidos, visión del color alterada, sensibilidad al contraste alterada.

Déficit en el procesamiento visual cortical. Impactando en distintas habilidades que van a afectar el desarrollo cognitivo y emocional.

Los prematuros extremos tienen mayor riesgo de morir en los primeros dos años de la vida.[19]

¿Y los prematuros tardíos?

Conforman el 70-74 % de los nacimientos prematuros.[20]

Las últimas semanas de la gestación son críticas para el desarrollo integral del cerebro y del pulmón fetal.

De las 34 a las 40 semanas no solo aumenta el peso del cerebro, sino que es también un periodo crítico en la maduración de la estructura del mismo. [21,22]

Esto afecta desarrollo neurológico a los 2, 5½ y 10 años.[27,28,29]

Los prematuros tardíos tienen mayor morbimortalidad que un recién nacido de término (RNT).[23,24]

- En período neonatal inmediato: más riesgo de: hipoglucemias, apneas, sepsis, distrés respiratorio (SDR), taquipnea transitoria (TT) 3 veces más que RNT, neumonía, dificultad en la lactancia, deshidratación, ictericias, hipotermia.
- Riesgo de morbimortalidad: 36 semanas, 5 veces más; 34 semanas 20 veces más.
- Al alta mayores tasas de re hospitalización (3 veces más) y consulta a los servicios de urgencias, mayor riesgo de infecciones, de problemas respiratorios y de trastornos del neurodesarrollo.
- Tono bronquial incrementado y menor elasticidad pulmonar (alveolización diferente, interrumpida) con mayor resistencia pulmonar.[25]
- Riesgo de talla baja dos veces mayor a los 3 años (4,5 veces si fueron bajo peso para EG). Más riesgo de enfermedad metabólica, obesidad, hipertensión y DBT en la edad adulta. TA en la adolescencia 1 punto más alta promedio que las de sus pares de termino.[26]
- Déficit cognitivo: dificultades de regulación cognitiva y emocional que afectan a su funcionamiento en la edad escolar (2,35 veces más riesgo).
- Déficit de aprendizaje: RR de 1,12 de resultados escolares pobres, riesgo 1,3-2,8 veces mayor de necesitar educación especial, peores resultados en las áreas de lectura comprensiva y matemáticas a los 6 años.
- Trastornos del comportamiento y psiquiátricos: mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia, trastornos psicológicos, conductuales y emocionales, de autismo, de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (aumenta con la disminución de las semanas de gestación).
- Puntuaciones más bajas en la memoria episódica, el funcionamiento ejecutivo y el funcionamiento neurocognitivo general en la vida adulta.[30,31,32]
- La visión y la audición deben ser evaluadas acorde al protocolo que indiquen los especialistas y según el grado de riesgo. Lo mismo con respecto a la capacidad de comunicación y signos de alarma en el desarrollo del lenguaje. Recordar que la vascularización oftálmica se completa aproximadamente a las 45 sem.[33]

Dar pautas de lactancia al pecho específicas. Animar a la madre a efectuarse extracción de leche y suplementar al neonato con su propia leche si es necesario. Suplementar con fórmula como último recurso. Recomendar el contacto piel a piel en casa (fomenta la lactancia materna, la salud y el bienestar del RN y de sus padres).[34]

La somnolencia y la menor fuerza muscular interfieren en el agarre al pecho materno, prolongando el tiempo de alimentación con intervalos cortos entre cada toma. Las dificultades en la lactancia se han identificado como la primera causa de retraso en el egreso hospitalario y de reingreso. Evaluar la presencia de dificultades en la capacidad de succión-deglución-respiración. Se recomienda la citación precoz luego del alta para evaluar la situación nutricional.[26]

Cronograma de seguimiento

Los cronogramas ayudan en la consulta en atención primaria ya que permiten chequear rápidamente los puntos que deben quedar evaluados

Guía de Práctica Clínica para el Seguimiento de niñas y niños con antecedente de prematurez al nacer. ED 2023 Msal NAC.Arg

Seguimiento / Esquema de seguimiento general

Cuadro 5: Contenido de los controles de seguimiento desde el nacimiento hasta los 2 años

ACTIVIDADES	48-72 hs.	1ª sem. PE	3ª sem. PE	4ª sem. PE	1° mes EC	2° mes EC	3° mes EC	4° mes EC	5° mes EC	6° mes EC	7° mes EC	8° mes EC	9° mes EC	10° mes EC	11° mes EC	12° mes EC	15° mes EC	18° mes EC	21° mes EC	24° mes EC
Control clínico (a): Primer control no más allá de los 3 días del egreso. Adecuar los controles según la evolución antropométrica y las condiciones clínicas del bebé. En todas las consultas, verificar el cumplimiento de los controles o evaluaciones interdisciplinarias.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación neurológica (b)					■															
Ecografía cerebral (c)				■																
Evaluación del neurodesarrollo (d) según el nivel de atención					■		■			■			■			■		■		■
Hematimetría y química sanguínea (e)					■					■										

a. El control clínico incluye: control antropométrico, verificación del Carnet de Vacunación, controles interdisciplinarios, alimentación y medicación. En todas las consultas, preguntar sobre hitos del desarrollo.
b. En niños o niñas con prematurez menor o igual a 1.500 g, o ≤ 32 semanas, o con curso neonatal complejo, según protocolo del especialista.
c. Reprogramar ecografía cerebral u otra neuroimagen, según evolución.
d. Ante la sospecha o signo de alarma sobre una posible alteración del desarrollo, realizar la IC con Pediatra del Desarrollo, o con el especialista aque corresponda. Si a los 18 meses surge alguna duda o sospecha, citar a los 21 meses.
e. Realizar según necesidad de cada paciente, sin ajustarse únicamente a las recomendaciones.

Seguimiento / Esquema de seguimiento general (3 a 7 años)

Cuadro 6: Contenido de los controles de seguimiento entre los 3 y 7 años

ACTIVIDADES	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años
Control clínico (a): **Adecuar los controles** según la evolución antropométrica y las condiciones clínicas del bebé. En todas las consultas, verificar el cumplimiento de los controles o evaluaciones interdisciplinarias.	■	■	■	■	■
Evaluación del neurodesarrollo (d) según el nivel de atención	■	■	■	■	■

■ Realizar control con el Equipo de Seguimiento ■ Realizar el seguimiento con el Primer Nivel de Atención o pediatra, de manera articulada con el Equipo específico.

a. El control clínico incluye: control antropométrico, verificación del Carnet de Vacunación, controles interdisciplinarios, alimentación y medicación. En todas las consultas preguntar indagar acerca de Hitos del desarrollo.

b. Ante sospecha o signo de alarma sobre posible alteración del desarrollo, realizar una interconsulta con un/a Pediatra del Desarrollo, o con la especialidad que corresponda.

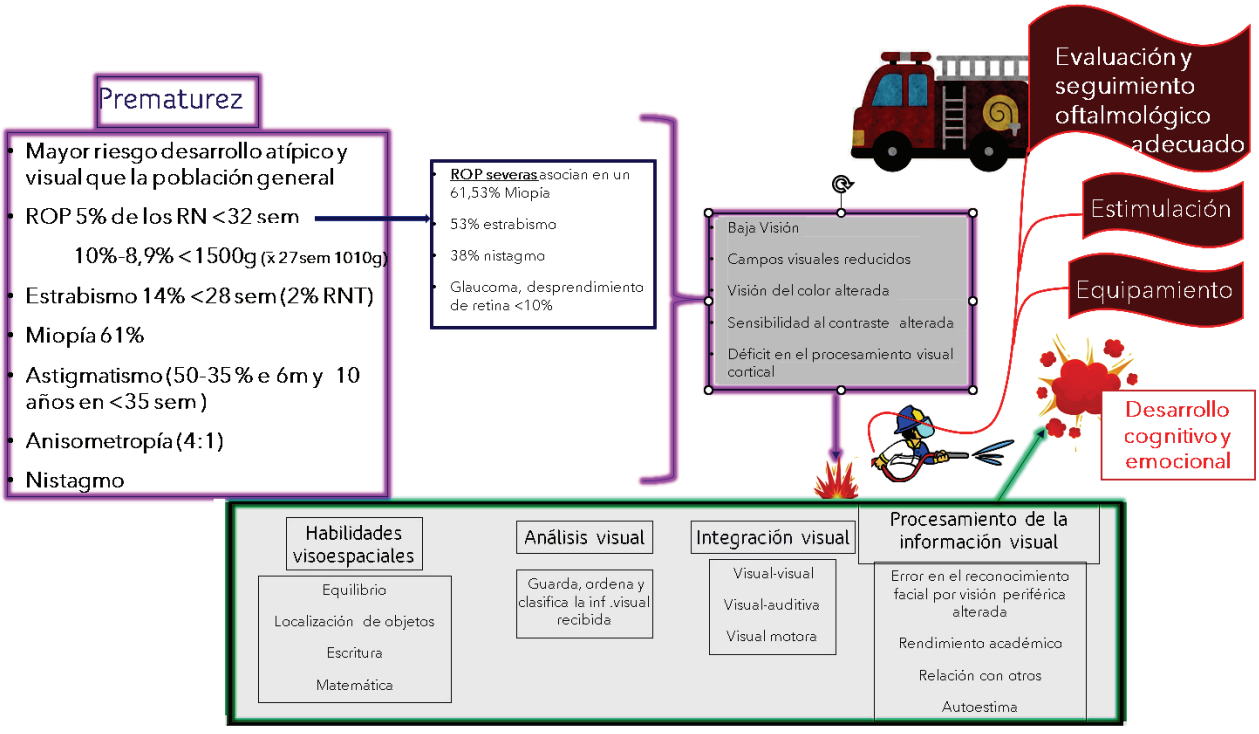
Cronograma de atención

Organigrama	1era sem.	3 a 4 meses	6 a 8 meses	1 año	15 a 18 meses	2 años	3 años	4 a 5 años	6 a 8 años	12 a 14 a.
Salud general	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Crecimiento	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Alimentación	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Respiratorio /cardiológico[1]	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
TA		+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Vacunas	x	x	x	x	x				x	x
Neurológico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Tono asimetrías	+	++	+++	+++	++	++	++	++	++	++
Habilidades motoras	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++
Neurodesarrollo/cognición		+	+	+	++	++	++	+++	+++	+++
Lenguaje	+	++	+++*	+++*	+++*	+++*	+++	+++	+++	++
Conducta	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Habilidades sociales	+	+	++*	+++*	+++*	+++*	+++*	+++	+++	+++
Endócrino metabólico [2]									x	x
Funcionamiento familiar	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Audición	OEA		PEAT							
Visión	FO		FO		FO VR		FO VR AV		FO VR AV	FO VR AV
Anemia	x		X		X					
Osteopenia	x		x		x					
PPN	x									
Eco cerebral	x									
Odontología						x	x	x	x	x

* Relevante de los desordenes del espectro autista,
+/+++ importancia relativa,
OEA: Otoemisiones Acústicas,
PEAT: potenciales evocados auditivos con búsqueda de umbral,
FO: Fondo de ojo,
PPN: Pesquisa perinatal

(Adaptado de Doyle et al. *BMC* Pediatrics 2014, 14:279 Pág. 2 de 15.)

Prematurez - Visión



en intervalos de edad. Es conveniente tener alguno impreso en el consultorio para poder hacer la consulta cuando se atiende a un prematuro

BIBLIOGRAFÍA

1. www.deismsal/ Estadisticas vitales 2021 Edit feb 2023
2. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
3. http://bancos.salud.gob.ar/recurso/estandares-internacionales-para-la-evaluacion-del-tamano-al-nacer-y-el-crecimiento
4. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-para-el-seguimiento-de-ninas-y-ninos-con-antecedente-de-prematurez
5. Amiel-Tison, C. & Grenier, A. (1981). Valoración neurológica del recién nacido y del lactante. Barcelona: Toray-Masson.
6. Prechtl HF, Einspieler C, Cioni G, Bos AF, Ferrari F, Sontheimer D. An early marker for neurological deficits after perinatal brain lesions. Lancet 1997; 349.
7. Pediatr2006;118(4):e1178-86Rydz
8. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_ao_romero_otalvaro_26-12-17pdf_1514314507.pdf
9. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/iodi-instrumento-de-observacion-del-desarrollo-infantil
10. Anales de Psicología versión On-line ISSN 1695-2294versión impresa ISSN 0212-9728
11. Anal. Psicol. vol.35 no.3 Murcia oct. 2019
12. Epub 30-Nov-2020https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.3.326411
13. Nutrición del niño pematuro 2015 Msal /j.anpedi.2017.vol 88 nro 4/
14. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 4:s68-s82 / s68
15. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022
16. NEURODEVELOPMENTAL CARE IN THE NICU-Susan Aucott, MENTAL RETARDATION AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES RESEARCH REVIEWS 8: 298–308 (2002
17. Doyle et al BMC Pediatris 2014
18. Morbilidad a largo plazo de los nacidos prematuros – Born too son preterm Action Group 2013
19. BMJ 2017;358:j3448http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3448
20. Estadísticas Vitales. Información Básica Argentina - Año 2021/Ministerio de SaludSecretaría de Acceso a la Salud/Dirección de Estadísticas e Información en Salud/ISSN: 1668-9054 Serie 5 Número 65 Buenos Aires, marzo de 2023
21. Kinney HC. The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. Semin Perinatol. 2006;30(2):81-8.
22. Degnan AJ, Wisnowski JL, Choi S, Ceschin R, Bhushan C, Leahy RM, et al. Altered structural and functional connectivity in late preterm preadolescence: an anatomic seed-based study of resting state networks related to the posteromedial and lateral parietal cortex. PLoS One. 2015;10(6):3130686
23. Rev Pediatr Aten Primaria vol.14no.55Madrid sep.2012 https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000400013
24. DOI:10.1016/j.anpedi.2019.01.008
25. Harju M, Keski-Nisula L, Georgiadis L, Räisänen S, Gissler M. The burden of childhood asthma and late preterm and early term births. J Pediatrics. 2014; 164(2): 295-9.
26. Arch Argent Pediatr 2022;120(6):S88-S94
27. Sucksdor et al./ Preterm birth and por fetal growth as risk factors of attention-deficit/hyperactivity disorder. /Pediatrics. 2015;136:e599-608.
28. Guy A,et al / Infants born late/moderately preterm are at increased risk for a positive autism screen at 2 years of age./ J Pediatr. 2015;166:269-75.
29. Chan Eet al /Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: a systematic review. Child Care Health Dev. 2016;42(3):297-312
30. Nonura Y,et al / The risk for impaired learning-related abilities in childhood and educational attainment among adults born near-term./ J Pediatr Psychol. 2009;34(4):406-18.
31. Heinonen K, et al. /Late preterm birth and neurocognitive performance in late adulthood: a birth cohort study./ Pediatrics. 2015;135:e818-25.
32. Lindstrom K,et al /. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study./ Pediatrics. 2007;120:70-7
33. Arch Argent Pediatr 2022;120(6):S88-S94
34. http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.014
35. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-palivizumab

Monografía presentada en:
"EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA PEDIATRAS"
Curso de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA.
Coordinadora: ***Dra. Mercedes Acuña***

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON MIOPATÍA VISCERAL. REPORTE DE UN CASO Y SU MARCO LEGAL

Dra. María Mercedes Pujol Bartumeu
Médica Pediatra SAP

Caso clínico

Paciente de 3 años con diagnóstico, desde los 9 meses, de miopatía visceral; hijo de padres adolescentes sanos. El paciente presentaba afectación intestinal y vesical. A nivel vesical, megavejiga y a nivel intestinal episodios recurrentes de sub-oclusión. En términos sencillos la miopatía visceral es una degeneración miopática, poco frecuente, de los tractos gastrointestinales y urinarios, que causa una pseudo-obstrucción intestinal crónica y dificultad de vaciado de vejiga. Patología incurable hasta la actualidad. Solo se puede proporcionar tratamiento de sostén.

El paciente fue institucionalizado desde los 6 meses por cuadro de oclusión intestinal, donde primeramente se descartaron patologías frecuentes como invaginación intestinal, vólvulo e Hirschsprung. Desde su institucionalización, atravesó más de 6 procedimientos quirúrgicos, dentro de los cuales se realizó resección parcial de intestino, mapeo de mucosa colónica para su estudio genético, múltiples enterolisis por bridas. Además de incontables accesos centrales, alimentación parenteral continua y múltiples infecciones intrahospitalarias.

Desde los inicios de su internación, se coordinó un equipo de seguimiento entre clínica médica, cuidados paliativos, cirugía infantil y salud mental. Durante el transcurso de la internación, se atravesó la pandemia del Covid 19, en donde la comunicación del equipo y las tomas de decisiones se vieron fuertemente afectadas, generando discrepancias en el seguimiento interdisciplinario del paciente. El paciente aprendió a caminar y hablar en la institución. La adquisición de pautas del neurodesarrollo era adecuada para su edad, a pesar de estar ostomizado y recibir alimentación parenteral permanente.

A los 2 años y medio se logró coordinar una internación domiciliaria en la casa de un familiar, que cumplía con los requerimientos de higiene mínimos, necesarios para el cuidado del niño. En esos momentos los padres estaban separados y la relación entre ellos era muy conflictiva. Sin embargo, de manera individual, ambos mantenían una relación muy cercana y afectuosa de contacto frecuente con el niño. La internación domiciliaria duró 20 días, el paciente fue institucionalizado nuevamente por un cuadro infeccioso a foco urinario. A partir de esta reinternación, los cuadros de infecciones intrahospitalarias y los cuadros de oclusión fueron más frecuentes, presentando una infección asociada a catéter por Klebsiella Blee en el acceso central utilizado para la alimentación parenteral. Luego de realizar ecografía de vasos periféricos con doppler, se descartó la posibilidad de conseguir otro acceso central. La única posibilidad terapéutica que se planteó fueron las venas suprahepáticas. La infección de catéter por dicho germen, según las normas de buena práctica clínica, implicaba retirar el acceso y realizar tratamiento hasta que se negativizan los cultivos. Esto suponía utilizar el último acceso venoso del paciente a los 2 años de vida. Frente a dicho panorama las reuniones

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:45-49

con el equipo interdisciplinario comenzaron a ser más frecuentes. Se trabajó sobre el confort del niño entendiendo la limitante de su alimentación/hidratación sin accesos venosos. Se mantuvieron reuniones con los padres y también con la familia ampliada. Se tuvo en cuenta la decisión tanto al niño como a la familia.

Finalmente, se acuerda no realizar maniobras invasivas ante alguna descompensación que pudiese prolongar la agonía del paciente y dar prioridad al confort del niño. En conjunto se decidió retirar el catéter y no recibir tratamiento antibiótico endovenoso. La alimentación e hidratación se mantuvo con lo que el niño toleraba por vía oral. El paciente dejó de tener registros febriles. Concurrió a controles semanales al servicio de cuidados paliativos, donde concurre por 3 semanas aproximadamente. Se controlaron síntomas con medidas no invasivas, como por ejemplo manejo del dolor. Se explicó a la familia el desenlace final del paciente y ellos decidieron transitarlo en el Hospital.

Finalmente ingresó el paciente en mal estado general con un cuadro de desnutrición y deshidratación severo. Horas más tarde muere el paciente en compañía de sus padres.

Introducción

Hace algunos años comenzó a estar en boga el tema de los cuidados en salud en el final de vida de patologías terminales, como consecuencia del fuerte avance científico-tecnológico que prolongan condiciones que hace algunos años no sucedían. Como los profesionales de salud acompañan a los pacientes en estas situaciones, el cambio de paradigma médico-paciente y la medicina centrada en el paciente, generó un aumento de demanda de la sociedad por la sanción de leyes específicas que garanticen los derechos de los pacientes en cuanto a su dignidad y autonomía en los finales de la vida.

La población pediátrica no es ajena a padecer enfermedades oncológicas, incurables o degenerativas, que obligan a los padres y personal de salud a evaluar los beneficios vs riesgos de los tratamientos. Nace de esta necesidad el concepto de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) como forma de limitar el encarnizamiento terapéutico o la obstinación terapéutica. Para poder garantizar el derecho a la dignidad de los pacientes, incluso cuando transita el fin de vida. Se plantea en esta monografía un ejemplo de un caso clínico de un paciente de menos de 3 años con patología incurable donde se decide en conjunto, entre personal de salud y familia, la mejor adecuación del esfuerzo terapéutico para acompañar los últimos momentos del paciente. El objetivo de la monografía es definir qué legislación existe en vigencia en adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría en Argentina. Definir si en base al marco teórico judicial vigente, en el caso clínico se garantizaron los derechos del paciente.

Adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)

La Bioética clínica nos permite analizar y dilucidar los valores morales para la toma de decisiones clínicas, y lo hace a través de un proceso deliberativo, que respete la dignidad y el mejor interés del paciente, garantizando su autonomía y la protección en situaciones de gran fragilidad.[1]

La dignidad humana es el máximo valor de la persona. El mero hecho de ser persona conlleva el valor de la dignidad. Nuestra sociedad está fundada en la protección de los derechos humanos, sin embargo, la vida en determinadas condiciones, puede llegar a ser indigna, situación que quebrantará el atributo de la dignidad humana, por lo que, bajo esta concepción, se debe respetar el derecho a la vida, pero teniendo como fundamento el reconocimiento a la dignidad, toda vez que no es justo el someter al hombre a dolorosas situaciones cuando se tiene el poder de evitarlo.[2]

Se establece, en la Declaración Universal de Derechos del Hombre de 1948 y en todos los tratados de Derechos Humanos de los que nuestro país es parte. Se deben cumplir los 4 principios: el principio de autonomía que implica el respeto a la autodeterminación de una persona racional y libre; el principio de no maleficencia que implica no hacer daño en forma intencional o con segunda intención; el principio de beneficencia que establece hacer el bien extremando los posibles beneficios y minimizando los posibles riesgos y principio de justicia que habla de la correcta asignación y distribución de los recursos de salud. Se intenta asegurar el derecho contra la implementación de medidas no adecuadas para la situación de un paciente, evitando así, caer en la obstinación terapéutica. Lo que implica la cesación del esfuerzo terapéutico desmesurado, evitando la obstinación terapéutica. De esta

idea que parece sencilla surge la AET. Gonzalo Mendoza del Solar la describe como "Cualidad de aquel acto médico cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, síntomas o enfermedades intercurrentes o porque producirá previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente o sus condiciones familiares, económicas o sociales."[3]

Es necesario repasar conceptos claves en este aspecto. Etimológicamente el termino eutanasia proviene de los vocablos griegos "eu" significa bueno, dulce y "thanatos" muerte, por lo tanto, seria "buena muerte" o "morir bien". La eutanasia consiste en terminar con la vida de alguien a su pedido y es definida como la terminación intencionada de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente. Por lo que requiere de varios elementos: intención de provocar muerte humanamente digna, en correspondencia con las propias convicciones del enfermo; que sea efectuada por un tercero (médico); requerida por el propio paciente portador de enfermedad incurable; en atención a su voluntad presunta y por medio de la administración de una droga. Se deben cumplir todos los elementos para que sea claramente diferenciada de un homicidio.

Eutanasia en sentido amplio es cuando alguien colabora a la muerte de una persona que podría vivir más tiempo, pero quiere poner fin a una vida que le resulta insoportable por causa de una enfermedad.[2] La eutanasia por definición es activa. Queda por fuera del concepto la negativa informada de un paciente a una práctica médica aconsejada que podría preservar su vida. En cambio, en el suicidio asistido es el médico el que facilita una droga necesaria para provocar la muerte, pero es el propio paciente quien se la auto administra. La sedación paliativa, antes conocida como terminal, consiste en la administración de sedantes y analgésicos al final de la vida para tratar la agitación, el dolor, y el malestar, que no responden a otras medidas. Se optó cambiar por la palabra paliativa en vez de terminal, porque describe mejor la intención del tratamiento de aliviar. Lo importante a destacar es que se debe basar el tratamiento en el alivio y confort y no acelerar la muerte. La AET implica la abstención o retiro de tratamientos que ya no se adecuan a la situación de un paciente en particular, esto incluye alguno o todos los tratamientos. Comprende medidas de diagnóstico, tratamiento o hidratación por vías artificiales. Estas decisiones se toman en relación a los resultados previsibles, en conformidad con los deseos expresados por el paciente. El retiro o la abstención de los métodos de soporte vital para evitar la obstinación terapéutica, que incluyen toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano. Comprende y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia y nutrición por vías artificiales.[1] Se debe evaluar la futilidad del tratamiento. Esto no es solamente si su utilidad es escasa o no, sino si el paciente y su familia lo consideran conveniente, si estiman que se generará o no algún beneficio.

Se deben tener en cuenta tres criterios a la hora de evaluar la implementación de un tratamiento. La eficacia del tratamiento, que debe ser valorada por el médico, es decir el aspecto médico, lo que médicamente se recomienda hacer. Una supervivencia aceptable, valorada por el paciente. A lo que llamamos aspecto ético. Y finalmente una justa distribución de recursos, el aspecto legal. La promoción y el respeto de la autonomía de los niños forma parte del modelo de atención basado en derechos y es responsabilidad de todo el equipo de salud garantizarla. Se debe procurar la toma de decisiones desde la infancia, logrando de forma gradual la autonomía. La competencia es una capacidad progresiva. Según Kemelmajer, es un concepto perteneciente al área del ejercicio de los derechos personalísimos y no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución; no se adquiere o pierde en un día o en una semana. Bajo esta denominación se analiza si el sujeto puede o no entender acabadamente aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar.[5] Se implementó un sistema mixto para determinar la capacidad de ejercicio del menor, caracterizado por una variable rígida (la edad) y la otra flexible (la madurez para el acto). La autonomía progresiva implica partir de la incapacidad de ejercicio, para ir arribando a la plena capacidad, reconociendo, respetando y potenciando las aptitudes y libertad del menor, acompañando en su desarrollo, sin abandonarlo a su suerte.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:45-49

Marco Legal de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en Pediatría en Argentina

Ante todo, es necesario recordar que la normativa vigente en nuestro país no contempla la práctica de la eutanasia en ninguna de sus modalidades. Corresponde señalar que hasta el momento han sido presentados 3 proyectos. El primero en noviembre del 2021 en la Cámara de Diputados de la Nación, titulado "Ley de Buena Muerte. Regulación de la eutanasia" firmada por Cornejo, Latorre y Cacace. El segundo fue presentado por Cobos y Verasay y se denominó "Interrupción voluntaria de la vida" también presentada en noviembre del 2021. Y por último en diciembre del 2021 Estévez presentó "Derecho a la Prestación de Ayuda para morir dignamente" conocida como Ley Alfonso en alusión a Alfonso Oliva que murió en 2019 con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica.2 Ninguno de ellos ha sido aprobado hasta la fecha.

Sin embargo, existen varias leyes que contemplan la adecuada atención del paciente pediátrico sin posibilidad de curación. Entre ellas, las Leyes 26.529, 26.061 y 26.742. En la 26.529, llamada Ley de los Derechos del Paciente, se establece que el trato debe ser digno y respetuoso. La norma establece que el paciente tiene derecho a ser atendido sin menoscabo o distinción alguna en razón de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, género u orientación sexual. También reconoce el derecho a un trato digno y respetuoso de sus convicciones personales y morales.

Asimismo, se estipulan los derechos a la intimidad, confidencialidad y autonomía de la voluntad. El artículo 2 se modificó y establece: "El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad". Esta ley establece la autonomía de la voluntad. Recordemos que en pediatría el factor de la edad es una limitante.[6] La ley 26.061, llamada ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, establece que deben ser escuchados a fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.[7] En la ley 26.742, llamada Ley de Muerte Digna, es entendida como el derecho a morir dignamente y también como la exigencia ética del auxiliar a quien procura ejercitar ese derecho. Establece que "Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud."[8] En la resolución del Ministerio de Salud Nº 609 del año 2004, se establece la norma de organización y funcionamiento del servicio de pediatría. En el segundo punto establece: "Derecho a una muerte digna, en compañía de sus familiares o en su hogar, cuando se hayan agotado los recursos terapéuticos disponibles" En el Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación establece: "La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona." Además, en el Artículo 59, inciso h, se establece que nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en su contrario. Pero también existe la posibilidad del derecho a no ser informado, en caso de no querer saber acerca de su pronóstico y tratamiento y querer dejar la decisión en manos de otro. A nivel mundial la eutanasia es legal en Países Bajos (2001), Bélgica (2002), Luxemburgo (2008), Canadá (2016), Nueva Zelanda (2020) y España (2021).[2]

Discusión

Si bien el rechazo del tratamiento por parte de un paciente y la AET no están prohibidos en nuestro sistema jurídico, se debe legislar de una forma más específica para poder amparar a las personas y niños que transitan enfermedades sin cura, para que su derecho a la autonomía y dignidad sean asegurados sin perjudicar la seguridad jurídica del personal de salud. El caso clínico que se presenta es un ejemplo claro de AET. El paciente padece una enfermedad sin cura en la actualidad y cursa una intercurrencia que obliga al personal de salud a tomar una decisión en conjunto con su familia. Decidir utilizar el único acceso venoso vital para poder asegurar el estado de hidratación. Para lograrlo, someter al paciente a un nuevo procedimiento quirúrgico, sin posibilidad de poder asegurar a la familia que será la última intervención, ni que el riesgo de infección es bajo, ni que luego de dicho procedimiento volvería a la casa. Decidir si la vida vale la pena ser vivida es un dilema sin solución. Se pueden plantear varias opciones donde haya

riesgos y beneficios. Se debe intentar proporcionar información actualizada y de manera clara para poder tomar una decisión en medio de la incertidumbre basada en la bibliografía científica. Se debe garantizar el acceso de la familia a recibir información médica adecuada para otorgar o no su consentimiento informado y para garantizar los derechos a la salud y a la vida del niño. Es por esto que se realizaron varias reuniones con la familia y trabajadora social, para asegurar que la información del aspecto médico fuera recibido. La comunicación debe ser clara y asertiva.

En el artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niños establece: "Los Estados Parte garantizarán al niño, que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez."[9] En este caso en particular, el grupo interdisciplinario tenía reuniones de profesionales. El grupo interdisciplinario estaba formado por pediatras especialistas en cuidados paliativos, nutricionistas, psicólogas, trabajadoras sociales, pediatras, cirujanos e infectólogos. Y luego reuniones con la familia, actualizando el estado de salud del paciente y sus posibilidades terapéuticas. El paciente de 3 años recibió información diaria de su salud, según su nivel de comprensión. Para tomar este tipo de decisión se debe tener un principio de máxima: tratar de asegurar el interés superior del niño. Es decir, el que mejor protege la mayor cantidad de derechos, y esto depende de principios y valores de la familia. Nadie puede asumir el papel de juez, para decidir bajo qué circunstancias otra persona estaría razonablemente dispuesta a renunciar a su inviolabilidad corporal con el objeto de curarse. Este principio es vinculante para el personal de salud, cuya finalidad es recuperar, conservar y preservar la salud, dentro de sus posibilidades. Sin embargo, esta obligación encuentra sus límites en el derecho del individuo a determinar, en principio por sí mismo, acerca de su cuerpo.[4]

El personal de salud tiene la obligación de escuchar, pero no de acatar, la opinión del paciente y sus familiares. La decisión debe ser consensuada entre paciente, familia y personal de salud. Si bien en este caso no se convocó a un Comité de Ética, es una instancia válida en donde se juntan profesionales médicos de varias especialidades y abogados, para discutir que se cumplan todos los principios éticos y que se aseguren los derechos del paciente.

Conclusión

Es de suma importancia la creación de equipos de interdisciplina en casos de pacientes con patologías incurables, para tener distintas miradas del mismo problema, pero cuyo fin común sea el mismo: el bienestar y confort del paciente. Favorecer siempre el espacio del diálogo entre profesionales, familia y paciente.

El concepto de dignidad humana de tratados internacionales ha quedado establecido en el Código Civil y Comercial, de manera que incorpora la dignidad como fuente de todos los derechos personalísimos. Por lo que nada impide que una ley de adecuación del esfuerzo terapéutico pueda ser emitida en nuestro país.

Luego del recorrido expuesto en dicha monografía, se puede asegurar que los derechos del paciente fueron asegurados.

Bibliografía

1. Magnante D. Bioética Clínica. Toma de decisiones. Final de la vida. Legislación internacional. Corpus.
2. Valverde,C; Curatolo, S. La Necesidad de la Legislación de la Eutanasia Activa y el Suicidio Asistido en Argentina. Temas de Derecho Penal y Procesal Penal. Editorial Erreius. Edición noviembre 2022. Pág. 1107.
3. Mendoza del Soler, G. Futilidad en la Práctica Médica. Universidad Católica Santa María, VERITAS 12 (1) 2010 141 DOI:10.35286/veritas.v12i1.35.
4. Juzgado de Primera Instancia en lo Civil de Personas y Familia de San Ramón de la Nueva Orán nro. 2, Expte. nro. 17058/21, caratulado "V.,E;G,I; V.,B.P.S - MEDIDA AUTOSATISFACTIVA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y AL CONSENTIMIENTO INFORMADO", rto. el 29/04/21.
5. Kemelmajer de Carlucci, a, El derecho del menor a su propio cuerpo, en La Persona Humana, Guillermo Borda, La ley 2001, p255.
6. Ley 26.529, Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.
7. Ley 26.061, Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005.
8. Ley 26.742, Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012.
9. Convención sobre los derechos del Niño, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, Sancionada el Septiembre 27 de 1990 Promulgada de hecho el Octubre 16 de 1990.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Abril 2023;86:44-47

Perlitas legales

PROGRAMA FEDERAL ÚNICO DE INFORMATIZACION Y DIGITALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA. LEY 27706

Dra. Mercedes Regina Acuña
Médica. (UBA). Especialista en Pediatría y Medicina Legal.
Abogada (UCASAL)

La Ley 27.706 es una ley argentina que crea el Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina, con la finalidad de instaurar, en forma progresiva, el sistema único de registro de historias clínicas electrónicas, respetando lo establecido por el Capítulo IV de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. El otro pilar de esta ley es la Protección de Datos Personales de la Ley 25.326.

La Ley 27.706 de Argentina establece la obligatoriedad de implementar un sistema digitalizado de historia clínica para que los pacientes tengan acceso libre a la información sobre su salud en todo el país. Con esta ley, se contará con información clínica completa y veraz del paciente, para que cuando deba acudir a un centro de salud, el médico que lo atienda disponga de los antecedentes de su condición de salud que hayan sido recopilados mediante interacciones anteriores con el paciente.

La ley 27.706 fue sancionada el 28 de febrero de 2023 y publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina el 16 de marzo de 2023.

Para una mejor comprensión de cómo evolucionó lo escrito en leyes sanitarias, es que cito un compendio básico de las leyes en salud:

Normas y Leyes de salud

-Ley 17132. Ley del Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares. Modificatoria art.7, Inc. 19. Prescripciones y Certificados Médicos Electrónicos manuscritos legibles con firma electrónica o digital. 2020.

-Ley 25326. Ley de Protección de los datos personales. 2000.

-Ley 25506. Firma Digital.2001.

-Ley 26529. Ley de los Derechos de los Pacientes. 2009.

Normas y Leyes de salud

-Ley 24240.Defensa al Consumidor. 1993.

-Ley 27553. Recetas electrónicas o digitales. Telemedicina. 2020.

-Art.52. CCyCN.Derechos Personalísimos. Afectaciones a la dignidad.

-Art.59. CCyCN. Consentimiento Informado.

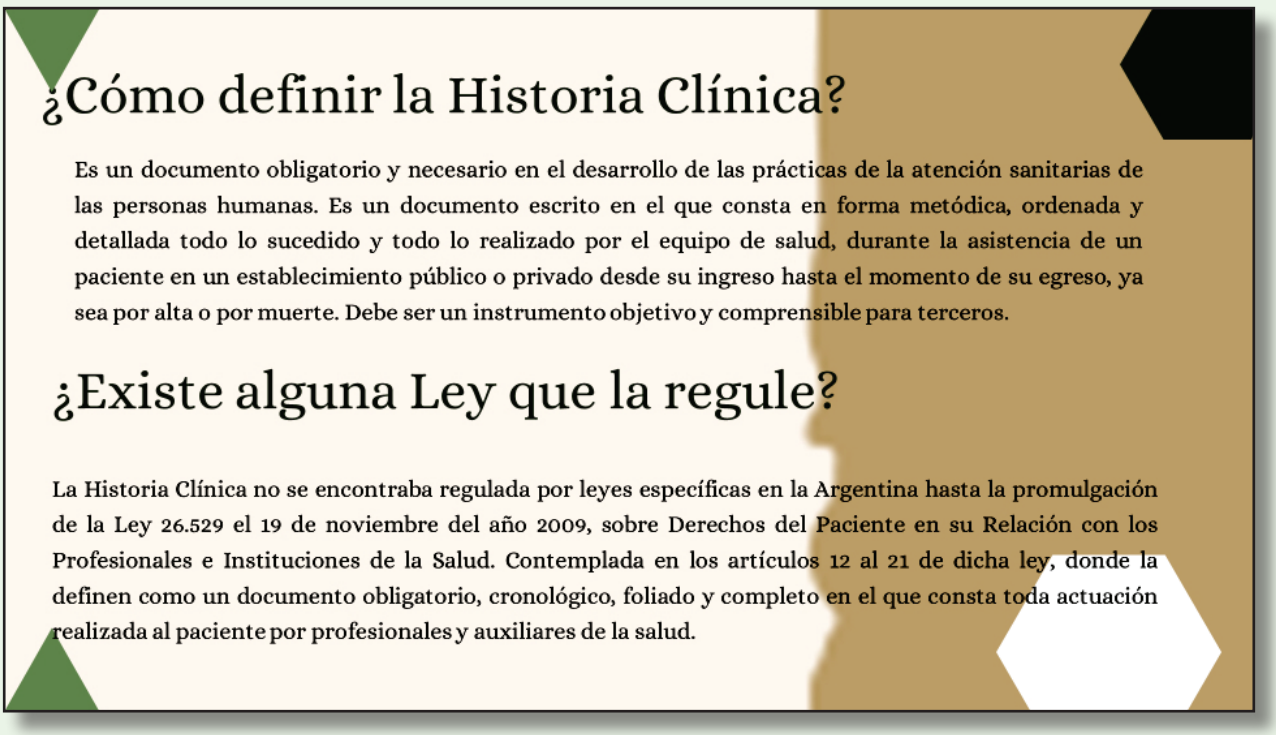
-Art.153.CP. Violación de la comunicación electrónica.

-Art. 247.CP.Ejercicio ilegal.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:50-57

Podemos resumir con el siguiente esquema:

Se explicitan conceptos básicos para poder interpretar la ley 27.706.



Datos personales

La ley de protección de datos personales o hábeas data te protege si tus datos de identidad, de salud o de crédito son usados sin tu consentimiento. Ley 25326

¿Qué son los datos personales?

Es información sobre personas físicas o jurídicas. Puede ser cualquier tipo de información: datos de identidad, de domicilio, de deudas, etc.

¿A qué datos se refiere la ley de datos personales?

A los datos personales guardados en archivos, registros, bancos de datos públicos o privados y que están guardados para dar informes.

¿Mi imagen en videos de sistema vigilancia también es un dato personal?

SI.

¿Los datos biométricos son datos personales?

Sí. Los datos biométricos son un tipo de dato personal obtenido por medio de un tratamiento técnico específico. Están relacionados con las características físicas, fisiológicas o de conducta de una persona humana que permiten su identificación única.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:50-57

¿Del retrato a la imagen de la persona, está contemplado en el Código Civil?

Sí. Son dos los artículos que regulan el derecho a la imagen en el actual Código Civil y Comercial de la Nación: el art. 52 en cuanto se refiere a las afectaciones a la dignidad de la persona humana y el 53, que ordena las reglas para disponer su uso

ART. 53 C.C, establece que para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo, que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos:

a- Que la persona participe en actos públicos.
b- Que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario.
c- Que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general.

¿Los datos genéticos son datos personales?

Sí. Los datos genéticos son los datos referidos a las características genéticas heredadas o adquiridas de una persona humana que dan información sobre su fisiología o salud.
Los datos genéticos se consideran datos personales de carácter sensible cuando identifican a una persona física y mediante esos datos se puede tener o revelar información sobre la salud o la fisiología que pueda ser discriminatorio. Cuando los datos genéticos son datos personales de carácter sensible debe existir mayor cuidado de seguridad, confidencialidad, restricciones de acceso, uso y circulación.

¿Cómo debe ser confeccionada la historia clínica?

La confección de la misma debe sujetarse a los *principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad.*

¿Quiénes están legitimados al acceso a la historia clínica?

Legitimación para el acceso. Se encuentran legitimados para acceder al contenido de la historia clínica:
1- el paciente y su representante legal;
2- el cónyugue o conviviente o los herederos forzados, con autorización del paciente, salvo que este se encuentre imposibilitado de darla, y
3- los médicos y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

¿Qué derechos reconoce esta ley sobre los datos personales?

La ley reconoce tu derecho a:
que tus datos personales no sean utilizados ni registrados sin tu consentimiento;
solicitar a que te den información sobre qué datos personales tuyos están registrados en bancos de datos públicos o privados;
solicitar que tus datos sean corregidos o actualizados;
solicitar que sean suprimidos, en los casos en que corresponda;
solicitar que sean guardados confidencialmente;
iniciar acción judicial para conocer tus datos o exigir su rectificación, supresión, confidencialidad o actualización.

¿Siempre es necesario el consentimiento para que una base de datos incluya los datos personales?

Sí.

Excepciones:

Si los datos fueron obtenidos de fuentes de acceso público;
Si los datos fueron tomados para el ejercicio de funciones propias de los poderes del Estado o por una obligación legal;
Si los datos están en listados que se limitan a datos de nombre, documento nacional de identidad, identificación tributaria o previsional, ocupación, fecha de nacimiento y domicilio;
Si los datos fueron obtenidos por una relación contractual, científica o profesional y son necesarios para su desarrollo o cumplimiento.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:50-57

Se transcribe un cuadro que diferencia la Historia Clínica Manuscrita (tradicional) de la Historia Clínica Digital (del curso ABC de la Medicina Legal para los Pediatras).

	HISTORIA CLÍNICA ELELCTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
Integridad.	La informatización racional garantiza que la información de un paciente se completa, integrando todos los datos de todos los ámbitos asistenciales.	Frecuentemente se encuentran divida en servicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
Identificación del profesional	Por la firma digital.	Por la firma holográfica y el sello con el número de colegiado.
Temporalidad precisa	Garantizada con fecha y hora con inserción de hora y fecha automática.	A veces con fecha y hora.
Auditoría	Total, en cuanto al acceso y modificación de cada dato.	Difícil establecer sistemas de auditoría por ser manuales.
Redundancia y duplicidad	Evita repetir pruebas complementarias al disponer siempre de toda la información.	Las demoras y extravíos de los documentos hacen que se repitan muchas pruebas complementarias.
Segunda opinión	La posibilidad de acceso desde diferentes lugares facilita la realización de segunda opinión e interconsultas a especialistas.	Mediante procedimientos de comunicación manual.
Continuidad asistencial	Mejora el "continuum" asistencial al habilitar el acceso a la información todos los puntos de asistencia.	

	HISTORIA CLÍNICA ELELCTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
Legibilidad y fiabilidad en la interpretación	Claridad absoluta en los datos.	Algunas veces illegible.
Accesibilidad	Accesible en cualquier momento y en todos los puntos de atención. Posibilidad de habilitar el acceso global desde internet.	Utilizable en un solo lugar y por lo general en el centro donde se genera.
Disponibilidad	Siempre disponible para cualquier usuario con permiso de acceso.	Dependiendo de la accesibilidad a los archivos físicos. Dificultades en organizaciones con varios centros.
	Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso y la degradación de algunos soportes (impresos en papel térmico).
Seguridad de información	Una adecuada política de seguridad junto un sistema de contingencia garantiza que la información no se pierda.	Frecuentemente extraviada total o parcialmente.
Secuencialidad de la información	Garantizada por los propios sistemas de registro con Inserción de hora y fecha automática.	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo modelo papel.

	HISTORIA CLÍNICA ELELCTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
Errores de consignación o archivado	Menor número de errores. Se pueden establecer filtros y rangos de valores en los campos.	A veces inexacta o errores de archivado de documentos.
Estandarización de datos	Ingreso estandarizado de datos.	Organizada según necesidad de cada servicio.
Costos de personal administrativo	Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo (repartir, buscar y ordenar las HC).
Locales para almacenamiento	No se precisa.	Son necesarios espacios muy grandes en los centros para el almacenamiento de los dossiers.
Costos de impresión	En una situación ideal sólo se imprime lo que se requiere. Cuando convive con sistemas tradicionales se imprimen muchos documentos con costes considerables en la impression.	Es necesario modelos preimpresos para los distintos formularios que la componen con elevados costes de imprenta y papel.
Tiempo de Consulta de datos y espera para estudios complementarios	Es acceso a cualquier dato es inmediato. Es posible disponer de diferentes vistas en función del contexto en el que se está trabajando.	Es necesario solicitar la historia al archivo y una vez se dispone hay que "bucear" en los documentos hasta llegar a la información solicita
Orientaciones en la terapéutica	Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas.	

	HISTORIA CLÍNICA ELELCTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
Estadísticas e investigación	Muy sencillo realizar estadísticas y exportación de datos para estudios, investigación y planificación sanitaria.	Mediante tediosos procesos manuales.
Estado del proceso	Permite hacer un seguimiento del estado del proceso de paciente: pruebas pendientes, informadas, fechas de citas o programaciones, etc.	No es posible realizar seguimiento del proceso.
Secuencialidad de la información	Garantizada por los propios sistemas de registro con inserción de hora y fecha automática.	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo modelo papel.
Inviolabilidad	No puede ser adulterada, por medio de firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de custodia de documentos.	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo.
Reserva de la información privada del paciente	Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos.	Garantizada por mecanismos de control del archivo.

Referencias Bibliográficas

- Boletin Oficial República Argentina - Programa Federal Único de Informatización y Digitalización De Historias Clínicas De La República Argentina - Ley 27.706.
- Material de presentación de "La Semana de Congresos y Jornadas Nacionales 2023-SAP", "2dª Jornada Nacional de Ejercicio Profesional". Mesa titulada: "El pediatra en el camino digital". La Salud Digital ya está en agenda ¿Todos los sabemos?
- Código Civil de la Argentina, articulo 52 y 53. 2.014.
- Material del Curso "ABC de la Medicina Legal para los Pediatras", Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Organizado por Región Metropolitana y Ejercicio Profesional.
- Boletin Oficial República Argentina - Ley 25.326 de la República Argentina - Ley de Protección de Datos Personales. InfoLeg - Información Legislativa.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:58-62

Boletín bibliográfico 87

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA RINITIS ALÉRGICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA (2023). SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

Este es un resumen rápido de la guía sin análisis o comentario. Para más información, consulte directamente la guía buscando el enlace en la referencia.

El Comité Nacional de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) propone recomendaciones basadas en la evidencia actual para el diagnóstico y tratamiento de la ***rinitis alérgica*** *en la población pediátrica, pues esta enfermedad crónica es una de las más frecuentes en la infancia y sigue siendo considerada como un problema de salud pública subdiagnosticado y subtratado, cuya prevalencia va aumento y varía entre 2% y 25%. A continuación se presentan datos destacados del documento.*[1]

Definición

La rinitis alérgica es un trastorno sintomático de la nariz con inflamación de la mucosa nasal mediada por inmunoglobulina E e inducida por la exposición a alérgenos, ligada a factores ambientales y climáticos. La enfermedad inicia cuando la mucosa nasal se expone a un alérgeno que ocasiona la activación de células inflamatorias (mastocitos, linfocitos T, linfocitos B, macrófagos y eosinófilos), las cuales penetran la mucosa nasal promoviendo la producción de inmunoglobulina E específica en niños con predisposición a la patología.

Diagnóstico

Es necesario hacer un diagnóstico clínico basado en los signos y síntomas, además de un diagnóstico paraclínico.

En el diagnóstico clínico se deben identificar por los menos 2 de los siguientes síntomas:

- Estornudos (de inicio y final repentino).
- Obstrucción nasal.
- Rinorrea acuosa.
- Prurito nasal.
- Conjuntivitis.

Asimismo, es necesario preguntar por la temporalidad, influencia de los cambios ambientales y síntomas persistentes en ausencia de fiebre, así como por la historia personal y familiar de atopía y la cronicidad o recurrencia del síntoma y hacer una adecuada rinoscopia evaluando la mucosa y el aspecto que esta tiene.

Como apoyo paraclínico se pueden solicitar los siguientes exámenes:

- Eosinófilos en sangre periférica (> 500 eosinófilos/mm^3): marcador poco sensible e inespecífico.
- Inmunoglobulina E sérica total: utilidad limitada.
- Radiología de senos paranasales: para determinar alteraciones estructurales y comorbilidades.
- Inmunoglobulina E específica: da un diagnóstico definitivo y etiológico de rinitis alérgica; se puede demostrar inmunoglobulina E específica con técnicas *in vivo* –prueba cutánea de lectura inmediata– o *in vitro* (radioinmunoanálisis o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas).
- Citología de la mucosa nasal.
- Tomografía computarizada.
- Pruebas de provocación nasal.

También es necesario tener en cuenta las comorbilidades asociadas; 40% de los pacientes con rinitis alérgica tiene asma y 80% de los pacientes con asma tiene rinitis alérgica, pero no se deben olvidar otras comorbilidades, como sinusitis, otitis media con efusión, hipertrofia amigdalina, conjuntivitis, faringitis, eccema, alteraciones del habla y audición, trastornos en el crecimiento, apnea obstructiva y alteraciones del sueño.

Abordaje terapéutico

El tratamiento tiene foco en prevenir y aliviar síntomas, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Medidas no farmacológicas	
Control ambiental	Evitar alérgenos e irritantes, educar a pacientes y familiares
Solución salina nasal	Para eliminar alérgenos y romper secreciones; adyuvantes de corticosteroides intranasales y antihistamínicos
Medidas farmacológicas	
Antihistamínicos	Disminuyen prurito, estornudos y rinorrea, efecto en síntomas oculares y prurito palatino
Corticoesteroides intranasales	Para el tratamiento de congestión, rinorrea, prurito y goteo posnasal
Bromuro de ipratropio	Reduce la rinorrea; uso en mayores de 6 años
Antileucotrienos	Para paciente con asma concomitante
Descongestivos y vasoconstrictores	Reducen la obstrucción nasal; no se recomienda su uso en menores de 4 años
Tratamientos inmunológicos • Inmunoterapia alérgeno específica (vacunas con alérgenos)	Administración vía subcutánea o sublingual en pacientes correctamente seleccionados
Biológicos • Omalizumab (anticuerpo monoclonal anti-inmunoglobulina E)	Para disminución de síntomas y fármacos concurrentes; puede usarse con inmunoterapia alérgeno específica

Datos clave

Pensar en los diagnósticos diferenciales como:

- Enfermedades infecciosas (aguda o crónica) producidas por virus, bacterias u hongos.
- Pólipos.
- Alteraciones estructurales (desviación septal, cuerpo extraño, atresia de coanas, adenoides).
- Rinitis inducida por fármacos (antiinflamatorios no esteroideos u otros).
- Granunolomas (granulomatosis con poliangeítis, sarcoidosis, infecciosos, granuloma letal de línea media).
- Defectos ciliares.
- Rinorrea cerebroespinal.
- Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico (NARES).
- Otros desencadenantes (irritantes, alimentos, reflujo gastroesofágico).

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son primordiales para reducir sus comorbilidades y el impacto negativo en la calidad de vida.

Referencias

- Agüero CA, Sarraquigne MP, Parisi CAS, Mariño AI, y cols. [Allergic rhinitis in pediatrics: recommendations for diagnosis and treatment]. *Arch Argent Pediatr.* 1 Abr 2023;121(2):e202202894. doi: 10.5546/aap.2022-02894. PMID: 36924507.

Este contenido fue realizado por la
Dra. Natalia Martínez Medina
@nataliamame;

Medscape - 13 de abril de 2023.

Noticias Metropolitanas XXXIV; Agosto 2023;87:58-62

LAS TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS REPETIDAS EN LA INFANCIA SE ASOCIAN CON UN MAYOR RIESGO DE CÁNCER

La exposición a cuatro o más tomografías computarizadas antes de los 18 años se asocia con más del doble del riesgo de ciertos tipos de cáncer en la edad adulta temprana, según indican resultados de un estudio publicado en *Canadian Medical Association Journal*.[1]

En un estudio de casos y controles basado en la población, que incluyó a más de 85.000 participantes, los investigadores encontraron un riesgo 9 veces mayor de tumores intracraneales entre los niños que recibieron cuatro o más tomografías computarizadas.

Los resultados "indican que se debe recomendar el uso juicioso de la tomografía computarizada y las técnicas de reducción de la radiación", escribieron el autor del estudio, Yu-Hsuan Joni Shao, Ph. D., profesor de informática biomédica en *Taipei Medical University* en China, y sus colaboradores.

Relación dosis-respuesta

Los investigadores utilizaron la base de datos de investigación del Seguro Nacional de Salud de Taiwán para identificar a 7.807 pacientes menores de 25 años con tumores intracraneales (grados I-IV), leucemia, linfomas no Hodgkin o linfomas de Hodgkin que habían sido diagnosticados en el transcurso de 14 años, entre los años 2000 y 2013. Equipararon cada caso con diez participantes de control sin cáncer según el sexo, la fecha de nacimiento y la fecha de ingreso a la cohorte.

La exposición a la radiación se calculó para cada paciente según el número y el tipo de tomografías computarizadas recibidas y una dosis acumulada específica por órgano estimada, basada en modelos publicados previamente. Los investigadores excluyeron a los pacientes del análisis si tenían un diagnóstico de cualquier enfermedad maligna antes del período de estudio o si tenían alguna condición que predispusiera al cáncer, como el síndrome de Down (que implica un mayor riesgo de leucemia) o inmunodeficiencia (que puede requerir múltiples tomografías computarizadas).

En comparación con la ausencia de exposición, la exposición a una sola tomografía computarizada pediátrica no se asoció con un mayor riesgo de cáncer; sin embargo, la exposición a dos o tres se asoció con un mayor riesgo de tumor intracraneal (*odds ratio* ajustado (ORa: 2,36), pero no de leucemia, linfoma no Hodgkin o linfoma de Hodgkin. La exposición a cuatro o más tomografías computarizadas se asoció con un mayor riesgo de tumor intracraneal (ORa: 9,01), leucemia (ORa: 4,80) y linfoma no Hodgkin (ORa: 6,76), pero no de linfoma de Hodgkin.

Los investigadores también encontraron una relación dosis-respuesta. Los participantes en el quintil superior de la dosis acumulada de radiación cerebral tenían un riesgo significativamente mayor de tumor intracraneal, en comparación con los participantes no expuestos (ORa: 3,61), aunque esta relación no se observó con los otros tipos de cáncer.

La edad de exposición también fue un factor importante. Los niños expuestos a cuatro o más tomografías computarizadas a la edad de 6 años o antes, tenían el mayor riesgo de cáncer (ORa: 22,95), seguidos por la misma cantidad de tomografías en los de 7 a 12 años (aOR, 5,69) y los de 13 a 18 años (ORa, 3,20).

Los autores señalaron que, aunque estos cánceres son poco frecuentes en la población pediátrica, "nuestro trabajo refuerza la importancia de las estrategias de protección radiológica, abordadas por la *International Atomic Energy Agency*. Se deben evitar las tomografías computarizadas innecesarias y se debe prestar especial atención a los pacientes que requieren tomografías computarizadas repetidas. Los padres y los pacientes pediátricos deben estar bien informados sobre los riesgos y beneficios antes de los procedimientos radiológicos y alentarlos a participar en la toma de decisiones en torno a los estudios de imagen".

¿Riesgos reales subestimados?

Al comentar los hallazgos con *Medscape Noticias Médicas,* la Dra. Rebecca Smith-Bindman, radióloga de la *University of California* en San Francisco, Estados Unidos, y experta en el impacto de las tomografías computarizadas en los desenlaces de los pacientes, dijo que confía en los hallazgos generales de los autores, pero "debido a la dirección de sus sesgos", el diseño del estudio "no me permite aceptar su conclusión

de que una sola tomografía computarizada no eleva el riesgo", observó.

"Es un estudio interesante que encontró que el riesgo de cáncer cerebral es más del doble en niños que se someten a dos o más tomografías computarizadas, pero en muchos sentidos, sus suposiciones subestiman el riesgo real", dijo la Dra. Smith-Bindman, profesora de epidemiología y bioestadística. Agregó que las razones de esto incluyen el hecho de que los investigadores usaron dosis de radiación estimadas en lugar de reales; que sus estimaciones "reflejan dosis mucho más bajas de las que hemos encontrado que realmente ocurren en la práctica clínica"; que no diferencian entre una tomografía computarizada de dosis baja o alta, y que incluyen un lapso largo de tres años durante el cual se puede desarrollar leucemia después de una tomografía computarizada.

"Hicieron muchos ajustes muy bien hechos para asegurarse de que no estaban sobreestimando el riesgo", apuntó la Dra. Smith-Bindman. "Se aseguraron de eliminar a los niños que tenían el síndrome de susceptibilidad al cáncer, incluyeron un retraso de tres años, suponiendo que podría haber cánceres ocultos hasta tres años después del primer estudio de imagen, cuando podrían haber tenido un cáncer preexistente. Estas son decisiones que aseguran que cualquier riesgo de cáncer que encuentren sea real, pero también significa que los riesgos que se estiman son casi con seguridad una subestimación de los riesgos reales".

El estudio se realizó sin financiación externa. Los autores han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. La Dra. Smith-Bindman es cofundadora de Alara Imaging, una compañía enfocada en recopilar y reportar información sobre la dosis de radiación asociada con la tomografía computarizada.

Referencias

1. Wang WH, Sung CY, Wang SC, Shao YJ. Risks of leukemia, intracranial tumours and lymphomas in childhood and early adulthood after pediatric radiation exposure from computed tomography. *CMAJ*. 24 Abr 2023;195(16):E575-E583. doi: 10.1503/cmaj.221303. PMID: 3709486.

Kate Johnson
Medscape - 4 de mayo de 2023

RESISTENCIA ANTIMICROBIANA, ¿LA SIGUIENTE PANDEMIA?

Con el fin de la pandemia de COVID-19 como emergencia sanitaria internacional empezamos a identificar situaciones postergadas, como la resistencia antimicrobiana, las cuales en un futuro cercano podrían acercarnos a una nueva pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la resistencia antimicrobiana como "aquella que se produce cuando bacterias, virus, hongos y parásitos cambian a lo largo del tiempo y dejan de responder a los fármacos, lo que dificulta el tratamiento de infecciones y aumenta el riesgo de propagación de enfermedades, gravedad y mortalidad".[1] La organización también calcula que cada año las infecciones resistentes a los fármacos causan cerca de cinco millones de fallecimientos.[2]

La resistencia antimicrobiana es un fenómeno natural. Sin embargo, los factores que determinan su desarrollo y propagación son de origen humano, como uso inapropiado o excesivo de antimicrobianos en humanos, animales y vegetales, falta de vacunas, acceso a agua potable, saneamiento e higiene, deficiencias para prevención y control de infecciones, transmisión de patógenos resistentes a través de los alimentos e inadecuada función de los sistemas de gestión de desechos.

En la *Third Global High-Level Ministerial Conference on Antimicrobial Resistance,* efectuada en noviembre de 2022, se establecieron las siguientes tres metas globales para 2023 con el objetivo de proteger la eficacia de los antimicrobianos y frenar la resistencia a estos.

1) Reducir al menos entre 30% y 50% la cantidad total de antimicrobianos que se utilizan en los sistemas agroalimentarios, impulsando iniciativas nacionales e internacionales.
2) Preservar los antimicrobianos de importancia crítica para la medicina humana, abandonando el uso de los antimicrobianos importantes, como fármacos para estimular el crecimiento de los animales.
3) Garantizar que los antibióticos del grupo de acceso (una categoría de antibióticos asequibles, seguros y con bajo riesgo de resistencia a los antimicrobianos) representen al menos 60% del consumo total de antibióticos en los seres humanos.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ph. D., reportó que "la resistencia a los antimicrobianos es uno de los desafíos más urgentes y complejos de nuestros tiempos y sin embargo no atrae la misma atención que una pandemia, una guerra o una emergencia humanitaria, tal vez porque resulta menos impactante".[3]

Además, la OMS estima que el impacto económico de la resistencia incontrolada a los antimicrobianos provocará un aumento notable de los gastos en salud y dañará los sistemas alimentarios, así como los medios de subsistencia, lo que conducirá a un aumento de los niveles de pobreza, desigualdad y sobre todo, de morbimortalidad.[2]

Un ejemplo claro de esto último es el aumento de casos de *Cándida auris* multidrogorresistente, por los cual *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos emitió una alerta. Los casos han incrementado aceleradamente, de 173 a 2.377 casos de 2017 a 2022 en Estados Unidos, con una prevalencia predominante en California. La infección invasiva por este hongo tiene una mortalidad elevada y puede afectar a pacientes hospitalizados y con el sistema inmune debilitado; cabe señalar que pacientes con catéteres o sondas corren aún más riesgo.

Por otro lado, como profesionales de la salud nos enfrentamos a la desinformación y las exigencias de los pacientes, quienes ante ciertos síntomas demandan recibir antibióticos a pesar de no tener una justificación médica para su prescripción en la mayoría de los casos; un ejemplo de esto fue el uso indiscriminado de azitromicina para tratar la infección por SARS-CoV-2, donde los pacientes preferían buscar un médico que les indicara este fármaco, ya que la mayoría de ellos pensaba que era el tratamiento correcto.

Este tipo de conductas nos presenta un debate, pero sucumbir ante los deseos del paciente definitivamente nos pone en riesgo de aumentar las resistencias antimicrobianas. Aunado a esto nos enfrentamos en el día a día a seleccionar el mejor antimicrobiano para nuestros pacientes, tomando en cuenta las resistencias locales, lo que en ocasiones nos obliga a utilizar antimicrobianos más potentes, los cuales previamente se reservaban para casos graves.

¿Qué podemos hacer desde nuestras trincheras?

Creo que cada uno de nosotros puede hacer un cambio, aunque sea pequeño, creando consciencia de este problema entre médicos colegas y en nuestros pacientes, buscando reducir el abuso de antimicrobianos en nuestras prácticas clínicas, seleccionando de manera juiciosa qué paciente requiere antimicrobiano y cuál es el mejor para cada caso, así como conocer las resistencias antimicrobianas de nuestro hospital o clínica y utilizar esquemas acortados de antibióticos de acuerdo a los programas de administración de antibióticos.

La Dra. Jesica Naanous Rayek es especialista en medicina interna, egresada como médica cirujana de la Universidad Anáhuac México Norte y actualmente forma parte del grupo médico del Centro Médico ABC en la Ciudad de México, México. Es apasionada por la enseñanza y poder transmitir sus conocimientos, lo que ha logrado con ayuda de su Instagram. La puedes seguir también en Facebook y TikTok.

Referencias

Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos. Publicado el 17 de noviembre de 2021. Consultado en versión electrónica.

Organización Mundial de la Salud. Prioridades estratégicas de la OMS en materia de resistencia a los antimicrobianos. Publicado el 18 de mayo de 2022. Consultado en versión electrónica.

Organización Mundial de la Salud. La Alianza Cuatripartita acoge con satisfacción los nuevos compromisos políticos para combatir la resistencia a los antimicrobianos. Publicado el 25 de noviembre de 2022. Consultado en versión electrónica.

El blog de la internista
Dra. Jesica Naanous Rayek;
Medscape - 19 de jun de 2023

ADENDUM

"La vida es tan corta y el oficio de vivir tan difícil, que cuando uno empieza a aprenderlo, ya hay que morirse"

Ernesto Sábato
"Sobre héroes y tumbas"

Ernesto Sábato (24 de junio de 1911, Rojas - 30 de abril de 2011, Santos Lugares) fue un escritor, pintor y físico argentino. Su obra narrativa consiste en tres novelas: la citada, El túnel y Abaddón el exterminador.

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