



# NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**

**Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Capital Federal • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318  
E-mail: metropolitana@sap.org.ar**

## EDITORIAL

### Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes

La ley 23.849 fue aprobada el 27/09/90. Se refiere a la convención sobre los derechos del niño y consta de 54 artículos. El conocimiento del artículo 24 es fundamental: *“los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán para que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios y asegurar la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptaran las medidas apropiadas para:*

*a. Reducir la mortalidad infantil.*

La Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, a través de convenios y programas, han realizado talleres, reuniones y trabajos de investigación, para lograr concientizar a los pediatras del país en la necesidad de trabajar sobre esta problemática, que es la de reducir la mortalidad infantil, decisión que la Región Metropolitana compartió ampliamente.

*b. Asegurar la prestación de la asistencia médica a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la APS.*

La Región, con sus 3 distritos (abarcando 25 municipios), en 26 años de existencia, ha contribuido a la formación de médicos pediatras, con la estrategia de APS.

*c. Combatir las enfermedades y la mal nutrición, en el marco de la APS, mediante la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos y agua potable, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.*

En este sentido la Región realizó las VIII Jornadas en 2008, siendo medio ambiente el tema central y produjo documentos que han logrado, junto a varias ONG, por vía judicial, el suministro de agua potable a barrios con el agua contaminada.

*d. Asegurar la atención prenatal y posnatal.*

*e. Asegurar que todos los sectores de la sociedad, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, teniendo acceso a la educación pertinente y recibiendo apoyo en la aplicación de esos conocimientos.*

La Región, a través de sus integrantes, realiza reuniones de educación para la salud en las comunidades y participa, a través de FUNDASAP y diferentes ONG, en programas de radio.

*f. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación en materia de planificación de la familia. Los estados partes se comprometen a promover la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo.*

Se realizan muchos esfuerzos para mejorar la asistencia, la promoción, la prevención. El Estado acaba de incorporar al calendario nacional la vacuna antigripal, gratuita y obligatoria, para niños de 6 a 24 meses, embarazadas, puérperas menores de seis meses y equipo de salud. También se realizaron convenios entre el MS y la SAP, programas nacionales (Ejemplo: niño con cardiopatía congénita quirúrgica). Actualmente el PMI de la Nación entrega en todo el país leche entera fortificada. Los municipios también contribuyen en lo referente a salud. Entonces... la gran pregunta: si sociedades, médicos, equipo de salud y Nación, hacen el máximo esfuerzo ¿porque la salud de la población no está totalmente cubierta? Sabiendo que el presupuesto es escaso pero suficiente ¿donde está la etiopatogénesis de esta situación? ¿podríamos intentar alguna solución?.

Creo, después de años, que es imposible empezar siempre de vuelta. Los cargos suelen ser políticos, no hay continuidad en la conducción, los directores no son elegidos por concurso (por lo tanto no siempre tienen idoneidad). Los concursos deberían ser algo normal y regular. Deberían existir reglas universales a cumplir, para poder estar a la altura de las circunstancias. En fin, debería primar la ética.

**Dr. Gustavo Bardauil**  
Director Titular

#### Director Titular

Dr. Gustavo Bardauil

#### 1er. Director Asociado

Dr. Saúl Gleich

#### 2do. Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

#### Coordinadores:

##### Distrito Sur:

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /  
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /  
Dr. Clara Massola de Muiños / Dra. Mariana  
Rodríguez Ponte / Dr. Rubén Porto

##### Distrito Oeste:

Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /  
Dr. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /  
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis  
Marsicovetere / Dra. Débora Rocca Huguet

##### Distrito Norte:

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /  
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /  
Dra. Miriam Vasalo / Dra. Mirta Vázquez

#### Asesores ex Directores:

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /  
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /  
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /  
Dr. Domingo Longo

## SECCIONES

• Editorial .....	1
• Actividades de la Región.....	3
• Entrevista al Dr. Angel Plaza .....	5
• Boletín Bibliográfico .....	8
• Tuberculosis: la tragedia de los genios .....	10
• Dermatitis atópica .....	12
• Violencia familiar .....	15
• Uso de repelentes .....	18

Propaganda

“El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”

**GRUPO EDITORIAL  
REGIÓN METROPOLITANA**

**Editores de Revista**

**Noticias Metropolitanas:**

*Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani*

**Boletín Bibliográfico:**

*Director: Dr. Ricardo Straface*

**Colaboradores:**

*Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,  
J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez*

**NOTICIAS METROPOLITANAS cumple sus primeros 50 números y los editores los queremos festejar con todos los que de una u otra manera han colaborado para que esto sucediera (editores anteriores, autores, laboratorios patrocinantes, personal de la imprenta Ideográfica y de SAP y todos nuestros lectores).**

**Es nuestra intención agradecer a todos y poder seguir compartiendo muchos números más.**

Dr. Carlos Luzzani

Dr. Leonardo Vázquez

## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

### ► **Curso de Actualización de Pediatría 2011**

*Directores:* Dr. Alberto Rodríguez Pérez, Dra. Lilian Sosa.

*Coordinadora:* Dra. Marta Chorny. *Secretario:* Dr. Gabriel Zapata.

*Fecha:* Del jueves 7 de abril hasta jueves 3 de noviembre 2011, de 11 a 14 horas.

*Duración:* 87 horas docentes, con evaluación final.

*Inscripción:* Alem 339, Barrio Unión Ferroviaria Ezeiza, tel: 4439-1215/ 4439-1217.

[liliansos@gmail.com](mailto:liliansos@gmail.com) , [ezeizap@gmail.com](mailto:ezeizap@gmail.com)

### ► **Actualización en Desarrollo Infantil: una mirada interdisciplinaria. Año 2011**

*Directora:* Dra. Gladys Convertini.

*Población destinataria:* Médicos Pediatras. Médicos Generalistas.

*Fecha de comienzo:* jueves 7 de abril 2011.

*Fecha de finalización:* jueves 4 de agosto de 2011. *Horario:* 19-22 hs.

*Sede:* Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito III, Buen Viaje 554, Morón.

*Inscripción:* 4629-1611 / 4628-3035.

Este Curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y le corresponden 6 créditos.

### ► **Curso: "Estrategias prácticas en Pediatría Ambulatoria". 15° Edición**

Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" Montes de Oca 40. CABA, 3° piso, Pabellón Jockey Club.

*Directora:* Dra. Violeta Caputo.

*Fecha:* 7 de abril al 15 de diciembre de 2011.

*Modalidad:* presencial, con evaluación final.

*Horario:* días jueves de 10 a 13 horas. *Carga horaria:* 136 horas.

*Inscripción:* [vicaputo@arnet.com.ar](mailto:vicaputo@arnet.com.ar); [peraso@intramed.net](mailto:peraso@intramed.net)

Este curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y otorga 15 créditos para recertificación.

*Sede:* Unidad de Consultorios Externos de Clínica Pediátrica. Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde".

## CAMINO AL CENTENARIO

Con la mirada puesta en Francia y Alemania, los primeros pediatras de América Latina, iniciaron su camino.

Sin embargo ya en la segunda edición en 1905 del texto *“Traite des maladies de l'enfance”* de J. Granchert y J. Comby, participaron pediatras argentinos en la versión de sus cinco volúmenes. Colaboraron el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro (Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, Jefe de Servicio del Hospital Ramos Mejía y presidente de la SAP) y el Dr. Ángel M. Centeno (Profesor de Pediatría de la UBA, director del Hospital Pedro de Elizalde y primer presidente de la SAP).

La Sociedad Argentina de Pediatría fue fundada en 1911. Agrupa a la mayoría de los pediatras argentinos y otros integrantes del equipo de salud, sumando más de 15.000 miembros. Ha mantenido siempre su compromiso *“por un niño sano en un mundo mejor”*.

En Argentina fue un grande, el Dr. Carlos Gianantonio, quien humanizó la pediatría. Describió por primera vez el Síndrome Urémico Hemolítico y creó la Residencia Pediátrica. Preocupados por los temas importantes, otros maestros como Garrahan, Escardó, A. Larguía, Albores, Murtagh, Nocetti Fassolino, Sires, P. de Elizalde, F. de Elizalde, Ceriani Cernadas, Ageitos, Roccatagliata, Blanco, Exeni, Repetto, Puga, Grenoville, Lejarraga, y tantos otros, hicieron de la familia pediátrica una tradición de unidad, capacitación y responsabilidad, involucrada en honrar a los mayores y mantener vigente los derechos del niño, la participación comunitaria y el desarrollo de APS. Esta es la plataforma que nos impulsa a perseguir nuevos logros.

El 20 de octubre de 2011 cumplirá los 100 años  
y en la Ciudad de Buenos Aires se realizará,  
del 13 al 16 de septiembre de ese año,  
el **Congreso del Centenario**.

*“Nuestro es el futuro por prepotencia de trabajo”* nos decía nuestra actual presidenta, la Dra. Margarita Ramonet en el comienzo de su gestión. Adherimos a esa idea desde la Región Metropolitana.

Allí estaremos, celebrando también la democrática y humana apertura, que llevó por segunda vez a la presidencia de la SAP a una mujer.

**Dr. Gustavo Bardauil**  
Director Titular



## ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

**Dra. Patricia Cirigliano**

### Dr. ANGEL PLAZA

Recibido a los 26 años, Doctor en Medicina a los 8 años de graduado, coronó su intensa y comprometida carrera al llegar al tope de las jerarquías y ser nombrado Jefe del Departamento Medicina del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

El mayor logro, a su juicio, es recibir de sus pacientes agradecimiento y cariño y de sus colegas, el recíproco afecto y respeto a través de los años. Siempre pude –dijo a **RN**– mirar a mis pacientes a la cara. “El médico debe caminar mirando al frente y no a los rincones de los pasillos”. Plaza piensa que la profesión médica es de servicio, “aún en esta época de medicina empresarial conducida por economistas, debe primar lo humano. Planteo en las clases de Pediatría que cuando nos acerquemos a un niño lo hagamos con una sonrisa y una caricia antes de comenzar a revisarlo. Ricardo Gutiérrez les llevaba juguetes; Florencio Escardó decía “amor y proteínas”. Este acercamiento afectivo no debe limitarse a los niños”.

Angel Plaza se dedicó con intensidad a la docencia. Dictó y coordinó 83 cursos entre 1957 y 1993. Publicó 36 trabajos en libros y revistas científicas en forma individual y en equipo con prestigiosos colegas.

Propulsor de la “Formación Continua” recuerda que el médico tiene que actualizarse permanentemente ya que los conocimientos se modifican en pocos años. “La Comisión Carnegie de Educación Superior de Estados Unidos manifestó que la información médica llega parcialmente a la obsolescencia entre los cinco y los diez años y que los médicos son probablemente incompetentes en varias áreas dentro de los quince años de graduados. La Educación Continua debe ser destinada a mejorar la competencia profesional y no a obtener un nuevo título o diploma”.

Con igual seriedad colecciona desde hace treinta años cajitas de fósforos de todo el mundo (tiene más de 10.000) y “no dejo de agradecer a mis colegas que estando de viaje no se olvidan de mis cajas, y lo que más me gusta, no dejan de recordar mi pedido, que es recordarme a mí”.



**RN:** ¿Feliz con tu Medicina?

**Dr. Angel Plaza:** Muy feliz con la Medicina, muy feliz.

**RN:** ¿Tiene que ver ese orgullo de pertenencia, con el “Soy del Gutiérrez” o “Soy del Niños”?

**Dr. AP:** Quizás es inconciente... Cuando tenía 4 años estuve internado en el Hospital muy, muy grave.

En ese momento dije: –Voy a ser médico. Antes de recibirme tuve la suerte de poder ingresar en el Hospital. Había limitantes. Entonces era todo por notas, antecedentes, conocimientos, alguien que nos presentara...

Entré como practicante e hice toda la carrera. Estaba en el Hospital, y hacía guardias en tres lugares: en el Hospital Nacional de Migraciones; atendíamos a internados dentro del Hospital (comunidad no inmigrante) porque cuando se incendiaba una villa, toda esa gente se internaba y allí vivían hasta que se la reubicaba; en el Hospital de San Miguel, hoy Hospital Dr. Larcade, hacíamos Medicina General y Urgencias (adultos y niños). Ayudábamos a operar, hacíamos anestesia... de todo.

Claro, como a mí me gustaban los chicos, me pasaban todos los de la Guardia, un promedio de 50 por día. Fue una experiencia muy importante. Me nombraron para formar el servicio de Neonatología, que no existía. Casualmente, el Dr. Larcade que era el Jefe del Servicio, pasó a Director del Hospital me nombró a cargo del servicio y entré simultáneamente en el Hospital de Niños. Así que estaba en Migraciones, en San Miguel y en el Gutiérrez. Empalmaba una guardia con otra, y, en el interín, los trabajos prácticos finales de la facultad.

**RN:** La biopsia renal en Pediatría ¿fue un aporte tuyo?

**Dr. AP:** Sí, empecé a hacer las biopsias ya recibido. Estaba en un grupo de trabajo, en la Sala de Síndrome Nefrótico con el Dr. Gianantonio, el Dr. Vecchio, el Dr. Maggi y se me ocurrió que sería importante conocer mejor la histología. Teníamos la clínica (característica del síndrome nefrótico), teníamos el Laboratorio, pero faltaba ver qué pasaba en la intimidad del tejido y pensé que podíamos hacer la biopsia...

Fui el primero en el país en hacer biopsias de riñón en pediatría. Me acuerdo que el Dr. Vecchio que falleció hace poco, un íntimo amigo con el que aprendí muchísimo, me decía "vos querés ser el Salvador Dalí", por lo de las biopsias. En ese interin conocí al Dr. Miatello, una persona excelente, profesor de clínica médica. El hacía biopsias en el adulto. Fui a verlo y se puso a mi disposición. Vino al Hospital e hizo la primera para que yo viera como se hacía. Y continuamos.

Fue cambiando la técnica. Primero las hacíamos con anestesia general. Tuve el valioso aporte de un anestesista del hospital, el Dr. Gessino. Hacíamos las biopsias en la Sala. Porque no estaban dadas las condiciones de asepsia (a pesar de que se hacían y se siguen haciendo así) pedí que pudiéramos hacerlo en Sala de Operaciones. Había carencia de quirófanos. Tenía que estar a la espera de turno y si no, a última hora de la mañana... Se fueron salvando todos esos inconvenientes y se logró.

El trabajo de mi Tesis fue sobre la evaluación de la clínica, los estudios disfuncionales, la histología y la anatomía patológica renales.

**RN:** ¿Qué cambió a partir de la biopsia?

**Dr. AP.:** Trabajábamos con lo que llamamos Síndrome Nefrótico, nefrosis del lactante (la nefrosis lipídica o lipoidea). El Síndrome Nefrótico también está o es secundario a la patología renal y habla de mayor gravedad. La biopsia permitió diferenciar la histología que varía de un caso a otro y ésa es su importancia.

Sirvió, porque con la gente del equipo que hacía microscopía electrónica se comprobó que la histología era completamente diferente. Todo a través de la biopsia. Cuando se hacía en forma secuencial, (algunos chicos tuvieron 3 ó 4) íbamos viendo como se modificaba, en regresión o en progreso.

**RN:** ¿Por qué te ocupaste casi con obstinación de la Educación Continua...?

**Dr. AP.:** Porque es sumamente importante para el profesional médico, que estudió y debe estudiar toda la vida. La Educación Continua es más simple en un centro capital, hospitalario, de universidad o facultad pero la gente que vive en el interior tiene dificultad para acceder a ella. Le es difícil trasladarse, dejar familia, enfermos... y además está el problema económico.

Estando a cargo del grupo de Educación Continua de la cátedra del Prof. Vázquez, nos envió con el Dr. Bianculli para hablar de Educación Continua en unas conferencias que daban un grupo de facultades de Medicina en Córdoba. Al participar nos formamos

una opinión de lo que pensábamos y lo que nos decían que teníamos que hacer. Al querer llevarlo a la práctica, la cosa no era así. Para nosotros Educación Continua era ir a zonas alejadas de los centros en forma periódica, estar un tiempo, transmitir, hacer intercambio de conocimiento. Hicimos un informe y al Dr. Vázquez le pareció muy bien. Contactó con sus amigos del interior de la provincia aunque chocó con la poca disponibilidad de tiempo de los profesionales, muy cómodos con lo que hacían y tenían. Viajar por su cuenta para asistir durante una semana a un Curso prolongado (lo proponíamos de forma mensual), les resultaba un poco incómodo. Otro obstáculo fueron las asociaciones de profesionales. Se oponían a que fueran médicos de la Capital a "invadirlos" (en la fantasía que a veces tenemos todos, creían en una posible competencia). Pidieron firmar convenios con las asociaciones y eso fracasó. Recuerdo que llamé por teléfono a la gente que dio el Curso y... "Sí... bueno, claro, tenés razón, no es fácil, hay que hacerlo... En conclusión, mucho bla, bla, bla... pero en la práctica no era así..."

El Dr. Vázquez contactó en Neuquén a la Dra. Elsa Moreno, responsable de la parte sanitaria porque ella le pidió colaboración (que vayan 3 ó 4 residentes formados en el Hospital para trabajar en campañas de Hidratación y de Diarrea en Neuquén). Él aprovechó ese contacto para proponer nuestro escrito sobre Educación Continua. Se aprobó y empezamos con un Programa a cinco años. La idea era recorrer toda la provincia, una región por año y mantener el Centro en capital. Estuvimos en Zapala y en San Martín de los Andes. Cuando íbamos hacia el cuarto año hubo un problema lamentable por gente que, como a veces ocurre, desconoce la situación y no la sabe valorar. Íbamos cada seis meses con el Dr. Vázquez a trabajar y evaluar lo realizado. Destinábamos dos semanas por año a Neuquén abandonando familia, consultorio ...

No se cobraba absolutamente nada. Un médico militar en la época de la revolución dijo que "cómo era posible que los mismos que daban el curso se evaluaran"...

El Dr. Vázquez que por su personalidad muy fuerte consiguió lo que consiguió, estaba internado. Me acuerdo que lo habían operado y cuando yo le transmití la situación gritó "¡Aaahhh!! ¡Se terminó, se terminó!" Y ahí terminó el programa de Neuquén pero, estábamos ya trabajando desde hacía dos años con Jujuy.

Un día estaba yo presentando en el Ateneo Central del Hospital la experiencia en Neuquén. Por casualidad, escuchó un médico jujeño que estaba rotando y se contactó con el Ministro de Salud de Jujuy, que

había sido rotante y compañero del Prof. Vázquez cuando jóvenes. De inmediato viajó a Buenos Aires y le pidió el Programa. Se firmó un convenio y así se empezó a trabajar en Jujuy en simultáneo con Neuquén. Ya no desaparecíamos de casa dos sino cuatro semanas por año (cuatro semanas sin consultorio), pero se hizo.

En esa época, el docente de Buenos Aires, iba y tomaba el fin de semana casi como turista. Para hablar de Educación Continua. Un cirujano rotante de Italia, que dibujaba muy bien, me ayudó con las diapositivas que con humor mostraban al profesor que colgaba la máquina de fotos, tomaba la caña de pescar y mientras estaba pescando daba la clase. Con este programa la caña se colgaba y la máquina también. Se trabajaba con los alumnos en terreno y allí, con los médicos, se enseñaba cómo se tomaba la presión venosa, cómo se revisaba, cómo se hacían punciones raquídeas (a veces en un pase de Sala). El Dr. Vázquez fue el impulsor de todo, y en la parte de Clínica Médica una autoridad, un excelente ser humano y profesional. El Prof. Burucúa personalmente iba a todas las clases acompañado por su jefe de residentes. Estaba "chocho", encantado con lo que hacía. Es muy, muy lindo poder comentar este trasfondo de la historia, a veces desconocido. A los dos años, Maternidad e Infancia, visto el éxito del Programa, lo pidió para todo el país.

Las distintas cátedras se hicieron cargo en los diferentes lugares. Así, de Córdoba tomaron La Rioja, el Dr. Cedrato se desplazó, y así se cubrió el país y el programa ya tenía cinco años. Empalmamos los cinco previos de Jujuy, más cinco más. Allí estuvimos diez años y cambió por completo la Pediatría. Antes, cualquier problema (hace veinte años) se derivaba. A partir de entonces, cuando era derivado, un chico llegaba a Buenos Aires; era muy difícil también llegar al diagnóstico porque ya había sido prolijamente estudiado. Fue un éxito. Voy allá periódicamente y estamos trabajando a través de la Residencia Universitaria. Les digo que no fuimos a enseñar, sino a hacer intercambio. He aprendido muchísimo a nivel humano y no sólo desde la patología regional. Todo fue muy importante y ahora la SAP lo ha tomado también en forma exhaustiva. Están enviando grupos a trabajar en el interior: trabajo en terreno, tal como proponíamos en Educación Continua.

**RN:** *Humildad en el intercambio y la persistencia, ¿verdad?*

**Dr. AP.:** Sirve lo perdurable. Es de lamentar cuando pasa más por muchos intereses políticos que por la voluntad del profesional.

Hace diez años, fui invitado a San Luis como Jurado

en un concurso de pediatría. Al volver, la Jefa de Educación me acompañó durante una demora en el aeropuerto. Manifestó su interés por lograr Educación Continua para San Luis.

Comenté la experiencia que tenía de Neuquén y Jujuy. Me lo pidió por escrito y se lo envié. De inmediato lo aceptó. Comenzamos e hicimos la evaluación "hora cero": recorrer todos los hospitales y elevar un informe de situación.

El Ministro de Salud era un Terapeuta Intensivo. Pasamos un informe muy bueno. Al segundo año, cuando fui a pasarlo, ponderó los datos que tenía del trabajo que realizábamos como muy positivos y me pidió tratar de lograr lo mismo para Cirugía oftalmológica, Cirugía endoscópica, Cardiología etc. Comprometí comunicarme con la Facultad ya que esto nos excedía. Hablo en Buenos Aires, contacto con las cátedras y se organiza. La señora del Ministro viene a verme y le transmito todo... pero cuando llega a San Luis, ¡a él lo habían destituido...!

Hubo discordancias que no dependían de nosotros. Hoy día seguimos trabajando en Jujuy. Hay factores imponderables que no pasan por lo docente y afectan la continuidad.

**RN:** *Con frecuencia has trabajado sobre error diagnóstico. Pareciera que nunca dejé de interesarte, ¿no es así?*

**Dr. AP.:** Sí. El tema nos entusiasmó. Coleccionamos, llamémoslo así, "casos de error" desde hace más de treinta años. Nuestras clases y publicaciones en libros de Pediatría y en Congresos, en el país y afuera, documentan situaciones reales.

Planteamos que la mayoría de las veces los errores no se cometen por no saber sino por error de semiotécnica, por no seguir las pautas de la Semiología. *La primera causa de error es la consulta telefónica, el no ver al enfermo.* Desde el "cómo" se debe hacer, hacemos una serie de alertas.

Muchos médicos lamentablemente no quieren que la gente sienta que le están imponiendo una visita, una consulta, un pago de honorarios y acceden a "dar". El nene tiene fiebre: "dele" una aspirinita, "désela y me llama". He visto chicos con neumonía y meningitis tratados con aspirinitas y a veces con antibióticos y por excelentes profesionales que no se animaron a decir no. Tengo un ejemplo dentro de toda esa casuística de casos vividos.

Una noche, en el consultorio y con el último paciente veo venir a un señor al que no conocía. Entra y dice: "Doctor, vengo a verlo porque la nena tiene 39° de fiebre, debe ser una angina. ¿Le doy penicilina como siempre? Yo le dije: "mire si UD supone que tiene que darle penicilina y que tiene una angina

porqué me viene a preguntar a mí? Se la da y listo..."  
"No, no, entonces venga!"

Lo acompañé. Esto ocurría de noche, en un Don Torcuato de hace treinta y pico de años. Había llovido. Tuve que dejar el coche en la ruta y caminar con las botas siete cuerdas por el barro. Llego a la casa y me encuentro con una chica febril, "facies" vultuosa, con fatiga. La reviso y tenía semiología de un derrame pleural. La traslado urgente al Hospital de Niños. La veo al día siguiente. Mostraron las radiografías que aparte del derrame, tenía una serie de "bullas" en el pulmón. El cuadro era de *estafilococcia pulmonar*. De inmediato empieza con antibióticos. Al tercer día de internada se rompe una de las bullas y hubo que llevarla de urgencia a la Sala de operaciones del Hospital.

Mi pregunta es ¿qué pasa si esta chica estaba en su casa con esta bulla? ¿Quién es responsable?

Por eso, si uno no ve, hay que decir "no sé, yo no lo puedo atender, consiga quién lo vea".

**RN:** Al fin, ¿gran familia?

**Dr.AP.:** Sí. Con mi primera señora, que era odontóloga, tuvimos 4 varones.

Angel Gustavo, el mayor que tiene 51 años y es odontólogo. Guillermo Alejandro, es comerciante y de los mellizos gemelos, Pablo Ricardo es fabricante de ropa y Eduardo Horacio también odontólogo

como la mamá. Tengo 10 nietos. Santiago de 21 es el mayor. Victoria que tiene 7 años es la más chiquita y los otros son Valeria, Pablito, Paola, Matías, Agustina, Tomás, Rosario y Valentina.

**RN:** ¿Lograste tus metas?

**Dr. AP.:** Como médico siempre a uno le quedan cosas por hacer y conocer pero creo que desde la base pude llegar al cargo mas alto como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Gutiérrez. En la cátedra, pude llegar desde ayudante a titular, siempre por concurso y ahora a Consulto, por el voto de los compañeros colegas. No me quejo de lo que he logrado y pude hacer.

¿Qué pude haber hecho más? Casi sin tiempo, simultáneamente trabajé en la comunidad. Miembro fundador del Rotary Club de Don Torcuato soy uno de los dos sobrevivientes de aquella época. Hicimos varias obras porque pudimos manejar los aportes comunitarios en forma correcta y llegamos a buen puerto.

**RN:** Hoy... Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Pediatría, una distinción muy valorada ... has sido el primer Director de nuestra Región Metropolitana, ¿verdad ?

**Dr. AP.:** Sí, lo fui. ¡Y tengo un excelente recuerdo de lo que hicimos en aquel momento!!



## BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

### 1) LA DISCAPACIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON MALTRATO INFANTIL

La violencia contra los niños es un problema de la salud pública mundial. Se estima que por cada caso registrado, nueve no son detectados. Hay estudios que señalan la susceptibilidad de algunos sectores de la población infantil a ser agredidos: los hijos de madres adolescentes, los niños con problemas de conducta (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), los niños con malformaciones congénitas, los que sufren una o varias discapacidades. Aquellos que tienen alguna afección física, mental o ambas eleva el riesgo de sufrir maltrato infantil. Por otro lado, surge la disyuntiva de precisar si la discapacidad del niño es causa o consecuencia de alguna forma de maltrato.

**Epidemiología:** La OMS señala que aproximadamente 10% de la población mundial tiene algún

grado de discapacidad. De ellos, el 1% sufre discapacidad grave, en el 3% existe discapacidad funcional, el 6% de los niños tiene discapacidad leve o moderada. Globalmente los niños con discapacidad sufren 1,7 veces más alguna forma de maltrato. También se encontró que los niños discapacitados son 1,8 veces más susceptibles de sufrir negligencia, 1,6 veces más de maltrato físico y 2,2 de abuso sexual.

**Condiciones clínicas y sociales:** Las familias cuyos hijos padecen discapacidad, enfrentan numerosas dificultades que pueden inducir el maltrato infantil, como son: padecimiento crónico, información y conocimiento insuficiente en relación a las necesidades del menor, familias con nivel socioeconómico pobre, convivencia y cuidado del menor por personas ajenas al núcleo familiar, poca capacidad del menor para expresar las agresiones, falta de programas de integración social y terapias de gru-



po, la tarea diaria de atender al niño crea fatiga y cansancio en los familiares, demanda de atención médica, paramédica o las dos, que eleva los gastos. Además es frecuente que los pacientes reciban atención de varios profesionales los cuales suelen tener opiniones diferentes sobre la enfermedad y su evolución. Esto puede originar angustia en los padres e ideas contradictorias en relación al manejo y cuidado de sus hijos, lo que ocasiona confusión y conflictos familiares, las familias se sienten avergonzadas, rechazadas y se aíslan debido a que los niños con discapacidad pueden sufrir discriminación, pueden requerir de hospitalizaciones frecuentes, administración de medicamentos en forma continua y rehabilitación, que son causa de agotamiento de los cuidadores, ya que el niño depende de ellos, lo que se traduce en síndrome del cuidador primario. La presencia de un niño con discapacidad en la familia suele ocasionar desintegración. Estos factores suelen ocasionar estrés constante, incremento de las necesidades económicas y cansancio en la familia, factores que han sido descritos como desencadenantes de violencia familiar, maltrato infantil o ambos problemas.

*Papel del médico ante el niño con discapacidad:* Es necesaria la vigilancia social para prevenir alguna forma de maltrato en el paciente con discapacidad. Por ello la familia, requiere vigilancia y apoyo emocional constante. Se ha demostrado que la visita domiciliaria es el estándar de oro para este fin. Para identificar o prevenir alguna forma de maltrato en este grupo de niños, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Reconocer ciertos indicadores clínicos y sociales en el paciente y su familia.
- El niño con discapacidad y su familia, deben ser atendidos de manera interdisciplinaria.
- Investigar si la discapacidad fue secundaria a un posible abuso, ya que en este caso el paciente puede estar en riesgo de ser agredido nuevamente.
- Prevención de abuso sexual a través de información a la familia y a los niños menos afectados, con discapacidad leve o moderada.

C. A. García-Piña, A. Loredó-Abdalá, A. Perea-Martínez. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(6):322-6.

## 2) DIFERENCIACIÓN DE SINOVITIS TRANSITORIA Y ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA, CON CRITERIOS CLÍNICOS Y ECOGRÁFICOS

*Introducción:* La ecografía no distingue entre los diferentes tipos de sinovitis. El objetivo de este trabajo fue valorar su contribución, junto a algunos datos clínicos, en el diagnóstico de la artritis séptica (AS) y la sinovitis transitoria (ST) de cadera.

*Método:* Estudio prospectivo de pacientes con ST o AS de cadera unilateral realizado entre diciembre 2006 y julio 2009. Las variables incluyeron manifestaciones clínicas y medidas ecográficas. Las ecografías fueron realizadas con un método estandarizado.

*Resultados:* La muestra estaba compuesta por 26 niños, 22 diagnosticados de ST y 4 de AS. Se encontró diferencia en la historia de fiebre ( $p=0,002$ ). La edad no era diferente, aunque la media y la mediana en ST fue 6 años, frente a media de 4,3 y mediana de 2,3 en AS. Tampoco fueron diferentes las medidas ecográficas. El valor predictivo positivo del criterio «mayor de 4 años y ausencia de fiebre» para el diagnóstico de sinovitis transitoria fue 100%, mientras que «menor de 4 años e historia de fiebre» para el diagnóstico de artritis séptica era del 75%, siempre que la radiología hubiese excluido procesos ortopédicos y la ecografía mostrara derrame.

*Conclusiones:* Pese a las limitaciones del estudio (tamaño de la muestra y baja prevalencia) la combinación de edad e historia de fiebre parece útil para diferenciar la sinovitis transitoria de la artritis séptica. La contribución de la ecografía fue confirmar la presencia de derrame articular.

R. Merino, J. de Inocencio, J. García-Consuegra. *An Pediatr (Barc)* 2010;73:189-93.

---

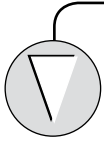
## Adendum

*Nadie sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta.*

**Publio Siro (Siglo I AC-?)**

*Poeta dramático romano*

---



## TUBERCULOSIS: La tragedia de los genios

**Dr. Alejandro Ameijeira**  
Médico Pediatra

La historia del hombre, desde sus orígenes, ha sido acompañada por la enfermedad, la que ha sesgado, prematuramente, las vidas de genios de la cultura y la investigación. Pero existe una noxa que ha afectado a los humanos desde hace más de medio millón de años; ataca a pobres y ricos, jóvenes y viejos, héroes y villanos. Nadie está a salvo. Tan sólo con toser, besar o hablar, la persona infectada disemina. La bacteria no hace distinciones.

El *Mycobacterium Tuberculosis*, está entre las bacterias más virulentas, sólo seguido por el HIV.

Es tan letal que mata alrededor de dos millones de personas por año, a pesar de existir fármacos que curan una buena parte de los casos. El problema es que mucha gente no tiene acceso a los medicamentos y muchos de los que los tienen no completan el tratamiento.

Vale decir que la TBC evoluciona más rápido que las terapias. Se ha observado, en los últimos años, un preocupante aumento del número de cepas resistentes a más de uno de los fármacos de primera línea y la aparición de bacilos resistentes a todos y cada uno de los antibióticos.

En los países en vías de desarrollo, como sería una costumbre, es donde se dan el 90% de los casos. Es también allí que ocurren el 98% de las muertes. Un 75% de los casos afecta a personas entre 15 y 54 años; de esta manera se perjudican las economías de los países, pues obliga a desviar recursos de por sí escasos, para la atención sanitaria: un verdadero cóctel explosivo.

### El primer paso

**Robert Koch**, en 1882, identificó el bacilo que lleva su nombre, la bacteria en forma de bastón que causa la enfermedad: *Mycobacterium Tuberculosis* (Mtb). Existe en forma latente y activa.

En la *infección latente* el sistema inmune impide que la bacteria se multiplique y dañe tejidos. El huésped no presenta síntomas ni contagia. El Mtb puede persistir por meses o años sin multiplicarse ni provocar enfermedad, pero un 10%, de los infectados desarrollan la forma activa. Esto acontece sobre todo en los niños o en portadores del HIV, o en otras inmunodeficiencias.

La *TBC activa* doblega al sistema inmune, se multiplica rápidamente y se disemina para atacar los órganos; su blanco predilecto son los sitios bien oxigenados: nada mejor que los pulmones.

En un 75% de los casos los síntomas son: tos intensa, dolor torácico y esputo hemoptoico. La TBC puede afectar a casi todos los órganos del cuerpo.

En los niños pequeños puede dañar el encéfalo, producir fiebre, shock sistémico y meningitis.

Un siglo atrás, en todo el mundo, se carecía de tratamiento de este mal y se recurría a sanatorios en lugares de altura (en nuestro país en Cosquín, Córdoba) con resultados no siempre auspiciosos.

En 1921, *Albert Calmette* y *Camille Guérin*, del Instituto Pasteur en París, comenzaron a utilizar una vacuna que se pensó protegía de la forma infantil y de los adultos. Más tarde, mediante ensayos extensos, fue probado que ofrecía protección sólo a las formas graves; esa vacuna se conoce como BCG y es usada hasta nuestros días.

Años más tarde, en 1943, *Selman Waksman* descubre la Estreptomicina, la que a pesar de producir efectos secundarios, entre ellos hipoacusia, fue la primera terapia eficaz contra el bacilo. Ya en los años '50, aparecen una sucesión de antibióticos que compensaron las limitaciones de la estreptomicina, lo que causó cierre de sanatorios, por innecesarios, y un importante descenso de la TBC en los países con mayores recursos.

### El equívoco

La mayoría de los expertos, en los '70, creyeron en la erradicación de la TBC. ¡Craso error! La multiplicación de viajes por el mundo, abrió las puertas para la emergencia de mayores epidemias y para empeorar la situación, apareció a fines del siglo pasado un convidado de piedra: el HIV.

La OMS calcula hoy que un tercio de la población, 2000 millones de personas, está infectada con el Mtb. Cada año, 8 millones de portadores sufrirán una TBC activa y cada uno de ellos infectará entre 10 y 15 personas. De esta forma continúa la pandemia.

*La TBC es la causa principal de muerte en los individuos HIV.* Quita la vida a 1 de cada 3 en todo

el mundo y a 1 de cada 2 en África Subsahariana, donde la atención médica es deficiente.

La pauta terapéutica habitual, que comenzó en los años 60, consiste en cuatro fármacos: Isoniacida, Etambutol, Pirazinamida y Rifampicina. Esta pauta resulta eficaz en TBC activa y su terapia se prolonga entre 6 a 9 meses. Las cepas resistentes aparecen al abandonar el tratamiento, ya sea por sentirse mejor o porque no se suministra la medicación. Los sanitaristas preconizan que si el tratamiento es incompleto **no sirve**.

Cada año aparecen unos 8 millones de nuevos casos, muchos de ellos son cepas de Mtb resistentes a Isoniacida y Rifampicina. La mayoría de los casos de TBC MULTIFARMACORRESISTENTE (TB-FMR) se pueden tratar con drogas de segunda línea, pero pueden causar graves efectos secundarios.

Este protocolo, de costo muy alto, es utilizado en países más pobres, con escasos resultados. Apareció en 2006, en Sudáfrica (Kwa zulu-Natal), tras un brote, una cepa no conocida, resistente a todas las drogas de segunda línea. La OMS ha confirmado casos en 49 países hasta junio de 2008 y se espera que las cifras se multipliquen. La mayor parte de los tuberculosos están en los países muy pobres, pero desde ya que, eso no importa... Los laboratorios farmacéuticos, no han tenido aliciente alguno para invertir en investigación y nuevos desarrollos de medicamentos.

### **La pobreza complica... ¡siempre!!!**

En 1998 se logró la secuenciación del genoma del Mtb, que ha mostrado sus enzimas y las reacciones químicas necesarias para que la TBC se mantenga en el hombre. Emplea buena parte de sus genes en codificar proteínas y lípidos, que pueden funcionar como dianas terapéuticas en el futuro.

### **La vacuna**

Contiene una cepa de Mtb que ha perdido virulencia, pero conserva la capacidad de inducir en el sistema inmune del niño, una reacción contra la bacteria.

Estudiando el genoma del Mtb, se descubrió que la cepa bacteriana había perdido un extenso fragmento de ADN. Otros grupos del Instituto Pasteur y de la Facultad de Medicina Albert Einstein, en Nueva York, demostraron que los genes perdidos son esenciales para la virulencia. La región suprimida, en la cepa de la vacuna, abría una vía para mejorar la sensibilidad de la prueba diagnóstica.

En 2005 aparece el test diagnóstico aprobado por la FDA. Se ha demostrado su seguridad pero por

desgracia su costo es muy elevado, lo que limita su administración a los países ricos (altruismo puro...).

Los ecosistemas bacterianos sufren cambios debido a la selección natural. Las bacterias desarrollan defensas para frenar las micobacterias. El reservorio que estas bacterias han creado, identificando moléculas defensivas, nos llevaría de la mano a nuevos fármacos antituberculosos.

Esto ha dado lugar a una nueva ciencia, la Bioinformática. En un huésped humano, la interacción entre las moléculas de superficie y las células del sistema inmune, producen un granuloma agregado de células del huésped y bacterias, difícil de penetrar por un medicamento, pues corresponde a la interacción entre el Mtb y el huésped. Alberga unos cuatro mil genes pero, a pesar de todo, solo conocemos un tercio de las proteínas del bacilo.

La posibilidad de prevenir la infección TBC es sin duda mejor que curarla. Se hacen esfuerzos para lograr una vacuna que tenga mayor protección que la BCG.

Se dispone de vacunas contra muchas enfermedades y la mayoría de ellas nos dan protección frente a desafíos futuros. En la TBC, en cambio, la primera infección no otorga protección.

### **Tuberculosis en cifras**

Un tercio de la población infectada. Uno de cada diez. Se detectan cuatro casos, de cada diez. La tuberculosis es responsable de una muerte... cada veinte segundos. Cada año aparecen 490.000 casos nuevos.\*

## **LA NECESIDAD DE DOBLEGAR ESTE FLAGELO, ES IMPERIOSA**

\* Los editores aportan datos referidos en un trabajo del Servicio de Neumonología del Hospital Alemán (*E. Rhodius* y colaboradores):

“A partir de 1991, la TBC tuvo una incidencia de 4,9 por 100.000 habitantes, con un incremento progresivo hasta 1995, llegando a una tasa de 38,6 por 100.000 habitantes, siendo la provincia de Jujuy la del registro más alto, con una tasa de 135,4 por 100.00 habitantes. Este mayor incremento se relaciona principalmente a la resistencia a las distintas drogas antituberculosas y al incremento del HIV. En Capital Federal (1999) se estima una incidencia de 21,7 por 100.000 habitantes.

La mortalidad por TBC (1998) es de 3,2 por 100.000 habitantes.”



## DERMATITIS ATÓPICA

# “Entendiendo la patología para un mejor manejo”

Dr. José Antonio Máximo\* y Cecilia Mazas\*\*

La Dermatitis Atópica (DA) es la patología inflamatoria de curso crónico más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por una piel con xerosis, a lo que se suma un intenso prurito, lesiones inflamatorias de distribución característica dependiendo de la edad y, a veces, infección sobre estas zonas excoriadas.

En su curso crónico se alternan períodos de enfermedad con períodos libres de brotes. Varios estudios reportaron un aumento en la prevalencia de la DA, sobre todo en países industrializados<sup>1</sup>. Con frecuencia se puede encontrar una historia familiar o personal de atopía (asma, rinitis alérgica, etc.).

Estos pacientes presentan una compleja interacción entre los defectos de la barrera cutánea, la predisposición genética a la atopía y una deficiencia del sistema inmunitario. Este último punto está representado por un desbalance Th1-Th2, mayor producción IgE y alteraciones en las células presentadoras de antígenos. Dichos factores llevan a una respuesta exagerada y desmedida de tipo inflamatoria en la piel al exponerse a alérgenos y antígenos microbianos.

Las alteraciones en la barrera epidérmica son secundarias a una regulación negativa de los genes encargados de la queratinización (particularmente de la filagrina, que en estos pacientes está disminuida), menores niveles de ceramidas y aumento de proteasas endógenas y exógenas. Todos estos elementos son los que favorecen la pérdida de agua, predisponen a la absorción de alérgenos y la colonización por *Staphylococcus aureus*. La DA es una dermatosis de diagnóstico clínico, caracterizada por prurito acompañado de lesiones ecematosas. El prurito se presenta luego de la exposición a un alérgeno, a irritantes o secundariamente a cambios en la humedad de la piel. El rascado mecánico desencadena la liberación de *citoquinas* y *quimoquinas* proinflamatorias que perpetúa la dermatosis. El prurito puede ser intermitente, pero suele empeorar al finalizar el día o por la noche.

Las lesiones cutáneas son de dos tipos, agudas o crónicas. Las *agudas* se caracterizan por pápulas eritematosas pruriginosas a las que se pueden sumar excoriaciones, vesículas pequeñas y exudado seroso. Las *crónicas* están representadas por placas liquenificadas, esto es, una epidermis con aumento del espesor, la pigmen-

tación y acentuación de la trama. La distribución de estas lesiones dependerá de la edad y la gravedad de la enfermedad. En los lactantes se localizan en la cara, cuero cabelludo y zonas extensoras de los miembros, mientras que en los niños escolares y adolescentes la localización característica es en las zonas de flexión. Pero el espectro clínico puede llegar hasta la eritrodermia generalizada en aquellas formas severas.

Generalmente encontramos otros estigmas de DA como la xerosis, el pliegue de Dennie-Morgan, palidez facial, pitiriasis alba y los eccemas numulares. Este compromiso cutáneo puede ser aislado o acompañarse de compromiso respiratorio en los momentos de brotes o viceversa.

**Teniendo en cuenta los conceptos señalados, podríamos decir que para tratar un paciente con DA habría que tener presentes tres pilares, los dos primeros, vinculados a las medidas preventivas y el tercero que es propiamente el tratamiento:**

### 1. Humectación

Devuelve parte del agua que la piel naturalmente no puede retener. Se prefieren emulsiones o cremas hipoalérgicas aplicadas generosamente dos o más veces por día.

### 2. Cuidados de la piel

**Baño:** breve, no más de 5 a 10 minutos, con jabón cremoso. Sirve para relajar al niño y remover costras preparando la piel para la aplicación posterior de las emulsiones hidratantes. La temperatura del agua debe ser templada. Secar sin frotar. Aplicar la emulsión humectante, en lo posible dentro de los 5 minutos de terminado el baño.

**Ropa:** suelta, fresca, tanto de día como de noche siempre de algodón. Lavada con productos suaves sin acondicionador y enjuagada varias veces.

### No usar:

- Tejidos sintéticos, o ásperos como la lana, etiquetas o costuras gruesas que irriten la piel por la fricción.
- Perfumes.
- En el caso de las niñas evitar el maquillaje.
- Ambientes con polvo, alfombras, humo de cigarrillo o peluches que no puedan lavarse con frecuencia.
- Ambientes cerrados, muy calurosos ya que el calor, por la transpiración que genera, aumenta la picazón en los niños atópicos.

**No deben realizar** dietas especiales por la DA. Pueden realizar cualquier deporte. Si van a la pileta deben enjuagar el cloro al salir con una ducha y luego colocarse emulsiones o cremas humectantes. Promover la

\* Director de la Carrera Universitaria y Primera Unidad Académica de Dermatología Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

\*\* Carrerista Universitaria de Dermatología Pediátrica, HNRG.

lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego alimentación complementaria de acuerdo a la edad.

### 3. Tratamiento Sintomático:

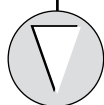
- Antihistamínicos locales o sistémicos, ya sea de primera o segunda generación.
- Corticoides locales o sistémicos.
- Inmunomoduladores.
- Antibióticos.

Recordemos que los niños con DA son normales y pueden realizar cualquier actividad. La piel es un órgano de expresión y como tal puede manifestarse ante tensiones familiares, desencadenando prurito y eccemas. Es importante hablar con la familia sobre las medidas preventivas que estos pacientes requieren, y

el acompañamiento de estos cuidados con diálogo, amor y sin violencia.

### Bibliografía

1. Kimberly A, Horii Stephen D, Simon, Deede Y. Liu, Vidya Sharma. Atopic Dermatitis in Children in the United States, 1997-2004: Visit Trends, Patient and Provider Characteristics, and Prescribing Patterns. *Pediatrics* 2007;120;e527-e534.
2. March Anna Nowak-Wegrzyn. Filaggrin Loss of Function Mutations Predispose to Phenotypes Involved in the Atopic. *Pediatrics*: 2007;120;S122-S124.
3. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 7ª Edición, 2010.



## VIOLENCIA FAMILIAR: FORTALECIMIENTO DE DINÁMICAS DE TRABAJO EN RED

**Dra. Dora Pagliuca**

*Jefa Unidad de Adolescentes, Hospital Belgrano*

Abordar la atención de situaciones de *violencia familiar* y de *maltrato infanto juvenil* en todas sus formas, implica la implementación de estrategias posibles, ágiles y coherentes a fin de *prevenir la revictimización*. El trabajo en red es una estrategia posible y se caracteriza por la intensidad, complejidad y reciprocidad de sus enlaces organizativos tanto internos como externos y por un sistema de valores compartidos, donde los roles y responsabilidades adquieren una real importancia a la hora de la resolución de los casos.

Fortalecer las dinámicas de trabajo en red permite aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en las intervenciones, como producto del intercambio y la colaboración.

Una mamá acompañada, por su hijo adolescente, se dirigió a un servicio de la provincia de Buenos Aires llevando un cúmulo de derivaciones de diferentes organismos sumado a la angustia y desesperación por las situaciones vividas.

Desde el Tribunal de Menores los derivaron a la Comisaría de la Mujer, ya que acorde a la actual legislación han cambiado las incumbencias de dicho Tribunal. En la Comisaría de la Mujer (según relato) le informaron que como en la familia había niños era conveniente que primero se dirigiera a la Dirección de Infancia. Una vez allí una recepcionista (que no ha sido formada previamente para cumplir su rol) informa que nada se puede hacer si no formula primero la denuncia.

El adolescente, luego de deambular de un sitio a otro junto a su madre, emite una frase más que elocuente y demostrativa de la exposición a la revictimización que padecen cuando la articulación no se establece

previamente: “Mamá, vamos, vos sabés que el viejo no es malo... después se le pasa”. Y sí, seguramente pasará y luego se acumularán nuevas tensiones, seguirá la explosión violenta y nuevamente la fase de luna de miel se instala para desistir de denunciar, siempre y cuando en la fase explosiva no termina con la vida de la víctima. La intervención rápida, oportuna, con protocolos previamente establecidos, la categorización del riesgo y la *articulación adecuada* permiten que las víctimas encuentren el espacio de contención, asesoramiento y acompañamiento para que la denuncia prospere en pos de resolver y prevenir nuevos episodios, como así también jerarquizar el valor del tratamiento tanto de la víctima como del agresor.

En este artículo se intenta presentar la metodología de trabajo que puede servir de orientación para aquellos profesionales que se inician en el abordaje de la problemática o que estando en una guardia deben tomar decisiones rápidas y eficientes que servirán como primer eslabón de una serie de intervenciones que tenderán a la resolución posterior.

También se hace mención a la legislación vigente en la provincia de Buenos Aires, correlacionando dos leyes: **la Ley 12.569 de Protección contra la Violencia Familiar y la Ley 13.298 de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños**.

Cuando la víctima es una mujer adulta, no hay dudas que ella misma puede formular la denuncia tanto en la Comisaría de la Mujer, como en la Comisaría de su barrio o en el Centro de Asistencia a la Víctima del Ministerio Público y en el caso de lesiones pueden ser constatadas por el equipo de guardia o por el Cuerpo Médico Forense.

Una vez formulada la denuncia se ingresa al sistema de corresponsabilidades que para que sea eficiente, se requiere además que (con dicha denuncia) la víctima se dirija a la Oficina de Receptoría de Expedientes de los Tribunales que corresponda por su domicilio, a fin de que le sorteen el Tribunal o Juzgado de Familia. Dicho paso es fundamental, dado que si sólo formula la denuncia, no siempre el Fiscal deriva el caso al Tribunal de Familia. En cambio, si inicia el trámite la propia víctima, para lo cual no requiere la intervención de ningún abogado, se garantiza que el Juez de Familia (a través de su equipo técnico) tome intervención de inmediato acorde al **artículo 7° de la Ley Provincial 12.569**, que dice:

El Juez o Tribunal deberá ordenar con el fin de evitar la repetición de los actos de violencia, algunas de las medidas conexas al hecho denunciado:

- a) Ordenar la exclusión del presunto autor de la vivienda donde habita el grupo familiar.
- b) Prohibir el acceso del presunto autor al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo, estudio o esparcimiento del afectado y/o progenitor o representante legal cuando la víctima fuere menor o incapaz, como así también fijar un perímetro de exclusión para circular o permanecer por determinada zona. Asimismo arbitrará los medios necesarios para que el agresor cese con todo acto de perturbación o intimidación contra la o las víctimas.
- c) Ordenar a petición de quien ha debido salir del domicilio por razones de seguridad personal su reintegro al mismo, previa exclusión del presunto autor.
- d) La restitución inmediata de los efectos personales a la parte peticionante, si ésta se ha visto privada de los mismos por hechos de violencia familiar.
- e) Proveer las medidas conducentes a fin de brindar al agresor y al grupo familiar, asistencia legal, médica y psicológica a través de los organismos públicos y entidades no gubernamentales con formación especializada en la prevención y atención de la violencia familiar y asistencia a la víctima.
- f) En caso de que la víctima fuere menor o incapaz, puede otorgar su guarda provisoria a quien considere idóneo para tal función, si esta medida fuere necesaria para su seguridad psicofísica y hasta tanto se efectúe un diagnóstico de la situación. La guarda se otorgará, prioritariamente a integrantes del grupo familiar, o de la comunidad de residencia de la víctima.
- g) Fijar en forma provisoria cuota alimentaria y tenencia.
- h) Toda otra medida urgente que estime oportuna para asegurar la custodia y protección de la víctima.

Desde el conocimiento del hecho hasta la adopción de las medidas no podrá exceder el término de cuarenta y ocho (48) horas.

En caso de no dar cumplimiento a las medidas impuestas por el Juez o Tribunal, se dará inmediatamente cuenta a éstos, quienes podrán requerir el auxilio de la

fuerza pública para asegurar su cumplimiento.

Y de acuerdo al **artículo 8°** de la misma ley:

El Juez o Tribunal requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y/o psíquicos sufridos por la víctima, la situación del peligro y medio social y ambiental de la familiar.

*En caso de que la denuncia esté acompañada por un diagnóstico producido por profesionales o instituciones públicas o privadas idóneas en la materia, el Juez o Tribunal podrá prescindir del requerimiento antes mencionado.*

De este último párrafo del artículo 8° se desprende la importancia de realizar registros completos en la historia clínica que luego darán sustento a informes que oportunamente se remitirán al Juzgado.

El fortalecimiento de dinámicas de trabajo en red permite que previamente se establezcan los acuerdos con los diferentes organismos que interactúan en este sistema de corresponsabilidades intersectoriales e interinstitucionales. Todos los integrantes de la red deben conocer la especificidad de los equipos intervinientes para no superponer las acciones evitando duplicaciones y optimizar los recursos existentes.

Simplemente a modo de comentario, la Municipalidad de General San Martín cuenta con Casa Refugio para la Mujer golpeada y sus hijos, aportando un recurso muy valioso para los habitantes de dicho partido a la hora de tomar las medidas urgentes, mientras el equipo técnico del Tribunal de Familia efectivice las medidas cautelares porque es sabido que si bien la ley es clara, situaciones particulares de cada caso en particular muchas veces obstaculizan la posibilidad de concretar las medidas en el plazo de tan sólo 48 hs. como puede ser cuando el hombre es el propietario de la vivienda y en ella también vive su propia madre.

La Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires está llevando adelante un programa de articulación propiciando en los municipios la conformación de Mesas locales con la inclusión de todos los actores sociales, incluyendo a ONGs abocadas a la atención de la temática como así también favoreciendo la difusión de protocolos e instando al registro de casos, estableciendo pautas unificadas con el objeto de generar el registro único de violencia que permita la construcción de datos estadísticos.

Una vez que se han tomado las medidas cautelares, la víctima debería poder ingresar a un dispositivo de tratamiento y acompañamiento a fin de sostener en el tiempo la denuncia formulada, teniendo en cuenta que la experiencia nos demuestra que muchas veces regresa con el agresor o forma nuevas parejas con hombres que también son violentos. Es sabido que muchas mujeres por razones económicas desisten de las denuncias formuladas, es por eso que desde los municipios, a través de diferentes programas asistenciales, se las debe incluir brindando posibilidades de reinserción social,

búsqueda de empleo, ingreso de los niños a centros de atención diurna mientras sus madres trabajan, etc. Por otra parte, en situaciones más severas donde las víctimas son los niños y los agresores ambos padres, o uno de los padres es el agresor con la complicidad del otro miembro de la pareja parental, se cuenta con la **Ley 13.298** que en su **artículo 35** dice:

Comprobada la amenaza o violación de derechos podrán adoptarse, entre otras, la “permanencia temporal en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o de salud, con comunicación de lo resuelto al Asesor de Incapaces. Esta medida es de carácter excepcional y provisional. Cuando la medida no sea consensuada por el niño y quienes ejerzan su representación legal, será dispuesta por la autoridad judicial competente.”

Asimismo, el **artículo 37** reza: “Cuando un niño sufra amenaza o violación de sus derechos y/o sea víctima de delito, sus familiares, responsables, allegados, o terceros que tengan conocimiento de tal situación, solicitarán ante los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos el resguardo o restablecimiento de los derechos afectados”.

En el supuesto que se formule denuncia por ante la autoridad policial, ésta deberá ponerla de inmediato en conocimiento del Servicio de Promoción y Protección Local. En los municipios donde se cuenta con Servicio Local de Derechos o Defensorías de niños, niñas y adolescentes, es conveniente que, además de la denuncia policial, sea el mismo organismo de salud quien realice una presentación ante el Servicio Local o Defensoría, aportando todos los elementos que pudieran resultar de interés, a través de un informe firmado por los profesionales intervinientes, el Jefe del Servicio y el Director de la Institución, solicitando la Medida de Protección.

## **1. MEDIDAS DE PROTECCION**

(según ley 13298 arts. 32, 33, 34 y 35)

Son aquellas que disponen los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos cuando se produce, en perjuicio de uno o varios niños, la amenaza o violación de sus derechos o garantías, con el objeto de preservarlos o restituirlos, pudiendo provenir de la acción u omisión de personas físicas o jurídicas. Son limitadas en el tiempo, se mantienen mientras persistan las causas que dieron origen a la amenaza o violación de derechos o garantías y deben ser revisadas periódicamente de acuerdo a su naturaleza. En ningún caso una medida de protección de derechos ha de significar la privación de libertad ambulatoria del niño. El cese de la medida proteccional por decisión unilateral del niño, no podrá ser sancionada bajo ningún criterio o concepto, quedando expresamente prohibido disponer medidas de coerción contra el niño por razón del abandono del programa.

Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a todos los niños. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, laborales o de vivienda, las medidas de protección son los programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.

Comprobada la amenaza o violación de derechos podrán adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:

1. Apoyo para que los niños permanezcan conviviendo con su grupo familiar.
2. Solicitud de becas de estudio o para guardería y/o inclusión en programas de alfabetización o apoyo escolar.
3. Asistencia integral a la embarazada.
4. Inclusión del niño y la familia en programas de asistencia familiar.
5. Cuidado del niño en el propio hogar, orientando y apoyando a los padres, representantes o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, conjuntamente con el seguimiento temporal de la familia y del niño a través de un programa.
6. Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño o de alguno de sus padres, responsables o representantes.
7. Asistencia económica.

### **Procedimiento de Intervención en casos en que un niño sufra amenaza o violación de sus derechos y/o sea víctima de delito:**

*Se podrá acudir ante:* los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos solicitando el resguardo o restablecimiento de los derechos afectados.

*Personas que pueden hacerlo:* familiares, responsables, allegados o terceros que tengan conocimiento de tal situación, también podrá solicitarlo el niño o cualquier Institución. En el supuesto que se formule denuncia por ante la autoridad policial, ésta deberá ponerla de inmediato en conocimiento del Servicio de Promoción y Protección Local.

### **Intervención del Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos:**

1. Tomar conocimiento de la petición.
2. Citar al niño y familiares, responsables y/o allegados involucrados a una audiencia con el equipo técnico del Servicio.
3. En dicha audiencia se debe poner en conocimiento de los mismos la petición efectuada, la forma de funcionamiento del Sistema de Protección y Promoción de Derechos, los programas existentes para solucionar la petición y su forma de ejecución, las consecuencias esperadas, los derechos de los que goza el niño, el plan de seguimiento y el carácter

- consensuado de la decisión que se adopte.
- Una vez concluidas las deliberaciones y propuesta la solución, debe confeccionarse un acta que contenga lugar y fecha, motivo de la petición, datos identificatorios de las personas intervinientes, un resumen de lo tratado en la audiencia, la solución propuesta, el plan a aplicar y la forma de seguimiento del caso particular.
  - El acta debe ser firmada por todos los intervinientes y se les entregará copia de la misma.

## 2. MEDIDA DE ABRIGO O DE PROTECCIÓN ESPECIAL (Ley 13.298 art. 35 inc h, modificada por art. 100 de la ley 13.634)

*Definición:* la medida de abrigo es una de las medidas de protección integral excepcionales que puede disponer el Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos (SLPPD) cuando se produce amenaza o violación a los derechos de los niños, niñas y/o adolescentes provenientes del grupo familiar, disponiendo la permanencia temporal en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o de salud.

*Objetivo:* remediar la situación de vulneración por un período corto de tiempo, a fin de que se restablezcan las condiciones para que el niño pueda retornar a su hogar. Según el **art. 35 inc. h)**, texto según **Ley 13.634:** Con carácter excepcional y provisional la permanencia temporal en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o de salud, con comunicación de lo resuelto, dentro de las veinticuatro (24) horas, al Asesor de Incapaces y al Juez de Familia competente. El Juez de Familia, con citación y audiencia de los representantes legales, deberá resolver la legalidad de la medida en el plazo de setenta y dos (72) horas. La observancia de la notificación es considerada deber del funcionario público a cargo. Su incumplimiento traerá aparejadas las sanciones disciplinarias y penales correspondientes.

**Lo subrayado se encuentra observado por el Decreto de Promulgación N° 44/07 de la Ley 13634.**

### Condiciones

*Motivos graves:*

Cuando las violaciones a los derechos del niño impliquen grave perjuicio a su integridad física, psíquica y social y se advierta la necesidad de apartarlo de su medio en tanto se evalúen otras estrategias alternativas de protección.

Cuando el niño lo requiera, por resultarle insostenible su situación de vida en su grupo de convivencia (previa evaluación del equipo del SLPPD de la razonabilidad del requerimiento) y hasta tanto se produzca la evaluación y mediación para su reintegro o derivación a otro programa.

Cuando sea necesario ubicar a familiares, tutores o guardadores en aquellas situaciones en que el niño

se encuentra solo, perdido o desvinculado.

*Escuchar la voz del niño:*

Es esencial explicarle al niño cuáles son sus derechos, cuál es la función del SLPPD y que éste manifieste cuál es su deseo.

*Provisionalidad:*

Son limitadas en el tiempo.

Se mantienen mientras dure la amenaza que les dio origen.

*Excepcionalidad:*

Se tomarán en última instancia una vez que se hayan agotado todas las estrategias anteriores y/o ante la urgencia.

*Revisables:*

Son revisables por el Poder Judicial, el cual deberá decretar la legalidad de la misma para continuar manteniéndola.

*Condiciones de aplicación:*

Plazo máximo de treinta días, prorrogables por única vez por otros treinta días, con la debida fundamentación.

El SLPPD determina la medida, la que luego se envía al SZPPD (Servicio Zonal), quien deberá expedirse sobre el aval de la misma y en caso de que se requiera el ingreso a alguna Institución, será el SZPPD quien se encargará de buscar la vacante y confeccionar la "Autorización de Ingreso a Institución", arbitrando los medios para realizar el traslado de los niños.

La medida una vez tomada, deberá ser informada dentro de las 24 hs. al Juzgado de Familia y al Asesoría de Menores e Incapaces para solicitar el control de legalidad.

En forma simultánea a la disposición de esta medida, se deberá trabajar con la familia del niño a fin de procurarle la orientación facilitando –siempre que sea posible– el retorno del niño a su seno familiar.

En el transcurso de la ejecución de esta medida se favorecerá todo contacto o vinculación del niño con su familia siempre que ello fuere posible y no perjudicare la integridad psico-física del niño. **Teniendo en cuenta el interés superior del niño.**

### El SLPPD podrá solicitar:

(ver cuadro en página 17)

*No acuerdo del niño o sus representantes legales. El uso de la fuerza pública para el cumplimiento de una medida dispuesta por el SPPD:*

Si el niño o sus representantes legales no prestan acuerdo al procedimiento o al plan diseñado con el Servicio interviniente, habrá de derivarse el caso ante el Servicio Zonal de Promoción y Protección de Derechos. Para ello el Servicio Local de Protección de Derechos debe poner en conocimiento del Servicio Zonal de Promoción y Protección de Derechos en forma inmediata todos los antecedentes del caso. La intervención del Servicio Zonal de Promoción y Protección de derechos debe hacerse efectiva dentro de las 72 horas, salvo en



los casos donde se peticiona la inclusión temporal en ámbitos familiares alternativos o entidades de atención social y/o de salud, que ameriten una resolución inmediata, también de forma consensuada. En este último caso deberá darse intervención al Sr. Asesor de Incapaces en los términos del art. 35 inc. h) de la ley. La propuesta del Servicio Zonal de Promoción y Protección de Derechos será comunicada al Servicio Local, que debe citar al niño, sus familiares, responsables y allegados involucrados, a una audiencia con el equipo técnico del Servicio, que deberá fijarse dentro de las 72 horas siguientes. En la audiencia el Servicio Local transmitirá la propuesta de solución efectuada por el Servicio Zonal. En los casos donde el Servicio de Promoción y Protección de Derechos resuelva que se han agotado las vías disponibles para solucionar la petición dentro de los plazos establecidos, dará intervención al Asesor de Incapaces, quien accionará para obtener las diligencias jurisdiccionales que faciliten en su caso la continuidad de la intervención administrativa.

- Puede solicitarse, a través del Asesor de Incapaces, el acompañamiento policial para la ejecución de la medida.
- Puede requerirse dicho auxilio directamente al Tribunal de Familia que estuviere interviniendo, o a la Fiscalía que esté investigando delitos asociados con la situación que habilita la medida de abrigo.

Durante el transcurso que dure la medida de abrigo, el SLPPD realizará las acciones necesarias tendientes a revertir los motivos que dieran origen a la toma de dicha medida.

Si se logran revertir los mismos se solicitará el cese de la medida y en caso de continuar las circunstancias anteriores, podrá solicitarse la prórroga por treinta días más. Luego si la situación continúa igual se solicitará al SZPPD que peticione por medio de la Asesoría de Menores e Incapaces la guarda institucional al Tribunal de Familia.

### 3. GUARDA INSTITUCIONAL

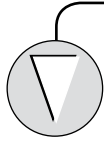
Es el nombre que la **Resolución 171/2007** del Ministerio de Desarrollo Humano, prevé para formalizar legalmente la situación del niño en caso en que se hayan vencido los términos legales dispuestos para el abrigo, solicitando que éste se transforme en una guarda institucional.

*Vencidos los plazos de 30 días de la medida de abrigo prorrogables por 30 días más sin haberse modificado las circunstancias que motivaron la medida, y no habiéndose encontrado estrategias de protección de derechos para reintegrar el niño a su grupo familiar, el Servicio Local de Protección de Derechos deberá presentar ante el Servicio Zonal una síntesis de lo actuado con el niño y su familia, precisando las fortalezas y debilidades del núcleo familiar, las estrategias desarrolladas y los resultados obtenidos, fundando en caso de ser necesario la necesidad de mantener la separación del niño de su grupo familiar, el ámbito de convivencia sugerido, si existe acuerdo de sus padres o representantes legales y requerir del Asesor de Incapaces la promoción de las acciones civiles que estimen necesarias para la protección de los derechos del niño.* Este apartado regula la situación que se presenta cuando, vencidos los plazos que habilitaron el abrigo, la situación de amenaza o vulneración de derechos continúa latente en su grupo de convivencia. Según la Resolución 171/2007 del Ministerio de Desarrollo Humano se deberá solicitar que el abrigo se transforme en una guarda institucional. En este caso será necesaria la intervención del Poder Judicial, representado por el Juez de Familia y el Asesor de Incapaces.

A modo de conclusión se puede decir que el trabajo en red es una posible estrategia para abordar estas problemáticas, que nos demuestra sus fortalezas a la hora de la resolución de los casos más complejos donde no existe una receta magistral única y donde se requiere de ciencia, arte y canales de comunicación fluidos que redundarán en beneficios de las víctimas, previniendo la revictimización que se puede generar desde las mismas instituciones.

#### El SLPPD podrá solicitar:

MEDIDA DE PROTECCIÓN	MEDIDA DE ABRIGO	GUARDA INSTITUCIONAL
Requiere un acta acuerdo por escrito firmada por los responsables legales del niño. De ejecución en familia de origen. Se envía el acta al SZPPD y éste la eleva a la Asesoría de Menores e Incapaces.	Cuando los responsables legales del niño no están o no acuerdan. De ejecución en familia ampliada o en institución Autoriza el SZPPD e informa al Asesor de incapaces. Requiere control de legalidad. Tiene un plazo estipulado de 30 días, renovable por 30 días más.	Se solicita cuando la estrategia requiere plazos más extensos que el abrigo. De ejecución en instituciones. La solicita el Servicio Zonal al Asesor de incapaces y éste al Juzgado, que es quien la dicta.



# DENGUE: RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE REPELENTE

Dr. Leonardo Vázquez

Los editores de *Noticias Metropolitanas* quieren acercar a sus lectores estas líneas de actualización en el uso de repelentes de insectos en Pediatría.

Entre las recomendaciones para evitar la picadura del mosquito transmisor del virus del dengue, se indica el uso de repelentes.

La Coordinación de Salud Ambiental, a través de esta actualización, informa a los profesionales del equipo de salud y a la población acerca del uso seguro de los repelentes en adultos y en la población pediátrica, con el fin de obtener el máximo beneficio de protección y disminuir los riesgos que puede ocasionar el mal uso de los mismos.

## REPELENTE DE INSECTOS PARA USO PERSONAL

Los repelentes de insectos son sustancias que, por su olor o naturaleza, ofrecen protección contra las picaduras de insectos. Se aplican sobre las diversas zonas expuestas del cuerpo mediante diferentes sistemas: lociones, cremas, vaporizadores, *roll-on*, *stick-gel*, toallitas impregnadas, etc., a través de los cuales los principios activos son depositados sobre la piel. Generalmente aseguran una protección de 4 a 8 horas después de su utilización. No matan al insecto pero lo mantienen alejado de la zona donde se ha aplicado el repelente.

En el mercado farmacéutico se encuentran distintos tipos de repelentes de insectos.

Uno de los más ampliamente utilizados es el **DEET** (N N-diethyl-m-toluamide).

La concentración de DEET puede variar de un producto a otro y en las diferentes formas de presentación. La duración de la protección depende de la concentración. Un producto con DEET al 10% protege durante 2/3 hs. aproximadamente, en cambio al 25% la protección es de 6 hs. en promedio.

## UTILIZANDO DE MANERA SEGURA REPELENTE CON DEET

Es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar la aparición de efectos adversos causados por el uso de repelentes:

- Revise la etiqueta del producto para encontrar

información sobre cuánta cantidad de DEET contiene el repelente. Utilice productos cuyas concentraciones no superen el 30%.

- Siempre siga las instrucciones que están en la etiqueta del producto.
- No aplique el repelente debajo de la ropa.
- No aplique el repelente en cortaduras, heridas o piel irritada.
- No rocíe productos con DEET en áreas cerradas.
- No rocíe productos con DEET directamente a su cara. Rocíe sus manos y después frótelas cuidadosamente sobre la cara, evitando los ojos y la boca.

## Uso seguro de repelentes en niños

La American Academy of Pediatrics sugiere usar repelentes con concentraciones menores de DEET (30% o menos) en niños mayores de dos meses de edad. No se recomienda el uso de DEET en bebés menores de dos meses de edad. Consulte a su médico si su bebé necesita protección contra insectos.

- Proteja la cuna o cochecito del bebé con tules protectores para mosquitos cuando permanezca en exteriores.
- Cuando use repelente en un niño, aplíquelo en sus propias manos y después extiéndalo sobre la piel del niño. Evite aplicarlo en los ojos y boca del niño y úselo cuidadosamente alrededor de sus oídos.
- No aplique el repelente en las manos de los niños (los niños podrían poner sus manos en sus bocas).
- No permita que los niños pequeños se apliquen ellos mismos el repelente; que un adulto lo haga por ellos.
- No utilice repelentes asociados a protectores solares en la misma formulación.

## Otros compuestos: Aceite de citronella

Es un extracto de los derivados terpénicos presentes en distintas especies vegetales (citronella de Ceilán y citronella de Java). En cuanto a su acción, en apariencia produce un efecto desagradable sobre las terminaciones sensitivas y un bloqueo de la percepción química de los insectos. Los principales inconvenientes de este compuesto son su limitado efecto como repelente y que no tiene una acción duradera en el tiempo.

## ALGUNOS DE LOS REPELENTES DISPONIBLES EN EL MERCADO

Nombre comercial	Presentación	Ingrediente activo	Concentración
<b>REP</b>	Crema	Aceite de citronella	2%
	Spray	Aceite de citronella	3%
<b>Aulo Gelio Repelente</b>	Crema	Aceite de citronella	3%
	Loción	Aceite de citronella	3%
<b>OFF</b>	Spray	DEET	7%
	Crema	DEET	7,5%
	Gel	DEET	10%
	Aerosol (naranja)	DEET	15%
	Protección intensa (Aerosol verde)	DEET	25%

Propaganda