

Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2^{da} parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato

*Child maltreatment prevention: the pediatrician's role.
Part 2. Prevention before it happens, when suspected and
when abuse is confirmed*

Dr. Juan P. Mouesca^a

El presente artículo es la continuación de un artículo publicado previamente en *Arch Argent Pediatr* 2015;113(6):558-567

RESUMEN

Se describen las acciones pediátricas que pueden prevenir el maltrato infantil. Se recomienda el trabajo interdisciplinario, el entrenamiento en habilidades de comunicación y la formación en desarrollo evolutivo y en funciones familiares. Se sugieren estrategias de autocuidado, dados los sentimientos intensos que genera la temática.

Palabras clave: maltrato a los niños, prevención, familia, desarrollo del niño, autocuidado.

ABSTRACT

Pediatric actions that can prevent child abuse are described. Interdisciplinary work, training in communication skills, child development and family functions are recommended. Given the intense feelings generated by this subject, self-care strategies are suggested.

Key words: child abuse, prevention, family, child development, self-care.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.64>

Prevención del maltrato infantil como función pediátrica

“Cuando un médico atiende a un niño con una neumonía, (...) hace clínica médica en un niño, lo que tiene muchísimo mérito, pero no hace pediatría, no es pediatra. Quien dando un paso más allá (...) establece un buen régimen alimenticio, (...) le dicta una vida higiénica, tanto en lo físico como en lo intelectual, hace una buena medicina infantil, pero todavía no hace pediatría. Sólo es pediatra quien comprende que en ese niño (...) se está gestando un hombre futuro y que tal germen de hombre está engastado en un sistema familiar del

que depende en gran parte no sólo su integración social futura, sino la eficacia y equilibrio de sus relaciones interhumanas; quien al comprenderlo es capaz, por preparación técnica y por capacidad humana, de orientar tan complejos factores hacia un futuro óptimo.”

Florencio Escardó (1904-1992)

El rol del pediatra y la prevención del maltrato infantil

Fortalecer vínculos familiares saludables, acompañar la crianza y promocionar la salud física y emocional son claros objetivos de la pediatría¹ y otra forma de decir prevención del maltrato infantil. Desde el embarazo con la consulta prenatal, durante la infancia, la adolescencia y hasta la adultez temprana, el pediatra acompaña el proceso de crecimiento y maduración tanto de la familia como de sus individuos.² En especial, está presente en las enfermedades de los niños y en los momentos de desafío.³ Esto le permite reconocer fortalezas, debilidades y estresores que tienen las familias.⁴ La prevención es una parte constitutiva del rol pediátrico, independientemente del lugar de trabajo. Esto es válido para las subespecialidades pediátricas y los centros de alta complejidad.⁵ El conocimiento de la familia ampliada y sus circunstancias son básicos para el éxito de cualquier tratamiento.

Es imposible eliminar completamente las situaciones de maltrato infantil desde el rol

a. Unidad de Violencia Familiar. Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dr. Juan P. Mouesca:
doctormou@gmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 9-6-2015
Aceptado: 11-6-2015

pediátrico. Por varias razones. No todos los niños van al pediatra, al contrario, los casos más graves de maltrato infantil no suelen tener un pediatra de cabecera. No pueden resolverse situaciones familiares difíciles desde el área médica exclusivamente. Se necesita contar y trabajar en conjunto con otras áreas del conocimiento (trabajadores sociales, profesionales de salud mental, de la educación, abogados) y conocer los recursos disponibles en la comunidad. Prevenir el maltrato invita a la interdisciplina.⁶ Aunque contemos con un equipo interdisciplinario en contacto con la comunidad, hay situaciones que exceden el marco de consulta pediátrica y requieren un manejo específico (ej.: niños en situación de calle con adicciones). Hacer el esfuerzo de tratar de cambiar situaciones de violencia vale la pena, aun sabiendo que no se logrará hacer desaparecer completamente el maltrato infantil. Así, se evita caer en los extremos del **voluntarismo**, querer hacer todo, o su contracara, el **cinismo**, creer que nada se puede hacer. Ambas situaciones aceleran el **desgaste** profesional.⁷

Antes de que ocurra el maltrato

Desde la **función pediátrica**, se puede prevenir el maltrato infantil promocionando los factores protectores.^{8,9} El **vínculo de confianza** generado con la familia pone al pediatra en un excelente lugar para prevenir.^{4,10} Atentan contra esto la escasez de tiempo de atención³ y el cambio frecuente de pediatra, ya sea porque la familia consulte en distintos lugares como que la familia sea atendida en el mismo lugar por diferente pediatra cada vez (aunque el vínculo también se puede generar con la institución). El control periódico de salud es un momento óptimo para conocer a la familia y su ambiente.^{2,10} Aunque en una consulta de guardia se puede hacer prevención. Ante un niño con un traumatismo no intencional, se puede ayudar a pensar cómo evitar que se repita con más posibilidades de lograr cambios que desde una actitud punitiva.

Es importante que el pediatra tenga formación en **habilidades de la comunicación**.^{5,11} La consulta "de rutina", desde el punto de vista de la familia, puede ser el evento más trascendente de ese mes.¹¹ Aun en estos tiempos desafectivizados en que vivimos, la familia valora mucho la palabra del pediatra. En ocasiones, la familia se acerca al pediatra como quien va a rendir un examen. El pediatra no debe ahorrar elogios. También es importante valorar los

silencios. En familias negligentes, debe evitar comentarios desesperanzados, que suelen tener efecto pronóstico. Un acercamiento desde lo positivo, en familias acostumbradas a la crítica, puede tener efectos beneficiosos sorprendentes. No solo se comunican palabras; las acciones realizadas en el consultorio (atender en horario, tenerlo ordenado, dar la mano al ingresar) son modos de transmitir y generar respeto. También el pediatra puede modelar la conducta parental por imitación.¹⁰ El pediatra debe formarse para transmitir malas noticias.^{5,12,13} Para algunas subespecialidades, como terapia intensiva, diagnóstico por imágenes, las habilidades de comunicación son fundamentales.

Es importante que el pediatra se forme y entrene en **desarrollo madurativo y emocional normal** por su efecto clave en el desarrollo de toda la personalidad.^{2,10,14,15} Este desarrollo es el proceso por el cual un bebé se convierte en un adulto capaz de autocuidarse y elegir su futuro; es como un tramado que subyace en todo accionar pediátrico.¹

El desarrollo no es lineal: tiene etapas de estabilidad, de retroceso y de cambio.¹⁶ Estas últimas requieren de una adaptación de los padres. Las dificultades en la negociación de estos conflictos pueden llevar al maltrato.¹⁶ Hay etapas del desarrollo infantil con mayor riesgo de maltrato infantil:^{17,18} las crisis de llanto del primer trimestre, los despertares nocturnos, la ansiedad de separación, el comportamiento exploratorio normal, el negativismo normal, la disminución del apetito y la resistencia al aprendizaje del control de esfínteres, los cambios puberales y los conflictos por la autonomía a lo largo de la adolescencia. El **llanto** es un desencadenante común de maltrato.^{4,19} Su curva de intensidad coincide con la curva de incidencia de trauma encefálico abusivo (pico entre los 2 y los 4 meses).⁴ En un estudio sobre lactantes que sufrieron esta lesión, casi todos los padres habían consultado previamente por el llanto a un médico.²⁰ Las madres que refieren que sus bebés tienen un llanto prolongado e inconsolable a las 6 semanas de vida tienen 4 veces más riesgo de sufrir depresión puerperal que las que pueden calmarlos.²¹

La anticipación del pediatra en los controles de salud de estas etapas normales y la provisión de pautas de manejo familiar para afrontar estos desafíos son una forma importante de hacer prevención del maltrato que los padres agradecen^{10,22} (Tabla 1). Existen tests que el

TABLA 1. Medidas preventivas de maltrato y negligencia según la edad que pueden ser incorporadas en el control periódico de salud. Foco en los aspectos madurativos

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
Consulta prenatal	Organogénesis	Verifique el seguimiento obstétrico, la preparación para recibir al recién nacido (lugar, cuidadores), las ideas sobre lactancia materna, el uso de sustancias psicoactivas (cigarrillo, alcohol, drogas). Pregunte por enfermedad mental o violencia en la familia. Escuche si el embarazo fue deseado. Pregunte por hermanos y cómo van a manejarse en el parto.	Atribución de sentimientos hostiles al feto.
Recién nacido	Adaptación a la vida extrauterina	Diferencias entre tristeza y depresión puerperal. Hable de la hipersensibilidad materna como algo importante para el bebé y transitorio para el entorno (pareja). Chequee el apoyo familiar para la madre. Prepare para pocas horas de sueño.	Insomnio, sentimiento de incapacidad para criar, fantasías de muerte (signos de depresión puerperal). Alucinaciones (signos de psicosis puerperal).
1 mes	Llanto	Avise sobre pico de llanto en el próximo tiempo (de 2 a 4 meses). Verifique que haya contacto visual mutuo. Sostenerlo en brazos no lo va a malcriar. El sobrestímulo puede predisponer al llanto. Verifique la eficacia del apoyo familiar.	Atribución de sentimientos hostiles al bebé.
Primer trimestre	Ritmos de sueño y alimentación	Verifique el establecimiento de ritmos de sueño-vigilia y alimentación. El bebé aprende a autorregularse del entorno adulto que lo cuida. A su vez, los bebés pueden nacer con diferentes temperamentos que los hagan más difíciles o más fáciles de criar. Ayude a organizar rutinas.	Bebés demasiado tranquilos o demasiado irritables.
4° mes	Aumento de la acomodación visual	Avise que suelen distraerse al tomar el pecho o el biberón. No es signo de que deba ser destetado o que requiera de alimentos sólidos. Sugiera alimentar al bebé en un lugar tranquilo sin muchos estímulos.	
4° mes	Capacidad comunicativa mutua	El bebé "dialoga", vocaliza cuando el que habla se calla y se calla y escucha cuando el cuidador le habla. Se orienta por la voz. Ríe a carcajadas. Gorjea.	Falta de disfrute en las interacciones.
Segundo semestre	Angustia de separación	Pregunte si juega a esconderse y aparecer; si tira objetos y ve dónde caen para volver a tirarlos. Avise que puede volver a despertarse de noche transitoriamente. Oriente sobre este hito madurativo (permanencia de objeto, capacidad comunicativa y de anticipación, diversión en el juego con otros).	Creer que el bebé puede malcriarse y retarlo cuando está angustiado.
De 1 a 2 años	Vida familiar	A esta edad, los niños ya pueden quedarse durante algunas horas al cuidado de otro cuidador (abuela). Pregunte si el niño duerme en la misma cama que los padres. Si bien la paternidad modifica la disponibilidad de tiempo, cada miembro de la familia debería buscar la forma de no perder la individualidad y los proyectos de realización. Según la confianza con los padres, el médico podrá evaluar el método anticonceptivo utilizado y cuál es el plan respecto de futuros hijos. En ese sentido, señale la importancia de un adecuado tiempo de separación entre nacimientos. También es importante fomentar el contacto con la familia ampliada y con amigos.	Aislamiento social y sobreexigencia del cuidador.
	Desarrollo sexual	La educación sexual debe ser instruida en el seno familiar. A esta edad, los niños conocen las partes del cuerpo y aprenden a nombrar sus genitales. Es frecuente que haya una jerga familiar al respecto.	Excesivo tabú o impedimento al autoerotismo infantil.

De 1 a 2 años	Comportamiento exploratorio	Las habilidades motoras crecientes (gatear, caminar, correr y trepar) les permiten llegar a lugares peligrosos. Los niños de esta edad no tienen capacidad para prever accidentes. Sugiera alejar de su alcance sustancias tóxicas (remedios, insecticidas), objetos frágiles (botellas, platos) o peligrosos (horno, estufa, pileta). Aconseje preparar zonas libres de peligros y con objetos que pueden ser manipulados por el niño. Requieren la supervisión constante de un adulto.	Lesiones frecuentes o graves por descuido.
	Hábitos alimentarios y destete	Ayude a establecer reglas en la alimentación acordes a las costumbres familiares (lavado de manos antes de comer, uso de cubiertos, horarios de comidas, apagar el televisor). Los niños aprenden por imitación de los adultos. El destete ocurre, generalmente, en este tiempo. Depende de factores personales, familiares y culturales. Pregunte qué desea la madre. Aconseje que el destete sea gradual, fuera de períodos de estrés y no a la vez que se le saca la mamadera o el chupete.	Falta de vínculos fuera de la madre para el niño.
De 18 meses a 3 años	Disminución del apetito	Es normal la disminución del apetito en esta etapa como correlato de la disminución de la velocidad de crecimiento, la actividad motriz intensa y el aumento de autonomía. Sugiera evitar convertir la comida en tiempo de confrontación de poder. Aconseje respetar la sensación de hambre y saciedad del niño. Puede comer mucho un día y poco el siguiente. Mantenga horarios de comidas, evite el picoteo. Reasegure sobre la salud del niño a los padres con antropometría.	Trastornos de la alimentación con retraso de crecimiento, carencia nutricional específica o alteración vincular.
2 años	Negativismo	Etapas necesarias en la construcción de la persona. El "no" del niño equivale a decir "yo". Aconseje sobre cómo manejar los berrinches.	Tomar en forma personal las negativas del niño.
2 años	Control de esfínteres	Este aprendizaje lleva tiempo y esfuerzo de los cuidadores. Por períodos, puede haber momentos de control y de "accidentes". No es necesario sacar los pañales de día y de noche al mismo tiempo. Sugiera no tomar como afrenta personal las fallas en el control.	Control prematuro (antes de los 18 meses).
Preescolar (de 2 a 6 años)	Vida familiar	Los niños necesitan mucha atención, pero van dejando períodos libres para que los padres desarrollen actividades personales. El nacimiento de hermanos genera crisis en el grupo familiar, que requieren de acompañamiento. Asesore a la familia sobre la función de los hermanos.	
	Desarrollo sexual	A esta edad, los niños aprenden la diferencia entre los genitales del sexo propio y del otro. Es normal la curiosidad y el deseo de explorar su cuerpo y el de otros niños. Comprenden fácilmente que hay cosas que se comparten y otras que no. Sugiera a los padres decir que los genitales son partes privadas, para que no se dejen tocar por nadie y evitar situaciones de abuso. Es habitual que los niños se masturben. Los padres deben enseñarles que esto no debe realizarse en público. También surgen preguntas acerca del origen de los bebés. Sugiera a los padres dar una respuesta clara, veraz y acorde con el desarrollo del niño. Es conveniente que, a esta edad, los padres no se muestren desnudos frente a los hijos. Los niños mayores de 3 años pueden aprender a limpiarse solos luego de defecar. El lavado de manos posterior previene enfermedades.	Colecho, conocimiento del niño sobre prácticas de sexualidad adulta, masturbación compulsiva.

Preescolar (de 2 a 6 años)	Sueño	Constate que los hábitos del sueño se estén incorporando en forma adecuada: horarios fijos para acostarse y levantarse, rutina previa, evitar el uso del televisor, etc. El preescolar debe poder dormirse solo y dormir en su cama toda la noche solo. A partir de los dos años, ocasionalmente, pueden aparecer pesadillas y terrores nocturnos. Los factores desencadenantes pueden ser la falta de sueño, el estrés y/o la visión de espectáculos violentos en el entorno o en las pantallas.	Pesadillas o terrores nocturnos persistentes.
	Disciplina, límites	El accionar del preescolar, muchas veces, es irracional (sus deseos son más fuertes que la razón y esta no puede frenar su conducta). Aclare este concepto a los padres para no exponer a los hijos a dificultades que no podrán sortear. Los niños aprenden las normas para vivir en sociedad de lo que ven de los adultos significativos de su alrededor. Indique que no es posible enseñarle a un hijo a que no pegue pegándole. Es necesario que las normas sean consistentes y coherentes. Las desavenencias entre los padres son captadas por los hijos y utilizadas para "hacer lío". El objetivo de la disciplina es ayudar al niño a lograr autonomía, controlar las emociones, respetar los derechos de los otros y los propios.	Castigo físico repetido. Ridiculizaciones, humillaciones. Falta de límites.
	Inicio de la escolarización	Durante la etapa preescolar, el niño empieza el jardín de infantes. Esto le permite conocer a otros adultos y niños y otras reglas, y ampliar su mundo social. Para la familia, es una etapa intensa, en la que su hijo, el producto de esa familia, se encuentra con otros pares y se compara. En Argentina, es obligatorio desde los 5 años; sin embargo, se suele recomendar a partir de los 3 años. El ingreso a primer grado es, para la familia, una etapa de crisis de crecimiento, no exenta de ansiedades y esperanzas. Sugiera a los padres disponer de tiempo para acompañar las tareas escolares.	Adaptación dificultosa al jardín (mayor de 1 mes). Falta de escolarización preescolar (5 años).
Escolar (de 6 a 11 años)	Vida familiar	La conducta de los niños se modela con aquella que observa y vive en su núcleo familiar. Cada familia irá fijando el grado de independencia que les dará a sus hijos, según los propios criterios, la situación del entorno y la respuesta de los hijos. La escuela pasa a ser una institución muy presente en la vida familiar, al organizar horarios, actividades, etc.	
	Manejo del tiempo	Los padres deben llevar el control del tiempo de juego para alternarlo con los deberes escolares e irles enseñando a asumir responsabilidades gradualmente. Recomiende fomentar los deportes y las actividades creativas en las que el niño encuentre otros pares fuera del colegio y pueda desarrollar alguna actividad en la que se sienta seguro y reconocido. Evite que los chicos tengan demasiadas actividades fijas extraescolares que impidan el juego libre y el ocio.	Sobreexigencia intelectual o física.
	Desarrollo sexual	La educación sexual debe transmitirse en el seno familiar. Sugiera a los padres crear un clima de confianza que le permita al niño expresar sus dudas o preocupaciones. Hacia el final de la etapa, comenzarán los cambios puberales. Preavisarlos ayudará a atravesar la etapa con menos ansiedad. A esta edad, pueden bañarse solos y hay que estimularlos a hacerlo. Comienzan a mostrar pudor y hay que respetar esas necesidades.	Exposición a pornografía. Sobreexcitación. Exhibicionismo.

Escolar (de 6 a 11 años)	Disciplina	Los padres son los adultos más significativos de los escolares, pero a ellos se suman los maestros y otros adultos del entorno. El niño aprende normas que existen fuera de su hogar. A esta edad, empieza a pedir explicaciones del porqué de las normas. Si recibe una aclaración coherente, segura y precisa, las cumplirá fácilmente.	Falta de límites o disciplina demasiado estricta.
	Desarrollo social	Los amigos adquieren gran importancia en este período. Ir a la casa de un amigo permite que el niño conozca otras costumbres y otros modos de relacionarse. Recomiende a los padres que conozcan a las familias con las que se relacionan sus hijos. Muchas veces, estas relaciones de amistad se modifican y se crean otras, lo que genera emociones intensas. En ocasiones, los niños se sienten excluidos del juego, son molestados por sus pares, etc. Los padres pueden ayudar escuchándolos y acompañándolos, lo que los aliviará y fortalecerá. Sugiera a los padres estar a una distancia adecuada para escuchar al niño y dejarlo resolver las cosas solo cuando así lo desea. Las situaciones que requieren de la intervención de los adultos son aquellas en las que el problema interfiere en la actividad diaria (dificultades escolares, aislamiento, etc.). Evalúe el uso adecuado de redes sociales (Internet).	<i>Bullying, cyberbullying,</i> aislamiento social, trastornos de conducta.
	Adicciones	La edad de inicio de ingesta de alcohol y consumo de cigarrillos es cada vez más baja. Prevenga, informe al niño y a la familia. Si alguno de los padres fuma o toma mucho alcohol, pregunte cómo van a responderle al niño cuando desee imitarlos o los interpele al respecto.	
Adolescencia	Vida familiar	Etapas de grandes cambios, conflictos y negociaciones. Los adolescentes necesitan lazos fuertes y positivos con la familia. Necesitan “pelearse” con las figuras parentales infantiles para poder separarse y crecer individualmente. Los padres suelen sentirse interpelados y cuestionados. Asesore a la familia sobre la importancia del diálogo.	Violencia conyugal, testigos de violencia.
	Autonomía	Los adolescentes van pudiendo hacer más cosas solos (viajar, manejar dinero, decidir actividades recreativas, etc.). Sugiera a los padres ir dando mayor autonomía en la medida de las capacidades del adolescente. Son propias de la etapa la discusión y la argumentación. Sugiera a los padres dar normas claras y evitar conflictos por temas superfluos.	
	Desarrollo sexual	En esta etapa, inician las relaciones de pareja. Uso de la genitalidad. Tenga entrevistas con el adolescente por separado, escuche sobre sus inquietudes en esta área. Confidencialidad.	Relaciones sexuales sin protección.
	Desarrollo emocional	Evalúe el estado de ánimo, sabiendo que, en esta etapa, puede haber grandes cambios anímicos. Evalúe autoestima, capacidad de expresar sentimientos y de buscar ayuda adulta. Pregunte cómo maneja las situaciones de mucho enojo. Ofrezca al adolescente modos no violentos de resolver conflictos.	Ideación o intento suicida. Noviazgo violento.
	Proyecto personal	Pregunte por proyecto personal, visión a 10 años. Ayude a pensar cómo ir construyendo el propio futuro responsablemente.	Uso de armas de fuego.
	Riesgos	Es habitual que los adolescentes se sientan invulnerables y corran riesgos, especialmente en la adolescencia media (de 14 a 17 años). Pregunte por el uso de casco, manejo de moto o automóvil. Pregunte por el consumo de alcohol y drogas. Asesore sobre los efectos y los riesgos.	Lesiones frecuentes o graves.

pediatra debería saber usar para evaluar el desarrollo (escala de retraimiento relacional,²³ escala de sensibilidad materna,²⁴ escala de depresión materna,^{25,26,27} lista de chequeo para autismo en menores de 2 años –CHAT–²⁸ y prueba nacional de pesquisa –PRUNAPE–).²⁹

Es importante que el pediatra se forme y entrene en **familia, funciones familiares y estilos de crianza**.^{10,30,31} Actualmente, la familia está cambiando; ya no existe un modelo único. Las hay monoparentales, de parejas homosexuales, ensambladas, etc. Las funciones familiares siguen siendo fundamentales para el desarrollo personal de los niños.³² La función nutricia y de sostén (materna) y la función normativa (paterna) deben estar presentes para el desarrollo óptimo de un niño. Es importante que el pediatra esté entrenado en hacer semiología de las funciones familiares independientemente de quién sea el que cumpla ese rol, sin identificar a una persona con la función.

La crianza incluye la enseñanza de normas socialmente aceptadas por los padres respecto al comportamiento de los niños.³³ El objetivo de la **disciplina** es ayudar al niño a lograr mayor autonomía, controlar las emociones negativas, respetar los derechos de los otros y los propios.¹⁰ Las dificultades para sostener normas pueden desencadenar castigos corporales o emocionales (burlas, ridiculizaciones). En Argentina, el 4% de los padres cree que el **castigo corporal** es necesario para educar³⁴ y el 2,3% reconoce haberle

dado a su hijo una paliza el último mes (Tabla 2).³⁴ La línea entre castigo corporal y maltrato físico puede ser muy delgada.³⁵ No poner ninguna norma es una manera de abandono y también de maltrato.

Toda crianza es con fallas. La crianza incluye incertidumbre, ensayo-error y estar abierto a la novedad que trae el hijo. Empatizar con los padres facilita que no se sientan juzgados y puedan expresar sus dificultades. Se deben usar frases normalizadoras, como “los niños de 2 años *gastan* más de un adulto por día”, “el llanto de un bebé puede volver loco a cualquiera”. Esto no implica de ningún modo justificar el maltrato, sino poder enfrentarlo reconociendo el problema. Al sentirse entendidos y poder hablar de las dificultades, los padres tienen menos riesgo de actuar en forma negativa y permiten una ayuda más eficaz del equipo de salud.

Los cambios de etapas del **ciclo vital de la familia** se asocian a una mayor vulnerabilidad.³⁶ La familia también requiere mayor sostén en los momentos de crisis inesperadas (fallecimiento de un padre).¹³

Es cada vez más frecuente que el pediatra se enfrente con consultas de los padres sobre la crianza de los hijos.^{10,13,16} Formarse en estos aspectos es fundamental para ayudar sin que las perspectivas personales influyan de modo sesgado. Si bien es difícil encontrar formación en estos temas desde la perspectiva del pediatra, existen cursos en la Sociedad Argentina de

Tabla 2. Método de crianza de niños de 2 a 17 años según la región argentina

	Métodos persuasivos			Sanción verbal		Castigo físico					
	Le quitó sus privilegios	Le explicó	Le dio otra cosa para hacer	Lo retó en voz alta	Lo insultó	Lo zamarreó	Le dio un chirlo	Le pegó en alguna extremidad	Le pegó con un objeto	Lo golpeó en alguna parte de la cabeza	Le dio una paliza
NOA	58,0	86,3	55,0	58,5	17,0	28,7	30,8	18,0	6,5	8,8	5,7
NEA	54,4	80,8	53,7	52,6	14,0	22,6	25,9	15,8	5,6	6,1	4,1
Cuyo	66,3	90,1	55,2	61,5	16,0	20,1	30,1	13,7	2,3	6,4	1,5
Centro	59,5	89,3	57,7	60,7	13,7	24,9	32,1	10,8	2,7	7,6	1,3
CABA	62,4	90,5	46,5	58,8	15,7	13,4	16,3	8,9	1,3	4,9	0,7
GBA	52,5	83,6	46,4	64,5	17,3	19,7	25,8	15,1	1,8	5,3	2,1
Buenos Aires Int.	56,1	91,2	47,0	67,0	19,9	24,3	29,7	14,4	2,6	9,4	1,3
Patagonia Norte	56,5	88,4	52,0	54,5	16,3	17,3	23,9	10,5	2,7	6,8	0,9
Patagonia Sur	52,1	78,7	45,9	51,9	15,0	14,0	20,7	10,5	2,4	4,4	1,9
Total	56,9	86,6	51,2	60,9	16,3	22,0	27,6	13,9	3,1	6,8	2,3

Modificado de la encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia (ECOVNA).³⁴

NOA: Noroeste argentino; NEA: Noreste argentino; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; GBA: Conurbano bonaerense; Buenos Aires int.: interior de la provincia de Buenos Aires.

Pediatría (SAP) y buena bibliografía al respecto.^{30,31,37,38}

Ante la presencia de factores de riesgo

El pediatra puede actuar para disminuir su impacto. Ante situaciones de estrés, el pediatra puede ser un referente de cómo esto impacta en los niños y asesorar a los adultos al respecto.^{13,39,40} Es útil citar más seguido a esas familias para ver la evolución del proceso. La escasez de tiempo es el mayor desafío para atender los temas de conducta, de desarrollo y psicosociales que enfrentan las familias y hay que explorar nuevas formas de abordaje dentro de la atención primaria.³ Una estrategia, llamada **foco**, consiste en hacer de 4 a 6 entrevistas sobre un determinado problema que requiera la familia fuera del apresuramiento de la consulta habitual.⁴¹ Lograr una derivación consensuada a un profesional de salud mental, un trabajador social o un organismo de protección de derechos puede ser un punto de inflexión fundamental en una dinámica familiar alterada. Hay **formas indirectas de hacer prevención del maltrato** actuando sobre los factores de riesgo que son de mucha utilidad: enseñar salud reproductiva, evitar embarazos en la adolescencia y los no deseados, hacer los controles de la embarazada, evitar el maltrato prenatal, garantizar la accesibilidad a guarderías o centros de primera infancia, la disponibilidad de centros comunitarios barriales, los programas de tratamiento y prevención del VIH, los programas de prevención y tratamiento del uso abusivo de drogas y/o alcohol, las agencias de salud ambiental, los programas contra la violencia de género, la asistencia a instituciones religiosas, etc.⁴²

Ante síntomas o signos inexplicables

El pediatra debe pensar en maltrato infantil dentro del diagnóstico diferencial ante síntomas repetidos y cuadros que no se expliquen completamente por una enfermedad. Las **somatizaciones** pueden ser la forma de expresión de una situación que los niños no pueden resolver y que termina afectando su cuerpo.⁴³ Un importante número de pacientes con dolor abdominal crónico padece situaciones de estrés. Habrá que descartar, además, si se trata de niños testigos de violencia conyugal, abuso psicológico o abuso sexual. Algunas **manifestaciones en la piel** hacen sospechar maltrato físico⁴⁴ y otras, como la alopecia areata, la psoriasis, el liquen escleroso, se asocian a situaciones de estrés. En

ocasiones, los padres consultan por síntomas raros en los hijos, difíciles de encuadrar, y suelen solicitar estudios complementarios cada vez más complejos y agresivos. Los médicos no esperan una historia falsa. Por eso, cuando hay síntomas, signos o pruebas persistentes e incongruentes con un diagnóstico médico, hay que incluir en el diagnóstico diferencial el **síndrome de Munchausen por poderes o enfermedad fabricada por los cuidadores**.^{45,46} Hay situaciones de **maltrato intraescolar** que el pediatra puede visualizar o sospechar por las consultas médicas repetidas los días lunes, las inasistencias injustificadas, la sospecha de fobia escolar, etc.⁴⁷

Ante la sospecha concreta de maltrato infantil

El pediatra debe ayudar a llegar a un diagnóstico y hacer una derivación exitosa del maltrato infantil. Esto incluye evaluar el riesgo que sufre el niño y, si este es importante, evaluar el resguardo para que esté protegido mientras se completa la evaluación.⁴³ El pediatra deberá informar la sospecha al **organismo de protección de derechos** correspondiente al domicilio del paciente, preferentemente por escrito. Siempre es una situación estresante y difícil. El objetivo debe ser proteger al niño. A veces, es necesario recabar más información. Una institución de mucha ayuda para el diagnóstico y seguimiento de situaciones de maltrato es la **escuela**. Su mirada cotidiana, longitudinal en el tiempo, que incluye a los hermanos escolarizados, complementa la referencia de los padres y muestra el desempeño del niño con pares y adultos no familiares. Hay guías para docentes para intervenir en situaciones de maltrato y realizar informes.^{48,49}

Ante los casos confirmados de maltrato infantil

La función del pediatra es el seguimiento y evitar la repetición del maltrato. Esto es muy difícil de conseguir.⁵⁰ La cronicidad del maltrato infantil se asocia linealmente con resultados adversos; a mayor número de reportes de maltrato, mayor número de efectos negativos (abuso de sustancias en la adultez, necesidad de tratamiento en salud mental de adulto, ser perpetrador de abuso o negligencia, intentos de suicidio, etc.).⁵⁰ Lograr romper con el círculo de violencia no es sencillo, pero es una forma muy importante de prevenir el maltrato y favorecer la salud mental.

En la comunidad

Sería deseable que todos los padres tuvieran

un espacio para hacer **talleres de crianza** en los que se pudieran expresar las dificultades, las alegrías y las diferentes modalidades con que cada familia enfrenta la crianza.¹⁵ Aquí el pediatra debe dar espacio para que los padres puedan encontrarse y afinar sus propias herramientas en un ambiente cálido. Esta es una buena forma de potenciar los factores protectores.

Conocer personalmente a los involucrados en las diferentes instituciones del cuidado de los niños (Organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes –OPD–, escuela, centro de salud, Centros de Acceso a la Justicia, etc.) facilita el trabajo en conjunto, como propone la **“Semana del bebé”**.⁵¹ El pediatra puede aportar sus conocimientos sobre salud infantil. Estar familiarizado con recursos con los que se dispone en una determinada comunidad es de mucha utilidad cuando se detectan situaciones de maltrato infantil, violencia conyugal o depresión materna.⁵²

En un nivel más macro, **ante la sociedad y los estrategias de políticas de salud pública**, se previene el maltrato infantil promoviendo que se desarrollen y se den a conocer estadísticas locales y nacionales sobre él (casos atendidos por año en los OPD, casos sospechados y confirmados de maltrato infantil, etc.) para poder evaluar la eficacia de las medidas preventivas; evaluando la posibilidad de autopsias a los casos de muerte súbita; regulando la idea que los medios de comunicación masiva transmiten de lo que es un niño; solicitando el fortalecimiento de los OPD; etc. Hay muchas razones por las que la prevención del maltrato infantil debe ser tomada como un problema de salud pública.⁵³ La investigación científica avala la prevención del maltrato como una estrategia para reducir enfermedades a largo plazo.⁵⁴ Los OPD solo ven una pequeña fracción del número total de niños maltratados e intervienen luego de que ya ha sucedido.⁵³

Cuidarse para poder cuidar

No es intención de este capítulo sobrecargar la exigencia del trabajo pediátrico, sino que intenta darle a ese trabajo una mirada más amplia y preventiva. Muchas de las acciones aquí descritas ya son realizadas por los pediatras diariamente. Quizás como acciones de compromiso personal o de beneficencia, sentidas como actividades extras a la tarea pediátrica. Se ha querido mostrar que son centrales a la función del médico que atiende a bebés, niños y adolescentes, y a sus familias.

Para poder cumplir con ellas, es necesario que el médico también sea cuidado. Este **autocuidado** se da en lugares donde se pueda pensar con otros, compartir la angustia que provocan los casos difíciles y encontrar apoyo. Los casos de sospecha de maltrato infantil suelen ser arduos por los sentimientos que generan. Los pediatras que atienden solos están en mayor riesgo de sufrir desgaste profesional. Los grupos de pares como los **Encuentros de Pediatría Ambulatoria** o los ateneos de los servicios de cada hospital o centros de salud pueden ser de mucha ayuda. Las nuevas tecnologías permiten acercar a pediatras de diferentes localizaciones, como es la red **PEDAMB** (foro de discusión del Comité de Pediatría General Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría). Otras formas en que los pediatras pueden cuidarse son entrenarse en estos temas, generar espacios recreativos, tener un descanso adecuado, etc.

CONCLUSIÓN

Lamentablemente, el maltrato infantil, en todas sus formas, es un problema grave y frecuente. Tiene consecuencias individuales, grupales y sociales en el corto y largo plazo. Hay mucha evidencia de que el maltrato es prevenible, aunque no hay acuerdo en una única manera de hacerlo. La prevención del maltrato infantil, vista como la promoción de la salud integral, en ambientes de crianza estables y seguros, no solo previene el daño físico, sino que tiene efecto sobre la salud física y emocional adulta de esos niños y sobre su capacidad futura de ser padres. También tiene efecto sobre la sociedad con disminución de la violencia.⁵⁵

En este artículo, se abordó la prevención desde la perspectiva del pediatra más que de la salud pública. Es parte central del rol pediátrico hacer prevención, en este caso, del maltrato infantil. Esto se hace posible a través del conocimiento de los factores de riesgo, protectores y desencadenantes que influyen en su aparición, teniendo en cuenta la perspectiva individual, familiar, comunitaria y social, y trabajando en conjunto con otras disciplinas. Se han desarrollado ejemplos de modos de ejercer la prevención desde la función pediátrica. En cualquier ámbito que esta se desarrolle, el pediatra puede ayudar a traducir lo que es un niño y lo que necesita. Así se podrá cumplir el objetivo societario de “un niño sano”, integralmente, “en un mundo mejor”, menos violento.⁵⁶ ■

Agradecimiento

Agradezco a los Dres. Norberto Garrote y Javier Indart de Arza por el apoyo y la motivación en la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Escardó F. La nueva pediatría. En: Escardó F. *Qué es la pediatría*. Buenos Aires: Fundasap; 2007. Págs.49-51.
- Boggiano E, Breitman F, Andrade M; Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Manual para la supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes. Buenos Aires: Fundasap; 2010.
- Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: A role for pediatricians. *Pediatr Rev* 2002;23(6):191-6.
- Flaherty EG, Stirling J; American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report - The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics* 2010;126(4):833-41.
- Molina Peralta A. La comunicación con los padres en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1989.
- Seldes JJ, Ziperovich V, Viota A, Leiva F. Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(6):499-504.
- Pistellia Y, Perochenaa J, Moscoloni N, Tarrés M. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(2):129-34.
- Horton C. Protective factors literature review: Early care and education programs and the prevention of child abuse and neglect. Washington: Center for the Study of Social Policy's; 2003.
- Center for the Study of Social Policy's. Strengthening families, a protective factors framework. [Acceso: 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.cssp.org/reform/strengthening-families>.
- Mouesca JP. Control de salud en niños mayores de un año. En: Rubinstein E, Zárate M, eds. *Salud del niño*. 3.^{ra} ed. Buenos Aires: Fundación MF; 2007.
- Alves de Lima AE. Habilidades de comunicación. En: Sociedad Argentina de Pediatría. *PRONAP* 2002;1(1):12-36.
- Alves de Lima AE. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol* 2003;71(3):217-20.
- Mouesca JP. Duelo en familias con niños. En: Boggiano E, Breitman F, Andrade M, Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. *Manual para la supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: Fundasap; 2010. Págs.303-12.
- Posada Díaz A, Gómez Ramírez JF, Ramírez Gómez H. El niño sano. 3.^{ra} ed. Bogotá: Panamericana; 2005.
- Armus M, Duhalde C, Oliver M, Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia: 0 a 3. Buenos Aires: Fundación Kaleidos, UNICEF; 2012.
- Sparrow J, Brazelton TB. Enfoque evolutivo para la prevención de los problemas de conducta comunes. En: American Academy of Pediatrics, McInerney TK. *Tratado de Pediatría*. Buenos Aires: Panamericana; 2011. Págs.1223-31.
- Schmitt BD. Seven deadly sins of childhood: advising parents about difficult developmental phases. *Child Abuse Negl* 1987;11(3):421-32.
- Papalia DE, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 11.^a ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
- Reijneveld SA, Van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004;364(9442):1340-2.
- Talvik I, Alexander RC, Talvik T. Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatr* 2008;97(6):782-5.
- Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, et al. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics* 2013;131(6):e1857-64.
- American Medical Association. Opinion 2.02 - Physicians' Obligations in Preventing, Identifying, and Treating Violence and Abuse. Chicago, 2008. [Acceso: 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion202.page>.
- Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Inf Ment Heal J* 2001;22(5):559-75.
- Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. Infant-mother attachment and social development: "Socialisation" as product of reciprocal responsiveness to signals. En: Richards MPM, eds. *The integration of child into a social world*. Londres: Cambridge University Press; 1974. Págs.9-135.
- Chaudron LH, Szilagy PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics* 2004;113(3pt1):551-8.
- Radesky JS, Silverstein M, Silverstein M, Rivara FP, et al. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics* 2013;131(6):e1857-64.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg G. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry* 1992;161:839-43.
- Lejarraga H, Krupitsky S, Kelmansky D. Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de 6 años de edad. Buenos Aires: Nestlé; 1996.
- Vázquez HD. Familia. En: Sociedad Argentina de Pediatría. *PRONAP* 2001; 1:13-43.
- Chattás AJ. Estilos de crianza. En: Sociedad Argentina de Pediatría. *PRONAP* 2004;2:12-66.
- Schejtman CR. Función maternal-función paterna, permanencia y cambios. En: Schejtman CR. *Primera infancia: psicoanálisis e investigación*. Buenos Aires: Akadia; 2008:21-35.
- Nakab A. Límites. En: Sociedad Argentina de Pediatría. *PRONAP* 2006;3:53-87.
- Argentina. Ministerio de Desarrollo Social. UNICEF. Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados. 2011-2012. [Acceso: 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/Uploads/i1/Encuesta%20Sobre%20Condiciones%20de%20Vida%20NNyA%20-%20Baja.pdf>.
- Zolotor AJ. Corporal punishment. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(5):971-8.
- García Bianchi X, Kitainik D. Familia. En: Rubinstein E, Zárate M, Carrete P, Deprati N, eds. 3.^a ed. *PROFAM: Salud Mental*. Buenos Aires: Fundación MF Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención primaria de la salud; 2008:23-51.
- Escardó F. Anatomía de la familia. Buenos Aires: FUNDASAP; 2006.
- Pérez A. La familia actual. La pediatría ampliada. En Escardó F. *Anatomía de la familia*. Buenos Aires: FUNDASAP; 2006. Págs.233-71.
- Oliver M. Estrés en la infancia. Prevención e intervención en pediatría. Buenos Aires: FUNDASAP; 2009.
- Middlebrook JS, Audage NC. The effects of childhood stress on health across the lifespan. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008.
- Rubinstein E. El desafío del abordaje de los aspectos psicosociales para el médico de familia. En: Rubinstein E. *Clínica imaginaria. El intersticio en la consulta del médico de familia*. Buenos Aires: Delhospital; 2012. Págs.23-25.
- Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child

- maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect. Geneva: WHO Press; 2006.
43. National Institute for Health and Clinical Excellence. When to suspect child maltreatment. NICE clinical guideline 89. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
 44. Chistian C; Committe on child abuse and neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015;135(5):e1337-54.
 45. Flaherty EG, MacMillan HL; Committee On Child Abuse And Neglect. Caregiver-Fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013;132(3):590-7.
 46. Garrote N, Indart de Arza J, Puentes A, Smith M, et al. Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(1):47-53.
 47. Campelo A, Lerner M. Acoso entre pares. Orientaciones al pediatra. En: Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP 2014;1:13-45.
 48. Vainstein N, Rusler V. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Buenos Aires: UNICEF, 2011. [Acceso: 14 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_conceptual_MI03_08.pdf.
 49. Vainstein N, Fernandez AV, Padin C, Zito Lema V, et al. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. Guía conceptual. Buenos Aires: UNICEF, 2013. [Acceso: 14 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Abuso_Sexual_170713.pdf.
 50. Jonson-Reid M, Kohl PL, Drake B. Child and adult outcomes of chronic child maltreatment. *Pediatrics* 2012;129(5):839-45.
 51. Gorodisch R. Bordando condiciones de más dignidad. Entrevista a Salvador Celia. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2003;14(54):299-304.
 52. Lane WG. Prevention of child maltreatment. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(5):873-88.
 53. Zimmerman F, Mercy JA. A better start. Child maltreatment prevention as a public health priority. *Zero to three* 2010;may:4-10.
 54. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009;301(21):2252-9.
 55. Walker SP, Chang SM, Vera-Hernández M, McGregor S. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics* 2011;127(5):849-57.
 56. Sociedad Argentina de Pediatría. Objetivos. [Acceso: 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/index.php/contenidos/detalle/id/11>.



Los siguientes resúmenes y comentarios de trabajos seleccionados se encuentran disponibles en la versión electrónica de este número.

THORAX 2014 Dec;69(12):1105-12.

SABRE: Estudio multicéntrico, controlado, aleatorizado en el uso de nebulizaciones con solución hipertónica en lactantes internados con bronquiolitis aguda (Everard ML, et al. SABRE: a multicentre randomised control trial of nebulised hypertonic saline in infants hospitalised with acute bronchiolitis)

Comentario: Dra. Belén Lucero. *Servicio de Neumonología. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*.

PEDIATRICS 2015;135(3):483-8.

Azitromicina en lactantes pequeños y estenosis pilórica (Eberly MD, et al. Azithromycin in early infancy and pyloric stenosis)

Comentario: Dra. Magalí Hamui. *Hospital General de Niños Pedro de Elizalde*.

JAMA PEDIATR. 2015;169(2):120-8.

Eficacia comparativa de antibióticos por vía intravenosa vs. vía oral en el tratamiento posterior al alta en niños con osteomielitis aguda (Keren R, et al. Comparative effectiveness of intravenous vs oral antibiotics for postdischarge treatment of acute osteomyelitis in children)

Comentario: Dra. Silvina Ruvinsky. *Servicio de Epidemiología e Infectología. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 2015, 372:1093-1103.

Clindamicina versus trimetoprima-sulfametoxazol en infecciones de piel y partes blandas no complicadas (Miller L, et al. Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections)

Comentario: Dra. Rosa Bologna. *Servicio de Epidemiología e Infectología. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*

JAMA 2015 Apr 21;313(15):1534-40.

Diagnóstico de autismo y estado de vacunación triple viral en niños de EE. UU. con hermanos mayores con y sin autismo (Jain A, et al. Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism)

Comentario: Dr. Eduardo Cuestas. *Hospital Privado. Córdoba*

J EMERG MED 2015;49(1):1-7.

Síncope en el Departamento de emergencias pediátrico. ¿Podemos predecir enfermedad cardíaca basándonos solo en la historia clínica? (Hurst D, et al. Syncope in the Pediatric Emergency Department. Can we predict cardiac disease based on history alone?)

Comentario: Dr. Eduardo Silvestre. *Departamento de Emergencias. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"*.