



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: regionmetropolitana@sap.org.ar • Facebook: **Pediatras Metropolitanos Argentinos** • Instagram: **pedmetarg**

Director Titular

Dr. Carlos Luzzani

1º Director Asociado

Dr. Alberto Libanio

2º Director Asociado

Dra. Claudia Vaccarelli

Coordinadores

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Mirta Vázquez /
Dra. Irene Dechiara / Dra. Susana Mabel Rosso /
Dra. Graciela Robbio / Dr. Maximiliano Schianni

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /
Dra. Silvia Noemi Redensky / Dr. Fausto Ferolla /
Dr. Martín Ferolla / Dra. María Cecilia Rizzuti /
Dra. Viviana Soligo

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /
Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /
Dr. Oscar Ruíz / Dra. Celia Lilian Sosa / Claudia Corigliano

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 / Dr. Gustavo
Bardaul / Dr. Saúl Gleich / Dr. Leonardo Vazquez /
Dra. Débora Rocca Huguet / Dr. Edgardo Flamenco

SECCIONES

• Editorial.....	1
• Actividades de la Región	3
• La consulta ambulatoria pediátrica. Antes y durante de la pandemia.....	4
• Sarampión: cierre del brote epidémico.....	6
• Repercusión emocional en los niños por el aislamiento social	9
• Crianza, apego, límites, intervención.....	11
• Consumo de sustancias en tiempos de cuarentena.....	15
• Alimentación complementaria oportuna	17
• COVID 19. Protocolo I.D.E.A.	20
• ¿Qué debe saber el pediatra sobre casas seguras?	24
• Hospital Sub Zonal Materno Infantil "Dr. Eduardo Oller", San Francisco Solano	28
• Peritas legales	32
• Boletín bibliográfico	35

EDITORIAL

ADAPTARSE A LOS TIEMPOS DIFÍCILES

*"Defender la alegría como una bandera
defenderla del rayo y la melancolía
de los ingenuos y de los canallas
de la retórica y los paros cardíacos
de las endemias y las academias"*

Fragmento de *Defensa de la Alegría*, de **Mario
Benedetti**, publicado en "Cotidianas" (1979)

En el editorial anterior de **Noticias de la Región Metropolitana 77**, escribimos que la pandemia había tapado cualquier otra actividad y lo habitual estaba modificado por el aislamiento obligatorio. Aunque creo que lo sospechábamos, vemos que el proceso sigue cinco meses después, con leves variantes. ¿Y quién puede anticipar por cuánto tiempo más?

En este número no podemos dejar de hacer referencia al SARS CoV 2, aunque algunos artículos se refieren a otros aspectos de la salud en pediatría.

Lo que sigue no pretende ser una lista de consejos, ni de principios para una adaptación emocional al aislamiento, solo reflexiones de lo visto y vivido en este tiempo.

Todos nos dimos cuenta, ahora, de lo que teníamos, y no apreciábamos, en nuestros trabajos, nuestros afectos, nuestra vida.

>>> (continúa en página siguiente)

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



GRUPO EDITORIAL REGIÓN METROPOLITANA

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen, María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y Claudia Corigliano

>>> (viene de página anterior)

Muchos tratamos de no negar la realidad y buscar vivir y ayudar a vivir a nuestra comunidad (es la tarea de los médicos), analizando todo lo que nuestro temor y nuestra ansiedad nos permite, de las informaciones científicas y no científicas, sobre la pandemia. Separando la paja del trigo en el continuo bombardeo de los medios de comunicación, difundiendo solo noticias oficiales y chequeadas.

La conclusión a la que se puede llegar, es que lo que más nos va ayudar a seguir adelante se llama resiliencia. No esconder la realidad, que no nos gane el terror, tratar de adaptarse a lo que tenemos, tratar de vivir con la alegría de poder vivir, nosotros y nuestros afectos.

Tratar de cumplir con todas las medidas archiconocidas para evitar contagiarnos. En los últimos días se está observando mayor número de casos entre el personal de salud de los sectores no COVID, respecto a los sectores que tienen más contacto con contagiados: ¿relajación y uso de protección inadecuada? La cantidad de colegas y compañeros del resto del equipo de salud afectados, algunos de ellos con desenlaces fatales, nos deben servir para mantener la guardia alta. Seguramente, tratamos de difundir estas conclusiones en nuestra familia y la sociedad que nos rodea. Y de exigir, a quien corresponda, la provisión de adecuados elementos de protección personal y protocolos de seguridad.

La posibilidad de efectos emocionales negativos en nosotros y nuestros pacientes es evidente. Pero podemos leer numerosos artículos de especialistas que nos ayudarán a paliar esos efectos adversos. Y aconsejar a las familias que nos confían a sus hijos.

Esta pandemia nos deja varias enseñanzas, entre ellas la importancia de todo el sistema de salud de un país y el deterioro en el que se encontraba el nuestro (repetido y avisado por la comunidad médica hasta el cansancio y desoído por los responsables de tomar medidas para que esa lamentable realidad cambiase). La gran pregunta es si lo vivido sirvió de ejemplo y si las futuras políticas de salud cambiarán...

Esta situación, inédita, pone en juego nuestra capacidad de adaptación, de análisis. Y como médicos pediatras debemos extender este pensamiento a nuestros pacientes y sus familias, el motivo de nuestra labor diaria.

Dr. Carlos Luzzani

Director Titular Región Metropolitana SAP



ACTIVIDADES REGIÓN METROPOLITANA

Nos reunimos mensualmente vía zoom, generalmente el **primer sábado de cada mes**. Si desean participar, pueden enviar su celular y mail a **regionmetropolitana@sap.org.ar**. Solo necesitamos saber procedencia y cuál es su actividad. Podemos ser hasta 100 participantes sin límite de horario. La actividad suele durar 2 horas.

El **tercer sábado** hacemos **actividad docente**: presentación de casos clínicos, charlas con expertos, etc. Esta actividad es de alrededor de una hora.

Siguen vigentes nuestros grupos de:
Facebook: Pediatras Metropolitanos Argentinos
e **Instagram: @pedmetarg** (se puede enviar material de actividades científicas o docentes a **pedmet.ig@gmail.com**).

También nos conectamos por WhatsApp entre quienes participamos de las reuniones mensuales.

Esperamos su participación por cualquiera de estos medios.

Sábado 15 de Agosto

9:30hs

Vía Zoom



Encuentro Metropolitano

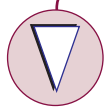
IMPACTO DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Disertante Dr. Fernando
Alonso

Pediatra SAP Psiquiatra Infanto
Juvenil de AAPI

Si quieres participar enviar mail a:
regionmetropolitana@sap.org.ar





LA CONSULTA AMBULATORIA PEDIÁTRICA. ANTES Y DURANTE DE LA PANDEMIA ¿Cómo será la futura consulta?

Dr. Saúl Gleich

Médico Pediatra ^a

Soy médico pediatra de más de 50 años de ejercicio de la profesión, tanto a nivel público o privado, como internista y ambulatorio.

Fui partícipe y testigo activo de múltiples epidemias; desde la de la polio, en mi niñez, hasta las diarreas estivales, eruptivas, TCV, gripe, cólera, meningitis, etc. como profesional.

Jamás sentí lo que siento en esta oportunidad, en la que pasé de ser un activo trabajador de la salud, a grupo de riesgo sin participación activa en el equipo de salud.

Ninguna de esas epidemias produjo los cambios de hábitos y culturales, que la actual está haciendo.

La consulta pediátrica ambulatoria está sufriendo un cambio fundamental, que hace que hablemos de una consulta pediátrica ambulatoria distinta antes y durante la pandemia

Los cambios más evidentes que noté son:

- Elegimos el paciente según criterios de riesgo de padecer enfermedad, de riesgo de contagio.
- Toma de temperatura al entrar a las instituciones.
- Surge el TRIAGE en pacientes ambulatorios.
- Pre interrogatorio para decidir la consulta.
- Límites a los acompañantes del paciente: uno por cada niño.
- Límites en la sala de espera: 1 o 2 personas como máximo.
- Desaparición de juegos y libros en la sala de espera.
- Exigencia de lavado de manos antes de entrar al consultorio.
- Limpieza del calzado.
- Alcohol en gel como opción al agua y jabón.

- Desapareció el saludo afectuoso y cálido del apretón de manos, abrazo o beso en la mejilla, tanto al paciente como al acompañante.
- Apareció el saludo mecánico, lejano, con paciente y familiar.
- Aparecieron las consultas telefónicas por WhatsApp.
- Aparecieron las consultas por video conferencias.
- Desapareció la ropa informal del pediatra para atender a los niños.
- Creció la presión legal sobre el médico.
- Aumentó el ejercicio de una medicina defensiva.
- Aparecieron los protocolos de atención ambulatoria para evitar contagios del paciente y del personal de salud.
- Protocolos muy difíciles de cumplir en la mayoría de los consultorios pediátricos ambulatorios por falta de infraestructura, tanto en el sector público como el privado.

Todos estos cambios hacen perder la esencia de la consulta pediátrica, convirtiendo un espacio cálido y de intercambio, a uno frío y defensivo por ambas partes.

Me parece que al componente consulta ambulatoria, se la agregaron algunos componentes que la transformaron en un espacio muy profesional y poco afectivo.

Los principales elementos que se agregaron son:

- El miedo.
- El desconocimiento del enemigo.

Si a esto se le agrega la presión legal y el magro arancel de la consulta, nos encontramos ante un gran escenario negativo, tanto para el paciente como para el trabajador de la salud.

Contestar a la pregunta de cómo será la futura consulta pediátrica ambulatoria, es el desafío que tenemos ahora, que estamos navegando aguas turbulentas de una pandemia sin pronóstico cierto.

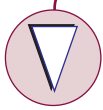
De todos los cambios que notamos, debemos rescatar los positivos del actual sistema y recuperar las virtudes del anterior.

Este equilibrio solo se podrá hacer con el aporte de todos los actores del sector salud, generando ideas de su experiencia y del sector político escuchando las propuestas y poniéndolas en práctica.

Por último, debo hacer un agradecimiento a la pandemia.

1. Puso al sistema de salud en un escenario visible.
2. Obligó a la política a reponer los déficits de recursos materiales y humanos.
3. Hubo un reconocimiento social del personal de salud.
4. Nos obligó a actualizarnos en comunicación y educación a distancia.
5. Corroboramos la necesidad de mantener un importante apoyo al equipo de investigadores científicos.
6. Mostró la importancia de la Epidemiología.
7. Resaltó lo fundamental que es el trabajo mancomunado y organizado del equipo de salud nacional e internacional, más allá de cualquier avatar político.
8. Demostró que la salud, la educación y el cuidado del medio ambiente tienen prioridad en el momento de distribuir recursos económicos.





SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Miembro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría y de la Asociación Internacional de Pediatría



SARAMPIÓN: CIERRE DEL BROTE EPIDÉMICO

Nota de los Editores: *artículo del COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA de la SAP difundido por INTERSAP.*

El sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa y potencialmente grave y fatal. Los niños menores de 1 año son más susceptibles de enfermarse y de sufrir complicaciones agudas como neumonía y a largo plazo, panencefalitis esclerosante subaguda. La mortalidad global por sarampión oscila entre un 3 a un 6%, principalmente en desnutridos y menores de 1 año.

En septiembre de 2016 se declaró a la Región de las Américas libre de virus de sarampión endémico, siendo así la primera región del mundo en eliminar esta enfermedad.

Sin embargo, por brotes de más de un año de duración, se restableció la circulación endémica en Venezuela y Brasil.

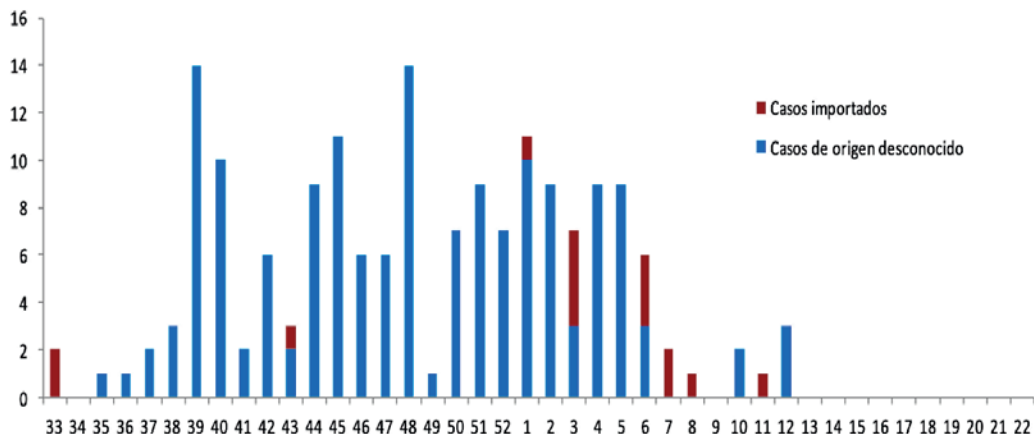
En los primeros seis meses del año 2019 los casos de sarampión reportados a nivel mundial fueron los más altos desde 2006, con brotes que provocan enfermedades graves, discapacidad y

muerte en muchas partes del mundo. Se han reportado casi tres veces más casos hasta la fecha en 2019 en comparación con el mismo momento el año pasado.

El 27 de abril de 2020 se reunió la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación de la Circulación endémica del Sarampión y la Rubéola, presidida por la Dra Angela Gentile, definiendo el inicio del brote actual en la SE 33 de 2019, en la que se notificaron dos casos de sarampión importados y luego de dos semanas comenzaron a registrarse los casos de origen desconocido.

En Argentina desde la semana epidemiológica (SE) 33/2019 y hasta la SE 22/2020 se registró el brote de sarampión más extenso desde la eliminación de la circulación endémica, con 174 casos confirmados, incluida una defunción, 159 de origen desconocido con identificación de genotipo D8,

Gráfico 1. Casos confirmados de sarampión según clasificación final por semana epidemiológica. SE 33/2019 –SE22/2020. Argentina.



Fuente: Elaboración de la DiCEI en base a información del SNVS^{2.00}

linaje MVs/GirSomnath.IND/42.16 y 15 casos importados (Brasil, EEUU y Europa-Asia) (Gráfico 1).

La fecha de exantema del último caso identificado en la CABA fue 16/02/2020, correspondiendo a una importación, mientras que los últimos casos de la provincia de Buenos Aires se identificaron en los partidos de Quilmes (3/3/2020), Moreno (5/3/2020), Lanús (14/3/2020), Almirante Brown (18/3/2020) y Ezeiza (19/3/20).

La incidencia de la enfermedad por grupos de edad, muestra que los menores de 1 año y los de 1 a 4 años son los más comprometidos, sin embargo, los adultos jóvenes fueron otro de los grupos afectados (Gráfico 2).

La Comisión Nacional afirma en carta enviada al Ministro de Salud de la Nación: “El último caso confirmado presentó el exantema el 19/03/2020 (SE 12/2020) y a la fecha transcurrieron más de 12 semanas sin casos confirmados (más de tres períodos de incubación máximos), en el contexto de una tasa de notificación de 4,15 cada 100.000 habitantes, **por lo que consideramos que el brote se podría dar como concluido.**

Por lo expuesto, los Miembros de la Comisión **recomiendan suspender las estrategias de vacunación iniciadas como contención del brote en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII de la Provincia de Buenos Aires:** vacunación con doble o triple viral en niños de 6-11 meses y recupero de dosis de la Campaña 2018 en niños de 13 meses a 4 años que no la hubieran recibido.

Por lo mismo, también se **recomienda suspender la vacunación a residentes argentinos que viajen hacia el Área Metropolitana de Buenos Aires**

(AMBA) aunque debe mantenerse la estrategia de completar esquemas.

Sin embargo, debido a la baja vacunación en el contexto actual de pandemia de COVID-19, se **recomienda a las jurisdicciones realizar un análisis de acúmulo de susceptibles tanto para primera como para segunda dosis de triple viral y planificar las actividades que permitirán revertir dicha situación.** Como así también se aconseja continuar **sosteniendo una vigilancia de calidad.**

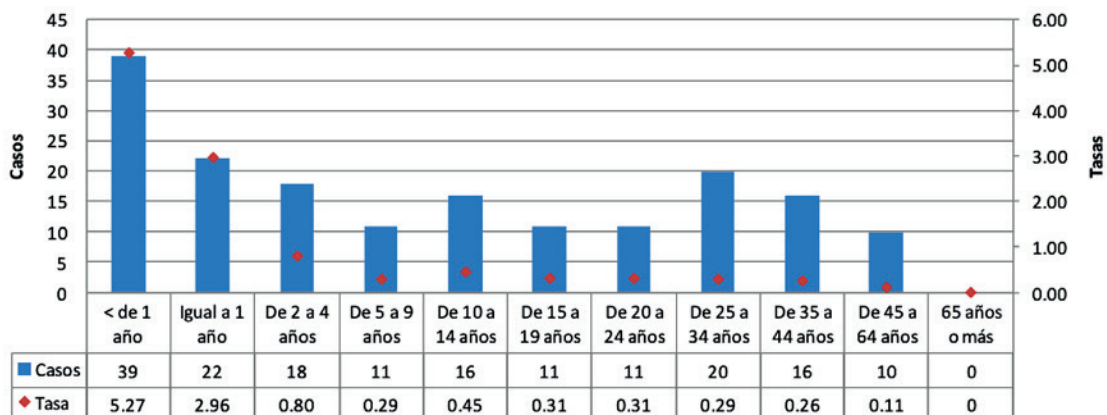
Para sostener dicha condición de región libre de sarampión, es necesario mantener un alto grado de inmunidad contra sarampión y rubéola en la población con dos dosis de vacuna triple viral, fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica y brindar una respuesta rápida frente a los casos.¹⁵

El Calendario Nacional de Vacunación incluye la vacuna triple viral a los 12 meses y a los 5 años de edad. Los mayores de 5 años, adolescentes y adultos deben acreditar **dos dosis** de vacuna con componente contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o contar con anticuerpos contra sarampión (serología IgG positiva). Las personas nacidas antes de 1965 no requieren ser vacunados por considerarse inmunes.

Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.

Las coberturas de vacunación con componente antisarampionoso son subóptimas, esta situación implica un acúmulo de susceptibles importante y la

Gráfico 2. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por 100 mil habitantes según grupos de edad. Acumulado de SE33/2019 a SE18/2020. Argentina (N=159)



Fuente: elaboración de la DiCEI en base a información del SNVS2,00

necesidad de la continuidad de las acciones intensificadas de vacunación en tiempos de COVID-19.

Se considera caso sospechoso a todo paciente de **cualquier edad con fiebre y exantema o bien que un trabajador de la salud sospeche sarampión o rubéola.**

Ante un caso sospechoso deberán realizarse las siguientes actividades:

1. Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible, **SIN** esperar resultados de laboratorio como adelanto para el inicio de acciones de bloqueo.
2. Notificar dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Notificación inmediata nominal. Todo caso sospechoso deberá notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud a través del SNVS 2.0, dentro de las 24 horas de detectado. Es importante consignar de manera completa los antecedentes de la enfermedad (fecha de inicio de la fiebre y del exantema), los antecedentes de vacunación del paciente y de viajes e itinerarios recientes.
3. Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre; muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado nasofaríngeo(HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que

debe realizarse dentro de las 48hs. posteriores a la toma. Todas las muestras deben ser estudiadas en forma simultánea para sarampión y rubéola.

Los casos con fiebre y exantema posteriores a la vacunación con triple viral se estudiarán por laboratorios SOLO si reúnen los siguientes requisitos:

- El inicio de la fiebre y/o exantema entre 0-5 días de haber recibido la vacuna o más de 12 días después.
- Cualquier caso de fiebre y exantema posterior a la vacunación que presente además síntomas como conjuntivitis, catarro nasal o tos, independientemente de los días post vacunación.
- Casos con alta sospecha de corresponder a virus salvaje ya sea por el cuadro clínico o por los datos epidemiológicos
- Todos estos casos deben ser notificados como EFE y ESAVI. Independientemente de si se tomará o no muestra de laboratorio.

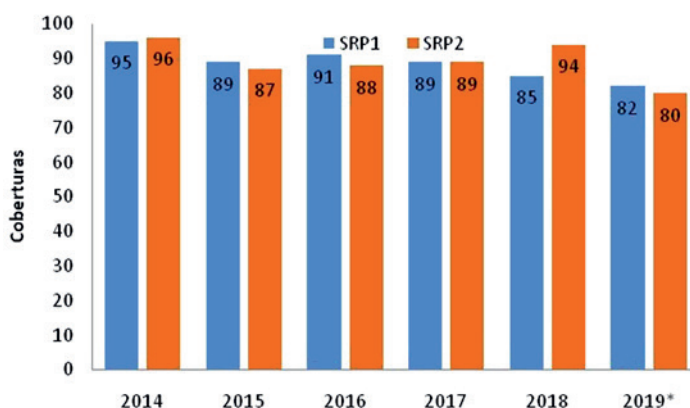
A pesar de los eventos registrados desde la eliminación del sarampión, nuestro país continúa siendo un país libre de circulación endémica del virus, siendo necesario realizar todos los esfuerzos para mantener este logro.

Más información en el siguiente link:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001356cnt-2018-10_algoritmo-lab.pdf

SAP, COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA

Gráfico 3. Coberturas de vacunación para sarampión (MMR 1 y 2 dosis). 2014-2019. Argentina.



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud.





REPERCUSIÓN EMOCIONAL EN LOS NIÑOS POR EL AISLAMIENTO SOCIAL

Dra. Gladys M. Convertini^a

Este período de aislamiento obligatorio parece interesante para reflexionar y compartir los efectos emocionales que están apareciendo en los niños. Es indudable la importancia de la **salud física**, pero no se deben minimizar los aspectos referidos a la **salud mental** de los niños, que inciden directamente sobre la primera, como un todo.

“Tiene miedo”, “siente que lo vamos a abandonar”, “no hace caso”, “no quiere que vaya a trabajar”, “tiene miedo que me muera”, “no quiere dormir solo”, “se aferra a nosotros”, “no quiere comer nada”, “pregunta por qué no puede ver a los abuelos”.

Estas y otras cuestiones surgen de consultas reales de las familias en estos momentos de aislamiento. La falta de contacto con familiares significativos como abuelos, tíos, primos, la imposibilidad de relacionarse personalmente con sus pares escolares y amigos, la falta de juego al aire libre que les permite una interesante y necesaria descarga motora; en definitiva, todos los **cambios de rutinas** (imprescindibles para organizar la vida emocional de sus psiquismos en desarrollo) a las que han tenido que amoldarse, traen aparejado una serie de manifestaciones que preocupan mucho a los padres. Es una obligación del Equipo de Salud dar respuesta y soluciones a las familias.

Los cambios que están apareciendo en los niños en este período de aislamiento son los siguientes:

- **Cambios bruscos de carácter:** berrinches y desobediencia, llanto inmotivado, alternando momentos de tristeza con otros de euforia, descarga motora sin un fin lúdico, ansiedad, angustia, sentimiento de culpa, miedo a la enfermedad y muerte de los papás y abuelos.
- **Dificultades en la alimentación:** rechazo a comer cierto tipo de alimentos que eran habituales para ellos, profundización de la neofobia, dificultad para mantener una comensalidad adecuada.
- **Problemas del sueño:** uno de los síntomas por

los que se reciben más consultas de los papás. Los cambios en la rutina habitual, la angustia y la ansiedad de la familia, se reflejan a la hora de dormir y se manifiestan como: rechazo a dormir solos en sus camas, dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes, pesadillas y terrores nocturnos.

- **Regresiones:** niños que habían sido ya destetados vuelven a “pedir la teta”, regreso a la auto estimulación como chuparse el dedo, pérdida del control de esfínteres, vuelta al colecho, retroceso en las pautas de lenguaje expresivo.
- **Somatizaciones:** las más frecuentes son dolores abdominales, constipación, cefaleas.

No debemos minimizar el efecto en los padres de los bombardeos constantes de imágenes, noticias (muchas de ellas falsas), cifras de infectados y muertos, que los sumergen en un estrés continuo y provocan un gran impacto en los niños. Es sabido que el **miedo** permite actuar, preparando al organismo para el ataque y la acción mediante la liberación de corticoides, pero el **terror paraliza. No es útil para el adulto y mucho menos para los niños.**

Ahora bien, una vez planteados los problemas, veremos qué sugerencias podemos aportarles a los padres para ayudar a los niños.

- 1) Explicarles lo que está sucediendo según su edad, utilizando palabras que puedan comprender, y la razón por la cual no pueden reunirse con familiares y amigos. Dado que sus preguntas se relacionarán con el período de desarrollo en que se encuentren, las respuestas deberán acomodarse a lo que puedan comprender.
- 2) Poner en palabras lo que están sintiendo: sobre todo en los más pequeños que no han adquirido aún el lenguaje verbal, es importante decirles, por ejemplo: *“sé que ahora estás triste porque no podés ir jugar a la casa de la abuela.”* *“Veo que estás enojado porque...”* **Cuando los niños no**

a. Especialista Pediatría y en Desarrollo Infantil.

tienen palabras para expresar lo que sienten, lo manifiestan con el cuerpo mediante “explosiones motoras”, mordeduras, golpes...

- 3) Ofrecerles alternativas posibles utilizando las nuevas tecnologías: comunicarse telefónicamente con los que están lejos, hacer video-llamadas compartiendo un almuerzo o una merienda con la familia.
- 4) Manejar amorosamente los berrinches y rabietas con “contención corporal” y palabras apaciguadoras. Recuerden algo fundamental: NO es saludable decirles “*sos malo*” sino “*lo que estás haciendo está mal*”, es decir, **categorizar de “mala” la acción, no a ellos**. Y siempre recordarles cuánto los aman a pesar de sus actos.
- 5) Sostener sus rutinas: es fundamental haberlas establecido y poder sostenerlas a pesar de las dificultades, ya que éstas los organizan, les dan seguridad y tranquilidad. Por ejemplo: horarios fijos para levantarse e irse a dormir, para las comidas, para sus juegos y tareas escolares, uso de pantallas, hábitos de higiene. También será muy útil hacerlos partícipes de tareas de la casa, como poner la mesa, ordenar los juguetes, ayudar con la cocina, etc. ¡Muchos niños han descubierto cuánto disfrutaban cocinar en familia!
- 6) Ayudar a tramitar sus miedos mediante diferentes técnicas, como por ejemplo: **los juegos, las canciones** (se pueden inventar letras referidas al coronavirus utilizando melodías ya conocidas), **lectura de libros** acorde a la edad de los niños a los que se les puede adaptar su contenido al momento actual, el **uso de masas y plastilina** para dar forma a este “*monstruo que nos ataca*”, **el dibujo**, ya que pueden plasmar gráficamente a este nuevo “*enemigo*” que les impide tener una vida como la de antes y luego pintarlo (generalmente utilizan colores oscuros y tachaduras). Es muy importante que puedan objetivar al virus en papel o plastilina y destruirlo a voluntad como una estrategia para sentirse protagonistas y poderosos. Esta técnica de dibujo y destrucción posterior da excelentes resultados en niños que presentan pesadillas. Es sabido que para que un niño pueda plasmar un objeto en un papel, necesita tener la imagen internalizada del mismo en su cerebro. Por ende,

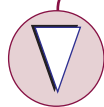
invitarlos a dibujar al “*corona*” como se lo imaginan y especular con ellos cómo lo vencerían, es una forma de empoderarlos y hacerlos sentir “*héroes*”.

- 7) Tratar de estar presente física y mentalmente en sus actividades, compartiendo momentos con ellos, para poder implementar lo mencionado en los ítems anteriores.
- 8) Armar acuerdos de convivencia, en caso de que los padres cumplan horarios de trabajo en sus domicilios, organizarse de tal forma para que fuera de los mismos compartan momentos con sus hijos, intentando crear recuerdos positivos de toda esta etapa tan difícil.
- 9) Dejarlos fuera del bombardeo de noticias e imágenes relacionadas con la pandemia y sus consecuencias para que no lo relacionen con sus seres queridos: “*el virus ataca a personas mayores como mis abuelos*”, “*es más peligroso en personas asmáticas como la tía*”. Estas cuestiones los sumergen en angustia y tristeza.

Es sabido que el cerebro de los niños cuenta con una **plasticidad** sorprendente, que se va modificando continuamente, según las experiencias que le aporta el medioambiente, incluyendo dentro de éste a sus padres, familiares y demás personas significativas. Aún desde antes de nacer, el niño es el **arquitecto de su propio cerebro** empleando para ello, además de su dotación genética, la influencia del ambiente. Cobran importancia, por ende, las experiencias enriquecedoras aportadas por los adultos significativos, quienes, creando huellas mnémicas positivas, les permitirán “*moldear*” su cerebro de la mejor forma posible.

Si bien esta **CRISIS** nos expone al **peligro**, también nos da la **oportunidad** de replantearnos nuestra vida, nuestras relaciones familiares y sociales. Nunca seremos los mismos luego de atravesarla, encontraremos, seguramente, herramientas internas para salir fortalecidos y enriquecidos por esta experiencia, otorgándole un sentido a esta “*nueva normalidad*”. Como adultos es imprescindible actuar como soporte emocional de los niños, para que puedan transitar estos momentos con tolerancia, paciencia, comprensión, empatía y fundamentalmente con AMOR.





Ecós de las XIII jornadas

Difundimos las ponencias de los participantes de la mesa coordinada por el Dr. Miguel Ángel Yohena^a, siendo secretaria la Dra. María Noel Seoane.^d

CRIANZA, APEGO, LÍMITES, INTERVENCIÓN

APEGO, LÍMITES

Dr. Juan Pablo Mouesca^b

TEORÍA DEL APEGO

El hemisferio derecho es dominante en los primeros tres años de vida. Este crecimiento no depende totalmente del genoma, sino que es modelado, indeleblemente, por las comunicaciones emocionales no verbales dentro de **los vínculos de apego**. La maduración de los sistemas neurológicos involucrados en la autorregulación es dependiente de la experiencia. Y estas experiencias afectivas críticas se graban dentro de relaciones de apego.

Los sistemas psicológicos, inmunológicos, neurológicos y endocrinológicos están interconectados, comparten mediadores, influyen la respuesta al estrés y a las enfermedades. La relación padres-bebés es bidireccional. Los bebés nacen con habilidades psicológicas y sociales para orientarse, comunicar y preferir la interacción con otros humanos más que con objetos.

Entre los cuidadores y los bebés se desarrolla, desde el primer minuto de vida, un patrón dinámico de coordinación y sintonía afectiva, regulación afectiva y fisiológica mutua, y comunicación afectiva. Fallas en la vinculación, desregulaciones continuadas, descarrilan el desarrollo y estructuran la base de la patología mental.

John Bowlby en 1969, propone en la díada bebé y cuidador, la relación de disponibilidad y respuesta sensible. La presencia de un sostén emocional, “*el vínculo del apego*”, como base para la confianza.

Describe la aparición hacia el 7º y 9º mes, de lo interpersonal o intersubjetivo.

Ainworth y col., hablan del “*adulto sensible*” en el constructo diádico, que permite al niño/a explorar con interés, espontaneidad y sin inhibiciones, exageraciones o afecto negativo. El adulto sensible que lo atiende, lo mantiene involucrado y puede distinguir cuándo necesita estimularlo o tranquilizarlo.

Tipos de Apego:

(en el consultorio del Pediatra)

- **(A) Apego Seguro:** niños con confianza, alegría, calma, tranquilidad. Padres autónomos. Al revisarlo, llora o mira a sus cuidadores haciendo gestos de desagrado. Pasada la situación estresante puede calmarse con sus cuidadores y vuelve a jugar o a explorar el consultorio.
- **(B) Apego Inseguro Evitativo:** Padres rechazados/rechazantes. Niños con ansiedad, miedo, hostilidad, desconfianza. Serios, con conexión con el ambiente. pero parecen inmutables. No parecen afectarse por el examen físico ni por la presencia o ausencia del cuidador.
- **(C) Apego Inseguro Ambivalente:** Padres preocupados/imprevisibles. Niños preocupados, con miedo, rabia, estrés, ansiedad durante toda la entrevista. No se calman con sus cuidadores y necesitan estar a upa o cerca de ellos. Aun cuando algo les genere curiosidad no van a ir a explorar para no separarse de sus cuidadores. Lloran antes, durante y después del examen físico.
- **(D) Apego Desorganizado/Desorientado (Main**

-
- a. Médico Pediatra, Psiquiatra infantil, especialista en Neurodesarrollo. Coordinador del Consultorio de Mediano Riesgo. HGNPE.
 - b. Médico Pediatra, Psiquiatra infante juvenil, especialista en Psicología Clínica de niños, Jefe de la Unidad de Violencia Familiar. HGNPE.
 - c. Médica Psiquiatra infante juvenil. Servicio de Salud Mental. HGNPE.
 - d. Médica Pediatra, Especialista en Neurodesarrollo. Médica del Servicio de Promoción y Protección de la Salud. HGNPE.

& Salomon-1990): Niños que se acercan al médico y gritan. Luego se alejan y lloran. Se ríen y excitan, luego lloran sin una causa aparente. Conviene estar atento y no sobrestimularlos para poder observar estos patrones antes de intentar intervenir. No se calman ni modifican estas conductas por estar con sus cuidadores. Miedo sin solución. Emociones de los dos anteriores (A+C). Padres desorientados y confusos.

Desde la consulta pediátrica, debemos o podemos, generar un vínculo de confianza y mejorar las habilidades de comunicación. Conocer el desarrollo evolutivo normal y adelantarse a las pautas madurativas que generan mayor estrés familiar. Conocer acerca de las funciones familiares y crianza para poder guiar y anticiparse. Poder abordar las funciones familiares, la función sostén-nutricia (materna), la función normativa (paterna), teniendo en cuenta que, si cae una función, cae la otra, y permitiendo dar el espacio para que el otro sea.

ESTILOS DE CRIANZA

Dr. Miguel Ángel Yohena^a

Temperamento infantil

Más allá del tipo de apego, Turecki y Tonner (1985), en base al estudio longitudinal por más de 30 años de los psiquiatras Thomas y Chess de la Universidad de New York, estudiaron el temperamento de los niños que ellos definen como *“el estilo de comportamiento natural e innato de cada individuo”*. Si bien el medio y los padres pueden influir sobre el temperamento, no son la causa del mismo.

Tipología. Escala de temperamento del bebé

Turecki S. MD., Tonner L. (1987) toman 9 rasgos fundamentales, que son: nivel de actividad, distracción, persistencia, adaptabilidad, acercamiento/retraimiento, intensidad, regularidad y rutinas, sensibilidad y estado de ánimo. Esto lleva a dimensionar a los niños desde el más dócil al más difícil. En resumen, se caracteriza a tres tipologías de niños:

- **Niño lento:** presenta poca actividad, se retrae, muy predecible.
- **Niño difícil:** aumento de actividad, se retrae, poco predecible. Tarda en adaptarse y posee menor regulación emocional por frustración: aparece el berrinche.
- **Niño activo (fácil):** se acerca, muy predecible, con mayor capacidad de adaptación, con ánimo contento y ante la frustración, se disgusta poco.

Desde el tipo de temperamento infantil y del tipo de apego podemos observar distintas relaciones **niños-cuidador/es:** relación **sobre involucrada, sub involucrada, ansioso-tenso:** hipersensible y preocupado, **colérica hostil:** tensión enojo intrusivo.

Según el tipo de apego, el tipo de temperamento del niño y la relación bidireccional, podemos entonces observar los estilos de crianza descriptos por Baumrind (1973):

- **Democrático:** afecto, sensibilidad, responsabilidad, comunicación, intercambio equilibrado
- **Autoritario:** normas y castigos. Comunicación unidireccional. Afirmación del poder.
- **Negligente:** permisividad, pasividad, indiferencia y tolerancia. Flexibilidad, deseos.
- **Indulgente:** Menor compromiso, escasa motivación y esfuerzo, inmadurez.

En resumen: valorar los modelos de temperamento del niño, del apego en el binomio y el estilo de crianza parental, nos lleva a valorar múltiples factores y múltiples procesos.

Es una omisión o error, tratar de diagnosticar e intervenir en uno solo de ellos (reduccionismo) llevándonos a dejar afuera la complejidad de todo el proceso del desarrollo, del apego y la parentalidad, que es multidimensional, con múltiples niveles y procesos. No suele ni puede haber una sola causa-efecto que explique el todo, es un modelo multiaxial a evaluar, para saber qué indagar y diagnosticar, sobre qué parte actuar y cuándo y cómo intervenir en forma significativa y efectiva.

INTERVENCIÓN

Dr. Alejandra Bula^c

Trastorno Negativista Desafiante (TND)

El DSM-V define a este trastorno como un patrón permanente de enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses y que se exhibe durante la interacción, por lo menos, en un individuo que no sea su hermano. Este trastorno se caracteriza por la ausencia de conductas agresivas o antisociales más graves, que se asocian con un trastorno de conducta.

EL TND es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, con una prevalencia del 2 % al 10 %. El TND es significativamente más frecuente en niños que en niñas, los síntomas son relativamente estables entre los cinco y diez años de edad, pero tienden a declinar a partir de entonces.

Sin embargo, aun cuando se ha encontrado que el

TND y el trastorno de conducta tienen altos niveles de comorbilidad, la mayoría de los niños diagnosticados con un TND no desarrollan, posteriormente, un trastorno de conducta (Rowe et al, 2002). El TND es característicamente comórbido, ya que se produce junto, con o antes, de una amplia gama de alteraciones (Costello et al, 2003), incluyendo los trastornos depresivos y de ansiedad (en niñas), trastornos de conducta y trastornos de consumo de sustancias. Los niños con TDAH a menudo desarrollan un TND.

Los factores genéticos contribuyen, significativamente, al desarrollo de los síntomas del TND, con estimaciones de heredabilidad superiores al 50 %, donde los factores genéticos representan más del 70 % de la variabilidad en medidas individuales, basadas en informes de los padres (Eaves et al, 1997).

Mientras que algunos han sugerido que el TND comparte una superposición genética sustancial con el trastorno de conducta (Eaves et al, 2000), otros estudios han indicado efectos únicos para cada trastorno (Rowe et al, 2008, Dick et al, 2005).

Además, parece que los factores genéticos subyacen a la relación entre el TND y el TDAH (Hewitt et al, 1997) así como también entre el TND y el trastorno depresivo (Rowe et al, 2008). En la interacción genética-ambiente, la noción de que los efectos de la exposición a un factor ambiental (p. ej. maltrato infantil) en la conducta de un niño dependen de la conformación genética, presenta aparente validez y plausibilidad biológica (Rutter, 2006).

Aspectos del temperamento en la infancia temprana, tales como la irritabilidad, impulsividad o intensidad de reacción a estímulos negativos, pueden contribuir al desarrollo de un patrón de comportamiento negativista y desafiante. Los niños que presentan conductas negativistas son más propensos a tener relaciones problemáticas o disruptivas con sus pares. Estos niños son rechazados por sus compañeros sin problemas y tienden a relacionarse con niños con problemas de conducta.

Algunos criterios útiles para la evaluación de niños con TND son:

- a) intentar obtener información de la mayor cantidad de fuentes posibles (padres, niño, educadores);
- b) evaluar problemas psiquiátricos comórbidos, especialmente TDAH;
- c) evaluar los factores de riesgo a nivel familiar, escolar y comunitario. Los niños con problemas de conducta disruptiva, frecuentemente, provienen de ambientes desfavorecidos. Es importante identificar los factores que mantienen o incrementan el comportamiento oposicionista (como el acoso escolar o el rechazo de los pares). Lo mismo sucede con el

desempeño en la escuela: un niño con dificultades de lectura o hiperactividad puede ser más propenso a manifestar conductas oposicionistas en la escuela.

Tratamiento

Entrenamiento parental en el manejo de conductas: basado en los principios del aprendizaje social es un aspecto clave del tratamiento en el TND. Los patrones problemáticos de interacción padre-hijo están implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta negativista. El entrenamiento parental en el manejo de conductas enseña a los padres a identificar las conductas pro sociales y las conductas problemáticas y a aplicar técnicas de castigo y refuerzo diseñadas para aumentar la frecuencia de los comportamientos deseados y disminuir la frecuencia de los no deseados.

Enfoques alternativos: se recomiendan tener en cuenta la seguridad del apego y la relación padre-hijo al plantear las estrategias de intervención, a fin de considerar las repercusiones que puede tener un apego inseguro o desorganizado en el sentido que se da a los castigos o recompensas.

Intervenciones basadas en la escuela: Se pueden proporcionar herramientas adicionales a las educadoras para promover mejoras del comportamiento en el aula. La teoría del aprendizaje social es clave en este enfoque. Moffitt y Scott (2008) plantean que deben abordarse cuatro dominios primarios de funcionamiento:

1. Promover la aceptación y adherencia a las reglas del aula y las conductas adecuadas.
2. Apoyar el desarrollo de habilidades de resolución de conflictos.
3. Prevenir el comportamiento problemático.
4. Evitar que el comportamiento oposicionista escale.

Terapia individual-manejo de la ira. La evidencia disponible indica que la terapia cognitivo conductual (TCC) basada en el entrenamiento del manejo de la ira, puede ser particularmente útil en este caso.

En la primera fase, la preparación cognitiva, el instructor procura establecer una relación con el paciente. Se le enseña al paciente a reconceptualizar los estresores como problemas potencialmente modificables, que pueden ser manejados mediante el uso de habilidades de afrontamiento.

En la segunda fase, de adquisición de habilidades, se le enseña al paciente habilidades específicas para hacer frente a los problemas, tales como la auto regulación emocional, la aceptación, la resolución de problemas y procedimientos de desviación de la

atención y las herramientas que pueden ser aplicados a problemas particulares experimentados por el paciente y su familia.

En la fase final, el paciente aprende a poner estas estrategias adquiridas en práctica. Los estresores se introducen gradualmente (por ejemplo, utilizando juegos de rol) hasta que el paciente pueda utilizar estas estrategias de afrontamiento en situaciones de la vida real.

Terapia farmacológica: no existe evidencia que la medicación sea efectiva para el tratamiento del TND. En los niños con TDAH, el tratamiento con estimulantes mejora la conducta y los síntomas oposicionistas (NICE, 2008); sin embargo, no existe evidencia que apoye el uso de estimulantes para el tratamiento de los síntomas oposicionistas en niños sin TDAH.





CONSUMO DE SUSTANCIAS EN TIEMPOS DE CUARENTENA

Dra. Nora Reboledo^a

Los largos días de encierro y la incertidumbre en la que entró el mundo, no son amigas de la ansiedad.

Una muestra está en el informe que dio a conocer la Defensoría del Pueblo bonaerense: según el estudio, las personas que consumían alcohol, tabaco y antidepresivos o ansiolíticos antes de la cuarentena por el coronavirus, aumentaron esa práctica durante el aislamiento obligatorio.

En un comunicado, el Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos de la Defensoría expuso que “el 21 % de los encuestados que consumen sustancias desde antes de la cuarentena, reconoció haber aumentado esta práctica en las últimas semanas”. “Los indicadores más elevados se dan entre quienes beben alcohol (36,5 %) y fuman tabaco (40 %), y le siguen quienes consumen antidepresivos o ansiolíticos (10,1 %)”, detalla el informe.

“Si bien parece ser menor el porcentaje de personas que dicen haber experimentado con nuevas sustancias durante el período de aislamiento, creemos que es un dato que no debe pasar desapercibido: representó el 5 % de los encuestados, es decir 23 sobre un total de 506 personas que entrevistamos y que formaron parte del estudio. Nos está dando la pauta de una problemática que empieza a aparecer de forma incipiente”, agregó.

El estudio –que se realizó a través de una plataforma *online* durante la primera semana de abril y abarcó a 506 personas, mayores de 18 años, residentes en la provincia de Buenos Aires– indicó, además, que la mitad de quienes experimentaron

con nuevas sustancias (48 %) reconoció que se le hará muy difícil dejar este consumo.

“Otro dato para tener en cuenta es que una enorme mayoría de quienes recurren a las sustancias, reconocen que ese consumo impacta negativamente en sus relaciones interpersonales, en un contexto donde resulta de vital importancia poder mantener la tolerancia y la convivencia pacífica dentro de los hogares”, Información de Agencia DIB en línea con lo anterior.

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) advirtió un incremento de las consultas vinculadas a situaciones de abstinencia de personas usuarias de drogas en el marco de la cuarentena. En este contexto que puede incidir en consumos problemáticos, junto a diferentes organizaciones de la sociedad civil, reconvirtieron y reforzaron sus canales de orientación, contención, acompañamiento y atención.

Lo que ocurre en Chile

“La cuarentena puede causar síntomas psiquiátricos en personas que antes no los tenían”. Paulina Sepúlveda, Psicóloga clínica chilena, opina: “Se trata principalmente de alteraciones en el ciclo de sueño, debido a una reducción en la actividad física normal, y un incremento en cuadros de ansiedad y depresión”.

“Aquellas personas que antes, o normalmente, no presentaban síntomas psiquiátricos”, agrega Santiago Mundt Fierro, “pueden desarrollar cuadros ansiosos, angustiosos, depresivos, adaptativos al cambio de las rutinas y reactivos a la amenaza

a. Médica Pediatra. Doctora en Medicina-ROU. Médica Especialista en Adolescencia. Recertificado por la Soc. Argentina de Pediatría (SAP) y la Academia Nacional de Medicina. Especialización en el tratamiento de las adicciones-Escuela Sistemática Argentina. Secretaria del Grupo de Trabajo en Adicciones 2006-2011, SAP. Desde 2012: Integrante del Grupo de Trabajo en Adicciones-SAP. Integrante de la Comisión Directiva. Soc. Arg. de Salud Integral del Adolescente (SASIA). Miembro Integrante de Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe. CODAJIC. Docente asesora Curso on-line Consumos Problemáticos en la Adolescencia CEPA-SAP. Integrante del curso online: Salud de la adolescencia: Los temas que -a veces- nos quitan el sueño. Autora del capítulo: Droga dependencias: un síntoma social. Responsable del capítulo Masculinidades desde una mirada de derechos. Libro virtual SASIA: A les pibes Salú.

real. Incluso en individuos sanos o en sociedades enteras frente la amenaza real”, dice el psiquiatra, “se pueden producir reacciones paranoides”.

Se puede apreciar un aumento de sintomatología preexistente o exacerbación de trastornos, por ejemplo, el consumo de sustancias. “Hay personas que se encierran en cuarentena aumentando el consumo de alcohol. Pueden recaer con cuadros depresivos recurrentes o incluso se pueden producir episodios de psicosis”, indica Mundt.

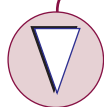
El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en Chile, lanza un decálogo de tips para evitar el consumo de alcohol y otras drogas en cuarentena y dos guías con material para entregarles a los padres, con herramientas que buscan una parentalidad positiva en tiempos de cuarentena (consejos prác-

ticos para aprovechar el tiempo de los padres con sus hijos), en el marco de la pandemia COVID-19.

Al respecto, la máxima autoridad de la institución, Carlos Charme, sostuvo que “desarrollar una cuarentena positiva es vital para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas”. Además, recalzó que, “si un familiar, cercano o tú mismo, necesitan ayuda, recuerda que siempre está disponible nuestro fono drogas y alcohol 1412”.

Según la última encuesta CADEM (encuestadora chilena) con relación a la cuarentena, un 59 % de los chilenos está ansioso o nervioso, un 29 % angustiado por el encierro y un 29 % estresado. Este tipo de emociones pueden aumentar las conductas de riesgo como lo son el consumo de alcohol y otras drogas en tiempos normales, lo que puede incrementarse aún más en cuarentena.





ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA

Dra. M. Virginia Desantadina^a

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria (ACO) oportuna y segura es un proceso de transición de la alimentación del lactante a la alimentación de su familia, y es fundamental no solo desde el punto de vista nutricional, sino también de su crecimiento y desarrollo, del desarrollo de su conducta alimentaria y de la formación de hábitos. Se inicia la ACO en el momento en que la lactancia materna deja de ser suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante y la incorporación de alimentos complementarios debe completar los aportes nutricionales.

La ACO se inicia a los 6 meses de vida, en una etapa biológica con una velocidad de crecimiento acelerada, imponiendo riesgos de déficits o excesos nutricionales en el caso que el niño no reciba la alimentación adecuada. Se desarrolla además durante el primer año de vida, comprendido en el período llamado “los primeros mil días”, período altamente sensible donde la nutrición temprana tiene efecto sobre la expresión de los genes y los mecanismos reguladores, y tiene impacto sobre la salud futura y el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Algunas razones teóricas contemplan que pueda haber diferencias en el inicio de la ACO del niño amamantado respecto al niño que recibe fórmula. Se recomienda en este documento, utilizar el mismo abordaje y aplicar las mismas pautas, a ambos grupos de niños.

Una alimentación perceptiva, llamada también alimentación responsable, deriva de conductas de crianza perceptiva, con padres sensibles a las interacciones que realizan con el lactante y atentos las señales que el niño expresa. En el caso de la alimentación, se focaliza en responder a las señales de apetito y saciedad.

¿Cuándo iniciamos la alimentación complementaria y por qué?

A los 6 meses de vida, el lactante recién nacido de término, sano, presenta un desarrollo neuro madurativo, digestivo, renal, inmunológico adecuado para iniciar la incorporación de alimentos complementarios. Tanto una introducción temprana como tardía de ACO, impone riesgos a corto y a largo plazo.

Situaciones especiales se presentan en niños que han nacido de bajo peso, prematuros (RNPT), o que presentan patologías de base, y deben abordarse de manera individualizada y multidisciplinaria. Se mantiene la recomendación de incorporar ACO no antes de los 6 meses, o a los 6 meses de edad corregida, en el caso de los niños RNPT.

¿Qué tipo de alimentos aportar?

El tipo de alimento a aportar y en qué orden incorporar los diferentes alimentos, es muy variable, y múltiples factores como costumbres, accesibilidad, y disponibilidad entre otros, van a ser determinantes. No hay evidencia que un orden específico de incorporación de alimentos sea beneficioso.

Introducir gradualmente alimentos variados, incorporando alimentos de todos los grupos alimentarios (carnes, cereales, verduras, legumbres, frutas). En el caso que por diferentes motivos se restrinja el aporte de algún grupo alimentario, se requiere consulta con el especialista para valorar la cobertura de los requerimientos nutricionales.

En el caso de lactantes que reciban alimentación vegetariana, si bien es posible cubrir los requerimientos de nutrientes, si el niño no recibe la cantidad necesaria de alimentos fuente y la suplementación de los que no se cubren con la alimentación, las consecuencias de las deficiencias pueden ser severas y graves. Los nutrientes críticos

que deben asegurarse al lactante son: un adecuado aporte de vitamina B12, D, hierro, zinc, folatos, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, proteína, calcio y un adecuado aporte de energía. Valorar periódicamente si requiere suplementación farmacológica. Estos lactantes tienen la misma indicación de suplementación de hierro y de vitamina D que los lactantes alimentados con alimentación no vegetariana. En las dietas veganas se requiere la suplementación de B12.

Las preferencias a lo dulce o lo salado es innata, así como también el disgusto ante el sabor agrio. Los lactantes aprenden a aceptar una gran variedad de sabores, y es importante que los padres puedan estimular el contacto con diferentes sabores.

Con un estímulo sostenido, ante exposición reiterada a los alimentos saludables, a sabores naturales y diversos, se logra que el bebé los acepte y prefiera.

Se desaconseja agregar azúcar o sal a los alimentos, y así evitar condicionarlo a preferir alimentos demasiado dulces o demasiado salados, facilitando, además, que el lactante acepte el sabor de presentación natural del alimento.

Se recomienda evitar la incorporación de miel antes de los 12 meses de vida, por el riesgo de desarrollo de botulismo en el lactante.

Es importante recomendar precozmente alimentos complementarios ricos en hierro con alta biodisponibilidad.

Hay consenso en evitar la indicación de leche de vaca (LV) antes de los 12 meses de vida, para cubrir el aporte lácteo. La LV es una pobre fuente de hierro, y el perfil de grasas no es el adecuado. Grandes volúmenes de LV imponen un riesgo de anemia ferropénica, aportan proteínas en exceso (lo cual condiciona una carga renal de solutos elevada) y se ha asociado el aporte proteico excesivo con mayor riesgo subsecuente de sobrepeso y obesidad.

En los primeros años de vida no se recomienda limitar el aporte graso de la dieta. La leche descremada es inadecuada para el menor de 2 años de vida; es hipocalórica y pobre en vitaminas liposolubles.

El aporte de gluten puede introducirse entre el 4^{to} y el 12^{vo} mes de vida en la dieta del lactante. Considerando los lineamientos de la SAP, se incorpora una vez que la ACO se ha iniciado, a partir del 6^{to} mes de vida. Se aconseja limitar el aporte de grandes cantidades de gluten durante las primeras semanas de su introducción y durante el primer año de vida.

Los alimentos potencialmente alergénicos, deben incorporarse en el proceso de ACO sin restringirlos ni demorar su introducción. No se ha demostrado que demorar su incorporación sea una medida preventiva para reducir el riesgo de alergia alimentaria.

Modalidad de alimentación

Los padres y cuidadores de un lactante tienen un rol importantísimo en su alimentación, y en cada una de las etapas de su crecimiento y desarrollo, en relación al inicio, continuación, tipo y modalidad de alimentación.

Los padres tienen sus propias vivencias con su alimentación, sus preferencias, expectativas, sus prácticas de dietas, y lo que esperan de la alimentación de su hijo. Un rol fundamental, es ser modelo de sus hijos tanto en la alimentación, como en tantas otras situaciones de la rutina cotidiana.

Al inicio de la alimentación tradicional de los lactantes se ofrece alimentos en forma de purés con cuchara, progresando luego a semisólidos de diferentes texturas, ofreciendo luego alimentos que el niño pueda tomar con su mano y llevarse a la boca.

Una tendencia creciente es ofrecer alimentos para que el niño pueda manipular y alimentarse por su cuenta desde el inicio, sin practicar la etapa del alimento en forma de puré con cuchara.

El *Baby Led Weaning* (BLW la sigla en inglés) representa una alimentación complementaria guiada por el propio lactante, y postula ofrecer los alimentos de a trocitos al lactante. Así el niño puede manipularlos, llevarlos a su boca y comer sin ser alimentado por otra persona. El niño debe tener las pautas madurativas para poder realizar este modo de alimentación. De esta manera el bebé podría tener una mejor regulación de su propia ingesta.

Recientemente se ha introducido un método llamado BLISS, que es una modificación del método llamado BLW. BLISS es sigla derivada de los términos en inglés que significa alimentación con introducción de sólidos guiada por el propio bebé. En este método modificado, se destaca un foco especial en la elección de alimentos a ofrecer ricos en hierro y energía, y en limitar la introducción de alimentos que puedan condicionar un riesgo de atragantamiento, que son puntos de debate o controversia del BLW.

No hay evidencia suficiente para indicar el estilo de alimentación con cuchara, por sobre alimentándose por su cuenta con trozos, o viceversa. Se debe estimular a los padres a practicar una alimentación responsable, acorde a la maduración y desarrollo del niño, a ser sensibles a las señales que brinde el niño, en un ambiente relajado y como una experiencia compartida más allá de simplemente aportarle un alimento.

En la práctica cotidiana, muchas familias combinan de manera natural y espontánea, pautas de ambas modalidades sin proponerse objetivamente seguir un tipo de alimentación, o el otro.

Recomendaciones prácticas

- Reconocer las señales de saciedad y no sobrealimentar; dar la posibilidad a bebés y niños pequeños de auto-regular la ingesta.
- No forzar a los niños a terminar la porción si no tienen hambre; recordar que a menudo varía la ingesta calórica de una comida a otra.
- Las ingestas de los niños en las comidas individuales son cambiantes. El niño puede presentar variabilidad de una comida a otra o de un día a otro. El aporte energético promedio total es relativamente constante.
- Incluir al niño en la mesa familiar.
- Los alimentos ultra procesados y las preparaciones industrializadas deben limitarse. Estimular la oferta de las comidas preparadas en casa y los productos naturales.
- Estimular el consumo de agua para beber.
- Evitar los alimentos que imponen riesgo de atragantamiento en niños menores de 3 años de edad (nueces, semillas, pochocho, salchichas, dulce de leche sin untar, caramelos duros, alimentos pequeños, alimentos redondeados). Se sugiere cortar o triturar algunos alimentos de forma pequeña de manera que el niño pueda incorporarlos y manipularlos sin riesgo. Los vegetales crudos deben adecuarse en forma y tamaño, para que el niño pueda ingerirlos sin riesgo.
- Supervisar al lactante o al niño siempre durante su alimentación.
- Practicar una alimentación activa, alentando a los lactantes, asistirlos, hablar con ellos durante la comida.
- Permitir al niño tocar y manipular los alimentos, aún si se lo asiste en ese momento.
- Minimizar las distracciones durante la alimentación. Evitar la televisión y las pantallas en niños pequeños.
- Evitar utilizar la comida como castigo o recompensa.

CONCLUSIÓN

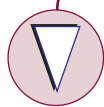
Los pediatras tenemos el enorme privilegio de acompañar el crecimiento y desarrollo de los niños, y desde los controles periódicos de salud, interactuar con los padres o cuidadores de niños pequeños, sugiriendo pautas y conductas saludables.

Durante el inicio de la alimentación y el desarrollo de la conducta alimentaria, guiamos a las familias interviniendo precozmente, detectamos dificultades, inquietudes, desvíos de lo esperado, y explicamos los riesgos y los desafíos que se presentan cuando la alimentación que recibe el niño no es la adecuada.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- World Health Organization: The World Health Organization's Infant Feeding Recommendation. http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html
- Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition Fewtrell et al JPGN Volume 64, Number 1, January 2017.
- Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. - Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional, Comité Nacional de Nutrición. Arch Argent Pediatr 2017;115(Supl 4):s68.
- Nutrición del Niño Prematuro 2015. Recomendaciones para las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud - Nación.
- ENNyS - La Alimentación de los niños menores de 2 años 2010 <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>- ENNyS 2 Indicadores Priorizados Sept 2019 http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf.





COVID 19. PROTOCOLO I.D.E.A.

Dr. Héctor Eduardo Carvallo^a y Dr. Roberto Raúl Hirsch^b

Palabras clave

Covid 19, ivermectina, aspirina, dexametasona, enoxaparina.

RESUMEN

La pandemia por COVID 19 ha generado un reto formidable al quehacer médico, desde la investigación hasta la puesta en práctica.

Hemos desarrollado un protocolo, basado en la fisiopatogenia del virus, y en fármacos aprobados por ANMAT y por Salud Pública.

Sus resultados preliminares son presentados en este artículo.

INTRODUCCIÓN

A finales de diciembre de 2019, se reportó en Wuhan, República Popular China, la incidencia de cuadros de neumonía atípica. Se aisló un virus, denominado SARS-CoV-2 (COVID 19).

La asociación entre SARS-CoV con SARS-CoV-2 fue avalada con los análisis hechos a la proteína S (espiga). La única porción distinta es un dominio de unión a furina en la proteína S de SARS-CoV-2, que expande el tropismo o incrementa la transmisión del virus.

Una de las porciones más conservadas de la proteína es el dominio de unión a receptor, el cual presenta afinidad a la enzima convertidora de angiotensina tipo 2, ECA2, y a un segundo receptor, el TMPRSS2, permitiendo el ingreso del virus a la célula huésped.

La mayoría de los pacientes presentarán formas leves y/o serán asintomáticos, pero con alta contagiosidad.

En los pacientes pediátricos, la fiebre y la tos son los síntomas comunes de COVID-19. También odinofagia, fatiga excesiva o diarrea.

En general, se tratará de cuadros leves, incluso asintomáticos (lo cual no impide que sean conta-

giantes). Las tasas de enfermedad grave fueron más bajas en los niños mayores, pero hubo casos raros de niños en cada grupo de edad que requirieron hospitalización.

Se ha observado que un pequeño número de niños entre las edades de 2 y 15 años han experimentado un síndrome multisistémico inflamatorio pediátrico o PIMS, por su sigla en inglés. Los PIMS pueden causar vasculitis y tienen características en común con el síndrome de shock tóxico y la enfermedad de Kawasaki.

La evidencia sugiere que un subgrupo de pacientes con formas severas de COVID 19 puede presentar un síndrome conocido como tormenta de citoquinas.

La linfocitopenia hemofagocítica secundaria (SHLH) es un síndrome hiperinflamatorio poco reconocido que se caracteriza por una hipercitoquemia fulminante y mortal, con manifestaciones de insuficiencia multiorgánica. La SHLH, en adultos, se desencadena con mayor frecuencia a causa de infecciones virales y sobreviene en el 3,7-4,3 % de los casos de sepsis.

Las características cardinales de SHLH incluyen fiebre constante, citopenia e hiperferritinemia; la afectación pulmonar (incluido el SDRA) ocurre en aproximadamente el 50 % de los pacientes.

No obstante, se han ido reportando casos con afectación de tejidos y órganos en los que la concentración de receptores ECA2 es muy disímil (miocardio, cerebro).

En todos ellos, el común denominador fue la trombosis de pequeños vasos, tal cual se observa en entidades tales como el Síndrome Antifosfolípídico Catastrófico (SAC), la Coagulación Intravascular Diseminada (CID) y –con menor aparatosidad, pero igual riesgo latente– en todos los estados de hipercoagulabilidad (HC).

a. Prof. Asociado Medicina, U.A.I. y U.M., Coordinador Académico Htal. Eurnekian.
hymcarvallo@hotmail.com

b. Ex Prof. Reg. Titular Infectología, U.B.A., Jefe Depto. de Infecciosas, Htal. F. J. Muñíz.

Aunque la fisiopatología subyacente al COVID-19 severo sigue siendo poco conocida, la acumulación de datos sugiere que una coagulopatía centrada en el pulmón puede desempeñar un papel importante.

En conjunto, estos datos sugieren que la inflamación pulmonar bilateral difusa observada en COVID-19, se asocia con una nueva vasculopatía pulmonar específica que hemos denominado coagulopatía intravascular pulmonar (PIC) distinta de la CID.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como tratamiento compasivo de esta pandemia, se desarrolló el Protocolo I.D.E.A., que integra el uso combinado y gradual de Ivermectina, Aspirina, Dexametasona y Enoxaparina, más el eventual agregado de ventilación (no invasiva y/o invasiva) todos ellos dependientes en dosis y administración, del estadio al inicio del tratamiento.

La ivermectina, inicialmente usada para el tratamiento de ecto y enteroparasitosis, ha demostrado poseer una acción viricida per se, desde el virus del herpes hasta el de la Encefalitis del Nilo Occidental. Más recientemente, se ha evaluado su utilidad in vitro sobre el COVID 19.

El Protocolo I.D.E.A. fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital A. A. Eurnekian (Ezeiza) y por su par de la Municipalidad de Ezeiza. Se trató de un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, sin comparación entre cohortes.

Se utilizó un consentimiento informado para la aplicación "off label" de la ivermectina.

Los criterios de exclusión fueron: menores de 5 años y mujeres gestantes.

El Protocolo I.D.E.A. se halla inscripto en la National Library of Medicine (USA y en la FDA (USA)), con la identificación NCT04425863 de los clinicaltrials.gov y # 151561 respectivamente.

Como este Protocolo está específicamente destinado a personas infectadas con Covid 19, su implementación surge de la confirmación de la patología mediante hisopado.

La dosificación y combinación de los fármacos arriba citados se basa en la escala de severidad creada ad hoc y que se reproduce en la *Tabla 1*.

INTERPRETACIÓN (*Tabla 2*)

En función de la ubicación de cada paciente en el grado de compromiso detectado, y previa firma de consentimiento informado, se lleva adelante el siguiente esquema posológico (*Tabla 3*).

Equivalencias

Dosis de 300 microgramos/kg en forma oral, al 0,6 % en gotas = 1,5 gotas/kg de peso.

Dosis de 400 microgramos/kg en forma oral, al 0,6 % en gotas = 2,25 gotas/kg de peso.

Dosis de 600 microgramos/kg en forma oral, al 0,6 % en gotas = 3 gotas/kg de peso.

RESULTADOS

Entre los días 27 de mayo de 2020 y la redacción del presente manuscrito (26 de Junio de 2020), se diagnosticaron 161 pacientes, mediante hisopado (PCR).

Los mismos fueron divididos en las categorías arriba citadas.

Los leves y/o asintomáticos (138 del total; 85,7 %) fueron tratados ambulatoriamente.

En algunos casos, debido a las carencias habitacionales, se reubicaron en centros de refugio acondicionados ad hoc.

Los 138 pacientes ambulatorios recibieron Ivermectina (24 mg. oral en única dosis, repetida una

Tabla 1.

CRITERIOS MENORES	CRITERIOS MAYORES
Fiebre inferior a 38,5	Fiebre mayor de 38,5°
Episodios diarreicos aislados	Diarrea (más de 3 deposiciones diarreicas/día)
Hiposmia o Hipogeusia	Conjuntivitis flictenular
Desaturación leve (entre 96 y 93 %)	Desaturación marcada (inferior a 92%)
Disnea sine materia	Taquipnea (FR > 25/minuto)
Polimioartralgias,	
Cefalea persistente,	
Dolor abdominal	

Tabla 2.

Compromiso leve	Compromiso moderado	Compromiso severo
Criterios menores únicamente	3 Hallazgos mayores o 2 mayores + 2 menores	4 Hallazgos mayores o 3 mayores + 2/3 menores

semana después) y aspirina (250 mg/día, todos los días).

La población se constituyó por 75 mujeres y 63 varones.

La distribución etaria de este grupo fue:

Menores de 19 años	12	8,7 %
20 a 29 años	30	21,7 %
30 a 39 años	33	23,9 %
40 a 49 años	27	19,6 %
50 a 59 años	9	6,5 %
60 a 69 años	15	10,8 %
70 a 79 años	6	4,3 %
80 o más años	6	4,3 %

Quince días después de sus diagnósticos, ninguno de ellos requirió ser admitido en el Hospital.

Por otro lado, 23 pacientes (14,3 %) debieron ser internados desde su primera consulta, por presentar un score que hacía imposible su tratamiento ambulatorio.

Sus características fueron las siguientes:

Distribución por género:

11 mujeres y 12 varones.

Distribución etaria:

Menores de 30 años	3	13 %
31 a 40 años	3	13 %
41 a 50 años	5	21,7 %
51 a 60 años	3	13 %
61 a 70 años	7	30,4 %
71 a 80 años	1	4 %
81 a 90 años	1	4 %

Las condiciones al ingreso fueron: 10 moderados y 13 severos, con neumonía bilateral.

Tres de este último subgrupo ingresaron directamente a la UTI.

Cada paciente recibió el esquema terapéutico y la dosis adecuada a su categorización.

Aquellos casos con neumonía asociada, recibieron –además– la antibióticoterapia indicada en esta pandemia.

La evolución fue la siguiente:

Buena y Alta: 15

Buena; siguen internados: 4

Estables: 3

Óbitos: 1 (paciente de 80 años)

Según la literatura, un 10 % de pacientes leves progresan a formas más severas; en nuestro caso ninguno de esos pacientes presentó esa evolución (cero internaciones).

Considerando que hay una mortalidad de hasta un 25 % de los pacientes moderados a severos que requieren internación en sala general y/o UTI, hubiésemos esperado no menos de 5 decesos; con nuestro Protocolo, esa cifra fue de 1 (uno).

No hubo efectos secundarios en ningún paciente, lo cual coincide con las investigaciones hechas por C. Guzzo en África, donde los efectos secundarios dosis/dependientes, se vieron con dosis 10 veces superiores a las usuales.

Las altas fueron dadas en función a: hisopados negativos y buena evolución.

Tabla 3.

SEVERIDAD DEL CASO	IVERMECTINA	CORTICOIDES	AAS /ENOXAP.	VENTILACIÓN
Confirmado o con firme sospecha (se suspende ante los resultados)	24 mg oral en una sola dosis (o su equivalente a 300 mcg/Kg), a repetir en una semana	No	Aspirina 250 mg oral (1 vez por día)	No
Id. + Clínica leve	idem	Dexametasona 4 mg (parenteral) 1 vez por día	idem	No
Cuadro Moderado	36 mg oral (o su equivalente a 450 mcg/kg), a repetir en una semana con dosis de caso leve	idem	Enoxaparina 1 mg/Kg de peso (100 UI/Kg.) dos veces al día	Oxígeno lavado a bajo flujo o Concentrador de oxígeno
Caso severo con Neumonitis bilateral	48 mg por SNG (o su equivalente a 600 mcg/kg), a repetir en una semana con dosis de caso moderado	Ídem o Pulsos de Corticoides	ídem	ARM

CONCLUSIONES

Nuestra propuesta terapéutica, IDEA, se basa en: la falta de evidencia sustentable en los otros tratamientos experimentales hasta ahora propuestos; el hecho que todos los fármacos incluidos se hallan en la Farmacopea Argentina, aprobados por el ANMAT y el Ministerio de Salud de la Nación; su bajo costo en relación con los otros ensayos; la menor incidencia de efectos secundarios o indeseables; y la posibilidad de uso masivo, sin las limitantes de los fármacos en ensayo.

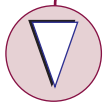
BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, et al. Latin American Network of Coronavirus Disease 2019-COVID-19 Research (LANCOVID-19): Clinical, Laboratory and Imaging Features of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. Electronic address: <https://www.lancovid.org> PMID: 32179124 PMCID: PMC7102608 DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101623.
2. Hamming I 1, Timens W, Bulthuis MLC, Lely AT, Navis G J, van Goor H. Tissue Distribution of ACE2 Protein, the Functional Receptor for SARS Coronavirus. A First Step in Understanding SARS Pathogenesis. J Pathol. 2004 Jun; 203(2):631-7. doi: 10.1002/path.1570. PMID: 15141377 PMCID: PMC7167720 DOI: 10.1002/path.1570
3. Guang Chen. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. J Clin Invest. 2020. <https://doi.org/10.1172/JCI137244>.
4. Caly L, et al. The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro Antiviral. Research ELSEVIER Volume 178, June 2020, 104787 pags. 1 a 4.
5. Guzzo C, et al. Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of Escalating High Doses of Ivermectin in Healthy Adult Subjects. Journal of Clinical Pharmacology 2002; 42:1122-1133.
6. Carvallo H, Hirsch R, et al. Ivermectin, aspirin, dexametasona and enoxaparin as treatment for COVID 19. Educándonos (Arch. Arg. Derm.) VOLUMEN 6. Revista Número #2 Abril, Mayo, Junio 2020, pp. 19-21.

NOTA DE LOS EDITORES:

El protocolo referido en el artículo, no fue desarrollado en pacientes pediátricos, pero por sus características nos parece oportuno presentarlo a la consideración de los lectores. Quizás, en algún momento, se utilice en niños.



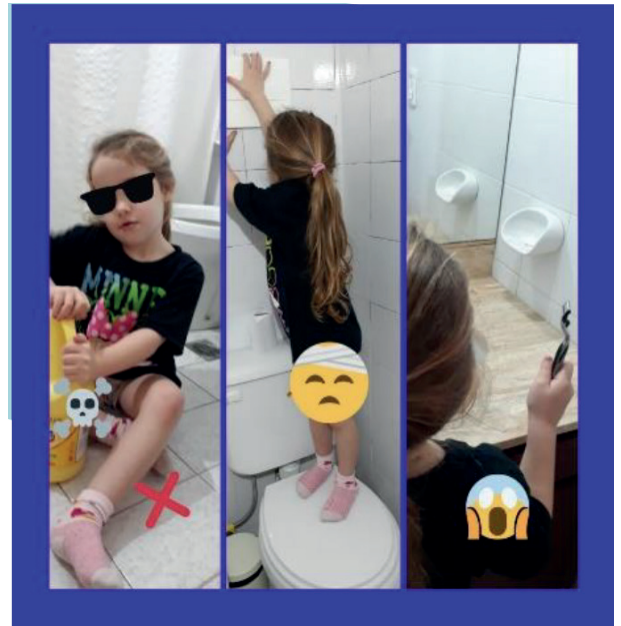


¿QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA SOBRE CASAS SEGURAS?

CONSEJOS PARA FAMILIAS

Dra. Virginia Inés Bertone
Dra. Melisa Giovanini
Dra. Ana Rita Chavez Morelli
Dra. M Cecilia Rizzuti

Médicas pediatras,
Comité Nacional de Prevención de Lesiones



Partamos de una premisa: Los chicos son curiosos, investigan el entorno, prueban su motricidad y tienen poca conciencia del peligro.

Los pediatras podemos aconsejar a las familias cómo disminuir la probabilidad de lesiones poniendo atención a las características del hogar y el mobiliario.

La supervisión de los adultos es indispensable. Los pequeños los observan e imitan, entonces se debe evitar emprender delante de ellos acciones que les generen peligro.

Educar a los niños sobre los riesgos del entorno y cómo evitarlos es fundamental. Fomentar el autocuidado es un deber de todos los adultos.

DETALLES COMUNES A VARIOS AMBIENTES:

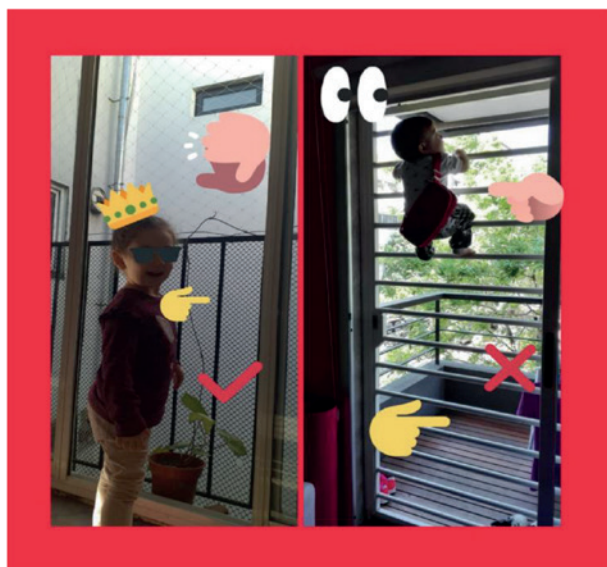
Te contamos algunos para que el texto sea más ameno:

- Preferir los muebles empotrados (para disminuir el riesgo de lesiones por aplastamiento) especialmente los televisores: al caer sobre los niños son una causa frecuente de TEC y lesiones por aplastamiento. Deben estar correctamente amurados. Evitar colocar cristales en parte superior.
- Todos los muebles con ángulos pronunciados deben contar con protección en las esquinas.
- Toda la casa debe contar con un disyuntor en correcto funcionamiento, enchufes con tapas a prueba de niños y ocultar tras los muebles los cables de los artefactos enchufados, para evitar aumentar el riesgo de electrocución, quemaduras y otras lesiones.

- Las puertas deben contar con topes que impidan su cierre brusco; con llaves o cerrojos a prueba de niños.
- Los cajones deben tener trabas que eviten su apertura y tope al final de la guía, para impedir lesiones por aplastamiento o en los dedos al cerrar.
- Los artefactos que se utilizan para calefaccionar y cocinar deben estar controlados por un técnico que garantice su correcto funcionamiento. Siempre que estén encendidos se debe asegurar una correcta ventilación.

BALCONES Y VENTANAS

- En los balcones y ventanas-balcón instalar barandas preferentemente a 1 metro de altura. El espacio restante debe estar protegido por una reja o una red de protección. Pueden ser enterizas o tener barrotes verticales (jamás horizontales por el efecto escalera) con separación máxima de 10 cm.
- Las barandas deben estar indemnes No deben permitir el paso de la cabeza, piernas o brazos
- Controlar que no existan objetos próximos donde los niños puedan treparse.
- Los mosquiteros en las aberturas disminuyen los riesgos provocados por el ingreso de insectos.
- Los muebles cercanos o adosados a la pared acercan los chicos a la abertura.
- Las ventanas siempre deben contar con elementos de protección (redes o rejas con barrotes verticales separados 10 cm). Si son bajas también colocar cierre con traba solo accionable por los adultos.
- Deben estar protegida en su totalidad, sin espacios libres que pudiera atravesar un niño.
- El adulto no debe asomarse a una ventana o balcón con un niño en brazos.
- No permitir utilizar las barandas como tobogán.
- Las escaleras caracol y los escalones asimétricos son peligrosos.



Y... LA COCINA?

Cocinar en familia es un momento divertido y didáctico que, bajo supervisión de un adulto responsable y atento, contribuye a la educación en autoprotección dando explicaciones sencillas en función de las características propias de cada niño...



Pero debemos recordar las siguientes precauciones:

- Cocinar en las hornallas posteriores. Cerrar la llave del gas cuando no se utilice. Los encendedores y fósforos deben estar fuera del alcance de los niños.



↑
¡Niños en peligro!



- Los mangos y manijas de los recipientes que están en el fuego deben orientarse hacia adentro.
- No transportar ni trasvasar líquidos y sólidos calientes si el niño se encuentra en la cocina. No tomar alimentos o bebidas calientes con el bebé en brazos.
- Proteger las perillas de la cocina y horno con dispositivos especiales, así como los fuegos con rejillas o barreras protectoras. Los hornos a gas natural o garrafa deben estar correctamente fijados.
- En caso de utilizar dispenser de agua fría y caliente en sitios accesibles para los niños debe contar con dispositivos de seguridad.
- Si el horno está caliente evitar la presencia de niños en la cocina. Proteger y bloquear las puertas del horno y el microondas.

EL DORMITORIO

- **Cunas:** el material usado para su confección no debe romperse, doblarse y/o deformarse. Evitar astillas, tornillos, aristas o puntas expuestas y filosas. Si hay partes metálicas deben ser resistentes a la corrosión, con pintura no tóxica.
- Se recomienda combinar 2 ruedas y 2 patas, y de ser 4 ruedas, 2 deben tener mecanismo seguro de bloqueo.
- Debe contener barrotes laterales, separados entre sí de 4 a 6 cm. Sí la distancia es menor se corre riesgo de atrapamiento de manos y/o dedos pequeños. La altura de los laterales debe ser de 60cm.



- Las barandas móviles sólo deben ser accionables por adultos. Los esquineros o perillas decorativas pueden enganchar ropa o collares y provocar asfixia. En la base de la cuna, los travesaños deben estar separados por una distancia menor a 2,5 cm., al igual que los espacios y/o huecos sí presentan malla metálica.
- Los soportes del colchón, los suspendidos por ganchos deben revisarse constantemente luego de ser movidas.
- **Colchones:** deben ser planos y firmes (alta densidad). Controlar la integridad del forro, la gomaespuma puede convertirse en cuerpo extraño en boca, nariz y oídos. Evitar fundas plásticas.
- No utilizar chichoneras, peluches, almohadas y/o almohadones.
- El espacio entre colchón y el cuerpo de la cuna debe ser menor a 2 cm., evitando atrapamientos de brazos y/o piernas; en casos más graves, cabeza y tronco.
- Para guardar los juguetes es preferible disponer de recipientes donde los dedos no puedan lastimarse (como en el caso de cierres) o quedar el niño atrapado, por ejemplo, en baúles con cerrojo.
- Dispositivos con correas, cables, etc. deben ubicarse a una distancia mayor de 90 cm de la cuna.
- Cunas usadas: controlar el estado, su firmeza, estabilidad y seguridad.
- Camas cuchetas no deben ser utilizadas en menores de 6 años ni como espacio de juegos; deben contar con barandas de contención y escalera fija. (aunque puede producirse atrapamiento de miembros entre los peldaños).
- Observar y evitar la proximidad con ventiladores de techos y lámparas.
- ¡Atentos a la calidad y seguridad de los juguetes!



- **Dormitorio de los adultos:** atención al guardado de medicación y fármacos, que no sea de fácil acceso en cajones y armarios

PELIGROS EN EL BAÑO

- Las puertas de los mobiliarios deben poseer cierre y/o llave de seguridad fuera del alcance de los niños, en especial, si se almacenan medicamentos y/o elementos de limpieza, químicos, etc.
- El botiquín, debe estar bajo llave y/o presentar distancia que no sea de fácil acceso.



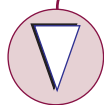
- No cambiar a los niños sobre los sanitarios.
- La tapa de inodoro debe estar baja, ocluyendo por completo su orificio y contar con traba específica.
- **No** dejar a los niños/as menores de 6 años solos cuando la bañera esté llena.
- Colocar alfombra antideslizante en duchas y bañeras.
- Mantener una distancia apropiada y segura entre el enchufe y la ducha. No acercar artefactos enchufados a la bañera ni apoyarlos sobre el suelo húmedo.
- Si el calefón es eléctrico debe estar correctamente aislado, si es posible fuera del baño.
- Enchufes: ubicarlos a una altura mayor a 1,50 mts., con tapa de seguridad.
- Si se utilizan mamparas deben ser de vidrio de seguridad templado.

LA ESCALERA

- Baranda de ambos lados. El adulto debe sujetarse para llevar a los bebés alzados al subir o bajar.
- Colocar puertas superiores e inferiores, accionables sólo por un adulto, con barrotes verticales.
- Alfombra continua de goma no deslizante o dispositivos anti deslizables adherentes, siempre utilizar calzado adecuado.
- Sin espacios libres donde pudiera atravesar un niño. Colocar cercamiento con barrotes verticales con una separación máxima de 10 cm o red de protección.
- Enseñar a los pequeños a subir y bajar prestando atención, despacio, sosteniéndose siempre de la baranda, con calzado adecuado. No llevar objetos punzantes ni correr al hacerlo.
- No dejar al alcance de un niño escaleras portátiles.



- Escalón irregular
- Sin agarrarse
- En medias



Historia de nuestros hospitales

Dr. José Miguel Sánchez Roalcaba
Médico Pediatra

HOSPITAL SUB ZONAL MATERNO INFANTIL “DR. EDUARDO OLLER”, DE SAN FRANCISCO SOLANO

San Francisco Solano era una localidad deshabitada en 1946, con cardos en sus campos y caminos de tierra. Polvoriento en el agobiante verano y barroso en el crudo invierno. No era fácil asentarse en una zona despoblada, donde había que caminar unos dos kilómetros en soledad para ir a trabajar en la profunda oscuridad de la madrugada, hasta llegar a la avenida (Camino General Belgrano), sin contar cuando el arroyo “Las Piedras” desbordaba por las lluvias caídas en su origen en Longchamps, pasando por Almirante Brown, Florencio Varela, y entrando caudaloso al partido de Quilmes, inundando grandes extensiones de Solano que quedaba totalmente aislado.

Este implacable arroyo, que tenía tramos de hasta cien metros de ancho, dominaba y desalentaba cualquier plan de echar raíces en la localidad. Establecerse en San Francisco Solano y formar familia, imponía saber que no había atención médica ante una urgencia o el nacimiento de un hijo, por lo que había que pensar muy bien semejante desafío. Pero un médico sanjuanino llegó al poblado de La Florida en 1951, y los dispersos habitantes tuvieron cierta seguridad y amparo con relación a la salud. De inmediato, comenzó a atender como practicante en el Destacamento de la Policía Caminera.

El joven profesional, Eduardo Oller, acompañado del ayudante enfermero Abraham Mendelevich, se lanzaron desde el inicio a visitar a los más necesitados. No solo los enfermos iban a verlo, sino que él iba en busca de ellos. A los más pobres les daba medicación y hasta dinero de su bolsillo. Por lo general, los pobladores contaban con una pequeña granja, de modo que los honorarios que recibía el profesional solían ser gallinas y huevos.

Ese mismo año se desató en la población una epidemia de enfermedad broncopulmonar y el virus Influenza, muy contagioso, lo tuvo a Oller activo y solicitado. Superado el brote y su agota-

dora lucha, volvió a la normalidad. Poniéndose sus botas de goma, caminaba para ver a sus pacientes. Para llegar más lejos, iba en el carro del lechero y se traía al consultorio enfermos delicados. Otros medios suyos para las visitas fueron una bicicleta, una moto y más tarde un todoterreno “Jeep” para hacer frente al barro.

Tanta entrega suya sin ayuda de nadie, hizo que en 1952 se formara la “Asociación Vecinal de Solano” presidida por él. Su objetivo central era contar con un hospital local. Se creó una “Cooperadora Pro Hospital”, y tras su insistente labor y ejemplo, en donde sobraban contratietempos, en una comunidad que no dejaba de crecer, el 25 de abril de 1981 se inauguró el Centro Médico Municipal. Entre sus sueños, estaba que el Materno Infantil se transforme en un Hospital General, a raíz del crecimiento constante que veía en su población.

En 1991 se inauguró el Hospital Materno Infantil bajo órbita del Municipio de Quilmes. El 7 de octubre de 2001, se impone que el nosocomio reciba el nombre de su fundador. En esa ocasión el Intendente Fernando Geronés, encabezó el acto y expresó: *“Este es un justo reconocimiento a un hombre que ha dedicado su vida a la medicina, y que lo hizo aquí en San Francisco Solano. Por suerte pudimos homenajear en vida a quien, sin dudas, es uno de los ejemplos de la medicina Quilmeña”*.

Oller, recibía donaciones de materiales de construcción y se ponía, solo, a entrar los ladrillos, arena, bolsas de cal; de modo, que nos uníamos para ayudarlo sin distinción, las enfermeras, personal de limpieza, mucamas, etc. Unos hacíamos los pastones y otros, levantaban las paredes primitivas del hospital. Oller decía: *–Vamos! ¡Ayúdenme que el colectivo pasa una sola vez en la vida!–* A veces se aparecía con bobinas o retazos de tela que le donaban; enseguida las marcábamos y cortábamos y con la máquina de coser, confeccionábamos camisolines,

ambos, coñas, botas de tela para el personal. Sumerjamos las sábanas usadas y toallas en un piletón con productos de limpieza, lo movíamos a mano, y después cargábamos todo en un viejo lavarropas. Luego se colgaba en las sogas de la azotea para su secado. El personal solidario que formó el Doctor Oller en este hospital, se evidenciaba porque nos sentábamos y comíamos todos juntos en una gran mesa, y si Oller había observado a alguien en la vereda con criaturas, nos decía que preguntemos si había comido, y compartíamos nuestros alimentos. El solo hecho de recordar lo que hizo el Dr. Oller por nosotros y la gente, me llena ahora de emoción... (Juana Ellemberg, Coordinadora de Enfermería del Hospital Dr. Eduardo Oller).

Oller comulgaba políticamente con la Unión Cívica Radical, y no fueron pocos los obstáculos y dificultades políticas que debió soportar con la oposición, ante reclamos y exigencias suyas de presupuesto o material médico, sobre todo entre 1988 y 1991, período en donde no solo el Hospital fue intervenido, sino que Oller fue expulsado, generándose en la localidad una rebelión popular de tal magnitud, que debió darse marcha atrás en esa decisión, y el Dr. volvió a tomar el control del nosocomio. La gente recuperó a su Médico Gaucho, y el personal del hospital a su "Papi", como cariñosamente lo llamaban.

Una vez bajaba de la Sala de Descanso, y encuentro al Doctor Eduardo Oller ocupado con un secador y un trapo de piso, tratando de sacar el

agua acumulada en el pasillo trasero de las Salas de Internación, luego de una tormenta. Ni bien me vio, dijo: –¡Dale, ayúdame a sacar el agua!– Le respondí que estaba cansada después de 24 horas de guardia. Pero la forma paternal de invitarme a que lo ayude, el verlo "descalzo" y preocupado, no hizo más que convencerme para unirme a él, sumándose algunos otros. (Gladys Romero, Lic. en Obstetricia del Hospital Dr. Eduardo Oller).

Cualquier vecino de Solano tiene en la memoria, porque lo experimentó o le contaron, la solidaridad ejercida por este médico, sobre todo, por su costumbre de poner la mano en el bolsillo y ayudar con dinero, por lo general pequeños montos, que cubrían una medicación por él recetada.

¿Pero cómo hacía Oller para ayudar económicamente a los demás, teniendo que mantener a su propia familia? La clave estaba en el manejo de la cooperadora, utilizada positivamente para dar respuesta al bien común. Aunque tampoco era un "mano suelta": cuando alguien exponía un problema económico, Oller solía interrogar (si tenía dudas sobre el necesitado): ¿Qué salario ingresaba en el hogar, cuántos hijos tenía o cuántos impuestos debía cubrir?... y la respuesta determinaba su voluntad.

Atendió tantos partos en domicilios, consultorios y guardias, regando de hijos a la localidad de San Francisco Solano y otras localidades aledañas, que el Hospital Materno Infantil, ubicado en la avenida 844 al 2100, de esa localidad, hoy lleva su nombre. Allí, con su labor y ejemplo, dio señales de ser un serio defensor, acérrimo y tenaz de la Salud Pública.

BIOGRAFÍA DEL DR. EDUARDO OLLER

Nació y se crió en la ciudad de San Juan. Sus padres eran catalanes: Pedro Oller (comerciante), oriundo de Lérida, y Teresa Ramoneda Torra (ama de casa), oriunda de Claverol. Tuvo dos hermanos: José y Roberto. La familia tenía en sociedad, junto a Luis Margarit y Antonio Alsina, la Confitería "Del Águila", frente a la Plaza Rivadavia en San Juan (capital).

Su padre falleció en 1935, cuando Eduardo contaba con solo 14 años. Hizo sus estudios primarios en la Escuela Bernardino Rivadavia, y secundarios en el Colegio Nacional Monseñor Dr. Pablo Cabrera de la provincia de San Juan. A la edad de 19 años se trasladó a La Plata (Buenos Aires), para estudiar medicina. Hizo el servicio militar en la Policía durante cuatro meses, y esta experiencia lo llevó a desempeñarse como practicante en el Destacamento de Policía Caminera de Villa La Florida. Merced al inicio en este destino, perteneció al cuerpo de profesionales médicos de la Policía de la Provincia



Importante obra donada el día 8 de Febrero de 1953, por la Compañía de terrenos "Tulsa", y la Subvención de mil pesos mensuales. Se pudo revertir graves

situaciones que eran imposibles poder solucionarlas gracias al Dr. Eduardo Oller al Señor Manuel Salas y a Abraban Mendelovich, y la Comisión Vecinal.

Construcción Hospital Oller



**El segundo de la derecha es Oller,
Sala de Primeros Auxilios. Año 1952**

Dr. Eduardo Oller

de Buenos Aires durante veintinueve años, y cuando solicitó su pase a retiro en 1976, tenía el rango de subcomisario.

Mientras era estudiante, por problemas en la pensión de La Plata, se muda a Capital Federal, y finalmente, a los 28 años, se gradúa el 3 de diciembre de 1949, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Uno de sus sueños fue ser médico en la provincia de Misiones, pero su paso por el Destacamento de la Policía Caminera de Villa La Florida, donde en 1946 fue nombrado por concurso practicante de medicina, lo había marcado a fuego y se instaló definitivamente apenas obtuvo el título. –¡Acá voy a poder realizar, lo que yo quiero hacer!– dijo por entonces.

Fue nombrado Idóneo de Laboratorio del Hospital Tornú y practicante honorario en el Hospital Español y el Hospital Álvarez. Sucesivamente fue nombrado, por concurso, practicante menor y mayor del mismo nosocomio. Su profesor, el Dr. Alberto Gutiérrez lo llevó a su lado al Sanatorio Gutiérrez. Mientras hacía su carrera hospitalaria municipal, fue nombrado por concurso practicante honorario del Hospital General de Agudos Piñero, y más tarde, practicante menor y mayor. Así mismo fue nombrado médico interino en el Sanatorio Alvear.

En 1951 se casó con Alicia Fuentes, con quien tuvo dos hijos: Inés y Adrián. Ese mismo año funda la primera Sala de Puesto Sanitario, y en 1953, la Sala de Primeros Auxilios. El 17 de marzo de 1969 se inaugura la Unidad Sanitaria de San Francisco Solano, Quilmes. Además de su actividad hospitalaria, atendía también en su consultorio particular de la calle 836 N° 331, PB, y luego en su casa de Camino General Belgrano 4155 de Villa La Florida.

Allí la atención era continua y sin descanso. Atendía toda la tarde y después de cenar hacía las visitas a domicilio, regresando a altas horas de la noche. No había sosiego: además de las consultas habituales, atendía partos, accidentes de tránsito, laborales, domésticos, etc. Tres veces al año y solamente los domingos por la mañana, se hacían intervenciones de nariz y garganta en su consultorio. Venía de La Plata el Profesor de Otorrinolaringología, Dr. Tabela, quien operaba, mientras el Dr. Oller hacía las anestесias. Estas prácticas se realizaron por más de 10 años.

Fue médico de las fábricas Mendizabal y Mejorsil, que por aquel entonces se instalaron en la zona. También fue médico del Colegio San José Obrero (era muy amigo de su fundador, el reverendo padre esloveno Marko Mavrik). Brindó por largos años su apoyo profesional a la pequeña maternidad que se encontraba sobre Camino Gral. Belgrano y calle 844, donde las parteras Filomena Dell'Elce y Virginia Fabi atendían la salud de las parturientas y sus hijos. Virginia, luego fue presidenta de la Comisión Pro-Hospital, y Filomena fue Vocal en la misma Comisión. Filomena fue su gran apoyo, cuando estuvo internado en la Fundación Favalaro, el año anterior a su fallecimiento.

El Dr. Eduardo Oller, falleció en el Sanatorio Modelo de Quilmes a los 83 años, el 21 de junio de 2005.

EL HOSPITAL OLLER EN LA ACTUALIDAD

En la gestión del Dr. Sánchez Roalcaba como Jefe del Servicio de Pediatría (desde 2011) se lograron reactivar los consultorios externos, con médicos especialistas de Pediatría, Otorrinolaringología, Oftalmología, Kinesiología infantil, Fonoaudiología, Neumología, Infectología y desde el año pasado, incipientemente, Neurología infantil, habiendo elevado el nivel de percepción de las patologías, por parte de la población que concurre al Hospital, de los tres distritos convergentes, que son Almirante Brown, Florencio Varela y Quilmes.

Se implementó, además, el consultorio de control de pacientes externados pediátricos y también la atención de demanda espontánea.

La Sala de Internación pediátrica, cuenta con una capacidad total de 18 lugares (9 camas y 9 cunas), todas con bocas de oxígeno central, aire comprimido y equipo de aspiración. Es atendida, actualmente, por dos médicos de sala, de lunes a lunes. Además, incorporaron kinesiología respiratoria en las épocas de picos de patología respiratoria.

También lograron el trabajo en equipo con la mayoría de los Servicios del Hospital, coordinando



El Hospital Oller en la actualidad

con Servicio Social, Salud Mental y, sobretodo, con Neonatología, cuyos recién nacidos egresan con sus respectivos turnos para realizar el *screening* correspondiente en el Hospital: otoemisiones acústicas, fondo de ojo y reflejo de ojo rojo, además de ecografía de caderas.

Los RN egresan con las vacunas correspondientes; la mayoría con el trámite iniciado para el DNI (lo realizan en el Registro Civil anexo al Hospital). Luego de los 28 días de vida, son atendidos en los consultorios externos para control de crecimiento y desarrollo y Puericultura.

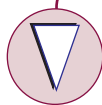
El Hospital actualmente tiene Servicio de Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, y Laboratorio, con guardias de 24 hs. En lo referente a la atención de adultos, cuenta con consultorios externos y guardia, sin internación y Servicio de Ginecología, con internación Las guardias de Obstetricia y de

Pediatría, tiene un promedio de atención de 180 pacientes diarios, en tiempos de mayor demanda.

Se logró tener tres médicos pediatras por guardia y enfermeras capacitadas, tanto para consultorios externos como guardia o internación. Se articula con el primer y tercer nivel de atención, se realizan jornadas, actividades teórico-prácticas coordinadas, en la línea de lograr una actualización y capacitación constante de los agentes de salud. Existe una gran abstracción al trabajo y a la labor en equipo. Se busca, además, la recuperación de los cargos de Residencia Médica, logrados en el año 2014.

Es una gran oportunidad para agradecer infinitamente a todo el Servicio de Pediatría del Hospital El Cruce (además de ser parte de la RED Sudeste de Pediatría). Asimismo, a nuestro Hospital de referencia: el Iriarte de Quilmes.





Dra. Mercedes Regina Acuña

Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)
mercedes.acuna57@gmail.com

MALA PRAXIS EN HOSPITAL PÚBLICO

(Recopilación bibliográfica)

CONCEPTOS GENERALES

La existencia y reconocimiento del Derecho a la Salud, está contemplada en los artículos 33 y 42 de la Constitución Nacional y en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; artículo 12, inciso c, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo 4, incisos 1 y 5, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo 6, inciso 1, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y artículo 24.1 de la Convención de los Derechos Del Niño.

La salud integra el derecho a vivir, tanto en una concepción individual (bien jurídico ligado a la vida) como colectivo (derecho de incidencia colectiva), por lo cual el derecho de la salud, como bien colectivo o de incidencia colectiva, incide en la dignidad humana, física y psíquica.

Responsabilidad del Hospital Público

El Hospital Público que depende del Estado Nacional, Provincial o Municipal, carga con la responsabilidad por daños originados por mala praxis del equipo asistencial de la salud.

A. Responsabilidad del Hospital con fundamento en el deber de seguridad o garantía.

Se cita como ejemplo: cuando se afecta la responsabilidad contractual del Hospital por la muerte de un paciente, cuando no fue adecuadamente atendido por un profesional médico, sea de guardia o de planta, por el incumplimiento de las obligaciones contraídas frente al paciente y a su familia, por el incumplimiento del deber de seguridad o de garantía.

Se cita al Hospital que omitió efectuar una interconsulta al paciente con un especialista en cirugía, para el diagnóstico correcto de peritonitis aguda, siendo que dicha omisión disminuyó la posibilidad de sobrevivida del paciente al no haberse operado con diagnóstico correcto. (Santucho Miguel H y Otro c/Municipalidad San Miguel. Hospital Raúl Larcade. 2003. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala L).

B. Responsabilidad fundamentada en la obligación tácita de seguridad.

Se cita como ejemplo: es responsable el Hospital demandado por la muerte de quien estuvo internado y falleció, como consecuencia de una fractura de cráneo derivada de la caída que sufrió en el nosocomio demandado, toda vez que se vulneró el deber de seguridad que le compete, debido a que las pruebas acreditaron el escaso control del personal médico y de enfermería sobre el paciente, que por su condición de alcohólico merecía medidas especiales de seguridad que no fueron tomadas. (Soto Juan Bautista y Otro c/Hospital Durand, 2003-Contencioso Administrativo y Trib. Ciudad Autónoma Sala II).

C. Responsabilidad por la deficiente organización del servicio médico hospitalario.

Se cita como ejemplo: al Hospital demandado por la infección postoperatoria que padeció un paciente (mediastinitis) debido a que el hospital no extremó los cuidados para evitar que se generara el factor predisponente de la infección, lo cual es indicativo de la deficiente organización del servicio médico prestado. (Manuale Carlos A. y Otro c/Hospital de Clínicas José de San Martín, 2004-Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, sala III).

D. Responsabilidad del Hospital por la negligencia del médico de guardia.

Ejemplo se cita: al Hospital público por fallecer un paciente por negligencia de un médico de guardia, que suturó la herida en el cráneo del mismo, indicando luego ir a su domicilio, sin estudios más complejos, en otra institución, con la derivación pertinente, y la posibilidad de chance a sobrevivir. (Quipildor Catalina y Otros c/Hospital Salvador Mazza de Tilcara y otro. 2004. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Jujuy, sala III).

E. Deber de derivar al paciente.

Es responsabilidad del Hospital por daños causados a un paciente, por la carencia de medios

y elementos del Hospital en que fue atendido. Cuando la institución no se encuentra en condiciones de suministrar los servicios necesarios, debe derivar en forma inmediata al paciente hacia otra institución de mayor complejidad, para la realización de la práctica o tratamiento correspondiente, ya que la obligación de seguridad no se agota con la derivación, sino que importa llevarla a cabo en tiempo y condiciones adecuadas al estado del paciente. (González Miguel A c/M.C.B.A. 2000. Cámara de Apelaciones en lo Civil, sala H.).

Responsabilidad del Municipio

El fundamento de la responsabilidad del Municipio deriva directamente por la relación jurídica obligacional, entre el Hospital de dicho Municipio y la alterada responsabilidad del equipo médico que actuó en ese Hospital.

Se cita como ejemplo:

- Responsabilidad del Municipio por los daños causados a una paciente, intervenida quirúrgicamente en un Hospital de su jurisdicción (por la anestesia raquídea realizada) quien sufrió una lesión en médula espinal, con parálisis de miembros inferiores y otras lesiones psicofísicas gravísimas, irreversibles, provocándole el cien por cien de su incapacidad laborativa y problemática en su esfera sexual. (Costa de Starevich, María F c/Municipalidad de la Capital. 1980. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala A).
- Responsabilidad de la Ciudad de Buenos Aires por la mala praxis incurrida por un médico de planta de un Hospital público, en la colocación del DIU de forma incorrecta, con hemorragias profusas de la paciente. (G.L.L c/Hospital General de Agudos "Francisco Santojanni" y otros. 2003. Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Sala II).

Responsabilidad de las Mutuales, Clínicas, Sanatorios

En esta institución se crea una relación jurídica contractual entre la mutual, el paciente y los profesionales. Por lo tanto, las responsabilidades potenciales de la mutual y los médicos, son directas y contractuales. De comprobada la culpa del médico, esta responsabilidad se torna inexcusable e irrefutable, a lo cual la clínica, sanatorio o mutual deberá probar que no hubo culpa médica, cuya responsabilidad de los profesionales es de medios y no de resultados, a lo cual solo responderá por la falta de seguridad y cuidado de parte de las instituciones.

Se cita como ejemplo: una mutual atendió a un paciente, que, como consecuencia del daño ocasionado, por falta de consolidación de fractura ósea y pseudoartrosis, demoró su definitiva curación, al no darle la adecuada atención de ejercicios de rehabilitación por parte de un ayudante del kinesiólogo, contratado por la mutual. A pesar de no haber relación de dependencia de ese personal, media una obligación y responsabilidad ante el paciente. (Casanova Daniel O c/Mutual Médicos Municipales y otros. 2000. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala I).

Responsabilidad de las Clínicas Psiquiátricas

En esta Institución prima el deber de vigilancia del enfermo mental y, el de la dirección de la clínica, de garantizar su integridad física.

Según la ley 26657, de Salud Mental (2010), los cargos de conducción y gestión de los servicios institucionales de salud mental, pueden ocuparlos un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero o terapeuta ocupacional, garantizando su idoneidad con título de grado.

Para toda internación el requisito de la participación de un equipo interdisciplinario, tanto voluntaria como involuntaria, requiere la firma de dos profesionales de distintas disciplinas del servicio donde se realizará la internación, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. En la práctica, una internación puede ser firmada por un psicólogo y un trabajador social, sin que sea necesario la firma de un médico psiquiatra. (Art. 16 y art. 20 de ley 26657).

El director de un establecimiento de salud mental tiene a su cargo la estructuración y debido funcionamiento del mismo, y debe brindar seguridad e integridad física a los pacientes internados, y si surge un hecho dañoso que tiene relación causal adecuada con una omisión grave a tal efecto, es jurídicamente responsable del daño, por las consecuencias resultantes, en forma concurrente con el Establecimiento. Se cita como, por ejemplo: una paciente psiquiátrica que sufrió quemaduras graves en su cuero cabelludo y cuello, al apoyarse sobre una estufa que había en su dormitorio y permanecer allí por más de 10 minutos (G. de B., N.G. c/Santa Cecilia S.R.L y otros. 2004. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial y Contencioso Administrativo de 2ª Nominación de Rio Cuarto).

Responsabilidad de las Obras Sociales

Se puede citar responsabilidad por atención médica inadecuada. Se imputó a los responsables, por el agravamiento del parto anticipado que resultaría

en la muerte de un niño por nacer y por el daño para la salud sufrido por la madre, al no recibir la atención médica adecuada a tiempo, debido a que la Obra Social derivó a la paciente a un sanatorio que carecía de los elementos necesarios para atenderla, y el establecimiento médico que la recibió, con trabajo de parto, sin contar con un servicio de obstetricia, lo cual determinó la derivación a otra clínica, cuando las circunstancias exigían una atención inmediata. (L.M. F c/Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles y otros, 2006. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, Sala C).

Se puede citar responsabilidad por omisión de contralor: por ejemplo, se condenó a una Obra Social al pago de una indemnización por los daños sufridos por el hijo menor de los demandantes, en virtud de la mala praxis en la intervención quirúrgica que se le practicó, por omisiones en el parte quirúrgico y por falta de utilización de aparatos de control y medición. La Obra Social incurrió en un obrar culposo, al no haberse preocupado por constatar las falencias en la que incurrió el establecimiento hospitalario que atendía a sus afiliados. (A. J. A y otros c/ Obra Social del Personal de la Industria Metalúrgica y otros. 2005. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala I).

Se puede citar responsabilidad por pérdida de chance (suspensión de medicamentos oncológicos): se responsabiliza a una Obra Social por los daños y perjuicios provocados a un paciente, por el inocultable e indudable agravamiento de la enfermedad oncológica que sufría, ante la suspensión en la provisión de los medicamentos que el tratamiento médico imponía. El paciente se vio perjudicado, a título de chance cierta de mantener razonablemente los parámetros alcanzados por la dolencia que lo afectaba, situación que se encuentra en directa e inescindible relación causal con la relacionada conducta antijurídica de la Obra Social (Z.A.N c/Obra Social Bancaria Argentina, 2006. Cámara de Apelaciones de Concordia, Sala Civil y Comercial III).

Responsabilidad del Estado

Se cita un juicio por daños y perjuicios, en donde los médicos no tuvieron culpa en el resultado de su intervención, por lo cual tampoco la tiene el gobier-

no de la Provincia de Córdoba, en cuyo nosocomio desempeñaban sus trabajos. (Corzo de Gionardo de Zunilda R c/Provincia de Córdoba, Policlínico Policial. 1996. Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de 2ª Nominación de Córdoba).

Situación contraria, donde se responsabilizó al Sistema de Salud de la Provincia de Tucumán, por los daños que sufrió una paciente, a consecuencia de una episiotomía vaginal inadecuada que practicó la partera, en el parto realizado en un Hospital dependiente de la Provincia, donde se infringió la integridad psicofísica de la persona. (Figuroa, Francisca Rebeca c/SI.PRO.SA, 2004, Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo de Tucumán- Sala II).

No se puede dejar de recordar la responsabilidad del médico, especialmente del Pediatra, que tiene muchas aristas, debido a que no solo hay deberes y obligaciones hacia el niño paciente, sino también a sus padres o cuidadores, y, además, el deber de ser responsable de sus actos, en su práctica, bajo la esfera laboral del Hospital o Clínica, y a nivel macro su repercusión en el Municipio o Provincia que corresponda.

BIBLIOGRAFÍA

- Marcelo y López Mesa. Legis Argentina S.A. Tratado de Responsabilidad Médica. Responsabilidad Civil, Penal y Hospitalaria.
- Dr. Macagno G, Dr. Vitolo F. Noble S.A. CO de Seguros. Ley Nacional 26657. Biblioteca Virtual Noble. Marzo 2013.
- Dirección: Jorge Mosset Iturrapé, Ricardo Luis Lorenzetti. Editores: Rubinzal-Culzoni. Responsabilidad de los Profesionales de la Salud. Revista de Derecho de Daños, 2003-3.
- López Miro HG. Causales para demandar por responsabilidad civil médica. Editorial Astrea Buenos Aires. 2014.
- Garay OE. Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas. Y Garay OE. La necesidad del derecho medico preventivo en "Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal". La Ley Buenos Aires. 2002.
- Vidiella G. El Derecho a la Salud. Eudeba, 2000.





Boletín bibliográfico

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

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

1) LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PUEDEN PASAR POR ALTO ALGUNOS CASOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS

Nuevos datos derivados de la vigilancia activa del trastorno inflamatorio grave relacionado con COVID-19 en niños previamente sanos, esclarecen más la prevalencia y la evolución del raro síndrome, pero a los expertos les preocupa que los criterios diagnósticos actuales puedan no captar el verdadero alcance del problema.¹

En estudios diferentes publicados el 29 de junio en la versión electrónica de *The New England Journal of Medicine*, investigadores del Departamento de Salud del Estado de Nueva York y de *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) describen la epidemiología y las características clínicas del síndrome inflamatorio multisistémico en niños (SIM-N) basándose en información obtenida de programas de vigilancia dirigidos en el Estado de Nueva York y en todos los estados de la Unión Americana.

Para el estudio realizado en Nueva York, la Dra. Elizabeth M. Dufort, del Departamento de Salud en Nueva York en Albany, Estados Unidos, y sus colaboradores, analizaron datos de vigilancia del síndrome inflamatorio multisistémico en niños de 106 hospitales de todo el estado. De 191 casos de síndrome inflamatorio multisistémico en niños sospechados que se notificaron al Departamento de Salud entre el 1 de marzo y el 10 de mayo, 99 cumplieron la definición provisional de caso establecida por el estado para este trastorno y se incluyeron en el análisis.

La tasa de incidencia de síndrome inflamatorio multisistémico en niños fue de 2 casos por 100.000 individuos menores de 21 años, mientras que la tasa de incidencia de casos de COVID-19 confirmados en este grupo de edad fue de 322 por 100.000. La mayoría de los casos ocurrió más o menos un mes después de la frecuencia máxima de COVID-19 en el estado.

“De nuestros pacientes, predominantemente de la región metropolitana de Nueva York, 40 % era afroamericano y 36 % hispanoamericano. Esto

puede ser un reflejo de la incidencia elevada de infección por SARS CoV-2 bien documentada en las comunidades de negros e hispanoamericanos”, informaron los autores.

Todos los niños presentaban fiebre o escalofríos, y la mayoría tenía taquicardia (97 %) y síntomas digestivos (80 %). Se informó de exantemas (60 %) y congestión conjuntival (56 %), hipotensión (32 %), y cambios en la mucosa (27 %). Entre todos los niños los niveles de marcadores inflamatorios estaban elevados, incluidos los de proteína C reactiva (100 %), dímero D (91 %) y troponina (71 %). A más de un tercio de los pacientes (36 %) se le diagnosticó miocarditis y 16 % más tenía miocarditis sintomática.

De toda la cohorte, 80 % de los niños recibió cuidados intensivos; 62 % recibió apoyo con vasopresores y dos fallecieron.

La elevada prevalencia de disfunción cardíaca, coagulopatía, síntomas digestivos, síntomas respiratorios leves e indicaciones para oxígeno suplementario en pacientes con síndrome inflamatorio multisistémico en niños, contrasta con el cuadro clínico observado en casi todos los casos agudos de COVID-19 en pacientes pediátricos hospitalizados, afirmaron los autores.

“Aunque la mayoría de los niños tiene enfermedad leve o nula a causa de la infección por SARS-CoV-2, el síndrome inflamatorio multisistémico en niños puede seguir al COVID-19 o a la infección por SARS-CoV-2. El reconocimiento del síndrome y la identificación temprana de niños con síndrome inflamatorio multisistémico, que incluye vigilancia temprana de la tensión arterial y evaluación electrocardiográfica y ecocardiográfica, podría fundamentar el tratamiento de apoyo adecuado y otras opciones terapéuticas potenciales”, agregaron.

No está clara la incidencia de síndrome inflamatorio multisistémico en niños de los menores infectados con SARS-CoV-2, porque los niños con COVID-19 a menudo tienen síntomas leves o nulos y porque no se les hacen pruebas con frecuencia. Por este motivo, es decisivo establecer vigilancia para los casos de síndrome inflamatorio multisistémico en niños, sobre todo en poblaciones con niveles más altos de transmisión de SARS-CoV-2.

Diferencias importantes con respecto a la enfermedad de Kawasaki

En un estudio diferente la Dra. Leora R. Feldstein, de *Centers for Disease Control and Prevention*, y sus colaboradores, informaron de 186 casos de síndrome inflamatorio multisistémico en niños, identificados a través de la vigilancia dirigida de centros de salud pediátricos en 26 estados de la Unión Americana, entre el 15 de marzo y el 20 de mayo de 2020.² Del mismo modo que con la cohorte de Nueva York, un número desproporcionado de niños en esta cohorte era de afroamericanos (25 %), hispanoamericanos o latinoamericanos (31 %).

De manera similar a la cohorte de Nueva York, 80 % de los niños de este grupo recibió cuidados intensivos; 48 % apoyo vasoactivo; 20 % necesitó ventilación mecánica invasiva y cuatro niños fallecieron.

Asimismo, se observaron exantemas cutáneos, síntomas digestivos, efectos cardiovasculares y hematológicos, cambios en las mucosas e incrementos de los biomarcadores inflamatorios.

Los investigadores señalaron que si bien muchos de los signos y síntomas del síndrome inflamatorio multisistémico en niños se superponen a los de la enfermedad de Kawasaki, existen algunas diferencias importantes, en particular en lo que respecta a la naturaleza de la afectación cardiovascular. “Aproximadamente 5 % de los niños con enfermedad de Kawasaki en Estados Unidos presenta choque cardiovascular que da lugar a apoyo vasopresor o inotrópico, en comparación con 50 % de los pacientes de nuestra serie”, informaron los autores.

Además, los aneurismas de arterias coronarias afectan a cerca de una cuarta parte de los pacientes con enfermedad de Kawasaki al cabo de 21 días de iniciada la enfermedad. “En nuestra serie se notificó una puntuación Z máxima de 2,5 o más alta en la arteria coronaria descendente anterior izquierda, o en la coronaria derecha en 8 % de los pacientes en general y en 9 % de los que contaban con ecocardiografía”, afirmaron.

Otras características distintivas adicionales son edad del paciente y grupo étnico. La enfermedad de Kawasaki es más frecuente en niños menores de 5 años. La mediana de edad en el estudio multiestatal fue de 8,3 años y casi la mitad de los niños de la cohorte de Nueva York pertenecía al grupo de 6 a 12 años de edad. Además, la enfermedad de Kawasaki tiene una prevalencia desproporcionada en niños de ascendencia asiática.

Pese a las diferencias, hasta que se conozca más sobre las secuelas cardíacas a largo plazo del síndrome inflamatorio multisistémico en niños, los

médicos podrían considerar las recomendaciones de seguimiento para la enfermedad de Kawasaki, que sugieren repetir las imágenes ecocardiográficas en 1 a 2 semanas.

Como fue el caso en la serie de Nueva York, el tratamiento de la cohorte multiestatal muy frecuentemente incluyó inmunoglobulina intravenosa y glucocorticoides sistémicos. Sin embargo, el tratamiento óptimo requerirá mejor comprensión de la patogenia del síndrome inflamatorio multisistémico en niños, afirmaron la Dra. Feldstein y sus colaboradores.

Persisten interrogantes

A medida que se acumulan datos sobre este síndrome parece resultar cada vez más claro el cuadro del síndrome inflamatorio multisistémico en niños, pero todavía hay mucha incertidumbre, de acuerdo con Michael Levin, FMedSci, Ph. D., del *Department of Infectious Disease, Imperial College London*, en Reino Unido.

“El reconocimiento y la descripción de nuevas enfermedades suele parecerse a la parábola de los ciegos y el elefante, en la que cada uno afirma que la parte del animal que ha tocado lo define completamente”, comentó en un editorial adjunto.³

A medida que ha evolucionado la enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) han aparecido estudios de casos que describen niños con enfermedades febriles inusuales que tienen características de enfermedad de Kawasaki, síndrome de choque tóxico, trastornos abdominales agudos y encefalopatía, al igual que otros estudios de niños con fiebre, elevación de marcadores inflamatorios y afectación multisistémica. Ahora resulta evidente que esos informes estaban describiendo diferentes presentaciones clínicas de un nuevo trastorno inflamatorio pediátrico.

Aunque está surgiendo un cuadro clínico congruente, “los estudios publicados han utilizado una variedad de definiciones de caso de desarrollo rápido con base en los casos más graves, posiblemente pasando por alto casos menos graves”, escribió Levin. En particular, las definiciones tanto de *Centers for Disease Control and Prevention* como de la Organización Mundial de la Salud exigen datos de infección por SARS-CoV-2 o exposición al mismo, lo cual podría contribuir al infrareconocimiento y la infranotificación, pues las infecciones asintomáticas son comunes, y no en todas partes se dispone de pruebas de anticuerpos.

“Existe la inquietud de que los niños que cumplen los actuales criterios diagnósticos para síndrome inflamatorio multisistémico son la ‘punta del iceberg’

y por debajo del agua está surgiendo un problema más grande”, afirmó Levin. En todo el mundo se han notificado aproximadamente 1.000 casos del síndrome, por lo que ahora tenemos una idea clara del nuevo trastorno, o como en la historia de los ciegos y el elefante, ¿se ha descrito solo una parte del animal?

La Dra. Adrienne Randolph, del *Boston Children's Hospital*, coautora del estudio multiestatal, concordó en que todavía falta mucho por aprender sobre el síndrome inflamatorio multisistémico en niños antes de que se pueda tener una idea más clara de todo el elefante. En una entrevista con *Medscape Noticias Médicas* enumeró las siguientes interrogantes clave que aún no se han resuelto:

- ¿Por qué algunos niños presentan síndrome inflamatorio multisistémico y otros no?
- ¿Cuál es el pronóstico a largo plazo de los niños con síndrome inflamatorio multisistémico?
- ¿Cómo podemos diferenciar síndrome inflamatorio multisistémico de la infección aguda por COVID-19? en niños con insuficiencia respiratoria?
- ¿Ocurre síndrome inflamatorio multisistémico en niños en adultos jóvenes?

La Dra. Randolph indicó que su equipo está siguiendo el mejor camino para responder a estas preguntas; incluso realiza un segundo estudio para identificar factores de riesgo para síndrome inflamatorio multisistémico en niños y estudios de seguimiento a más largo plazo con el *National Institutes of Health*. “También estamos obteniendo consentimiento para recolectar muestras de sangre y analizar otras pruebas a fin de ayudar a diferenciar al síndrome inflamatorio multisistémico en niños de la COVID-19 aguda”, destacó. Alentó a que se tomara más conciencia entre los médicos que atienden a adultos jóvenes para considerar el síndrome inflamatorio multisistémico en niños en pacientes de 21 años y más que presentan signos y síntomas similares.

Sobre la base de las respuestas a estas preguntas adicionales, las definiciones de caso de síndrome inflamatorio multisistémico en niños pueden requerir refinamiento para captar la variedad más amplia de enfermedades, escribió Levin en su editorial. “Ahora los desafíos de este nuevo trastorno consistirán en comprender su mecanismo fisiopatológico, desarrollar pruebas diagnósticas y definir el mejor tratamiento”.

La Dra. Randolph ha recibido apoyos económicos de Genentech Inc y honorarios personales de La Jolla Pharma Inc ajenos al presente estudio y otros más de Centers for Disease Control and Prevention

durante la realización del estudio. El Dr. Kleinman ha recibido becas de la Health Service Resources Administration ajenas al presente estudio. La Dra. Maddux ha recibido becas para investigación de NIH/NICHD y la Francis Family Foundation ajenas al presente estudio.

Referencias

1. Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, Rosenthal EM, y cols. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *N Engl J Med*. 29 Jun 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2021756. PMID: 32598830. Fuente
2. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, y cols. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 29 Jun 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2021680. PMID: 32598831. Fuente
3. Levin M. Childhood Multisystem Inflammatory Syndrome - A New Challenge in the Pandemic. *N Engl J Med*. 29 Jun 2020. doi: 10.1056/NEJMe2023158. PMID: 32598829. Fuente

**Medscape, Diana Phillips;
Noticias y Perspectivas
7 de julio de 2020**

2) REAPERTURA SEGURA: ¿QUÉ EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL USAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA?

A medida que reabrimos nuestras consultas nos enfrentamos al desafío de determinar cómo hacerlo de manera segura: protegernos a nosotros mismos, a nuestro personal y a nuestros pacientes. La *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) recientemente emitió una guía basada en evidencia para ayudar a los médicos a actuar sobre este tema, y dicha guía, junto con las recomendaciones de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), debería permitirnos avanzar con seguridad.¹

En este contenido nos centramos en algunos puntos de las recomendaciones de la *Infectious Diseases Society of America* y *Centers for Disease Control and Prevention* que pueden ser útiles en los consultorios de atención primaria.

Mascarillas faciales

Muchos médicos se han preguntado si deben usar mascarilla mientras atienden a pacientes sin COVID-19 en el consultorio y en caso afirmativo, en qué tipo de pacientes.

La guía de la *Infectious Diseases Society of América* establece que el uso de mascarillas es imprescindible para reducir el riesgo de que los trabajadores de la salud contraigan COVID-19.

La evidencia se deriva de una serie de fuentes, incluido un estudio retrospectivo de la Universidad de Wuhan (China), que examinó a dos grupos de trabajadores de la salud durante el brote.² El primer grupo usó mascarillas N95 y se lavó las manos con frecuencia, mientras que el segundo grupo no usó mascarillas y se lavó las manos con menos frecuencia.

En el grupo que tomó mayores medidas para protegerse, ninguno de los 493 miembros del personal contrajo COVID-19, en comparación con 10 de los 213 miembros del personal en el otro grupo. La disminución en la tasa de infección ocurrió en el grupo que llevaba mascarillas, a pesar de que tenía 733 % más de exposición a pacientes con COVID-19.

Más pruebas provienen de un estudio de casos y controles realizado en hospitales de Hong Kong durante el brote de SARS-CoV de 2003.³ Este estudio mostró que el uso de mascarillas era la intervención más importante para reducir la infección, seguido del uso del overol y el lavado de manos. Estos hallazgos dejan en claro que el uso de mascarillas es imprescindible para todos los proveedores de atención médica que atiendan pacientes que podrían tener COVID-19.

La guía también revisa la evidencia sobre el uso de mascarillas quirúrgicas frente a las mascarillas N95.

Al revisar la evidencia indirecta de la epidemia de SARS-CoV, la *Infectious Diseases Society of América* descubrió que el uso de cualquier mascarilla, quirúrgica o respiradores N95, condujo a gran reducción en el riesgo de desarrollar una infección.

En esta revisión sistemática de cinco estudios observacionales en el personal de atención médica, para aquellos que usaron mascarillas quirúrgicas el *odds ratio* para desarrollar una infección fue de 0,13 (IC 95 %: 0,03 - 0,62), y para quienes usaron respiradores N95, el *odds ratio* fue de 0,12 (IC 95 %: 0,06 - 0,26).⁴ No hubo diferencia significativa en las reducciones de riesgo para aquellos que usaban mascarillas quirúrgicas y mascarillas N95, respectivamente.

El panel de guías clínicas de la *Infectious Diseases Society of América* recomendó “que el personal de atención médica que atiende a pacientes con sospecha o diagnóstico conocido de COVID-19 use una mascarilla quirúrgica o un respirador N95 como parte del equipo de protección personal apropiado”.

Dado que no hay diferencia significativa en los resultados entre quienes usan mascarillas quirúrgicas y los que usan respiradores N95, y la guía de la *Infectious Diseases Society of América* establece que cualquier tipo de mascarilla se considera apropiada cuando se atiende a pacientes con sospecha o diagnóstico conocido de COVID-19, en nuestra opinión, el uso de mascarillas quirúrgicas en lugar de respiradores N95 es suficiente cuando se realizan actividades de bajo riesgo. Dichas actividades incluyen ver pacientes que no tienen alta probabilidad de COVID-19 en el consultorio.

La recomendación de la *Infectious Diseases Society of América* también analiza el uso universal, definido como pacientes y médicos que usan mascarillas.

La recomendación está respaldada por los hallazgos de un estudio en el que se empleó el uso de mascarilla universal para prevenir la propagación de la influenza H1N1 durante el brote de 2009.⁵ En este estudio con miembros del personal y pacientes expuestos a influenza H1N1 que usaban mascarillas, solo 0,48 % de 836 adquirió la infección. En el mismo estudio el hecho de no usar una mascarilla por parte del proveedor o del paciente aumentó el riesgo de infección. Además, en un estudio prospectivo de pacientes con trasplante de células madre hematopoyéticas, el uso universal de mascarillas provocó que las tasas de infección cayeran de 10,3 % a 4,4 %.⁶

La guía clínica de la *Infectious Diseases Society of América* establece lo siguiente:¹ “Puede haber algún beneficio, aunque incierto, para el uso de universal mascarilla en ausencia de limitaciones de recursos. Sin embargo, los beneficios del uso universal de mascarillas quirúrgicas, debe sopesarse contra el riesgo de aumentar la tasa de utilización del equipo de protección personal y ser contextualizado según la tasa de prevalencia local de la COVID-19 para los proveedores de atención médica asintomáticos o mínimamente sintomáticos, y los visitantes”.

El comunicado de *Centers for Disease Control and Prevention* señala: “La transmisión comunitaria continua ha aumentado el número de personas potencialmente expuestas y contagiosas con SARS-CoV-2. El cribado de fiebre y síntomas ha demostrado ser relativamente ineficaz para identificar a todas las personas infectadas, incluidos los proveedores de atención médica. El cribado tampoco identifica a las personas infectadas pero asintomáticas o presintomáticas, por lo que se necesitan intervenciones adicionales para limitar la introducción no reconocida de SARS-CoV-2 en entornos de atención médica por parte de estas personas. Como parte de

las medidas agresivas para el control de las fuentes de contagios, los centros de salud deben considerar la implementación de políticas que requieran que todos los que ingresen al centro usen una mascarilla de tela (si se tolera) mientras estén en el edificio, independientemente de sus síntomas”.

Es nuestra opinión, con base en las recomendaciones de *Centers for Disease Control and Prevention* y la *Infectious Diseases Society of América*, que si es posible tanto médicos como pacientes deben usar mascarillas cuando los pacientes son atendidos en el consultorio. Muchos consultorios han instituido una política que indica que si un paciente se niega a usar mascarilla durante una visita al consultorio no será atendido.

Protección ocular

Muchos médicos no están seguros si es necesario usar protección para los ojos al ver pacientes asintomáticos. La *Infectious Diseases Society of América* reconoce que ningún estudio ha analizado críticamente la protección ocular, pero la sociedad también reconoce que “el equipo de protección personal adecuado incluye, además de una mascarilla o respirador, protección ocular, bata y guantes”.

Centers for Disease Control and Prevention recomienda que para los trabajadores de la salud ubicados en áreas con prevalencia moderada o mayor de COVID-19, los proveedores de atención médica deben usar protección para los ojos además de las mascarillas faciales, ya que tienen más probabilidades de encontrarse con personas asintomáticas con COVID-19.

Batas y guantes

Se recomiendan batas y guantes como parte del equipo de protección personal cuando se atiende a pacientes que tienen COVID-19.

La guía de la *Infectious Diseases Society of América* es clara en sus recomendaciones, pero no cita evidencia de usar guantes frente a no usarlos. Además, afirma que la evidencia es insuficiente para recomendar el uso de doble enguantado, con el guante superior siendo utilizado para quitarse una bata de protección personal y el guante interno para desecharse después de quitarse la bata.

Centers for Disease Control and Prevention no hace recomendaciones para el uso sistemático de guantes en el cuidado de pacientes que no tienen COVID-19, incluso en áreas donde puede haber personas asintomáticas y recomiendan tomar las precauciones estándar, específicamente practicar la higiene de manos antes y después del contacto con los pacientes.

Conclusión

Cuando se atiende a pacientes con COVID-19 se deben usar mascarillas quirúrgicas o respiradores N95, gafas o caretas y batas, y se debe practicar la higiene de manos de forma sistemática antes y después de ver a los pacientes. Para los consultorios que ven a pacientes sin sospecha de COVID-19, la guía de la *Infectious Diseases Society of América* aclara que no hay diferencia estadística en la adquisición de infección con el uso de mascarillas quirúrgicas frente a respiradores N95.

De acuerdo con las recomendaciones de *Centers for Disease Control and Prevention* los profesionales de la salud deben usar protección para los ojos, además de las mascarillas faciales y los pacientes deben usar mascarillas. La higiene de manos debe efectuarse de forma sistemática antes y después de todo contacto con el paciente.

Con estas conductas debería ser seguro reabrir los consultorios y ver a los pacientes.

El Dr. Neil Skolnik es profesor de medicina familiar y comunitaria en Thomas Jefferson University en Filadelfia, Estados Unidos, y director asociado del Programa de Residencia de Medicina Familiar en Abington (Pa.) Jefferson Health. El Dr. Jeffrey Matthews es residente de segundo año en la residencia de medicina familiar de Abington Jefferson Health.

Este artículo fue publicado originalmente en MDedge

Referencias

1. IDSA. Infectious Diseases Society of America Guidelines on Infection Prevention in Patients with Suspected or Known COVID-19. Publicado el 27 de abril de 2020. Consultado en versión electrónica. Fuente
2. Lee IK, Wang CC, Li MC, Kung CT, y cols. Effective strategies to prevent coronavirus disease-2019 (COVID-19) outbreak in hospital. *J Hosp Infect.* May 2020;105(1):102-103. doi: 10.1016/j.jhin.2020.02.022. PMID: 32142886. Fuente
3. Seto WH, Tsang D, Yung TY, Ng TK, y cols. Effectiveness of Precautions Against Droplets and Contact in Prevention of Nosocomial Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Lancet.* 3 May 2003;361(9368):1519-20. doi: 10.1016/s0140-6736(03)13168-6. PMID: 12737864. Fuente
4. Bartoszko JJ, Malik MAF, Alhazzani W, Loeb M. Medical Masks vs N95 Respirators for Preventing COVID-19 in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *Influenza Other Respir Viruses.* Jul 2020;14(4):365-373. doi: 10.1111/irv.12745. PMID: 32246890. Fuente

5. Cheng VCC, Tai JWM, Chan JFW, Li IWS, y cols. Prevention of Nosocomial Transmission of Swine-Origin Pandemic Influenza Virus A/H1N1 by Infection Control Bundle. *J Hosp Infect.* Mar 2010;74(3):271-7. doi: 10.1016/j.jhin.2009.09.009. PMID: 20061056. Fuente
6. Sung AD, Sung JAM, Thomas S, Hyslop T, y cols. Universal Mask Usage for Reduction of Respiratory Viral Infections After Stem Cell Transplant: A Prospective Trial. *Clin Infect Dis.* 15 Oct 2016;63(8):999-1006. doi: 10.1093/cid/ciw451. PMID: 27481873.

*Medscape, Dr. Neil Skolnik;
Dr. Jeffrey Matthews- Noticias y Perspectivas
2 de julio de 2020*

3) ¿SON LOS VIDEOJUEGOS LA PRESCRIPCIÓN PARA EL AISLAMIENTO EN CUARENTENA?

Con el cierre de las escuelas por COVID-19 y el cese temporal de las interacciones cara a cara, niños y adolescentes tienen un vacío en sus horarios y vidas sociales. Al parecer muchos están recurriendo a los videojuegos para llenar tal vacío y datos recientes muestran un repunte sin precedente en los juegos virtuales desde que la pandemia afectó al mundo.¹

No es solo escapismo lo que se está ofreciendo a los jugadores, sino también beneficios psíquicos tangibles, de acuerdo con la Dra. Isabela Granic, Ph. D., directora del laboratorio GEMH (*Games for Emotional and Mental Health*) y profesora y catedrática del departamento de psicopatología del desarrollo en el Instituto de Ciencias de la Conducta en la *Radboud University Nijmegen* en Nimega, Países Bajos.

Recientemente *Medscape* habló con la Dra. Granic sobre las ventajas potenciales de los juegos en una pandemia y por qué los videojuegos son un sistema de implementación ideal para la asistencia en materia de salud mental.

¿Qué papel desempeñan -si es el caso- los videojuegos comerciales en aliviar potencialmente la ansiedad, la depresión y otros problemas de salud mental causados por la pandemia y el aislamiento prolongado?

Dra. Granic: Hemos de separar lo que sabíamos antes y lo que sabemos ahora mismo. No hay investigación sobre lo que ocurre cuando se está en confinamiento durante tres meses y no se tiene ningún tipo de interacción cara a cara.

Sin embargo, nuestra investigación previa indica que una dieta saludable tanto de interacciones digitales como interacciones fuera de línea probablemente es lo que debemos procurar. Con base en un análisis en 2014 que llevamos a cabo, sabemos que los videojuegos comerciales tienen efectos emocionales, sociales, motivacionales y cognitivos.² Ahora debemos preguntarnos qué impacto tiene jugarlos 12 horas al día.

Hablar sobre videojuegos es como hablar sobre el impacto del alimento: es totalmente relativo.

¿Los juegos con múltiples jugadores, en los que se interactúa con amigos, tienen más valor psicológico que aquellos donde participa una persona aislada?

DG: Tienen diferentes funciones. Hay muchos juegos en que los niños están solos y en los que aprenden a resolver problemas. Perseveran a través de fracaso tras fracaso para llegar al momento en que descifran el problema. En realidad, el hecho de perseverar y enfrascarse en un juego que ayuda a los niños a concentrarse tiene beneficios cognitivos. La solución de problemas y el razonamiento espacial mejoran con algunos de estos videojuegos que emplean los niños sin compañía.

También sabemos que personas jóvenes obtienen muchos beneficios sociales al interactuar con múltiples jugadores. Los juegos competitivos tienen beneficios para la salud mental de personas de corta edad, y hemos sabido que también para los deportes fuera de línea. Además, los juegos cooperativos tienen algunas ventajas realmente formidables para la salud mental.

En especial ahora, la mayoría de las personas de corta edad que usa estos videojuegos sociales no siempre se está concentrando en el juego en sí. Si se interactúa con niños mientras juegan *Fortnite*, el juego es casi como una herramienta de distracción para que hablen entre sí sobre sus amigos, de quién se han enamorado, por qué están enojados con su madre, etcétera. Es una especie de área de juego de fondo en el que socializan mientras tienen el mando en sus manos.

¿Hay posibilidad de que los videojuegos también refuercen la ansiedad, el aislamiento y la depresión del momento actual?

DG: Realmente depende. Con base puramente científica, sabemos que no hay vínculo directo entre videojuegos y un efecto negativo. Cuando esos estudios encuentran alguna clase de vínculo hay niveles de predicción pequeñísimos, como de 0,01 %. Existen tantos factores que predicen

la ansiedad o la depresión que los videojuegos ni siquiera tienen la posibilidad de hacer una contribución. Los metanálisis han demostrado que no tienen efecto negativo sobre la salud mental, aun cuando se jueguen de 4 a 5 horas de videojuegos por día.

Actualmente estamos en un contexto muy diferente. Si para el próximo año las personas no están teniendo interacciones frente a frente o aprendiendo todas las formas que hemos desarrollado para comunicarnos entre nosotros, podremos preguntar si puede haber un impacto negativo. Es posible que lo haya. No tenemos los datos científicos en relación con eso.

Convirtiendo en un juego el tratamiento basado en evidencia

En el laboratorio GEMH han creado y evaluado varios videojuegos para la salud mental. ¿Qué ofrecen que no pueda lograrse con las estrategias terapéuticas habituales?

DG: Adoptamos técnicas basadas en evidencia en el mundo clínico de la salud mental o de la investigación del desarrollo, como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de exposición, y luego las incorporamos en juegos y utilizamos un mecanismo diferente para administrar algo que por lo demás sabemos que funciona.

¿Hay un elemento de mezclar la medicina con el puré de manzana, por así decirlo? ¿Benefician porque los niños realmente no lo ven como tratamiento?

DG: Los niños saben exactamente a qué se parece un juego educativo frente a algo como *Minecraft*, el cual, aunque es de aspecto simple, les brinda una oportunidad de divertirse que es muy diferente de la mayor parte de los juegos educativos. Así que no pensamos en ello como si tratáramos siquiera de ocultarlo.

Hemos realizado estudios en los que mostramos a las personas dos avances de exactamente el mismo juego.³ Un avance dice: esto podría ayudarte con tus dificultades de salud mental, depresión y ansiedad; el otro dice: este es el juego premiado más divertido de todos. Seleccionarán el mensaje de salud mental con la misma frecuencia que el otro, y lo jugarán durante el mismo tiempo que jugarían el otro, siempre y cuando el juego sea muy bueno.

Así que ni siquiera se está engañando a los jóvenes diciéndoles que estos juegos podrían otorgar un beneficio.

MindLight es uno de los juegos que han desarrollado para abordar la ansiedad. ¿Cómo funciona?

DG: *MindLight* es un juego para niños pequeños de 8 a 12 años de edad, pero hemos llegado hasta los 14 años. Se ponen un casco de electroencefalografía de un canal que se puede obtener en *Amazon* y que no es costoso. Cuanto más relajados estén, más brilla la luz en la mansión embrujada en el juego. Cuanto más ansiosos se ponen, más oscuro se pone en el juego. Tienen este circuito de retroalimentación intensa de su espacio mental literal que se representa fuera en un contexto de juego.

A menudo tratamos de enseñar a los niños en la terapia cognitivo-conductual habitual que sus pensamientos modifican la forma en que sienten y la forma en que el mundo externo reacciona a ellos, pero ellos nunca nos creen; piensan que les estamos mintiendo. Pero cuando tienen un juego que les demuestra en realidad que cuando respiran profundamente o reevalúan una situación en el contexto del juego, la luz se enciende y tienen más poder, realmente aprenden la lección. Es terapia de exposición y reentrenamiento cognitivo y revaloración en lo que se basa este juego.

Tenemos estudios aleatorizados controlados que demuestran que podemos reducir la ansiedad a la mitad en los chicos después de que juegan un mínimo de cinco sesiones de una hora por semana.⁴ Hemos demostrado que podemos obtener los mismos beneficios que con la terapia cognitivo-conductual en estas personas jóvenes lo cual es un logro enorme.⁵ Ningún otro juego ha podido demostrar este tipo de resultados.

También hemos realizado estudios aleatorizados controlados de *MindLight* en niños con autismo, de los cuales 75 % tiene ansiedad concomitante.⁶ La mayor parte de la calidad de vida y el funcionamiento en el autismo en la infancia tiene mucho que ver con el hecho de que los niños estén o no ansiosos, y cuán ansiosos están y en qué contexto. Demostramos que *MindLight* de hecho fue mejor que el tratamiento habitual de acuerdo con los padres, y más o menos igual de acuerdo con los niños, para disminuir su ansiedad.

Llevar estos al mercado comercial significaría que más personas tengan acceso a estos juegos evaluados muy rigurosamente. Pues hay alrededor de más de 2.000 aplicaciones para la depresión, y menos de 1 % se ha evaluado de alguna forma científicamente rigurosa. Hay muchas afirmaciones en el aire, y muy pocos datos reales para demostrar que son efectivas.

Usted ha estado en este campo durante dos décadas. ¿Cómo se han modificado las actitudes en torno a los videojuegos y la tecnología?

DG: Cuando comencé a hacer esto lo divertido era mostrarlo a los profesionales clínicos, quienes en general eran antijuegos y no tenían idea de qué tan lejos habíamos llegado desde *Pac-Man* e *Invasores del espacio*.

Y yo me ubicaba en esa categoría; comencé a jugar a los 42 años. Solía haber mucha más resistencia y preocupación por ser reemplazado. Pero cuando hablo con profesionales clínicos, cada vez con mayor frecuencia reconocen que esas experiencias digitales podrían tener tanto beneficios como daños.

Hemos dicho por cientos de años que cualquier nueva tecnología es parte del problema de ansiedad en nuestros jóvenes. Lo dijimos del *rock and roll*, lo dijimos de la radio e incluso dijimos que los diarios estaban volviendo antisociales a las personas.

Referencias

1. The Business research Company. Video Gaming Reaches an All-time High Since COVID-19 Lock-down Initiation, Reports TBRC. Cision. 5 May 2020. Fuente
2. Granic I, Lobel A, Engels RCM. The benefits of playing video games. *Am Psychol*. Ene 2014;69(1):66-78. doi: 10.1037/a0034857. PMID: 24295515. Fuente
3. Wols A, Poppelaars M, Lichtwarck-Aschoff A, Granic I. The role of motivation to change and mindsets in a game promoted for mental health. *Science Direct*. 20 Ago;100371(35). doi: 10.1016/j.entcom.2020.100371. Fuente
4. Schoneveld EA, Malmberg M, Lichtwarck-Aschoff, Verheijen GP, y cols. A neurofeedback video game (MindLight) to prevent anxiety in children: A randomized controlled trial. *Science Direct*. Oct 2016;321-333. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.005. Fuente
5. Van Starrenburg MLA, Kuijpers RCMW, Kleinjan M, Hutschemaekers GJM, y col. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Indicated Prevention Program for Children with Elevated Anxiety Levels: a Randomized Controlled Trial. *Prev Sci*. Ene 2017;18(1):31-39. doi: 10.1007/s11121-016-0725-5. PMID: 27822663. Fuente
6. Wijnhoven LAMW, Creemers DHM, Engels RCME, Granic I. The effect of the video game Mindlight on anxiety symptoms in children with an Autism Spectrum Disorder. *BMC Psychiatry*. 1 Jul 2015;15:138. doi: 10.1186/s12888-015-0522-x. PMID: 26129831. Fuente

**Medscape, John Watson;
Noticias y Perspectivas
17 de julio de 2020**

ADENDUM

“YO NO SÉ SI DIOS EXISTE; PERO SI EXISTE, SÉ QUE NO LE VA A MOLESTAR MI DUDA”

MARIO BENEDETTI

Paso de los Toros, Tacuarembó, 14 de septiembre de 1920-Montevideo, 17 de mayo de 2009) fue un escritor, poeta, dramaturgo y periodista uruguayo. Autor de novelas como *La tregua* y *Gracias por el fuego*, además de numerosos y exquisitos poemas.



