Boletín
Red Pediátrica Argentina®
Prevención en Salud

C.A.B.A. - Distribución Gratuita

Año 16 - # 48 - Diciembre 2022

Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P Garrahan

Compromiso visual: el lado poco conocido de la selectividad alimentaria en los niños

Hospital de Niños
Dr. Ricardo Gutiérrez

Fibrosis Quística: un milagro de la ciencia

Estudio de Holter en pediatría

Eventos y Actividades

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Es Gratuito

DERECHO DE LAS PERSONAS GESTANTES:

- RECIBIR **TRATO DIGNO** Y **CONFIDENCIALIDAD**
- RECIBIR **INFORMACIÓN** DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR Y **CUIDADOS POSTERIORES**
- CONTAR CON **ATENCIÓN DE SALUD** DURANTE **TODO EL PROCESO**
- RECIBIR **EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL, ASESORAMIENTO** Y **PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Se puede acceder a través de servicios públicos de salud, obras sociales y entidades de medicina prepaga.

O.S.J.O.N.R.

Obra Social de Jefes y Oficiales Navales de Radiocomunicaciones

RNOS 1-1320-5

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Centro de Atención Telefónica

0800-222-72583

Asesoramiento Gratuito

www.sssalud.gob.ar

Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 9 a 19 hs.

24 de Noviembre 645 - C.A.B.A. - República Argentina

sumario

Hosp. de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan

4 Compromiso visual: el lado poco conocido de la selectividad alimentaria en los niños.

Hosp. de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

7 Fibrosis Quística: un milagro de la ciencia

11 Evento Día Internacional de la Prevención del Abuso Sexual hacia las Infancias y adolescencias

12 Estudio de Holter en pediatría

14 Participación de RED en eventos y actividades

UNITE A NUESTRA RED

año 17 - # 48 - Diciembre 2022

Directora / Propietaria:
Andrea E. Millán

Tesorera:
Marilina Tomasoni

Agradecimientos:

Dra. Carla Florencia Miranda
Dra. Gisella Mariel Sánchez
Dra. Viviana Raquel Abudi
Dra. Adriana Cristina Fandiño
Dra. Viviana Alejandra Rodríguez
Dra. Daniela Pastaro
Dr. Rubén Sosa

Publicidad:
M.A.T. *(011) 1536296525*

Diseño:
ap/dg - *ap.disgraf@gmail.com*

Imprenta:
Creamos Gráfica
11 6356 9191
Av. Francisco Beiró 5635
CABA

Redacción
Av. Corrientes 1847 piso 8 "C" (1045) C.A.B.A.
+54 9 11 6836-5033
redpediatricaarg@yahoo.com.ar

www.redpediatricaarg.com.ar

Registro de Publicaciones Periódicas Legajo N°: RL-2019-64277747-APN-DNDA#MJ

Boletín Red Pediátrica Argentina es una publicación cuatrimestral, de distribución gratuita. Distribución on line. Los documentos y notas firmadas son responsabilidad exclusiva de sus autores y no representan necesariamente la opinión de ésta editorial. Prohibida su reproducción total o parcial.

Agradecemos el envío de opiniones y comentarios

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan

Una alimentación saludable es fundamental para el correcto desarrollo de los niños. Probablemente esta frase se escuche muy frecuentemente y, ante la repetición, se le reste cierta importancia. Sin embargo, es realmente esencial que los niños y adolescentes reciban una alimentación variada y saludable, tanto para su crecimiento y rendimiento físico e intelectual, como para evitar serios problemas de salud. En esta oportunidad, vamos a referirnos a las graves consecuencias que pueden presentarse en la visión y en los ojos de un niño con una mala alimentación.

Compromiso visual: el lado POCO CONOCIDO de la selectividad alimentaria en los niños

Dra. Carla Florencia Miranda
M.N. 168143. Médica Oftalmóloga. Becaria del Servicio de Oftalmología.

Dra. . Gisella Mariel Sánchez
M.N. 146569. Médica Oftalmóloga especialista en Oftalmopediatría. Médica del Servicio de Oftalmología.

Dra. Viviana Raquel Abudi
M.N. 68958. Médica Oftalmóloga especialista en Oftalmopediatría y Glaucoma Infantil. Jefe de Clínicas del Servicio de Oftalmología.

Dra. Adriana Cristina Fandiño
M.N. 80186. Médica Oftalmóloga especialista en Oftalmopediatría y Oncología Infantil. Jefe de Servicio de Oftalmología.

¿Por qué las vitaminas y minerales son importantes para la visión? Todas las células que forman las distintas estructuras de los ojos requieren de estos nutrientes para funcionar adecuadamente. Además, los niños y adolescentes también los necesitan para que estos tejidos crezcan y se desarrollen de forma apropiada.

Una de las consecuencias más graves de una mala nutrición es la Hipovitaminosis A, o falta de vitamina A. Esta carencia en el cuerpo determina el mal funcionamiento de las células de la retina (estructura que se encuentra en la parte posterior del globo ocular y que se observa en el examen de fondo de ojos) y de la córnea y la superficie ocular (que es el área más superficial de los ojos). Los niños pueden manifestar disminución de la visión, problemas para manejarse de noche, molestias en los ojos y dificultad para abrir los ojos en condiciones de luz intensa o moderadamente intensa. Al principio, las alteraciones son más leves y pueden tratarse de forma completa. Pero, a medida que la carencia de vitamina aumenta y se prolonga, los daños se hacen cada vez más graves y, en el peor de los casos, son capaces de conducir a una pérdida irreversible de la visón.

La carencia de vitamina A, complejo B y de otras vitaminas y nutrientes, también tienen la capacidad de afectar el nervio óptico, que es la conexión entre los ojos y el cerebro. Esta estructura también puede evaluarse mediante el examen de fondo de ojos.

En los últimos años recibimos con frecuencia pacientes que consultaban por algún grado de compromiso visual o molestias en los ojos.

Los hallazgos oftalmológicos fueron muy variados, como explicamos anteriormente: desde manifestaciones de un síndrome de ojo seco muy severo con lesiones corneales; hasta el compromiso visual severo e irreversible dado por la neuropatía óptica nutricional.

Lo cierto fue que, mediante una buena anamnesis dirigida a los padres y un

Controles oftalmológicos obligatorios (SAOI: Sociedad Argentina de Oftalmología Infantil)

examen oftalmológico completo, evidenciamos que todos los hallazgos eran el resultado de la selectividad alimentaria y del consecuente déficit vitamínico-nutricional que estos pacientes presentaban.
De igual forma, todos los niños fueron estudiados de manera integral. Se realizaron análisis de laboratorio, los cuales confirmaron en todos los casos el déficit vitamínico-nutricional, y fueron evaluados por los servicios de pediatría clínica, salud mental y nutrición.

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PREVENIR ESTOS PROBLEMAS?

En primer lugar, valorar la calidad de alimentación de los niños y, en segundo lugar, realizar los controles pediátricos y oftalmológicos de rutina.
Una buena alimentación no es sinónimo de comida abundante. Lo primordial es la variedad de alimentos, para que puedan incorporarse todos los nutrientes necesarios: vitaminas, minerales, proteínas, hidratos de carbono y grasas, en las cantidades adecuadas.
El aspecto que queremos destacar en esta publicación es la hiperselectividad alimentaria. Se puede observar desde el rechazo general a la comida hasta la selectividad hacia ciertos sabores y texturas.
Este problema se ve con mucha frecuencia en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El mismo se caracteriza por alteraciones en la interacción social, conductas repetitivas y rechazo a los cambios. La etiología es multifactorial. Los síntomas aparecen de forma variable a partir de los 18 meses de edad. Sin embargo, puede diagnosticarse a edades mayores. El diagnóstico no siempre es claro desde el inicio, lo debe realizar el pediatra y generalmente se requieren varias consultas para confirmarlo.
Es probable que algunos niños con TEA presenten alteraciones sensoriales que ocasionen selectividad hacia determinados tipos de alimentos y rechazo de muchas comidas. Por otra parte, cambiar el contenido y la presentación el plato puede constituir un reto ya que estos niños se caracterizan por la inflexibilidad.
Muchas veces esta hiperselectividad pasa desapercibida; o se considera un ¨hábito normal¨ que algunos niños rechacen alimentos. Pero no se debe normalizar esta situación, porque conlleva un gran riesgo para la salud.
Entonces, ¿los niños sólo presentan selectividad alimentaria si tienen TEA? No. Lamentablemente la selección de ciertos alimentos, texturas o presentaciones también se observa en niños sin TEA. En muchos casos, se trata de niños que atraviesan etapas de cambio o conflicto (mudanza, nacimiento de un hermano, separación de los padres, fallecimiento de

un familiar) y en otros, es solamente la manifestación de la falta del hábito para incorporar nuevos alimentos a medida que crece.

A modo de conclusión, consideramos que es importante tanto para los padres como para los médicos, conocer este aspecto poco divulgado y conocido sobre la **selectividad alimentaria en los niños y sus consecuencias sobre la salud ocular y general.**

Para concluir, queremos destacar que una alimentación variada es fundamental. Es recomendable hacer que los niños incorporen nuevos alimentos de forma gradual desde los primeros años de vida. Si existen problemas para crear hábitos saludables, es aconsejable que los padres consulten con el pediatra y, si es necesario, con un nutricionista. Además, aconsejamos no olvidar el control oftalmológico anual para detectar posibles alteraciones en el desarrollo visual de los infantes.

Centro Empleados de Comercio Zona Norte

osecac

3 de Febrero 592 - San Fernando
Tel.:4745-8951 /56

Colegio Guadalupe

Fundado en el año 1903

Nivel Inicial – EGB y Primaria - Nivel Medio
Campo de Deportes en Pilar

Paraguay 3925 (C1425BSC) C.A.B.A. - (011) 4823-5626
administración@guadalupe.com.ar - **www.guadalupe.com.ar**

Hospital de Niños
Dr. Ricardo Gutiérrez

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad crónica hereditaria frecuente en la raza caucásica, que se caracteriza por ser de trasmisión autosómica recesiva con expresión geno y fenotípica variable.

FIBROSIS QUÍSTICA: un MILAGRO de la CIENCIA

Dra. Viviana Alejandra Rodríguez
M.N. 86422/ M.P. 54548

Médica de Planta Neumonóloga Pediatra del Centro Respiratorio y Miembro del Equipo de Fibrosis Quística del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Referente de 3° Nivel del Programa de Pesquisa Neonatal del Gobierno de la Ciudad para la enfermedad Fibrosis Quística.

Presenta una incidencia aproximada de 1: 2500 recién nacidos a nivel mundial y de 1: 8446 según el Programa de Pesquisa Neonatal para Fibrosis Quística de la Ciudad de Buenos Aires, coincidiendo aproximadamente con lo publicado a nivel país.

La alteración principal es consecuencia de un defecto a nivel de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana o CFTR, según sus siglas en inglés, cuyo gen fue clonado en 1989. Esta alteración da como resultado la ausencia o disfunción de la proteína que regula el transporte de iones a través de la membrana apical de las células de superficie del epitelio de los órganos involucrados , dando como resultado , por ejemplo, a nivel pulmonar, la producción de secreciones muy espesas, que obstruyen la luz bronquial, facilitando la inflamación e infección, con posterior daño irreversible del parénquima pulmonar generando así un círculo vicioso que caracteriza a la enfermedad.

La diversidad de manifestaciones clínicas es amplia, con diferentes modos de presentación al momento del diagnóstico (desde lactantes diagnosticados por pesquisa neonatal hasta adultos diagnosticados por infertilidad) y con diferentes grados de compromiso de los órganos involucrados. Presenta compromiso multisistémico pero la afectación del aparato respiratorio y sus complicaciones son los determinantes más importantes en la morbimortalidad de esta patología.

Numerosos son los elementos que determinan el tipo de evolución y comportamiento clínico que van a tener los pacientes con FQ, sin embargo, existe consenso en definirla como una patología grave, que se traduce en un acortamiento en la expectativa de vida.

Cuando en 1938 fue reconocida por primera vez como entidad patológica específica, más del 70% de los niños enfermos morían antes de cumplir su primer año de vida. La sobrevida ha ido incrementándose conforme fueron apareciendo diversas estrategias terapéuticas, pero fundamentalmente desde la implementación de los distintos protocolos de pesquisa neonatal que permiten la detección temprana de la enfermedad y así la posibilidad de tratamiento en forma precoz.

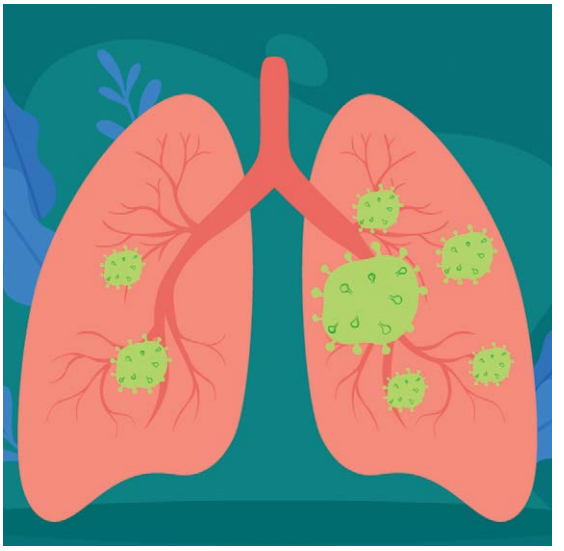
Según datos del Registro Americano de Pacientes con FQ (Cystic Fibrosis Foundation), la media de sobrevida estimada actualmente es de 47 años, y se estima que esto ira aumentando aún más a partir de la incorporación de los nuevos tratamientos conocidos como moduladores y correctores del CFTR.

Actualmente a nivel mundial está reconocido que la pesquisa de diversas enfermedades neonatales debe formar parte de los programas esenciales preventivos en salud pública. La fibrosis quística es una de las enfermedades incorporada en estos programas y el diagnóstico realizado por pesquisa neonatal es cada vez más frecuente. Su principal objetivo es prevenir y reducir el daño irreversible a nivel pulmonar, optimizar el estado nutricional y mejorar la calidad de vida.
La mayoría de los protocolos de pesquisa utilizados comienzan con la medición en sangre de la Tripsina Inmuno Reactiva (TIR), que es una enzima pancreática que se encuentra elevada en los pacientes con FQ, tomada en muestra de sangre del recién nacido luego de las 48 hs de vida. Es un método muy sensible, pero requiere de una segunda medición de TIR, o análisis de mutaciones genéticas, para aumentar especificidad.
En 1989 se descubre el gen del CFTR y muchos países comenzaron a incorporar el estudio genético en los algoritmos de pesquisa neonatal. Es un método muy sensible y especifico, pero debe tenerse en cuenta a qué población va dirigida al momento de elegir el panel mutacional.
El diagnóstico siempre debe confirmarse con Test del sudor, según método descripto por Gibson y Cook. en 1959, que sigue siendo el método Gold estándar para diagnóstico de la enfermedad.
En 1994, en Argentina, se sancionó la Ley 24438 que incorporó a la Fibrosis Quística en la pesquisa neonatal. En la mayoría de las provincias de nuestro país la estrategia utilizada es la medición doble TIR. Desde el año 2002, se implementó el Programa de Pesquisa Neonatal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires del cual el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez constituye el centro de derivación de Tercer nivel para su diagnóstico y tratamiento.
Hasta agosto de 2017 la estrategia utilizada para pesquisa neonatal en Ciudad de Buenos Aires era TIR/TIR. En muestra de sangre tomada luego de las 48 hs de vida se analizaba TIR, si esta se encontraba con valores de 60 ng/ml o mayor debía repetirse una segunda muestra antes de los 25 días de vida. Si esta muestra era nuevamente elevada se derivaba al paciente para realizar test del sudor para descartar o confirmar el diagnóstico. Este método tenía como principal desventaja el alto número de recitaciones tanto para realizar segunda muestra de TIR como para realizar Test del Sudor.
Por este motivo a partir del 2017 y luego de realizar un estudio prospectivo que abalo el cambio, la estrategia utilizada actualmente en el Programa de Pesquisa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires es TIR/PAP (Proteína Asociada a la Pancreatitis). Si la muestra de TIR es patológica (60 a 100 ng/ml), y el dosaje de PAP es mayor a 1.6, se deriva al paciente a realizar Test del sudor. Si la TIR es mayor a 100 ng/ml y la PAP es mayor a 0.5, también se deriva para realizar test del sudor. Con esta nueva estrategia se evita la recitación del paciente.
Hasta la fecha, se han reportado más de 2000 mutaciones diferentes asociadas a la enfermedad, pero sólo alrededor de 350 variantes son clínicamente significativas. De acuerdo con un criterio funcional, las mutaciones en el gen CFTR pueden ser divididas en 2 grandes grupos. Dentro del primer grupo se encuentran las que no producen proteína funcionante, que son las de clase I, II, III y VII relacionándose con un fenotipo más severo de la enfermedad. En el segundo grupo están las que conservan algo de función, llamadas con función residual, que producen alteración en la conducción del canal y reducción de la síntesis de la proteína o estabilidad de ésta, entre las cuales están las de clase IV, V y VI (relacionadas con un fenotipo más leve de la enfermedad). La mutación P508del es la más frecuente siendo de clase II. Cada vez más es importante el conocimiento de la mutación dado que esto nos permitirá saber si el paciente aplica para los nuevos tratamientos moduladores y correctores del CFTR.
Según la edad del paciente, pueden presentar distintos síntomas y signos que deben hacer sospechar la enfermedad. (Tabla 1)
El compromiso multisistémico establece la importancia de un tratamiento supervisado por un equipo multidisciplinario y un seguimiento en un centro especializado en el manejo de esta patología constituyendo los objetivos principales: mantener una buena nutrición y retrasar la infección por gérmenes específicos que aceleran el compromiso pulmonar lo que se asocia a una mayor supervivencia y calidad de vida.
Si bien el marcador de evolución en esta entidad es esencialmente la patología respiratoria, también la clínica va a depender de la patología digestiva y nutricional, así como también de la aparición de complicaciones no respiratorias como enfermedad hepática y diabetes.
Son pacientes que presentan una susceptibilidad aumentada a las infecciones endo bronquiales por gérmenes característicos que tienen una cronología de aparición peculiar propia de la enfermedad, lo que lleva a un deterioro progresivo produciendo bronquiectasias y fibrosis que conducen finalmente a la insuficiencia respiratoria. Algunos pacientes diagnosticados por pesquisa neonatal pueden mantenerse asintomáticos o presentar taquipnea en los primeros meses de vida, con aumento progresivo de las secreciones bronquiales por disminución del clearence mucociliar. En general aparecen síntomas respiratorios hacia el tercer mes de vida en la mayor parte de los pacientes. La tos suele ser uno de los primeros síntomas. Al principio es seca, persistente, nocturna o matinal y puede acompañarse o no de síntomas de obstrucción bronquial recurrente o persistente. Conforme va pasando el tiempo, la tos suele volverse más productiva y continua, con movilización de secreciones.
La historia natural de la enfermedad hace que los pacientes evolucionen con síntomas diarios que se

intensifican periódicamente en forma de "exacerbaciones respiratorias" que requieren diferentes grados de intervención desde el punto de vista médico que garanticen al paciente la vuelta a su estado basal previo, para evitar o enlentecer el deterioro progresivo de la función respiratoria.

Tres son los pilares fundamentales en el tratamiento general de estos pacientes:
- Normas de cuidado general
- Normas de manejo nutricional
- Normas del manejo de la patología pulmonar

NORMAS DE CUIDADO GENERAL: explicar a los padres sobre la enfermedad y su manejo, ofrecer acceso a consejo genético y la posibilidad de estudiar a sus hermanos. Implementación de todas las medidas necesarias para evitar la infección cruzada. Facilitar el contacto con los miembros del equipo tratante.



- Tabla 1

Recién nacido	Íleo meconial (10 a 15% de los casos) Asintomático (pesquisa neonatal) Tos, taquipnea, Escasa Ganancia de peso Ictericia prolongada
Menores de 2 años	Obstrucción bronquial recurrente Bronquitis crónica Atelectasias recurrentes o persistentes (a predominio de lóbulo superior derecho) Escaso desarrollo pondo estatural, Esteatorrea Edema, anemia, hipoproteinemia Síndrome de pérdida de sal, Prolapso rectal
Escolares	Infecciones respiratorias recurrentes Bronquiectasias, Tos crónica, Pólipos nasales Cultivos de esputo con Staphylococcus aureus y/o Pseudomonas aeruginosa Escaso desarrollo pondo estatural Malabsorción
Adolescentes	Reagudizaciones respiratorias frecuentes Rinosinusopatía y pólipos, Bronquiectasias Atelectasias, Hemoptisis, Neumotórax ABPA, Infección por micobacterias atípicas Insuficiencia respiratoria progresiva

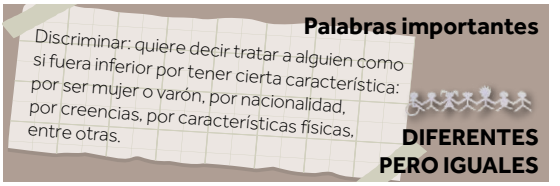
NORMAS DEL MANEJO NUTRICIONAL: Múltiples factores influyen en el estado nutricional de un paciente con Fibrosis Quística: suficiencia pancreática, genotipo, dietas y costumbres alimentarias, suplementos nutricionales, severidad de la patología pulmonar y posiblemente la edad al diagnóstico. Es necesario mantener un balance energético – proteico adecuado durante la edad pediátrica para poder mantener una buena velocidad de crecimiento corporal y desarrollo de los distintos sistemas. Una óptima evaluación anual del estado nutricional debe incluir: evaluación de la densidad ósea, tolerancia a la glucosa, valoración de parénquimas completos y evaluación de valores de micronutrientes.
El 85 % de los pacientes presenta insuficiencia pancreática y utilizamos para evaluarla medición de elastasa en materia fecal (valor normal: > 200 mcg/gr). Un soporte nutricional temprano y agresivo, que incluye dietas con alto contenido calórico, híperproteica y no restringida, sumado a un reemplazo enzimático adecuado se relaciona siempre con un mejor crecimiento y una mejor función pulmonar.

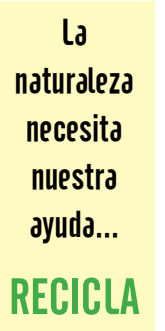
MANEJO DE LA PATOLOGÍA PULMONAR: aspectos fundamentales a tener en cuenta: clearance muco ciliar (indicación de técnicas de drenaje bronquial en forma precoz) y manejo de las infecciones pulmonares. El tratamiento antibiótico está dirigido a la prevención, erradicación y control de la infección respiratoria. El tratamiento precoz e intensivo de la aparición de los primeros gérmenes, como la P. aeruginosa (PA), el tratamiento de la infección crónica, así como la agresividad de los tratamientos durante las exacerbaciones, han logrado disminuir la morbilidad de estos pacientes y aumentar su supervivencia en los últimos años.

Hasta hace unos años, el tratamiento de la enfermedad estaba dirigido a disminuir solamente los síntomas. En la última década, se han desarrollado moléculas que tienden a corregir el defecto básico de la proteína y son los llamados moduladores del CFTR. Entre ellos contamos con los potenciadores, que logran aumentar el tiempo de apertura del canal de cloro y por lo tanto mejoran el flujo del ion a través de la membrana, y los correctores que liberan el defecto de la circulación de la proteína logrando que el CFTR alcance la membrana celular. El Ivacaftor es un potenciador que hoy en día existe en el mercado y ha logrado mejorar significativamente la función pulmonar, disminuir las exacerbaciones y mejorar el peso de los pacientes. Está indicado en las mutaciones clase III y en algunas de clase IV y V, disponible ya para su uso a partir del cuarto mes de vida. El Lumacaftor, es un corrector, que en combinación con el Ivacaftor, está indicado en los pacientes P508del homocigota, y ha demostrado un aumento discreto en la función pulmonar y una disminución significativa en las exacerbaciones. El Tezacaftor es otro corrector que junto con el Ivacaftor está indicado en los homocigotas P508del y en heterocigotas con algunas mutaciones residuales. También ha demostrado mejorar la función pulmonar y disminuir las exacerbaciones respiratorias.

Finalmente, en los últimos 3 años, ha cambiado en forma significativa la evolución de los pacientes, dado que se descubrió un nuevo corrector, Elexacaftor, que combinado con el Tezacaftor y el Ivacaftor, aumenta en gran medida la función pulmonar, disminuye a más de la mitad las exacerbaciones respiratorias y desciende significativamente el cloro en el sudor. La combinación de estas 3 drogas se denomina triple terapia. Desde octubre de 2019 en EE.UU. y desde octubre 2021 en Argentina, contamos con la mencionada triple terapia moduladora). Está indicada para pacientes FQ con 6 años o más que al menos tengan una mutación P508del y ya se están realizando estudios que permitirán utilizarlos a partir de los 2 años de vida.

De esta forma, hoy en día conociendo la enfermedad, la posibilidad de su diagnóstico temprano a partir de la implementación de la pesquisa neonatal y la existencia de un tratamiento farmacológico específico según la mutación del paciente, disponible para casi el 90 % de los pacientes con esta enfermedad que modifica su evolución y prolonga la expectativa de vida, esto es considerado “un milagro de la ciencia”.





En el Día Internacional de la Prevención del Abuso Sexual hacia las infancias y adolescencias, se realizó una barrileteada organizada por el Dr. Ruben Sosa, pediatra infantil, para visibilizar la problemática y concientizar sobre la veracidad de los relatos a través de la frase ***Yo te Creo****. Red Pediátrica adhirió a la jornada.*

ALGUNOS INDICADORES DE ABUSO EN LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

INDICADORES PSICOLÓGICOS ALTAMENTE ESPECÍFICOS:
• La revelación por parte del niño, niña o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales.
• Síndrome de estrés postraumático (cuando no haya padecido enfrentamiento a la muerte o a un accidente grave de acuerdo al DSM V -Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-).

INDICADORES PSICOLÓGICOS COMPATIBLES CON PROBABLE ABUSO:
• Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas.
• Masturbación compulsiva.
• Variantes peculiares de los juegos de "médicos", "los novios" o "el papá y la mamá".
• Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños, niñas o adolecentes en los juegos sexuales.
• Juegos sexuales con otros niño/a o adolescente mucho menores, o que están en un momento evolutivo distinto.
• Acercamientos peculiares a los/as adultos/as (tratar de tocar u oler los genitales del adulto).
• Acomodarse sobre un adulto/a en la cama y simular movimientos de coito.
• Pedir que le introduzcan o tratar de introducir la lengua al besar.
• Conocimientos sexuales inusuales para la edad.
• Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual (en adolescentes).

INDICADORES FÍSICOS ESPECÍFICOS:
• Lesiones en zona genital y/o anal.
• Sangrado por vagina y/o ano.
• Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado (asociadas a hallazgos anteriores).
• Marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis de la vulva.
• Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, VIH -HIV / sida- no preexistente al momento del nacimiento, hepatitis B, gonococcia).
• Flujo vaginal patológico, con presencia de gérmenes no habituales (clamidia, tricomonas) en la flora normal de la niña o adolescente.
• Condilomas por HPV vaginal y bucal.
• Embarazo.

INDICADORES FÍSICOS INESPECÍFICOS:
• Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa, en especial cuando se asocian).
• Fenómenos regresivos como la enuresis (remisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños/as que ya habían logrado el control de esfínteres.
• Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable.
• El flujo vaginal (en las niñas no es normal, especialmente en las pre-púberes).

Si el abuso se devela por que el niño o niña lo cuenta, es importante que quien toma conocimiento tenga la capacidad de habilitar un espacio de escucha. Hacer demasiadas preguntas o querer saber mayores detalles pueden agravar el daño. Es recomendable que pueda hacerse una escucha atenta, dejando que se exprese espontáneamente en un espacio adecuado, sin interrupciones, juzgamientos, o culpabilizaciones, transmitiendo que la situación que se revela es de interés para el interlocutor.

¿QUÉ NO HACER?

Criticarlos, amenazarlos, darles órdenes, aconsejarlos, culpabilizarlos, negar o desmentir lo que cuentan, atemorizarlos, interrumpirlos, moralizar.

https://www.gba.gob.ar/asi/pautas

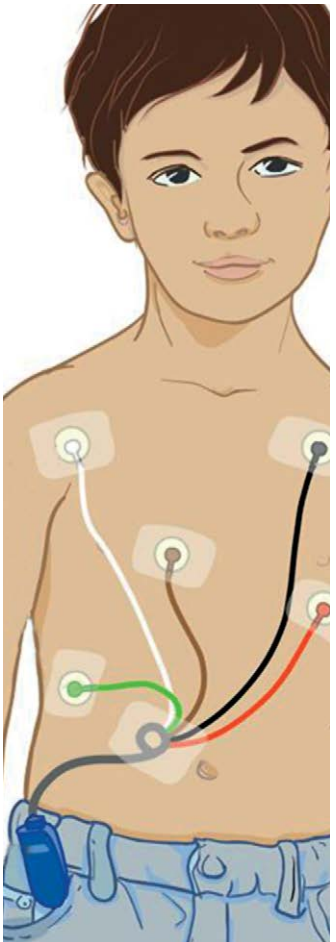
El estudio de Holter es un estudio médico que consiste en la monitorización ambulatoria y de manera continua de la actividad eléctrica del corazón, durante la actividad diaria habitual del paciente.

ESTUDIO DE HOLTER en pediatría

Dra. Pastaro Daniela
M.N. 148255

Pediatra, Cardióloga Infantil
Hospital de Niños
Ricardo Gutiérrez

Se coloca un pequeño dispositivo llamado monitor Holter el cual tiene 5 cables (característica de los dispositivos de nuestro servicio aunque pueden tener más cables) que se fijarán al pecho del niño por medio de adhesivos denominados electrodos durante al menos 24 hs y en determinadas oportunidades por el lapso de 48 hs. Así durante este tiempo, el dispositivo registra continuamente la frecuencia y el ritmo cardíaco.



¿Por qué el cardiólogo infantil podría indicar un estudio de Holter?
Algunas de las razones que se incluyen para realizar este estudio Holter son:

- Dolor en el pecho de causa no determinada.
- Latidos irregulares, rápidos o fuertes (palpitaciones).
- Hallazgos anormales en electrocardiograma.
- Cansancio, falta de aliento, mareos o desmayos, que podrían deberse a un problema cardíaco.

Es decir, frente a la sospecha de arritmias (alteración del ritmo cardíaco) y de esa manera realizar la detección, cuantificación y mecanismo de las mismas, así como también valorar el riesgo en pacientes con arritmias sintomáticas y asintomáticas y evaluar la eficacia de la terapia antiarrítmica si la estuvieran recibiendo.

¿Existen contraindicaciones para el estudio de Holter?
No, ya que es un método no invasivo (no implica incisiones del cuerpo ni la ingesta de medicamentos). En raras ocasiones, los niños pueden tener una reacción alérgica al adhesivo de los electrodos colocados en el pecho.

¿Requiere preparación para realizar el estudio de Holter?
No, sólo es necesario explicar al niño acerca del estudio. No necesita estar en ayunas, puede ingerir alimentos. No provocará dolor. Es un estudio que debe representar la actividad de habitual del niño, por lo que puede continuar con sus actividades diarias: podrá asistir al colegio y realizar actividad física, sólo deberá evitar deportes de contacto (posibilidad de golpe) por el riesgo de rotura del monitor y actividades en el agua (natación) o bañarse ya que el mismo podría mojarse y dañarse.

¿A qué se debe prestar atención durante el estudio de Holter?
En una hoja deberá anotar los posibles síntomas que perciba (palpitaciones, mareo, dolor en el pecho, etc.). Es muy importante que registre en forma exacta síntomas y actividades que realizó, para que luego se los pueda relacionar con los hallazgos del estudio Holter. Esto permitirá que el cardiólogo analice el registro del electrocardiograma en el momento que se produjo la molestia. Se deberá evitar la desconexión de los cables colocados en el pecho del niño. Tampoco deberá presionar ningún botón del monitor.

¿Qué ocurre una vez finalizado el monitoreo Holter?
Una vez finalizado el monitoreo, el responsable del niño o personal de salud a cargo de la colocación del holter retirarán los electrodos y el monitor del niño.
Luego, el dispositivo se conecta a una computadora donde se descargarán los datos grabados, se procesarán y se obtendrá información necesaria sobre la frecuencia cardiaca y las posibles alteraciones del ritmo.

NUEVO
HOLTER HT-103P
Premiado con el Sello de BUEN DISEÑO ARGENTINO

- Con botón de eventos paciente
- LED indicador de estado de grabadora
- Con NUEVA CONEXIÓN sin cable troncal
- Apto para uso en pacientes adultos, pediátricos y neonatales.

SBD Sello Buen Diseño argentino

eccosur®
www.eccosur.com

DÍA MUNDIAL DEL CORAZÓN 2022

USA ♥ PARA CADA ♥

Seguimos tejiendo redes y este año junto al Club Comunicaciones, a los instructores y alumnos del curso de RCP SEUBE, a SOCABA, y a los facilitadores y alumnos del curso de educación continua de Arteterapia SEUBE, realizamos una jornada de instrucción abierta y gratuita donde todos paticipamos!

Gracias a quienes nos acompañan siempre para que esto sea posible!
Gracias Lic. Karina Anatrella.

Con nuestra RED...

- *Estuvimos presentes en la Noche de los Museos junto al cuerpo Argentino de Socorrismo y Asistencia.*
- *Compartimos conocimientos con los papas en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierréz.*
- *Entregamos elementos para el cuidado de la salud.*
- *Agradecemos la invitación de las autoridades del Hospital General de Agudos Dalmacio Velez Sarsfield, al Dr. Juan Tapia, a la Dra. Mara del Campo y a la Lic. Karina Anatrella por convocarme a las Jornadas de Salud del equipo del Hospital.*
- *También despedimos con enorme cariño por retiro, luego de años de compromiso profesional, etico y amor a su trabajo a las Dras. María Grippo, Isabel Torres, Dres. César Viegas y Alberto Quilindro. Gracias a ellos por ser parte de nuestra red!*

VideoSwitch

DIGITAL INNOVATION

Acompaña a

RED PEDIÁTRICA

Prevención en Salud

VideoSwitch S.R.L.
Uspallata 3579 - C1437JCS
Distrito Tecnológico - C.A.B.A. Argentina
+54 11 4911 5551
www.videoswitch.tv

ASOCIACION CORREDORES TURISMO CARRETERA
ACTC
ARGENTINA
TURISMO CARRETERA
85
CUIDANDO SU
PASIÓN
DESDE SIEMPRE
Feliz 2023!
ACTC Argentina
Turismo Carretera ACTC
@actcargentina
actcargentina
ACTC Mobile