



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA CORRIENTES

www.sapctes@gmail.com



SEGUNDA
EDICIÓN

SEPTIEMBRE 2023



Estimados Socios:

He tenido el placer de compartir estos 2 años de gestión con el hermoso grupo humano que integra la **Comisión Directiva de la Sociedad de Pediatría de Corrientes**, personas que han demostrado una calidez y acompañamiento a la sociedad que merece del reconocimiento y mención correspondiente.

Muchas gracias a todas las personas que nos han acompañado a través de actividades de Formación Continua, a los disertantes, a todos aquellos que desde los distintos Comités Científicos han realizado un aporte a la sociedad, así como a cada socio que desde distintos puntos de la provincia integran esta familia pediátrica de Corrientes.

Agradezco a quienes han colaborado aportando el material con el que hoy contamos en las publicaciones; y un saludo muy especial a quienes integran el Comité Editor de esta Revista que tanto significa para nosotros -**Roxana Servín, Mirta Pedemonte y Cecilia De Los Reyes**- que hicieron posible contar con este valioso material que hoy podemos compartir.

Deseo que esta revista fortalezca los lazos de unión y comunicación entre socios y la región, con el enriquecimiento que significa para todos nosotros.

Saludos.



Roberto Julián Quincose
Presidente
Sociedad de Pediatría de Corrientes

FIESTA
Día del
PEDIATRA

20 - OCTUBRE 21:00hs
CENA BAILE: Salón Gran Paraná
Valor socios: \$15.000
No Socios: \$18.000
Más info: sapctes@hotmail.com

CONTENIDOS

Comisión Directiva Sociedad de Pediatría de Corrientes
Periodo 2021-2023

PRESIDENTE
Roberto Julián Quincose
VICEPRESIDENTE
Laura Ricagno
SECRETARIA GENERAL
María Elena Grachot
TESORERA
Mariana Valenzuela
PROTESORERA
Rosaura Sanz
SECRETARIA EDUCACIÓN CONTINUA
Natalia Omastott
PROSECRETARIA EDUCACIÓN CONTINUA
Silvia González
SECRETARIA DE ACTAS
Marianela Zalazar
PROSECRETARIA DE ACTAS
Valeria Heine
SECRETARIO RELACIONES INSTITUCIONALES
Maximiliano Rinas
PROSECRETARIA RELACIONES INSTITUCIONALES
Cecilia de los Reyes
SECRETARIA DE COMITES Y GRUPOS DE TRABAJO
Mirta Pedemonte
SECRETARIO DE MEDIOS Y RELACIONES COMUNICACIONALES
Luis Azula
VOCALES
Verónica Joerin
Roberto Ariel Vogelman
Julia Verdura
Esmeralda Arrien
Mariela Regueira
ASESOR TÉCNICO
Verónica Acosta

Comité Editorial de la Revista
Cecilia De los Reyes
Mirta Pedemonte
Roxana Servín

Diseño y Diagramación
Celina García Matta

DETECCIÓN NEONATAL DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO **2**

SER FACTORES PROTECTORES **4**

EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA EN PEDIATRÍA **6**

REFLUJO GASTROESOFÁGICO **10**

GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL **14**

CONSIDERACIONES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS **16**

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA LABOR DEL MÉDICO **18**

DETECCIÓN NEONATAL DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO



El período neonatal constituye una oportunidad para realizar medicina preventiva. La **pesquisa neonatal** es un estudio que se realiza en los recién nacidos (RN) después de las 48 h. de vida y antes del quinto día de vida, previo al alta institucional. Tiene por objetivo la detección oportuna de enfermedades congénitas, endocrinológicas y metabólicas que requieren tratamiento precoz.

La pesquisa neonatal, prueba de selección masiva neonatal, tamiz, cribaje o screening neonatal es una importante herramienta de Salud Pública que se utiliza para la detección precoz, de enfermedades que causan retardo mental, u otros daños que pueden ocasionar hasta la muerte del paciente.

En nuestro país, todos los recién nacidos tienen derecho a este estudio gratuito. La **Ley 26.279/07** establece la obligatoriedad de realizarlo tanto en los hospitales públicos como privados del país.

El procedimiento consiste en analizar una gota de sangre impregnada en papel de filtro, tomada mediante punción del talón, para la determinación de los niveles de fenilalanina (PKU), galactosa (GAL), biotinidasa (BIOT), 17 OH progesterona (17OH PROG), hormona estimuladora del tiroides (TSH) y tripsina

inmunorreactiva (TIR), para el diagnóstico de fenilcetonuria, galactosemia, déficit de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita, hipotiroidismo congénito y fibrosis quística respectivamente.

Debido a que éstas enfermedades son de muy baja incidencia y carecen de síntomas en el período neonatal, es necesario analizar a la totalidad de los recién nacidos para poder detectar al sospechoso.

La toma de muestra debe realizarse entre las primeras 48 horas y preferentemente antes del séptimo día de vida, post-ingesta láctea. El tratamiento debe instaurarse antes del mes de edad.

En el caso de tener valor elevado en alguna de las determinaciones se considerará sospechoso y deberá repetirse el test en la misma muestra. Si persiste elevado se efectuarán las pruebas necesarias para confirmar o descartar el diagnóstico.

El pediatra o neonatólogo tiene la responsabilidad de solicitar la pesquisa en el RN y de asegurarse el resultado después del alta.

Es fundamental completar todos los campos requeridos en la tarjeta, ya que los datos serán útiles para tomar decisiones y ubicar al paciente en caso de ser necesario.

Situaciones especiales:

- Si el RN requiere plasmaférésis o transfusión: tomar la muestra previa al procedimiento o luego del 7º día de realizado.
- Prematuros con EG < 35 semanas: realizar la pesquisa y repetir a las 37 semanas.
- RN con bajo peso (< 1.500 g): realizar la pesquisa y repetir cada 15 días hasta que alcance los 2.000 g.
- RN internado en Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN): realizar la pesquisa y repetir cada 15 días hasta el alta.
- RN sin aporte nutricional: tomar la muestra y repetir luego de 48 hs de ingesta láctea.

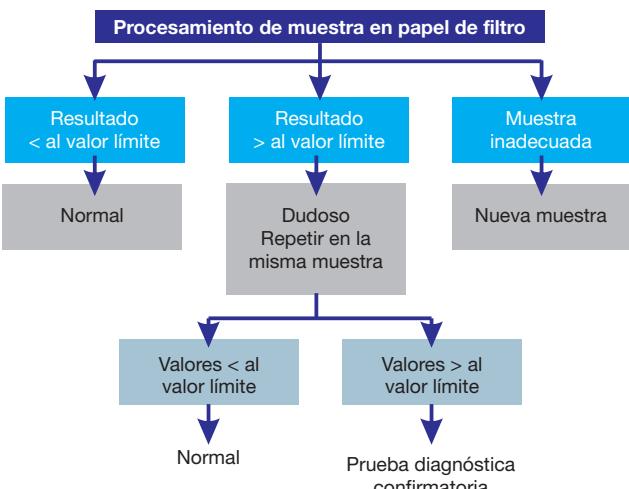
Existen tratamientos que interfieren en las determinaciones, por lo cual pueden obtenerse resultados falsos:

- **Clotrimoxazol y procaína-benzilpenicilina:** interfieren con la determinación de BIOT.
- **Dopamina:** interfiere con la determinación de TSH.
- **Corticoides durante el embarazo y/o periodo neonatal:** interfiere en la determinación de 17OH PROG.

Un resultado de pesquisa negativo no descarta enfermedad. Si el niño desarrollara síntomas sugestivos de alguna de las enfermedades, es indicación de realizar prueba confirmatoria en suero.

Desde 2006 el Ministerio de Salud Pública de la Nación inició la prueba de selección masiva neonatal. Desde 2004 ya se realizaba la pesquisa para PKU y TSH en Corrientes, con una cobertura de población muy baja. A partir de 2006 a través de la Dirección de Maternidad e Infancia provincial, fue incorporada al Programa de selección masiva neonatal del Ministerio de salud Pública de la Nación.

Interpretación de los resultados de las muestras



Manual de Procedimientos de Pesquisa Neonatal.
MSP de la Nación. Arg. 2010

El laboratorio de pesquisa neonatal funciona en el Hospital Materno-neonatal "Eloísa T. de Vidal" de Corrientes. Cuenta con la infraestructura necesaria y se encarga de derivar muestras para confirmar casos sospechosos y realizar el seguimiento de los positivos.

El tratamiento de los pacientes confirmados se realiza en el Hospital "Juan Pablo II", estando a cargo los Dres. Jorge Zappa, Amanda Benítez y Josefina Baruzzo y la licenciada en nutrición Iris Nebreda.

Es fundamental destacar que estas patologías no presentan signos y síntomas evidentes en etapas tempranas de la vida. A través de la pesquisa se las puede detectar precozmente e implementar tratamiento para prevenir discapacidades mentales y/o físicas irreversibles, mejorando la calidad de vida de los niños.

AUTORA

Bqca. Elsie Lecuna

Coordinadora Programa de Detección
Neonatal
Errores Congénitos del Metabolismo.
Corrientes.



SER FACTORES PROTECTORES

¿Soy un factor protector?

Tomarse un tiempo para atender, sentir y reflexionar acerca de esta pregunta resulta esencial.

Acostumbrados al bullicio de la sala de espera, los hospitales, las consultas simultáneas por Whatsapp, los/las pediatras necesitan de un tiempo para poder estar a solas, en silencio, y rumiar uno de los sentidos más profundos de su vocación: SER UN FACTOR PROTECTOR en el neurodesarrollo de los niños y niñas que llegan a su vida.

¿Qué implica ser un factor protector?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describió los factores protectores como aquellos que están orientados a prevenir, modificar y mejorar las condiciones de vida, favoreciendo contextos de menor riesgo para las personas y configurándose como un pilar imprescindible para una buena salud mental.

Repensar la importancia de SER un factor protector implica dejar de lado creencias y frases tales como “no se preocupe mamá, su hijo ya va a hacer click”; “ya va a madurar, usted se preocupa demasiado” y sustituirlas por una apertura hacia las intuiciones maternas, las sospechas que nacen de los padres atentos al desarrollo o las ansiedades que motorizan las consultas tempranas.

Particularmente, como psicopedagoga, observo con frecuencia cómo docentes y pediatras minimizan las preocupaciones y dudas de los padres, y por este motivo los niños y niñas llegan muy tarde a los procesos de diagnóstico y tratamiento de las dificultades de aprendizaje, cargando en sus corazones y experiencias frustración, inseguridad, bajo rendimiento, burlas, dolor y vulnerabilidad.

Cuando esto sucede, me pregunto: ¿Cómo fue que se llegó a este nivel de malestar? ¿Cómo ser factores protectores y no de riesgo? Tenemos mucha responsabilidad al respecto. Comenzando por la búsqueda de información, continuando con la formación y siguiendo con la toma de decisiones que asuman el compromiso de un trabajo interdisciplinario con otros profesionales y las familias,

sabiendo la enorme incidencia que tiene el ambiente en los procesos vinculados con la recuperación aun cuando existan factores genéticos en el paciente. Por lo tanto, alejarnos de la idea de trabajar sólo de las puertas del consultorio hacia adentro para ir en busca de la sinergia con el ambiente, es fundamental.

Sabemos que los pediatras son aquellos profesionales de confianza y referencia que los padres eligen para el cuidado de sus hijos. Por eso mismo, conocer las diversas señales de alarma de las dificultades específicas del aprendizaje (DEA), realizar interconsultas y derivaciones oportunas, son acciones que pueden cambiar el curso del neurodesarrollo de manera favorable.

Las DEA son alteraciones neurobiológicas que afectan la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático (Ley 27.306). En el caso de la dislexia, ésta se encuentra dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) de la American Psychiatric Association (2014), agrupada en los trastornos del neurodesarrollo como una dificultad específica del aprendizaje en la lectura/en la expresión escrita.

Diversos estudios afirman que la prevalencia de la dislexia es de un 5 a un 10% de la población. Según el Dyslexia Research Institute sólo el 5% está diagnosticado y por eso mismo se suele llamar a la dislexia como una dificultad oculta debido a su baja detección. Para cambiar esta realidad dislexia y familia (DISFAM) ha elaborado protocolos de detección según la etapa escolar del niño/joven que son de gran utilidad para fundamentar una derivación. Estos protocolos llamados -PRODISLEX- se pueden descargar desde la página oficial de DISFAM o bien desde cualquier motor de búsqueda en internet ya que se encuentran disponibles de manera gratuita.

Otro aspecto a considerar, como factor protector, es la capacidad resiliente de los niños con dislexia. Sabemos que la resiliencia está vinculada no solo con la capacidad de enfrentar la adversidad, sino también de beneficiarse y obtener un aprendizaje de ella. En este sentido, es esencial poder acompañar la evolución y la toma de conciencia de las mejorías que tanto el paciente como su familia

van logrando, así como acompañar los nuevos desafíos. Los factores protectores de la resiliencia están vinculados con la presencia de redes, por lo que, para las familias, contar con el apoyo y seguimiento del pediatra es de suma importancia, sobre todo en momentos donde las dudas, la vulnerabilidad, los miedos y la incomprendimiento acontecen en la vida escolar y familiar del paciente con dislexia.

Para profundizar sobre la dislexia, dejo el enlace de una presentación que he realizado con la Sociedad de Pediatría de Corrientes y que tiene por objetivo informar y sensibilizar acerca de la dislexia:

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1375469022809994&id=100010407279161

SER UN FACTOR PROTECTOR en la vida de los niños es CLAVE y una manera que puede ayudar a evaluar si lo estamos siendo es preguntarnos con frecuencia: ¿En cuántas pequeñas vidas pude cambiar el curso del desarrollo de manera positiva? Ojalá la respuesta sea: “MUCHÍSIMAS”



AUTORA

Daiana Carreira

Lic. en Psicopedagogía.

M. P. N°107

Integrante del Equipo de “PUERTO APRENDIZAJE”- Corrientes Capital.

EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA EN PEDIATRÍA

Introducción

“La audición es la base del desarrollo del Lenguaje” y “el oído es la puerta de entrada al cerebro”. Dos importantes afirmaciones con validez científica que resumen la importancia de la valoración auditiva en los niños.

Tanto a nivel nacional como internacional se llevan adelante programas de pesquisa auditiva y de atención temprana para evitar el impacto de la hipoacusia. Los controles de screening han logrado a lo largo de los años mayor validez científica. Se solicitan y realizan con mayor frecuencia, observándose un aumento en la credibilidad de sus resultados.

La certeza acerca del nivel de audición de un niño en edades tempranas habilita al profesional de salud, a reconocer en forma simple y oportuna los retrasos en el desarrollo de las habilidades comunicativas, lingüísticas y cognitivas. Lo habilita a tomar las mejores decisiones para derivación y el consejo terapéutico.

Por tal motivo, cuestionarse acerca de “cómo está escuchando” un niño en etapa escolar y/o en la etapa de desarrollo del lenguaje, es de fundamental consideración.

La presente publicación pretende orientar al profesional en la instancia de la derivación, con el propósito de realizar una intervención temprana, agilizando el proceso diagnóstico en el ámbito de la audiología.

Las herramientas diagnósticas en edades tempranas y sus limitaciones

La audiometría tonal líminal es la prueba “gold standard” para medir y conocer los umbrales de audición. La audiometría tonal convencional es de carácter comportamental y subjetivo. Depende exclusivamente de la colaboración del paciente, de que comprenda consignas, pueda sostener la atención durante un lapso de tiempo y de su capacidad de respuesta motora; por ejemplo, levantar la mano o apretar un botón cuando percibe un sonido.

En una evaluación pediátrica, la audiometría tonal tiene sus limitaciones ya que las respuestas ante los estímulos auditivos dependerán del nivel de desarrollo; cognitivo, lingüístico, visual y motor del paciente.

La evaluación de la función auditiva en edades tempranas requiere la incorporación de variadas pruebas a fin de aproximarse al perfil auditivo de un niño. Organizaciones como la Academia Americana de Audiología (AAA), la Sociedad Británica de Audiología (BSA) junto al Comité Conjunto sobre Audición Infantil (JCIH), describen las prácticas auditivas y técnicas recomendadas. Se las distingue en subjetivas y objetivas.

Las pruebas subjetivas -también llamadas comportamentales- informan cómo un niño percibe el sonido y requieren de su colaboración o estado de alerta. Logran establecer valores auditivos conforme la capacidad de responder o reaccionar del niño frente a los estímulos. Se pueden realizar con auriculares en cada oído y si esto no es posible, se realizan a campo libre utilizando parlantes y obteniendo así una valoración global sin discriminar el nivel de audición de cada oído por separado. Las pruebas subjetivas que demandan colaboración creciente del niño son:

- Audiometría por Observación de la Conducta (BOA),**
- Audiometría por refuerzo visual (ARV),**
- Audiometría por Juego Condicionado.**

Cabe destacar que, cuanto menos colabora un paciente, más aproximados y menos específicos se tornan los umbrales obtenidos.

Las pruebas objetivas psicoacústicas y electrofisiológicas no demandan la colaboración del paciente. Requieren que esté inactivo o mejor aún, dormido durante el examen, para que arrojen resultados confiables.

Las pruebas objetivas brindan información sobre la actividad mecánica y eléctrica de diferentes estructuras del oído y de la vía auditiva. Sirven de soporte con datos objetivos a las

interpretaciones auditivas comportamentales. Las pruebas objetivas que conforman la batería de evaluación pediátrica son:

- Otoemisiones Acústicas (OEA)**
- Potenciales Evocados Auditivos (PEA - BERA)**
- Timpanometría/ Impedanciometría.**

El protocolo más apropiado de evaluación debe ser individualizado; pensado y adecuado a cada infante, a su edad cronológica, a su maduración y estatus cognitivo.

En los siguientes cuadros se detallan los estudios disponibles para evaluar la función auditiva; según el estado o nivel de colaboración del paciente. Asimismo, se describen los objetivos de cada prueba y datos relevantes para la interpretación de los resultados.

Estudios objetivos disponibles

No requieren la colaboración del paciente

OTOEMISIONES ACÚSTICAS (OEAS)

Permiten valorar el funcionamiento coclear.
Se requiere un oído externo y medio permeable.
El resultado negativo NO determina Hipoacusia.

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO (PEATC/BERA)*

Permiten obtener una respuesta del nervio auditivo a nivel del tronco encefálico mediante un rastreo de la onda V.
Informan cómo se transmite el impulso través de la vía auditiva.
Existen diferentes tipos de Potenciales Evocados.
En todos los casos deben correlacionar con pruebas comportamentales para definir umbrales auditológicos.

IMPEDANCIOMETRÍA

Mide el funcionamiento del oído medio, a través de la Timpanometría y de la toma de los reflejos acústicos estapediales.
Permite detectar la presencia de fluidos dentro de la caja timpánica así como valorar la movilidad de la cadena de huesecillos y el funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

(*) Sigla en inglés Brainstem Evoked Response Audiometry

Estudios objetivos disponibles

Requieren el alerta o la colaboración del paciente para interpretar su comportamiento frente al estímulo auditivo.

AUDIOMETRÍA POR OBSERVACIÓN DE CONDUCTA (Hasta los 6 mdv.)

Permite valorar cambios en la conducta del niño frente al estímulo sonoro. Recomendando en bebés menores de seis meses, en niños que no tienen control cefálico o la maduración necesaria para buscar la fuente sonora. Se obtiene una valoración sobre su estatus auditivo pero no determina mínimo nivel de audición.

AUDIOMETRÍA POR REFUERZO VISUAL (de 6 a 24 mdv.)

Permite obtener el nivel de audición cercano al umbral.
Se utiliza un refuerzo visual (en gen. un objeto luminoso) para estimular la búsqueda de la fuente sonora por parte del niño.

AUDIOMETRÍA POR JUEGO (de 2 a 6 años)

Permite valorar la agudeza auditiva del niño a través de una respuesta condicionada (generalmente motora) por juego.

(*) Meses de vida

El principio de Verificación Cruzada en la fase diagnóstica.

En bebés y niños muy pequeños o en algunos con discapacidades graves del desarrollo, la participación en pruebas conductuales puede ser limitada. Por lo tanto, los resultados que se obtienen no son los esperados para determinar un perfil auditivo.

Es evidente entonces frente a la incertidumbre del estatus auditivo de un niño solicitar sólo una audiometría tonal resulta insuficiente. Los valores auditivos por método comportamental no siempre brindan datos exactos sino aproximados.

Estudios objetivos y subjetivos deben correlacionar según el principio de "cross-check" de Jerger y Hayes (1976). Estos reconocidos autores de la audiología pediátrica describen la necesidad de realizar una verificación cruzada de resultados: cruzar/correlacionar los resultados de las pruebas comportamentales con los resultados de las pruebas objetivas y electrofisiológicas a fin de confirmar el perfil auditivo de ese paciente.

En la actualidad el enfoque de evaluación de la función auditiva basado en la verificación cruzada resulta ser el más confiable para la determinación de un diagnóstico audiológico y su consecuente tratamiento. Poco nos dice una audiometría tonal por juego que arroja resultados compatibles con hipoacusia sino podemos corroborar con una timpanometría el estado del oído medio e inferir la posible causa.

Realizar una evaluación completa puede llevar más de una sesión para obtener respuestas precisas y confiables, no obstante, es

imperativo que el proceso diagnóstico sea logrado lo más rápido posible a fin de optimizar el comportamiento terapéutico a seguir.

Por lo tanto y para la determinación final del tipo y grado de una pérdida auditiva, o bien, para descartarla, se deben combinar los resultados de los estudios subjetivos comportamentales con aquellos objetivos disponibles. Cualquier discrepancia entre estos procedimientos debe ser investigada y explicada. Incluso la persistencia en la discrepancia de resultados puede describir un tipo diagnóstico audiológico como es el caso de los desórdenes de espectro de neuropatía auditiva.

A continuación, se presenta una combinación de los estudios descriptos, teniendo en cuenta la edad madurativa y las posibilidades de participación del paciente.

0 a 5 mdv	6 a 24 mdv	24 a 36 mdv
OEAS		
PEATC CLICK / PEATCTONOS		
IMPEDANCIOMETRIA/TIMPANOMETRIA		
AT. OBS CONDUCTA	AT. POR REFUERZO VISUAL (ARV)	ARV/AT. POR JUEGO
4 a 6 años		
AUDIOMETRIA POR JUEGO		
IMPEDANCIOMETRIA/TIMPANOMETRIA		
LOGOAUDIOMETRIA		

Cuadros extraídos de material de posgrado en Audiología Pediátrica. Sanatorio Güemes, Bs As, 2016



Consideraciones finales

Los programas de pesquisa auditiva colaboran de forma independiente y exclusiva en la atención temprana de la hipoacusia. Sostienen algoritmos de atención que guían las prácticas médicas para evitar el impacto de los problemas del oído y de la audición.

No obstante, en la consulta de control pediátrico se presentan situaciones que requieren la puesta en marcha de sugerencias, derivaciones y procedimientos oportunos a fin de minimizar los riesgos en el desarrollo del lenguaje y del aprendizaje. Las infecciones crónicas y/o recurrentes de oído en la primera infancia pueden desencadenar hipoacusias mínimas (transitorias o permanentes) que requieren consideración. Los controles auditivos en estos casos deben ser más frecuentes y acordes a las posibilidades, maduración y desarrollo de cada infante.

Por tal motivo y teniendo en cuenta las limitaciones que pueden tener las pruebas convencionales es necesario recomendar estudios audiológicos utilizando el principio de cross-check, combinando pruebas subjetivas comportamentales con pruebas objetivas para correlacionar y confirmar resultados.

Es importante recordar que las pruebas subjetivas requieren, en ocasiones, más de una sesión para verificar y confirmar las respuestas de los niños y que un resultado desfavorable en la evaluación auditiva sugiere la derivación inmediata al especialista en otorrinolaringología para su tratamiento.

Siempre y en todos los casos; el diagnóstico audiológico de hipoacusia, reversible o permanente, debe correlacionarse con el diagnóstico otoscópico y otorrinolaringológico.

AUTORA

Luz Méndez.

Licenciada en Fonoaudiología. Universidad Nacional de Rosario

BIBLIOGRAFÍA

- Girando, M., Boccio, C., Di Lella F. (2019). Evaluación pre-implante coclear en pacientes pediátricos. Consenso audiológico. Revisión 2019. Revista FASO, N°3, 61 – <http://faso.org.ar/revistas/2019/3/10.pdf>
- Liceda, M., Taglialegne N., Neustadt, N. (2014). Pesquisa Neonatal Auditiva. Ministerio de Salud-<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cont-pesquisa-auditiva.pdf>
- Madel, J. (2011) <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/hhdc21.2.59>
- Flexer, C. (2011). Te auditory brain: Conversations for pediatric audiologists. Audiology Online, <http://www.audiologyonline.com/articles/auditory-brain-conversations-for-pediatric-811>
- Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 120:898-921

Pantallas y dispositivos electrónicos



0 a 2 años

Evitar el uso de Pantallas

2 a 5 años

Limitar el uso a 1 hs. al día

Más de 6 años

Establecer límites de exposición

El uso excesivo puede disminuir la frecuencia y la calidad del parpadeo ocasionando OJO SECO

El uso prolongado de la visión cercana podría favorecer el desarrollo de MIOPÍA en niños con predisposición



Menos horas de Pantalla
Más actividades al aire libre



Comité de
Pediatría Ambulatoria
Sociedad de Pediatría
de Corrientes

EXAMEN OFTALMOLÓGICO EN NIÑOS



Con Dilatación Pupilar

Al Nacer A los 6 meses Al Año A los 3 años A los 5 años Luego cada 2 años

Consultar:

Si tu bebé desvía sus ojos o si tiene la pupila blanca



Comité de
Pediatría Ambulatoria
Sociedad de Pediatría
de Corrientes

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el pasaje involuntario del contenido del estómago hacia el esófago con o sin regurgitación o vómitos. Representa un fenómeno fisiológico, que ocurre muchas veces al día, tanto en adultos como en niños. Por el contrario, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se produce cuando el contenido gástrico reflujo causa síntomas molestos y/o complicaciones.¹

El RGE y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son motivos frecuentes de consulta para el pediatra y el gastroenterólogo.

En la práctica resulta difícil diferenciarlos y esto puede llevar a un sobrediagnóstico y tratamientos innecesarios o a un subdiagnóstico.

CUADRO CLÍNICO

El RGE fisiológico se presenta en el lactante que vomita y/o regurgita con variable intensidad, sin otro síntoma acompañante, crece y duerme bien y se lo conoce como "vomitador feliz".

En la ERGE o reflujo patológico la presentación clínica varía según la edad. Los signos y síntomas se dividen en generales, gastrointestinales y respiratorios.¹ (Tabla 1)

Síntomas

Generales

Irritabilidad y/o incomodidad
Falla de medro
Rechazo al alimento
Síndrome de Sandifer

Gastrointestinales

Regurgitaciones frecuentes con o sin vómito en niños mayores
Pirosis y/o dolor de pecho
Epigastralgia
Hematemesis
Disfagia y/u odinofagia

Respiratorios y digestivos

Sibilancias
Estridor
Tos
Disfonía y/u ronquera

Signos

Generales

Erosión dental
Anemia

Gastrointestinales

Foofagitis
Estenosis esofágica
Esófago de Barret

Respiratorios y digestivos

Apneas
Asma
Neumonía recurrente asociada a aspiración
Otitis media recurrente

DIAGNÓSTICO

Historia clínica y examen físico

Nos permitirán distinguir entre el RGE fisiológico y la ERGE y diferenciar otros diagnósticos posibles. En menores de 1 año debemos incluir en el interrogatorio: edad de aparición de los síntomas, alimentación actual y antecedentes (duración del período de alimentación, volumen, tipo de fórmula, restricción de alérgenos, intervalo de tiempo entre comidas), el patrón de regurgitación/vómito nocturno (posprandial inmediato o alejado de las comidas, digerido versus no digerido), antecedentes de importancia personales y familiares, posibles desencadenantes ambientales (incluida la dinámica y el contexto familiar), factores como exposición al tabaco e intervenciones farmacológicas y dietarias y signos de alarma.¹

Se debe tener en cuenta que el inicio de los síntomas de RGE después de los 6 meses de edad o la persistencia más allá de los 12 meses aumenta la posibilidad de diagnósticos diferenciales.

Cuando se sospecha ERGE resulta necesaria la derivación al gastroenterólogo infantil para confirmarla o descartarla mediante estudios adecuados a la necesidad de cada paciente.

Estudios complementarios

Deben ser indicados e interpretados por el especialista. El pediatra cumple un rol importante al seleccionar a qué paciente derivar y por ello es fundamental diferenciar clínicamente RGE fisiológico de ERGE.

• Seriada esofagogastrroduodenal (SEGD)

Si bien no es útil para diagnóstico de ERGE puede descartar alteraciones anatómicas que predisponen a reflujo (por ejemplo, hernia hiatal), consecuencias de un reflujo grave (estenosis) o establecer diagnósticos diferenciales.^{1,2} (Tabla 2)

• Medición del pH esofágico (pH-metría)

Cuantifica la exposición del esófago al ácido evaluando la cantidad de episodios, duración, relación temporal entre los síntomas (digestivos) y episodio de reflujo.

Las guías y los trabajos señalan sus limitaciones: no existe un patrón de oro para comparar, no hay valores normales en la población sana, no detecta RGE no ácido, el cual es responsable del 45 % al 89 % de los episodios en lactantes. Tampoco evalúa la altura de la columna que refluye, por lo cual resulta poco útil para relacionar eventos de RGE con síntomas extraesofágicos.

• Impedanciometría esofágica multicanal intraluminal con Phmetria (pH-IIM)

Se basa en que el pasaje del bolo a través de los diferentes segmentos del esófago determina una caída de la impedancia, detectando episodios de reflujo tanto ácidos como no ácidos. A este método se le suma la pH-metría, logrando la detección de cada episodio por separado, así como la altura alcanzada por el episodio de reflujo.

Tiene mayor sensibilidad que la pH-metría cuando prevalece el reflujo no ácido (pH > 4):

- en pacientes que reciben agentes supresores de ácido.
- en lactantes (alimentados frecuentemente).

Permite correlacionar síntomas persistentes con eventos de reflujo (ácido y no ácido) y evaluar reflujo ante extraesofágicos.^{2,4}

Apariencia de la vía aérea: un estudio pediátrico prospectivo, ciego, estableció que la aparición de la vía aérea no se relaciona con parámetros de medición del pH con impedanciometría.³ Como conclusión, la aparición de la vía aérea no se relaciona con reflujo patológico.

Obstrucción gastrointestinal

Estenosis pilórica
Malrotación con volvulo
Intususcepción
Enfermedad de Hirschsprung Cuerpo extraño
Hernia atascada
Síndrome de arteria mesentérica superior

Neurológicos

Hidrocefalia
Hematoma subdural
Hemorragia Intracranial
Tumor Intracranial

Metabólico/endocrinológico

Galactosemia
Intolerancia hereditaria a la fructosa
Defectos del ciclo de la urea
Aminacidemias
Desórdenes de oxidación de ácidos grasos
Acidosis metabólica
Hiperplasia suprarrenal congénita

Tóxicos

Intoxicación por plomo
Otras toxinas

Cardíacas

Falla cardíaca
Anillo vascular
Disfunción autonómica

Otras causas gastrointestinales

Acalasia
Gastroparesia
Gastroenteritis
Úlcera péptica
Esofagitis eosinofílica
Alergias alimentarias/Intolerancias
Enfermedad Inflamatoria intestinal Pancreatitis
Apendicitis

Infecciosas

Sepsis y/o meningitis
Infección urinaria
Infección de vía aérea alta y baja
Otitis media
Hepatitis

Otras

Abuso Infantil
Provocación del vómito (vómito inducido)
Síndrome de vómito cíclico
Síndrome de rumiación

Nefrológicas

Insuficiencia renal
Uropatía obstructiva

TABLA 1. Síntomas y signos que pueden asociarse a reflujo gastroesofágico en niños de 0 a 18

Tabla 2 Diagnósticos diferenciales de enfermedad por reflujo gastroesofágico



• **Videoescopía digestiva alta (VEDA) con toma de biopsias**

Es útil para evaluar complicaciones del reflujo y condiciones predisponentes y descartar otras patologías, tiene un papel terapéutico (necesidad de dilatación) y escalar en la terapia.^{2,4}

Las erosiones mucosas son el hallazgo endoscópico con mayor acuerdo interobservador para el diagnóstico de esofagitis.² El papel primario de la histología es establecer diagnósticos diferenciales.

TRATAMIENTO

No farmacológico

- La leche materna es el mejor alimento ya que permite un mejor vaciamiento gástrico con menor número de episodios.
- Si el niño es alimentado con fórmula puede proponerse el uso de fórmula comercial espesada antirreflujo (AR).
- Modificar el volumen y la frecuencia de la fórmula en función de la edad y el peso para evitar la sobrealimentación.
- No movilizar al bebé de forma intempestiva después de comer.
- Evitar el uso de ropa ajustada en la cintura.
- Fortalecer un buen vínculo madre-hijo-familia.

Basado en la opinión de expertos, el grupo de trabajo de Reflujo de la Sociedad Argentina de Pediatría sugiere una prueba de 2 a 4 semanas con fórmula extensamente hidrolizada en lactantes no amamantados con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico sin respuesta a tratamiento no farmacológico óptimo. La fórmula de aminoácidos debe reservarse para síntomas intratables. En lactantes amamantados, se indica restricción de lácteos a la madre.¹

Farmacológico

La indicación inicial de éste tipo de tratamiento es resorte del especialista.

• **Supresión ácida con inhibidores de bomba de protones (IBP)**

Es el tratamiento de primera línea en esofagitis erosiva en lactantes y niños con ERGE.^{1,2}

Se recomienda su uso durante 4 a 8 semanas para el tratamiento de los síntomas típicos (pirosis, dolor epigástrico o retroesternal) en niños con ERGE.^{1,2}

Deben ser indicados en el contexto de un diagnóstico claro de ERGE y después de que los tratamientos no farmacológicos no hubieran mostrado respuesta, y prescritos a las dosis más bajas, durante el menor tiempo que sea posible.

No se recomienda su uso en lactantes sanos que solo manifiestan llanto o irritabilidad, como tampoco deben ser usados para el tratamiento de la regurgitación en lactantes sanos.

• **Prokinéticos**

No son muy utilizados actualmente por restricciones en el uso clínico debido al potencial riesgo de prolongación del QT, como en el caso de la domperidona.^{1,2} La metoclopramida atraviesa la barrera hematoencefálica siendo las dosis tóxicas y terapéuticas muy cercanas.^{1,4}

Las guías sugieren no usar domperidona ni metoclopramida para el tratamiento de lactantes y niños con ERGE. En nuestro medio, la utilización debería ser indicada por el especialista luego de una cuidadosa evaluación del paciente.

Quirúrgico

Actualmente existe una terapéutica farmacológica muy efectiva por lo cual las indicaciones son:

-Complicaciones de ERGE que ponen en riesgo la vida del paciente (por ejemplo, falla cardiorrespiratoria) luego del fracaso de tratamiento médico óptimo.

-Síntomas refractarios al tratamiento médico óptimo después de haber descartado otras causas.

-Patología crónica (por ej., pacientes neurológicos y pacientes con fibrosis quística del páncreas) con riesgo elevado de com-

plicaciones por reflujo gastroesofágico, sin respuesta al tratamiento médico.

-Necesidad de tratamiento médico crónico para control de los síntomas y signos de ERGE.

Existen diferentes abordajes quirúrgicos; sin embargo, la funduplicatura laparoscópica de Nissen es actualmente considerada el patrón de oro para el tratamiento quirúrgico de pacientes con ERGE grave, y reemplaza actualmente en gran medida la técnica abierta. Esto es debido a su disminución en la morbilidad, el acortamiento de la estancia hospitalaria y la presencia de menores complicaciones postoperatorias.²

AUTORA

Dra. Virginia del Carmen Reynoso López
Gastroenteróloga Infantil. M.N 130.696 M.P 6779

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de reflujo gastroesofágico en pediatría. Arch Argent Pediatr 2021;119(6):S222-S235.
2. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 66(3):516-54.
3. Vandenplas Y, Salvatore S, Devreker T, Hauser B. Gastro-oesophageal reflux disease: oesophageal impedance versus pH monitoring. Acta Paediatr. 2007; 96(7):956-62.
4. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Liptak G, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 49(4):498-547.



GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

La ginecología infanto-juvenil es una especialidad diferente de la ginecología de la adulta, porque si bien las patologías son muy parecidas, las de las niñas y las adolescentes tienen una anatomía, una histología y fisiología diferentes.

Considerando la importancia que ha adquirido la especialidad, se pretende evidenciar las patologías más frecuentes en la consulta Infanto-juvenil.

FUSIÓN DE LABIOS MENORES

Consiste en un desorden dermatológico adquirido que se presenta en niñas prepúberas en las que desaparece parcial o totalmente la hendidura vulvar por adherencia de los labios menores en la línea media.

Es una entidad poco frecuente y de etiología multifactorial. Desde el nacimiento, la neonata va perdiendo los estrógenos circulantes y una de las causas posibles es la ausencia de estrógenos locales. Otra causa es la irritación frecuente tanto de la orina como de la materia fecal especialmente por la higiene escasa o excesiva, las injurias, el abuso sexual infantil, los traumatismos genitales, el liquen escleroso vulvar y los procesos infecciosos concomitantes que provocan vulvovaginitis específicas o inespecíficas.

La mayoría son asintomáticas y en caso de dar síntomas, lo que vemos es la retención urinaria por detrás de la línea de fusión.

El diagnóstico es clínico y la sinequia se evidencia al realizar la maniobra de Caparo o de la tienda de campaña, que consiste en colocar a la paciente en posición ginecológica supina y traccionar de los labios mayores de la vulva. Existen dos formas clínicas: la sinequia parcial y la completa donde el orificio es prácticamente imposible de visualizar.

En las adherencias asintomáticas parciales el tratamiento sigue siendo controvertido. Algunas veces las adherencias vulvares pequeñas se separan espontáneamente y las restantes suelen resolverse con la estrogenización de la pubertad. Para las pacientes

sintomáticas (vulvodinia, infección, pérdida de orina) y con adherencias extensas se debe indicar el tratamiento con estrógeno tópico.

Es importante la educación de los padres sobre la naturaleza benigna de la situación, hábitos de higiene y forma correcta de indicar el tratamiento. Se debe instruir claramente el modo del uso de las cremas locales a quien va a efectuar el tratamiento para lograr un éxito terapéutico y para que tenga presente los posibles efectos adversos en particular la telarca y la hiperpigmentación vulvar que desaparecen al suspender su colocación.

Se desaconseja la liberación por tracción ya que generan puentes fibrosos. Su resección quirúrgica es excepcional.

Las niñas sin control de esfínteres tienen mayor índice de recidiva. Es importante estudiar y tratar los focos infecciosos post liberación realizando cultivo de introito.

VULVOVAGINITIS EN LA INFANCIA

La vulvovaginitis es un motivo de consulta frecuente en ginecología pediátrica.

Los factores predisponentes son: anatómicos, hormonales, higiénicos, flora endógena habitual e infecciones concomitantes. Se clasifican en: inespecíficas (65%), específicas y fisiológicas.

Fisiológicas:

- En la RN dura entre 3 o 6 semanas, es la crisis genital. Si persiste más de ese tiempo pensar en estímulo estrogénico endógeno.
- La niñez es la etapa del silencio, PH muy alcalino y epitelio muy adelgazado.
- En la premenarca comienza el estímulo estrogénico que actúa sobre la vulva. Aparece secreción inodora, blanquecina, lechosa o transparente que no pica ni arde.

Esmegma: secreción de las glándulas vestibulares entre los labios. Se retira con aceite o agua y jabón.

Vulvovaginitis inespecíficas

- Los agentes de la flora local dan síntomas por microtraumatismos por rascado que lesionan la mucosa o lesión fisiocoquímica que rompe el ecosistema y son la causa más frecuente.

- **Cuerpo extraño:** sospechar cuando son recidivantes, por el mismo o diferentes gérmenes, al realizar tratamientos correctos. Luego de dos o tres tratamientos aparece secreción hemática por decubito.

- **Parasitos:** las larvas llevan sus huevos hacia ano, vulva y vagina, allí los depositan y acarrean los colibacilos intestinales sobre su superficie. Se caracteriza por dolores cólicos, halo rojo que abarca vulva y ano, flujo fétido (por las enterobacterias que las larvas llevan), y las lesiones por rascado. Solicitar parasitológico, recolectar cuando la niña está sintomática.

Vulvovaginitis específicas

- **Cándida:** pensar en diabetes, tratamiento con corticoides, antibióticos o inmunosupresores.

- **Trichomonas vaginalis:** flujo verde, no es frecuente en infancia. Sospecha de abuso.

Tener en cuenta que la Chlamydia trachomatis y la Neisseria gonorrhoeae se esconden, la Trichomonas y Gardnerella hacen endocervicitis y endouretritis que a veces son responsables de infecciones tracto urinario intermitentes.

Si recidiva es infrecuente ya que el epitelio alcalino en la premenarca no es un medio propicio para su desarrollo, pero ante su aparición repetida debemos descartar diabetes subclínica; también preguntar por uso de antibiótico por cuadros crónicos, inmunosupresores o corticoides.

El tratamiento es sintomático local con medidas higiénicas adecuadas, citar en 15 - 25 días. El 75 al 85% remiten. De no hacerlo se debe realizar cultivo de flujo para gérmenes típicos y atípicos.

El cultivo de flujo se debe realizar:

- Si el cuadro es persistente o recidivante.
- Si se constata la presencia de abundante flujo vaginal.
- Si se presenta flujo sanguinolento.

AUTORA

Dra. María Pía Ibañez Stalla.
Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ginecología infantoyjuvenil. Un abordaje interdisciplinario. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (Editorial Ascune. Edición 2015). Capítulo 3. 4. Vulvovaginitis recidivante. Página 112-119.
- Capítulo 4.1 Trastorno del ciclo menstrual en la adolescencia. Páginas 155-165.
- Página de SAGIJ. www.sagij.com.ar

TRASTORNO DEL CICLO MENSTRUAL EN ADOLESCENTES

Constituye uno de los motivos de consulta más frecuente en ginecología infantojuvenil.

Su incidencia es del 21%. Suele constituir un síntoma transitorio de disfunción fisiológica y es por eso que su mayoría (85%) se debe a una inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-gonal (H-H-G).

El 85% de los ciclos menstruales son anovulatorios en el primer año después de la menarca e incluso a los cuatro años solo el 56% son ovulatorios, pudiendo persistir en el 20% hasta cinco años de la edad ginecológica.

Es fundamental establecer un buen vínculo con la paciente adolescente y conocer sus antecedentes personales, heredo familiares, ginecológicos, edad de la telarca, pubarca y menarca, fecha de última menstruación y si inicio o no relaciones sexuales como también si utiliza métodos anticonceptivos. Interrogar también sobre actividad física, alimentación, especial atención a la edad ginecológica (tiempo desde la menarca a la edad actual) y al patrón menstrual. Teniendo en cuenta que el calendario es una herramienta valiosa y es importante enseñar cómo realizarlo y solicitar a la paciente que traiga su calendario a cada consulta.

El examen físico y los estudios complementarios deben ser solicitados de acuerdo a cada caso en particular. Partiendo de que la inmadurez del eje H-H-G es la causa más frecuente de alteraciones del ciclo en este grupo etario, no siempre es necesario realizar exámenes complementarios, pero si lo fuese se debe solicitar: coagulograma, TP, KPTT y fibrinógeno.

El sangrado menstrual abundante y la hemorragia uterina disfuncional son las que pueden dar cuadros de anemia e incluso requerir de hospitalización por lo que debemos controlar periódicamente, evaluar si persiste o empeora y así poder establecer un tratamiento correcto.

Recordar que la principal causa es la inmadurez del eje H-H-G. Debemos tranquilizar a la paciente y su entorno. Cada caso debe ser evaluado y tratado de forma individualizada, y siempre de manera interdisciplinaria.

CONSIDERACIONES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS

Antes de desarrollar específicamente el tema, quiero iniciar esta publicación con un párrafo del Dr. Ramón Carrillo, el más importante sanitario de los últimos tiempos de nuestra querida Argentina.

"Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles a los pueblos"

Este párrafo, que data de un tiempo que parece lejano, se adecúa muy bien a todos los tiempos y más aún hoy después de una pandemia, que produjo más de 130.000 muertos y puso en relieve la situación sanitaria de gran desigualdad en nuestro país. Según Unicef (2020) "el COVID-19 generó una emergencia de salud pública de dimensiones inéditas con impactos inmediatos y en el largo plazo, que conllevan riesgos y efectos particulares en las niñas, niños, adolescentes y en sus familias, especialmente en aquellas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad" y que produce su mayor daño en las infancias donde se encuentran niveles de pobreza y pobreza extrema incompatibles con una buena salud.

Intento enfatizar a los jóvenes médicos respecto del rol que desempeña la familia en la determinación de la salud, enfatizar que la salud se origina en cada uno de los hogares, en la accesibilidad al trabajo, a la alimentación, a la escolaridad, etc. Resaltar respecto al condicionamiento de la salud debido a las condiciones sociales, las relaciones entre la morbilidad de las poblaciones y las condiciones materiales de vida en las comunidades.

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO CAUSA DE MUERTE INFANTIL

La mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 años constituye la tercera causa de muerte de niños en Argentina, correspondiendo al 8,6% de todas las muertes por causas definidas. En lo que respecta a la morbilidad, la neumonía, la bronquiolitis y la bronquitis son las principales infecciones de las

vías respiratorias inferiores y constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil menor a 5 años. (Passarin, 2015)

Estas patologías producen en el mundo 1,2 millones de muertes en niños menores de 5 años, según Unicef sólo la neumonía produjo en 2015 casi 1 millón de muertes. Estas cifras dejan ver claramente la responsabilidad que tenemos los profesionales de la salud para con las familias en la prevención y en el tratamiento.

La Sociedad Argentina de Pediatría, desde hace casi dos décadas trabaja incansablemente en la elaboración de normas, consensos y/o recomendaciones que se ajustan a las realidades de cada lugar de Argentina, teniendo en cuenta al niño como centro de nuestro universo y al profesional como hacedor de la atención.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) continúan representando una importante causa de morbilidad en nuestro medio. El manejo normatizado de casos constituye una valiosa herramienta para enfrentarlas.

Las infecciones respiratorias bajas adquiridas en la comunidad son todas aquellas afecciones que comprometen las vías aéreas inferiores: bronquiolitis, bronquitis obstructiva recidivante del lactante, enfermedad tipo influenza, neumonías de la comunidad.

Los agentes etiológicos más frecuentes son los virus, como el virus sincitial respiratorio (VSR), influenza, para influenza, adenovirus metapneumovirus y, para las etiologías bacterianas ocupa el primer lugar el neumococo, *Haemophylus influenzae*, *staphylococcus* metilino-resistente de la comunidad bacteriana, *Mycoplasma pneumoniae* y *Clamydophila pneumoniae*. Mención aparte merece el nuevo virus emergente que se encuentra representado por el coronavirus que ha sido el protagonista de los desastres acaecidos en la salud en los años 2020 al 2022 y que hoy forma parte (en sus variantes mutagénicas) de patologías respiratorias en niños.

BRONQUIOLITIS

Definición

Episodio de primera infección respiratoria aguda baja en menores de 2 años de etiología viral que se expresa clínicamente como obstrucción de vías aéreas periféricas.

Esta definición adquiere preponderancia ya que por los mecanismos fisiopatológicos que intervienen y las características anatómicas de los lactantes pondrán de manifiesto cuáles son las medidas más adecuadas para el tratamiento, tratando de racionalizar el uso de broncodilatadores y corticoides.

Desde el punto de vista epidemiológico el agente más frecuente es VSR en el 60-80% de los casos. Otros agentes son rhinovirus, para influenza, metapneumovirus, influenza, adenovirus enterovirus y bocavirus humano.

La enfermedad se desarrolla con más frecuencia en niños entre 3 a 5 meses de vida, se da en otoño e invierno. Es muy importante determinar factores que pueden condicionar mayor gravedad como, por ejemplo, la presencia de prematuros, displasia bronco pulmonar, antecedentes de asistencia respiratoria mecánica, cardiopatías congénitas. Todos estos son factores que condicionan gravedad con la posibilidad de, no solo la necesidad de internación (10%), sino del ingreso a la unidad de cuidados intensivos (35%). La situación es distinta cuando no existen factores de riesgo, en que la posibilidad de que requiera internación se da solo en un 3% y la mortalidad generalmente es menor al 1%.

Fisiopatología

La enfermedad comienza en el tracto respiratorio superior y se disemina hacia las vías aéreas inferiores en 1 a 3 días.

La lesión viral desencadena una respuesta inflamatoria intensa en las vías aéreas pequeñas, que conduce a edema y necrosis del epitelio respiratorio, con descamación, dentro de la luz bronquial / bronquiolar que es la causa de la obstrucción.

Esto hace que algunas vías aéreas se encuentren parcialmente obstruidas con alteración del flujo aéreo normal y atrapamiento aéreo distal, otras se encuentran completamente obstruidas ocasionando atelectasias.

El compromiso es mecánico e interfiere en el intercambio gaseoso. La alteración más frecuente es la hipoxemia secundaria a las áreas hipo ventiladas. La hipercapnia no es habitual a menos que el compromiso sea severo. Conjuntamente con esto puede haber síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) e hipertensión pulmonar.

Otro dato de importancia es que hay escasa participación del músculo liso bronquial, lo que explicaría la escasa respuesta a los broncodilatadores, señalando finalmente que el proceso inflamatorio es de predominio neutrófilo (IL-8) lo que explicaría la escasa respuesta a los corticoides.

Merecen mención aparte, los factores individuales que explicarían en cierta forma la heterogeneidad en la respuesta a los diferentes tratamientos.

Cuadro clínico

Los síntomas de inicio se dan a través de manifestaciones de vías aéreas altas (1 a 3 días), conforme avanza el cuadro se hacen

presentes síntomas de obstrucción de vías aéreas inferiores, con variados estados obstructivos, disminuyendo su intensidad hacia el 7mo día. La recuperación clínica completa puede demorar dos o tres semanas (tiempo de recuperación del epitelio bronquial).

La ingesta insuficiente de líquidos puede llevar a deshidratación. Ocasionalmente en lactantes pueden presentarse apneas que suele ser motivo de ingreso a terapia intensiva.

Por último, la presencia de fiebre sobre todo en forma tardía debe hacer sospechar de asociación bacteriana.

Clasificación de gravedad

De las herramientas diagnósticas, la Escala de Tal y el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) son las más utilizadas.

De acuerdo al grado de incapacidad ventilatoria y a partir de signos clínicos se ha confeccionado la escala de Tal, que determina el compromiso del niño y los eventuales tratamientos que se recomiendan realizar para superar dicho estado..

Escala de Tal modificada

	0	1	2	3
FR				
Edad < 6 m	≤ 40 rpm	41-55 rpm	56-70 rpm	≤ 70 rpm
Edad ≥ 6m*	≥ 30rpm	31-45 rpm*	46-60 rpm*	≥ 60 rpm
Sibilancias/ Crepitantes	No	Sibilancias solo en la inspiración	Sibilancias insp./esp., audibles con estetoscopio	Sibilancias insp./esp., audibles sin estetoscopio
Retracciones	No	Leves sub costal, intercostal	Moderadas Intercostales	Intensas: intercostales y supraesternal; cabecero
SatO2	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤ 89%

Leve < 5 puntos; moderada 6-8 puntos; grave > 8 puntos

Otra herramienta diagnóstica son las Guías TEP. La American Heart Association (AHA) propone el TEP, como una forma de evaluación cardiopulmonar rápida para diagnosticar estados fisiopatológicos que comprometen la vida.

Este algoritmo diagnóstico permite de forma sencilla y eficaz determinar el compromiso respiratorio (dificultad respiratoria-Insuficiencia respiratoria) y establecer en forma rápida y oportuna el tratamiento adecuado.

También se debe considerar que todos los tratamientos que se instauren deberán estar acordes al lugar donde se encuentra el





el paciente. Es decir, esta escala requiere el conocimiento, no solo de la patología y del compromiso clínico sino también requiere conocer el nivel de atención del que se dispone, de los recursos y del posible manejo para poder realizar una derivación oportuna. Otra medida a tener en cuenta en el tratamiento, es la alimentación con leche materna a través de la libre demanda o por sonda nasogástrica. Se recomienda observar al niño durante la alimentación para corroborar la buena coordinación entre la succión deglución y la respiración a fin de minimizar el peligro de la broncoaspiración.

La kinesioterapia respiratoria se recomienda en pacientes internados, para liberar las narinas de secreciones y para evitar las atelectasias.

Los antivirales (Oseltamivir) solo se indican en pacientes hospitalizados graves hasta tener el agente etiológico.

Criterios de alta hospitalaria

- Ingesta adecuada.
- Frecuencia respiratoria acorde a la edad del paciente.
- Estabilidad clínica con sat O₂ > 92 % respirando aire ambiente (luego de monitorizar durante 12 horas al mayor de 2 meses y 24 horas al menor (incluido el sueño y la alimentación). Considerar egreso con satO₂ > 94 % en el paciente con algún factor de riesgo de gravedad.
- Los cuidadores son capaces de hacer la limpieza de la vía aérea.
- Los cuidadores son informados correctamente de la evolución y los motivos de retorno, y están conformes con el alta y con la posibilidad de un seguimiento adecuado

BRONQUITIS OBSTRUCTIVA DEL LACTANTE

Definición

Se designa síndrome bronquial obstructivo (SBO) a una gama de afecciones respiratorias del lactante que tienen en común la semiología de obstrucción bronquial caracterizada por la presencia de espiración prolongada y sibilancias.

Etiología

La etiología está dada por infección viral, asma del lactante y secundario a anomalías. Tiene baja mortalidad, no obstante, constituye una de las mayores causas de consulta en menores de 2 años.

Debido a la alta demanda en épocas invernales se vio la necesidad

de crear un área de internación abreviada para tratamiento de estos pacientes. Este lugar consta de un espacio amplio, con dispositivos de suministro de oxígeno (terapia inhalatoria) para el tratamiento de urgencia acompañado de personal entrenado (enfermeros, kinesiólogos).

Tratamiento

El tratamiento del SBO es con broncodilatadores, corticoides o ambos, así como los scores clínicos para evaluar la respuesta terapéutica continúan siendo tema de debate.

En el hospital Juan Pablo II se encuentra estandarizado. Una vez hecho el diagnóstico de SBO el ingreso a la sala de internación abreviada (SIA) donde se inicia la aplicación del tratamiento inhalatorio cada 20 min por espacio de dos horas, luego se reevalúa al paciente debiendo decidirse de acuerdo a la respuesta, la internación o el seguimiento ambulatorio.

Como queda expuesto, el mecanismo fisiopatológico de esta entidad es totalmente diferente por lo que se hace necesario el uso de broncodilatadores y corticoides.

No obstante, se debe tratar de hacer racional el uso de ambas drogas debido a la repercusión a largo plazo, sobre todo los corticoides, en el crecimiento de los niños.

NEUMONIAS AGUDAS DE LA COMUNIDAD

Definición

Infección del parénquima pulmonar con signos clínicos de ocupación alveolar sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple (con Rx compatible) con o sin compromiso obstructivo y cuyo origen es, con mayor frecuencia bacteriano.

La presencia de tos, fiebre, taquipnea con o sin tiraje es la sintomatología más frecuente en menores de 2 años.

Los patógenos dependen de la edad, del estado de vacunación, de la presencia de enfermedades de base, así como de la concurrencia a jardines maternales o de la historia de exposición previa a otro individuo con neumonía.

Cuadro clínico

- Grado de compromiso del estado general.
- La presencia de tiraje se relaciona con gravedad (hipoxemia).
- Semiología del aparato respiratorio (taquipnea, presencia de rales o sibilancias, síndrome de condensación y, eventualmente, los signos de derrame pleural).
- Signos y síntomas acompañantes (dolor abdominal, exantema, fiebre, compromiso del estado de conciencia, intolerancia a la alimentación, quejido, etc.)

Exámenes complementarios

Radiología, hemograma, reactantes de fase aguda: Tanto la velocidad de eritrosedimentación (VSG) como la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina, aunque son indicadores de infección, no son concluyentes para diferenciar infecciones bacterianas de virales. Pesquisa etiológica.

Criterios de internación

- Dificultad respiratoria moderada a grave (tiraje, quejido, cianosis).
- Insuficiencia respiratoria o hipoxemia (satO₂ menor a 90 %).
- Falta de respuesta al tratamiento antibiótico (en 48-72 horas).



• Alteración del sensorio, convulsiones.

- Descompensación hemodinámica.
- Rechazo/imposibilidad de la alimentación.
- Presencia de algún factor de riesgo de IRAB grave.
- Neumonía bacteriana complicada (necrosis, derrame, absceso).
- Rápida progresión (menor de 48-72 horas)

Tratamiento de sostén

Hidratación, alimentación, oxigenoterapia, antitérmicos, broncodilatadores, kinesioterapia

Tratamiento antibiótico

Tratamiento empírico inicial: *S. pneumoniae* continúa siendo el patógeno más frecuente en neumonía aguda de la comunidad, aun en países con vacunación antineumocócica rutinaria, por lo que el tratamiento inicial debe ir direccionado a este patógeno.

En el caso de niños con factores de riesgo, como el caso de los inmunosuprimidos, se deberá ampliar la cobertura antibiótica.

En pacientes con sepsis (sepsis grave o shock séptico) asociada a neumonía de la comunidad, el inicio del tratamiento antibiótico debe ser precoz y por vía parenteral.

Este texto representa un breve resumen de las patologías respiratorias agudas bajas más frecuentes. Deseo resaltar la importancia del trabajo en equipo y en la capacitación que debe tener todo el personal de la salud que trabaja en APS para realizar la detección oportuna. Sugiero establecer algoritmos de atención de acuerdo a las capacidades de cada lugar y fortalecer nexos de unión con los centros de alta complejidad.

AUTORA

Dra. Gladys Itati Abreo.

Médica Pediatra, Terapista Intensiva pediátrica y neonatal.

REFERENCIAS

En defensa del pensamiento de Ramón Carrillo: "La libertad en todas las formas es un derecho del pueblo". Jaramillo, Ana. 2020
 La familia en la determinación de la salud. Bernal, Isabel. 2003
 La pobreza y la desigualdad de niñas, niños y adolescentes en la Argentina. UNICEF.2020
 Manejo inicial del síndrome multisistémico en niños y adolescentes. Ministerio Salud Pública de la Nación. 2020
 Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) 2021.
 Soporte Avanzado de Vida en Pediatría (PALS). American Heart Association. 2020

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA LABOR DEL MÉDICO

Con los años han cambiado mis percepciones sobre la comunicación médico-paciente. ¿Cómo podría no ser así? Vamos cambiando, creciendo, mutando en todos los aspectos de nuestra vida... para bien o para mal. ¿Cómo podría nuestra profesión escapar a esto?

Recuerdo mis primeros años de ejercicio de la medicina, cuando tenía apenas unos 26 años y me había incorporado al durísimo sistema de la residencia médica. Tenía sobre mis hombros tanta responsabilidad... tantos pacientes y urgencias... tantos datos a retener en la mente, y las estresantes presentaciones de casos en los pases de sala y de guardia. Debía aprender a exponer el relato obligadamente sintético y conciso de la historia de muchos pacientes a colegas más experimentados e interconsultores. ¿Cómo organizar tantas ideas diferentes, compilar los datos precisos de cada caso particular, que además iban cambiando día a día?

...Y el cansancio, la falta de sueño reparador, la prisa y la "carrera" por hacer todo y todo bien, la inexperiencia y el desconocimiento, junto con el deseo de superación, de aprender y leer en las breves fracciones de tiempo en que me quedaba una pizca de concentración para llevar el ritmo académico de la mano del asistencial...

...Y por supuesto, en medio de esa vorágine estaban los niños, y, obviamente sus padres y familias, cargando con un padecimiento, una dolencia o la angustia de un diagnóstico incierto junto con la preocupación por la organización de la estructura familiar ante un hijo internado.

...Y uno, tan novato en esos tiempos, con tanta avidez por aprender, en un medio altamente competitivo, concentrado en que no se le escape ningún dato o idea, con varios tutores y jefes por encima de su escalafón, evitando la puesta en escena de su propia ignorancia...

No era algo raro tener a cargo a "cama 3, cama 5 o cama 8", sobre todo si el giro cama era menor de una semana, sin acabar de

"redondear las ideas para sacar conclusiones" y por lo tanto acceder a un aprendizaje significativo. ¿Dónde quedaba el tiempo o el momento para sentarme con calma y escuchar "con todos los sentidos" y la empatía necesaria a "otro" que buscaba una respuesta, pero sobre todo ser oído, comprendido y acompañado por alguien que sintiera que estaba comprometido, compenetrado empáticamente con su niño y su familia?

Hoy pienso, en mi ánimo de justificarme, ¿cabía algún espacio para ver a los seres humanos que estaban en frente mío?

Es claro que todo "lo importante" cedía gentilmente el tiempo a "lo urgente". Y los residentes también quedábamos reducidos a ser aprendices a los que nunca les cerraron los tiempos, a quienes el cansancio físico y emocional superaban muy a menudo.

Hoy, a 30 años de ejercicio profesional, me encuentro frente a los pacientes que recurren a mí con las mismas incertidumbres, las mismas dudas y angustias.

Habiendo transitado tantos años de experiencia, y con una mirada que va más allá de la patología, que es capaz de captar los pequeños detalles de la relación víncular del paciente y su familia, y basándome en la "cultura de la seguridad del paciente", y sus fallas, que ocurren siguiendo el modelo de Reason (1990) del "queso suizo" (que propone que muchos eventos se "alinean" para que el error se produzca), comprendo, sin temor a equivocarme, que el fracaso en la comunicación constituye la causa, que engloba casi todas las causas.

En todo este tiempo aprendí que la buena comunicación es la piedra fundamental sobre la que se erige la ayuda a los demás, que escuchar es más importante que hablar, y que los pacientes están ávidos de expresarse, que sienten un gran alivio desde el momento en que se sienten escuchados y comprendidos, más allá del motivo de la consulta. Entendí que la enfermedad actual muchas veces es el corolario de procesos emocionales que horadan el bienestar y la salud de un ser humano. Que el oír atenta y empáticamente a los pacientes, hace que salgan de la consulta agradecidos y

llenándonos de bendiciones aun estando lejos de ofrecerles un diagnóstico certero, o un pronóstico al menos aproximado.

Y comprendo en profundidad la premisa del Dr. Mario Maglio a quien oí decir que el consultorio debería transformarse en el "escuchatorio", y con ello la importancia de la comunicación, que comienza en la escucha. Está demostrado que el tiempo promedio de la primera interrupción en la entrevista médica es de 18 segundos (Alves de Lima, 2002), que los médicos interceptamos el relato del paciente muchas veces al momento en que nos dice "Dr. mi hijo está con fiebre, o vómitos, o tos". Tendemos a preguntar inmediatamente: –desde cuándo? para poder orientar más rápidamente el interrogatorio y optimizar nuestro tiempo. Y en ese obrar nos perdemos de observar al niño y su acompañante, mirarlos de verdad y valorar su lenguaje corporal y lo que están expresando más allá de la palabra. Pasamos por alto muchas veces esa mirada global y la interpretación, de que a veces, otras causas son las que generan la consulta y no la fiebre misma... que las personas necesitan hablar y ser escuchadas para aliviarse, y comenzar el proceso de sanación.

Recuerdo ~ y viene al caso ~, a una mamá que, humildemente, vino un día a consultar "sola" (sin su hijo), pidiéndome ni bien se sentó, cabizbaja y sin hacer contacto visual conmigo, que "por favor no la retara". Me pregunté... ¿por qué me diría semejante cosa?, y le expresé mi pensamiento, a lo que respondió que un profesional la había "echado" del consultorio el día anterior, al verla entrar sola, sin "su hijo". Me dijo que quiso explicar el porqué, y antes de escuchar lo que tenía para decir, el médico le dijo que no la iba a atender si no traía al niño, acto seguido, más reprimendas.

Yo le dije que no acostumbraba a "retar" a los pacientes y que por favor me mirara a los ojos y me contara cuál era el problema, a lo que respondió que ella necesitaba primero una consulta a solas para relatar cómo eran sus hijos, ya que, si los traía en la primera consulta, no podríamos conversar sobre los gemelos de siete años, ambos con autismo. Que nunca, ningún médico había logrado ponerles un estetoscopio en el pecho, y mucho menos pesarlos o revisarlos. Y llorando me explicó que ella no merecía ese trato, que era pobre, pero una buena madre. Que había criado nueve hijos y hasta uno de ellos iba a la universidad; que ella lavaba ropa para ganar dinero, y que las latas que traía en una bolsa no eran porque "fuese alcohólica", sino que las recolectaba para venderlas. Comprendí, gracias a su relato, que hubiera sido erróneo, como ella lo había hecho alguna vez, traer a consulta a los dos niños juntos, y que era por demás necesario que incluso viniera sola a la primera entrevista.

Gracias a eso, y en forma gradual después de varios encuentros, pude acceder a revisar a los niños y pesarlos, sin que gritaran, se golpearan la cabeza contra la pared, se mordieran o se arrancaran los cabellos.

En la primera consulta, en que atendí a uno de los gemelos, me dirigí a él con palabras amables, afectuosas, lo miré de frente (aunque él no), le expliqué lo que era un estetoscopio y lenta, muy lentamente me fui acercando. En ese momento comenzó a "aplaudir", y yo, habiendo considerado esto en mi juvenil arrogancia, como "un triunfo personal", me dirigí a la mamá para preguntarle: ¿me acepta, verdad? ¿le caigo bien? ¿está contento con esta interacción no? La madre respondió negativamente, comunicándome que ese movimiento repetitivo de sus manos, indicaba que estaba asustado, ansioso, y a punto de tener "una crisis de nervios". Caí en la cuenta de mi ignorancia acerca de la patología, por un lado, y por otro, del valor invaluable y la importancia de la observación para decodificar el mensaje del lenguaje corporal, de todo aquello que el niño (en general y este paciente en particular) está comunicando y no se lo percibirá, a menos que se haga consciente la intención de prestarle atención adecuada. Y entendí que esto último es una especie de "ley universal", en lo que respecta a la comunicación del y con el paciente.

Estos fueron los primeros niños autistas que atendí y aprendí muchísimo con ellos, no solo sobre esta patología, sino sobre la importancia, lo trascendental de la comunicación, lo que cambió mi mirada para siempre...

AUTORA

Dra. Roxana Servin
Médica Pediatra.