



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Comisión Editorial

Coordinador Editorial
Dr. Mario Polacov

Diseño Gráfico
Antonella Pedicino Castellano

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Editorial

La verdadera pobreza infantil

Dr Mario Polacov

Las últimas cifras de la **pobreza en nuestro país**, publicadas por el Observatorio de la Deuda Social dependiente de la Universidad Católica Argentina, son estremecedoras; y cuando los datos se focalizan en la población pediátrica el impacto resulta desgarrador: **6 de cada 10 niños y adolescentes son pobres**. Esto implica que hay algo más de 8 millones de chicos con alguna privación de mayor o menor magnitud: una verdadera tragedia social, un indignante e injusto escenario que nos golpea y que nos interpela.

Una pobreza con rango **multidimensional**: no hablamos sólo de indicadores económicos, sino de condiciones sanitarias, educativas, culturales, ambientales, emocionales y otros tantos aspectos que se suman para conformar una mezcla explosiva que ataca, tortura y lesiona el presente y el porvenir de la infancia. Porque detrás de esos números hay personas que **carecen de derechos básicos**, almas que miran la vida con ojos de necesidades insatisfechas y de futuro incierto.

Sumario



1 - Editorial



3- Actualización y revisión bibliográfica

6 - Artículo Comentado



9 - Noti SAP

10- Preguntas al Especialista



14- Ejercicio Profesional



16- Columna de Pediatras Jóvenes

19 - Espacio de Reflexión

Niños y niñas que no pueden manifestarse pública y masivamente para reclamar y exigir, sino que se aceptan como normal y natural una realidad que no debería ser. **Ellos tienen un potencial enorme**, son semillas que esperan dar frutos; pero difícilmente podrán concretar todo su proyecto humano sin esa dosis indispensable de respeto y consideración social que les dé la prioridad que merecen.

Se trata de una pobreza espiralada que genera más pobres: **cuando la carencia nutricional afecta el desarrollo intelectual**, cuando la salud está menoscabada por el entorno habitacional, cuando la educación no alcanza, cuando la distancia entre el deseo y la posibilidad es cada vez más larga, surge la frustración, la impotencia, la desesperanza, la resignación y la autocondena. Luchar contra el sistema termina siendo una batalla perdida, una aventura inútil. Se abre así una **grieta catastrófica**, un abismo profundo sin puentes para poderlo

cruzar.

Pero hay una cuestión fundamental que tener en cuenta: la pobreza se magnifica cuando se está en soledad, cuando se percibe el abandono y la postergación. Porque es doblemente pobre el excluido de la sociedad, el que a nadie importa, el que no encuentra una mano que lo levante y le enseñe a andar. **La indiferencia social es la mayor de las crisis humanitarias, porque despersonaliza y pisotea la dignidad de la gente.** Quien encuentra un salvavidas donde aferrarse puede romper ese círculo perverso cambiando la fatalidad de su destino; y cuán importante resulta esa mano salvadora para los niños y niñas. **Ellos sueñan con un ángel de la guarda y nos miran como tales.**



Todos tenemos una cuota de responsabilidad en ese “**rescate de la niñez**”. Y nosotros como pediatras tenemos un compromiso sagrado no sólo de atención y cuidado médico, sino de cercanía y acompañamiento. La dura realidad actual nos impone asumir el rol de ser sus voceros para **demandar por sus derechos, para levantar sus banderas**, para poner a toda la sociedad en su sintonía. Callar ante lo evidente es una declarada negligencia; habrá que golpear las puertas y hacer sonar las campanas para que la equidad y la justicia sean el camino y el horizonte, para que veamos un atisbo de luz sobre las sombras devastadoras.

Aún hay esperanza: los niños todavía ríen, juegan, corren, a pesar de sus castigadas y desfavorables circunstancias. **Ellos nos están bus-**

cando. Tenemos el deber y la oportunidad de salir a su encuentro.



Tema de Actualidad

Derechos de los Prematuros en Pandemia

Cada 17 de noviembre se celebra el Día Mundial del Prematuro, con el objetivo de reconocer sus derechos y hacerlos respetar en todo el mundo.

*En Argentina nacen aproximadamente 700.000 niños nacidos vivos por año, de los cuales alrededor del 8% son nacidos prematuros, y los recién nacidos con menos de 1500 gramos constituyen el 1,2%. Ellos contribuyen un 50% de la mortalidad infantil, por lo tanto el nacimiento prematuro constituye la primera causa de mortalidad infantil en nuestro país. Estos nacimientos producen un impacto tanto sobre el recién nacido como sobre la familia que lo recibe, porque implica **mayores desafíos de adaptación y cuidado.***

La eficacia de los cuidados intensivos neonatales ha logrado la supervivencia de un número creciente de recién nacidos prematuros considerados de riesgo.

El alta hospitalaria luego de internaciones prolongadas y tratamientos complejos, además de costosos, no siempre implica la resolución de los problemas con los que nació el niño, dando lugar al desarrollo de enfermedades crónicas y discapacidades que exigen la participación de múltiples servicios, consultas médicas frecuentes y hospitalizaciones repetidas.

*La idea es poner de manifiesto el alto riesgo de mortalidad que tiene el nacimiento prematuro. Se **trata de prevenir pero también de ayudar** a los niños y a sus familias para que puedan superar con éxito esta circunstancia.*

Por lo que en el año 2009 se formularon los 10 derechos que tienen los prematuros que nombramos a continuación:



1 - La prematuridad se puede prevenir, en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

2 - Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y ser atendidos en lugares adecuados

3 - El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro.

4 - Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

5 - Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.

6 - Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por Retinopatía del Prematuro.

7 - Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.

8 - La familia de un recién nacido prematuro tiene derecho a la información y a la participación en las decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

9 - El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

10 - Quienes nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que quienes nacen a término.

En un estudio de cohorte retrospectivo realizado recientemente en la ciudad de **Córdoba** se analizaron datos de 15.929 recién nacidos vivos en 4 centros de maternidad públicos y 6 privados, donde se observó que 7.492 nacimientos desde el 20 de marzo al 19 de julio de 2020 (cohorte expuesta a la cuarentena) y 8.437 del 20 de marzo al 19 de julio de 2019 (cohorte no expuesta). Se objetivo una disminución de nacimiento prematuros y de la mortalidad infantil, con un aumento de la tasa de cesáreas, y disminución del muy bajo peso al nacer y de la mortalidad sólo en los centros públicos. **(La disminución de la mortalidad se debe a la baja de la tasa de parto pretérmino)**

Esto se asemeja a observaciones realizadas en otros países con la reducción en el número de nacimientos prematuros durante la pandemia lo que **llevará a nuevos interrogantes y futuras investigaciones.**

Dra. Natalia Paredes

Secretaria de Educación Continua SAP Córdoba



Artículo Comentado

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents

L.R. Feldstein, E.B. Rose, S.M. Horwitz, J.P. Collins, M.M. Newhams, M.B.F. Son, J.W. Newburger, L.C. Kleinman, S.M. Heidemann, A.A. Martin, A.R. Singh, S. Li, K.M. Tarquinio, P. Jaggi, M.E. Oster, S.P. Zackai, J. Gillen, A.J. Ratner, R.F. Walsh, J.C. Fitzgerald, M.A. Keenaghan, H. Alharash, S. Doymaz, K.N. Clouser, J.S. Giuliano, Jr., A. Gupta, R.M. Parker, A.B. Maddux, V. Havalad, S. Ramsingh, H. Bukulmez, T.T. Bradford, L.S. Smith, M.W. Tenforde, C.L. Carroll, B.J. Riggs, S.J. Gertz, A. Daube, A. Lansell, A. Coronado Munoz, C.V. Hobbs, K.L. Marohn, N.B. Halasa, M.M. Patel, and A.G. Randolph, for the Overcoming COVID-19 Investigators and the CDC COVID-19 Response Team*

ABSTRACT

BACKGROUND

Understanding the epidemiology and clinical course of multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) and its temporal association with coronavirus disease 2019 (Covid-19) is important, given the clinical and public health implications of the syndrome.

METHODS

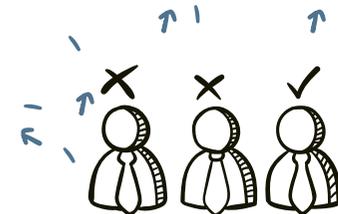
We conducted targeted surveillance for MIS-C from March 15 to May 20, 2020, in pediatric health centers across the United States. The case definition included six criteria: serious illness leading to hospitalization, an age of less than 21 years, fever that lasted for at least 24 hours, laboratory evidence of inflammation, multisystem organ involvement, and evidence of infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) based on reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR), antibody testing, or exposure to persons with Covid-19 in the past month. Clinicians abstracted the data onto standardized forms.

RESULTS

We report on 186 patients with MIS-C in 26 states. The median age was 8.3 years, 115 patients (62%) were male, 135 (73%) had previously been healthy, 131 (70%) were positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR or antibody testing, and 164 (88%) were hospitalized after April 16, 2020. Organ-system involvement included the gastrointestinal system in 171 patients (92%), cardiovascular in 149 (80%), hematologic in 142 (76%), mucocutaneous in 137 (74%), and respiratory in 131 (70%). The median duration of hospitalization was 7 days (interquartile range, 4 to 10); 148 patients (80%) received intensive care, 37 (20%) received mechanical ventilation, 90 (48%) received vasoactive support, and 4 (2%) died. Coronary-artery aneurysms (z scores ≥ 2.5) were documented in 15 patients (8%), and Kawasaki's disease-like features were documented in 74 (40%). Most patients (171 [92%]) had elevations in at least four biomarkers indicating inflammation. The use of immunomodulating therapies was common: intravenous immune globulin was used in 144 (77%), glucocorticoids in 91 (49%), and interleukin-6 or 1RA inhibitors in 38 (20%).

CONCLUSIONS

Multisystem inflammatory syndrome in children associated with SARS-CoV-2 led to serious and life-threatening illness in previously healthy children and adolescents. (Funded by the Centers for Disease Control and Prevention.)



Este artículo fue publicado el 29 de junio del 2020 y aborda con un enfoque **epidemiológico y clínico el Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C) en niños y adolescentes en el contexto de la pandemia por COVID 19 en Estados Unidos.**

➤ Se reportan 186 pacientes con MIS-C con una media de edad de 8.3 años, 62% masculinos, 73% previamente sanos, 70% positivos para SARS-CoV-2 por PCR o Test de Anticuerpos y 88% fueron hospitalizados. Los órganos y sistemas afectados en orden de frecuencia fueron: gastrointestinal 92%, cardiovascular 80%, hematológico 76%, muco-cutáneo 74% y respiratorio 70%. El promedio de días de internación fue de 7 días (4 a 10), el 80% recibió cuidados intensivos, 20 % asistencia respi-

ratoria mecánica, 48% requiero drogas vasoactivas y la mortalidad fue del 2%. En el 8% de los pacientes se objetivo aneurisma de arteria coronaria y hallazgos compatibles con Like - Kawasaki en el 40% de los pacientes. La mayoría de los pacientes, 92%, tuvo elevación de al menos 4 biomarcadores de inflamación.

El abordaje terapéutico fue con estrategias de inmunomodulación usando inmunoglobulina EV en el 77% de los casos, glucocorticoides 49% e inhibidores de IL6 o 1RA en 20%. Como bien se concluye en el artículo este trabajo descriptivo y pionero en la descripción de esta entidad asociada a **infección por COVID 19**, pone en evidencia una forma seria y amenazante de la vida en niños con esta infección

viral.

Les recomiendo recorrer el artículo deteniéndose en las tablas presentadas las cuales nos grafican detalladamente los datos mencionados anteriormente, no quiero dejar de mencionar que los **biomarcadores inflamatorios son de fácil realización en nuestro medio** y nos posibilitan aumentar nuestro índice de sospecha. ↑

En conclusión este artículo **nos invita a considerar**, desde una perspectiva clínica y epidemiológica, el surgimiento de esta entidad asociada al contexto COVID y elevar nuestros índices de sospecha para su rápido abordaje y tratamiento.

Dr. Oscar Roldán

o Se concretó la organización conjunta del **Curso Bianual de Actualización Pediátrica con el Consejo de Médicos**. Este vínculo de trabajo es un gran paso para proyectos futuros. Próximamente les daremos detalles del programa científico y de cuestiones específicas inherentes al evento.

o **SAP Córdoba fue elegida como sede para las próximas Jornadas de la Región Centro-Cuyo** que tendrán lugar en el año 2022. En nuestra condición de anfitriones procuraremos mostrar el alto nivel local, tanto en lo científico como en lo logístico y lo humano.

o Del 18 al 20 de noviembre tuvieron lugar las **Jornadas de Signos y Síntomas**, por primera vez mediante las plataformas virtuales de Zoom y Facebook live.

Fueron 6 sesiones de casos clínicos abordados de manera interdisciplinaria, con una concurrencia de más de 100 personas por módulo.

Fueron reuniones de exposición, intercambio y debate, conformando una experiencia muy valiosa de **aprendizaje y reflexión**.

Dr. Mario Polacov



1) ¿Fue posible confirmar etiología?

Tradicionalmente, el SUH se había dividido en SUH con diarrea positiva y con diarrea negativa. El primero, también conocido como SUH típico, resultó principalmente de infecciones por *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC) y, con menos frecuencia, de infección por *Shigella dysenteriae* tipo 1. Todas las demás causas de SUH se denominaron SUH atípico o se asignaron al SUH con diarrea negativa, aunque algunos pacientes con SUH no asociado a STEC también presentaron diarrea.

También podemos clasificarlos según su etiología en:

a) Primarias sin enfermedad coexistente (también denominado SUH atípico) ↙

- Mutaciones genéticas del Complemento
- Anticuerpos contra el factor H del complemento
- Mutaciones del gen épsilon de diacilglicerol quinasa
- Error innato del metabolismo de la cobalamina C

b) Secundarias: ↙

- Infección:
 - STEC
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - Infección viral por inmunodeficiencia humana
- Toxicidad farmacológica, particularmente en pacientes con cáncer o receptores de trasplantes de órganos sólidos
- Casos raros en pacientes embarazadas o en aquellas con trastornos autoinmunitarios (p. Ej., Lupus eritematoso sistémico)

Algunos datos que pueden ayudar para establecer el diagnóstico:

o Los antecedentes concurrentes de SUH en un miembro de la familia sugieren una etiología infecciosa, especialmente el SUH por STEC.

o **Un episodio previo de SUH sugiere un SUH mediado por complemento.**

o El antecedente de posible exposición a STEC sugiere STEC HUS. Esto incluye la ingestión de carne molida poco cocida u otros alimentos que pueden estar contaminados, nadar en un lago o piscina potencialmente contaminados o el contacto con animales de granja.

o Revisión de tratamientos actuales para identificar cualquier fármaco que pueda estar asociado con el SUH.

o Valoración de otras afecciones que pueden estar asociadas con el SUH (p. Ej., Receptor de trasplante, malignidad o embarazo).

Según la evaluación anterior, la causa subyacente del SUH puede ser evidente. Sin embargo, en algunos casos, puede ser necesaria una evaluación adicional para identificar la causa subyacente y también para diferenciar el SUH de otras afecciones con manifestaciones similares ↙

En algunos pacientes, en los que el diagnóstico es incierto, se puede realizar una

biopsia renal. La histología renal típicamente demuestra microangiopatía trombótica glomerular en pacientes con STEC HUS, caracterizada por un engrosamiento de las paredes capilares, con una apariencia de doble contorno debido a un ensanchamiento del espacio subendotelial.

2) ¿Cómo fue la evolución en el período agudo de la enfermedad?

Aproximadamente del 60 al 70% de los pacientes se recuperan completamente de la **fase aguda de STEC-HUS**. En los pacientes restantes, existe un grado variable de gravedad de las secuelas, que se deben principalmente a la lesión renal inicial.

Los niños que tienen complicaciones a largo plazo por SUH a menudo tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo durante la fase aguda de la enfermedad: GB: > 20.000 por mm³ en la presentación. La leucocitosis refleja en parte la activación de neutrófilos resultante de la liberación de interleucina-8; estos neutrófilos pueden contribuir al daño tisular.

Oliguria / anuria inicial que es persistente (> 5 días de anuria y > 10 días de oliguria) y diálisis prolongada.

La histología renal muestra una microangiopatía glomerular que afecta > 50% de los glomérulos, microangiopatía arterial y / o necrosis cortical.

3) ¿Cuáles son factores predictores de secuelas a largo plazo?

Si bien la mayoría de los niños se recuperan de la etapa aguda, aproximadamente entre un 40 y un 50% quedan con secuelas a largo plazo. Las secuelas, cuando se presentan, son eminentemente renales, y su aparición está en estrecha relación con la severidad del compromiso renal en la etapa aguda. Es decir, cuanto más severo es el compromiso renal durante la enfermedad, mayor la probabilidad de quedar con secuelas. **El factor más importante como predictor de la evolución alejada son los días de anuria durante la etapa aguda.** Ni la severidad de la anemia ni la de la trombocitopenia tienen relación con la probabilidad de secuelas alejadas.

Pueden dividirse en 4 formas de evolución:



- 1) **Grupo 1 (recuperación total):** clearance de creatinina normal, TA normal, sin proteinuria ni albuminuria
- 2) **Grupo 2:** pacientes con proteinuria significativa (> 5 mg/kg/día) con clearance de creatinina normal y TA normal o elevada
- 3) **Grupo 3:** pacientes con clearance de creatinina < 80 y > 10 ml/min/1,73)
- 4) **Grupo 4:** pacientes con clearance de creatinina < 10 ml/min/1,73 con necesidad de diálisis y o trasplante renal

Una Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) normal en el seguimiento tardío no implica necesariamente una recuperación renal completa. Algunos pacientes con creatinina sérica normal tienen una reducción persistente del flujo sanguíneo renal **y una TFG máxima inferior a la normal** después de una carga proteica.

Estos hallazgos sugieren pérdida permanente de nefronas, con hiperfiltración compensatoria en las nefronas supervivientes, que mantiene la tasa de filtración total.

4) ¿Qué secuelas extrarrenales puede presentar?

- **Sistema nervioso central:** las manifestaciones de la afectación del sistema nervioso central (SNC) incluyen estado mental alterado, convulsiones, coma, accidente cerebrovascular, hemiparesia y ceguera cortical]. Las principales anomalías del SNC se observan típicamente hasta en un 20 a 33 por ciento de los casos. La afectación grave del SNC se asocia con un aumento de la mortalidad.

Además, la hipertensión grave puede provocar síntomas del SNC y requerir una terapia de emergencia para disminuir la presión arterial. La presencia de hipertensión severa y la respuesta a la terapia antihipertensiva diferencian la afectación del SNC por hipertensión arterial.

- **Tracto gastrointestinal:** cualquier área desde el esófago hasta el área perianal puede verse afectada. Las manifestaciones más graves incluyen colitis hemorrágica grave (que puede diagnosticarse erróneamente como colitis ulcerosa), necrosis y perforación intestinales, prolapso rectal, peritonitis e invaginación intestinal. La necrosis transmural del colon puede provocar una estenosis colónica posterior] .

- **Disfunción cardíaca:** la disfunción cardíaca puede deberse a sobrecarga de líquidos, hipertensión o hiperpotasemia. También se ha informado de afectación cardíaca directa, incluida la microangiopatía trom-

bótica, la miocarditis y el taponamiento cardíaco. La isquemia cardíaca se detecta por niveles elevados de troponina 1.

- **Páncreas:** durante la fase aguda, hasta el 10 por ciento de los pacientes desarrollan intolerancia a la glucosa. Puede producirse diabetes mellitus transitoria y, en raras ocasiones, diabetes mellitus permanente, que puede aparecer años más tarde

- **Hígado:** la hepatomegalia y / o el aumento de las transaminasas séricas son hallazgos frecuentes.

Conclusiones:

Sobre la base de las observaciones anteriores, se recomienda la evaluación anual de los pacientes con STEC-HUS para vigilar los signos de hipertensión, proteinuria e insuficiencia renal durante al menos cinco años en las formas leves, y por lo menos hasta adolescencia en moderados y severos. Cada visita debe incluir la medición de la presión arterial y la evaluación de laboratorio de la función renal, incluido el análisis de orina y la concentración de creatinina sérica. Para las pacientes que quedan embarazadas, también se recomienda que la atención de seguimiento incluya una evaluación de la presión arterial elevada y la proteinuria.

Ejercicio Profesional

El Covid - 19 en el consultorio pediátrico Dr. Hector Pedicino

La pandemia modificó hábitos, trastocó costumbres, alteró nuestras vidas. Un pequeño virus pudo poner en jaque poderosas economías y a millones de seres humanos. Se cerraron fronteras, se indicaron medidas, se propusieron soluciones que se revisaron y cambiaron por nuevas opciones.

La salud fue llamada a ocupar la primera línea de todas las miradas. Y como siempre los equipos sanitarios salieron a la cancha a poner sus conocimientos y su humanidad. Del aplauso solidario se pasó al cuestionamiento de los agentes de salud y los sistemas sanitarios.

Los pediatras fuimos transitando estas épocas con el vaivén de los barcos en la tormenta. En una primera etapa los niños desaparecieron de nuestros consultorios.

*El peligroso éxodo **debía modificarse y entonces la telemedicina,** que se planificaba como una alternativa para el futuro, se transformó de golpe en una realidad presente y oportuna. El temor de las familias al contagio tenía así una alternativa para encontrarse con sus médicos y, aunque más no seas, evacuar no solo las dudas que siempre acompañan a los padres sino también a las nuevas derivadas de este novedoso escenario mundial. Muchas de ellas compartidas por nosotros. Barbijo si, barbijo no. **¿Los niños son “supercontagadores”?** **¿Falta poco para la vacuna?** **¿La vacuna es el final de esta pandemia?** Mi hija extraña mucho a sus abuelos. Y un sinfín de frases y preguntas más fueron ocupando las consultas.*



Cuando los niños, de a poco y no sin temores, fueron volviendo a visitar a sus pediatras, **nos encontramos vestidos de astronautas, sin el abrazo y el beso.** Sin podernos regalar las sonrisas cómplices. Los más charlatanes nos contaron que extrañan el cole, a sus amigos, a la escuelita de futbol o hockey, a los abuelos, primos o tíos. Los más tímidos lo demostraron con sus miradas.

Esta nueva realidad puede y debe servirnos para valorar la importancia de los afectos y sus demostraciones. Lo irremplazable del contacto, lo beneficioso del abrazo, lo imprescindible que es un beso. Los pediatras añoramos esa consulta con juguetes, el bullicio de la sala de espera, la consulta masiva de la familia primeriza. Las familias se juntarán para los cumpleaños y nosotros recibiremos porciones de sus tortas. **Esos tiempos, volverán, más tarde o más temprano, porque son parte nuestra tarea cotidiana, porque hacen a nuestra humanidad. Seguiremos juntos acompañando-**

nos en nuestras historias...



Columna de Pediatras Jóvenes

Hacia un nuevo paradigma de atención: La Telemedicina Efectos del COVID-19 en la práctica pediátrica ambulatoria y su implicancia en la relación médico-paciente

*El brote de SARS-CoV-2 desencadenado en la ciudad de Wuhan, China, en diciembre de 2019 se convirtió rápidamente en una pandemia generando fuertes repercusiones principalmente en la salud mundial de la población adulta. A pesar de que los datos epidemiológicos indican que las tasas de infección en niños son más bajas en adultos, el impacto de la pandemia en esta población se vio reflejado en la drástica disminución de consultas con el consiguiente inadecuado manejo y seguimiento de pacientes con enfermedades tanto agudas como crónicas producto del miedo y la aprehensión de los padres a la exposición de sus hijos a pacientes con COVID-19 en las instituciones sanitarias. **Esta experiencia sin precedentes obligó a las autoridades de salud pública y privadas a rediseñar nuevas normas y directrices en la práctica pediátrica de rutina, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio en todo el mundo occidental.***

*En estas circunstancias únicas que atravesamos, la atención pediátrica fue forzada en gran medida a pasar rápidamente de la práctica directa a **la atención virtual** predominante, y los pediatras tuvimos que adaptarnos a esta situación, instruyéndonos en el uso de esta herramienta tan útil para asegurar el seguimiento del niño, pero a su vez, incapaz de reemplazar la asistencia que pone en juego los cinco sentidos y que representa la base del vínculo médico-paciente. La telemedicina y la teleconsulta, como herramienta virtual fundamental para asegurar el seguimiento y contención profesional de pacientes y familias durante la pandemia se encuentran actualmente recomendadas por la OMS, la AAP y el Ministerio de Salud de la República Argentina, pero sus limitaciones deben ser reconocidas y sorteadas **con el objetivo de brindar una atención lo más efectiva y regulada posible.***

La primera limitación de esta práctica, constituyendo quizás la más importante, es la imposibilidad de realizar un examen físico completo y riguroso, elemento esencial para la evaluación y diagnóstico en la mayoría de las patologías en pediatría.

Otra de las limitaciones de la telemedicina es la pérdida de oportunidades temporo-espaciales de tratamientos y medidas de prevención. Tal es el caso del descenso registrado en las coberturas vacunales durante este periodo prolongado de confinamiento. Numerosas campañas han intentado sin éxito concientizar y alentar a la población a completar sus calendarios de vacunación, en orden de prevenir el contagio de niños a enfermedades que, aunque hasta ahora estaban controladas, podrían volver a emerger en nuestro medio, como es el caso del sarampión. De igual modo se encuentra la imposibilidad de solicitar y realizar estudios pertinentes para un diagnóstico oportuno, lo cual puede aumentar la tendencia a indicar tratamientos empíricos

en ausencia de suficientes datos. Considerado esto, es importante que como pediatras aprendamos a identificar el paciente que puede ser valorado solo por telemedicina de aquel que requiera atención presencial, no solo **por cumplir con el deber profesional, sino también por las implicaciones ético-legales que trae emparejadas.**

Otros factores adicionales incluyen la disponibilidad de equipos técnicos, elementos específicos e infraestructura necesarios para brindar una correcta atención en modo virtual. Países desarrollados nórdicos cuentan con herramientas de exploración física tales como otoscopios, con resultados que semejan los obtenidos en la atención convencional, los cuales nosotros carecemos. por esto es importante enfatizar la necesidad de formar a los profesionales en esta práctica lo cual involucra en **primera instancia la aceptabilidad de profesionales de salud y pacientes**, significando un cambio conceptual y cultural de la asistencia médica,

y el apoyo económico de las instituciones en la capacitación del médico en el uso de las nuevas tecnologías. **La PAHO y la OMS han diseñado guías de manejo de Telemedicina**, anexadas a continuación, las cuales son fuertemente recomendadas en el intento de normatizar y protocolizar la atención virtual.

Además de las desventajas e inconvenientes que trae aparejados la telemedicina en tiempos de pandemia para los pediatras también ha sido ampliamente positiva en varios aspectos. Para los pacientes: permite **reducir las desigualdades en el acceso a la consulta con profesionales de la salud, facilita la continuidad y seguimiento de los tratamientos y consultas, evita traslados innecesarios y permite implementar tratamientos de manera más rápida en algunos casos.**

Para nosotros como pediatras y los demás profesionales de la salud nos da la posibilidad de contactarnos con colegas de todas partes del

mundo, despejar dudas, compartir casos de mayor complejidad, acceder a cursos y congresos de formación online. Además cabe destacar que en el momento de la atención al paciente nos permite optimizar los tiempos y recursos.



Para concluir queremos resaltar que la consulta presencial es inigualable en cuanto al vínculo que genera con el paciente y su familia. Además que como mencionamos el examen físico es irremplazable. Consideramos que la telemedicina es una herramienta muy valiosa que probablemente vino para quedarse y como profesionales de la salud debemos constantemente evaluar sus ventajas y desventajas para mejorar continuamente la atención de nuestros pacientes.

Grau, Carolina. Miembro del comité de Pediatras Jóvenes
Aguilar, Janira. Miembro del comité de Pediatras Jóvenes

Espacio de Reflexión

La Niñez PostPandemia

El desafío propuesto es **reflexionar acerca de la niñez post-pandemia**, desafío aún mayor si consideramos que todavía no la hemos superado y su final es todavía indeterminado e incierto. Aun así, después de 9 meses es indudable que la misma ha dejado consecuencias multifactoriales en **Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)** como así también en adultos, y especialmente en familias en situación de vulnerabilidad.

Cuando comenzó todo, allá por marzo, ya teníamos una niñez afectada en gran medida por la pobreza (alrededor del 50% de pobreza infantil por ingresos), situación que sin dudas ha empeorado y profundiza más la vulnerabilidad y vulneración de los derechos fundamentales de los niños, tan básicos como la alimentación, la salud integral, la educación, etc.

Sabemos que sin alimentación adecuada las posibilidades de crecer, desarrollarse **y de aprender se ven reducidas, y dependiendo de la duración de esta carencia y del periodo de desarrollo que esté atravesando cada niño,**

serán las posibilidades de recuperación sin consecuencias futuras. Si bien la niñez no es el grupo poblacional más afectado por el Covid 19 en términos de salud física, los niños/as y adolescentes son víctimas ocultas, dado que el aislamiento obligó a la permanencia en sus hogares, con las consiguientes consecuencias emocionales y en algunos casos, los ha obligado a compartir la totalidad del tiempo en hogares donde se viven diferentes carencias e incluso, situaciones de violencia. Sumado a esto, **el cierre físico de las escuelas hizo que ellos perdieran la protección que ésta institución** ejerce sobre ellos en varios aspectos: sociales, nutricionales, vinculares, etc.



En el aspecto emocional, los NNyA han transitado diferentes

etapas: desde la sensación de estar de vacaciones al inicio, pasando por el periodo de reorganización de la vida escolar en formato virtual, en conjunto con toda la familia, con superposición de actividades educativas, laborales, quehaceres cotidianos; hasta la sensación de incertidumbre, angustia por la salud de los seres queridos; los adolescentes en particular: **enojo, tristeza, soledad, necesidad de retomar el contacto presencial con los pares y sus actividades cotidianas.**

Teniendo en cuenta las necesidades y características de los niños, adolescentes y jóvenes es importante considerar que en gran medida son ellos, quienes más han resignado en este periodo de aislamiento y distanciamiento social, con la interrupción de la continuidad de su vida cotidiana, para garantizar la salud de la población mayor, aun siendo ellos los **grupos de menor riesgo.**

El acceso a la educación se ha visto afectado y se ha puesto en evidencia la inequidad, la desigualdad de oportunidades, dado que las realidades socioeconómicas de las familias son tan disímiles y el acceso a los recursos tecnológicos, están vedados para algunos. **Sin olvidar también que la conectividad y las posibilidades de las escuelas de tener una plataforma para impartir clases, no es igual si las mismas pertenecen al sector público que al privado, si son del interior o pertenecen a un área urbana.**

Esta crisis pone de manifiesto que los beneficios y oportunidades que genera la tecnología no están distribuidos de manera equitativa, y además deja claro que la conectividad es un bien público fundamental para la educación de los niños y el desarrollo del país de forma más equitativa.

Hoy más que nunca se valora la importancia de los maestros, profesores, que son quienes tienen la difícil tarea de educar a los niños/as y adolescentes y están capacitados para esa tarea. Este año, si bien se logró de alguna manera y con grandes dificultades continuar con la escolaridad, es cierto que el sistema no estaba preparado para ese salto, tampoco lo estaban niños, adolescentes, maestros, ni padres. Estos últimos son quienes han tenido que tomar el rol de docentes en mayor o en menor medida, **acompañando a los niños en el proceso de aprendizaje y enfrentado esa tarea con diferentes capitales culturales** y con las consecuentes

dificultades: emocionales, intelectuales, de disponibilidad, etc.

Toda esta realidad, ha afectado la Educación de los NNyA, colocándolos a algunos (hijos de familias con nivel socioeconómico mayor) en situación de riesgo o de vulnerabilidad y a otros en situación de vulneración al derecho a la educación, quedando éstos últimos, excluidos del sistema.

La estrategia para sostener la educación y el contacto con las personas significativas ha sido el uso de las pantallas y las redes. Esto ha permitido disminuir considerablemente las consecuencias negativas del aislamiento, pero, de igual modo se ha tornado mucho más difícil de lo habitual, poder poner límites al uso y así poder disminuir los efectos **negativos de las pantallas en el desarrollo y en los hábitos saludables.** ←

El discurso insistente y a veces poco claro del propio sistema de salud (no asistir si no es absolutamente necesario), produjo miedo a concurrir a los centros de salud y vacunatorios, a esto se sumaron las dificultades con el transporte público, que trajo como consecuencia **una disminución de más del 40% de las consultas pediátricas.**

Esta disminución en la consulta ha sido tanto en los controles de salud de niños sanos, como de niños con patologías crónicas, ambas situaciones ponen a los pacientes en riesgo por no poder llevar a cabo las acciones de prevención, tan propias de la pediatría y por el otro, llegar tarde con el diagnóstico de la patología o de sus complicaciones, con consecuencias directas sobre el pronóstico de las mismas. También debemos considerar la disminución de controles de embarazo, con los riesgos que acarrea esto para los recién nacidos.

Uno de los grupos más afectados han sido los niños con alguna discapacidad, retraso o retardo en el desarrollo, que tenían terapias multidiscipli-

narias debido a la interrupción de las mismas, y el paso a encuentro por telemedicina para algunos, como intento de sostener de alguna manera la asistencia. Recién ahora se están retomando algunas actividades, pero se evidencia que ese periodo ha producido un retraso o detención en los procesos terapéuticos.

A todos nos ha tocado vivir esta Pandemia que irrumpió en nuestras vidas como un evento inesperado y nos obligó a un cambio brusco en nuestra cotidianeidad. Actualmente pasamos de un periodo de aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) al distanciamiento social preventivo obligatorio (DISPO) que permite flexibilizar las medidas y paulatinamente volver a una nueva normalidad en el que los NNyA pueden disfrutar de sus vacaciones, con un futuro un poco más promisorio en cuanto a la apertura de clases presenciales en el 2021. **No obstante, ¿se podrán mantener las flexibilizaciones? ¿podremos volver a algún tipo de normalidad?** ←

Hoy pensar en la niñez post-pandemia es abrirnos a múltiples interrogantes, en diferentes dimensiones. En la socioeconómica, la recuperación del país en este aspecto es incierta, tanto en magnitud como en el tiempo que llevará lograrlo. Además, es importante considerar, si esta recuperación, en caso de ser factible, termina teniendo como destinatarios a los sectores más desfavorecidos. De esta recuperación depende que la mitad de población infantil pueda acceder a recursos básicos como son los alimentos, indumentaria, saneamiento ambiental, educación y salud.

En términos de la salud, los niños-as y adolescentes han tenido pérdidas de seres queridos, pérdida de actividades cotidianas, del contacto con sus pares, con sus maestros y entorno cercano o por el contrario se han visto obligados a permanecer en hogares en donde no se les brinda seguridad y contención. Todo esto los ha afectado en diferentes magnitudes, llegando incluso en algunos a representar un trauma, del cual, para recuperarse, quizás no sea suficiente tan solo con **la vuelta a la normalidad.**

La telemedicina ha sido una herramienta útil para evacuar consultas en el periodo de aislamiento, sin embargo, esta forma no es la ideal, ya que se pierde el contacto con el niño, la posibilidad de hacer un examen físico minucioso y evaluar la adquisición de hitos madurativos de manera objetiva. Es de fundamental importancia que los padres puedan volver a confiar en los espacios y las instituciones para volver a concurrir a los controles y consultas a las que estábamos acostumbrados y así poder hacer una buena pediatría en pos de la salud integral de los NNYA. Las experiencias construyen la arquitectura cerebral de los niños, no obstante, los niños tienen una gran capacidad de recuperación gracias a la plasticidad cerebral y a que están en un periodo de crecimiento y desarrollo, donde una intervención oportuna puede cambiar su futuro. Dependiendo de nosotros los adultos que, desde cada uno de nuestros lugares logremos dar contención, escucha, asistencia y principalmente acompañamiento en este proceso tanto del **niño como de su familia.**

Dra. Ana Cecilia Cuestas
Vice-Presidente 2° SAP Córdoba