



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

Programa Nacional de Actualización Pediátrica



Módulo 1

- La seguridad de los medicamentos
- Bancos de leche humana
- Abuso sexual infantil

PARA NIÑOS

Módulo 1

❑ La seguridad de los medicamentos

Dra. Mabel Valsecia y Dr. Albert Figueras

❑ Bancos de leche humana pasteurizada

Dr. Gustavo H. Sager

❑ Abuso sexual infantil

Dr. Miguel Javier Indart

Comité Editorial

Dra. Virginia Orazi

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Isabel Maza

Procesamiento didáctico

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

Dirección

Dra. María Luisa Ageitos



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

(09)

➤ Pronap 2009

➤ Comisión Directiva SAP

Presidente

Dra. Margarita D. Ramonet

Vicepresidente 1°

Dr. Gustavo R. Cardigni

Vicepresidente 2°

Dr. Omar L. Tabacco

Secretaria General

Dra. Angela Gentile

Tesorera

Dra. Stella Maris Gil

Pro-Tesorero

Dr. Claudio R. Pedra

Secretaria de

Educación Continua

Dra. María del Carmen Toca

Secretario de

Actas y Reglamentos

Dr. Dr. Jorge L. Cabana

Secretaria de Medios y

Relaciones Comunitarias

Dra. Néilda C. Valdata

Secretario de Relaciones

Institucionales

Dr. Jesús María Rey

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Adriana Fernandez

Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Ingrid Waisman

Vocal 1°

Dra. Claudia M. Palladino

Vocal 2°

Dr. Guillermo T. Newkirk

Vocal 3°

Dr. Roxana Martinitto

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

➤ Secretaría de Educación Continua

Secretaria

Dra. María del Carmen Toca

Miembros

Dr. Juan Carlos Vassallo

Dr. Luis Urrutia

Dra. Angela Nakab

Dra. Claudia Palladino

Dra. Isabel Maza

Dra. Liliana Sabbag

Dra. Lucrecia Arpi

Dra. María Luisa Ageitos

Dra. Silvia Algieri

Dra. Silvia Castrillón

Asesoras Pedagógicas

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

➤ Directora PRONAP

Dra. María Luisa Ageitos

Editores asociados

Dra. Isabel Maza

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Virginia Orazi

Secretarias administrativas

Fabiana Cahaud

María Laura Boria

María Fernanda Pizarro

➤ Consejo Asesor del PRONAP

Directores de Región

Región Metropolitana

Dr. Gustavo Bardauil

Región Litoral

Dr. Juan Carlos Sacco

Región Pampeana Norte

Dr. Ignacio Goñi

Región Pampeana Sur

Dr. Pablo Andreatta

Región Centro Cuyo

Dr. Daniel Miranda Murillo

Región Noreste

Argentino (NEA)

Dra. María Staël Magdalena

Romero

Región Noroeste

Argentino (NOA)

Dr. Luis Giribaldi

Región Patagónica Atlántica

Dra. María Elena Palla

Región Patagónica Andina

Dra. Lidia Morettini

➤ Equipo de apoyo profesional

Marcelo Aguirre, Nestor Albuzi, Lucrecia Arpi, Miriam Bonadeo, Silvia Castrillón, Luis Armando Cima, Cristina Ciriaci, Leopoldo Coarasa, Marta Eugenia Del Caño, Susana Factorovich, Claudia Ferrario, Carlos Figueroa, Gabriela Giannini, Nelly Infrán, Walter Joaquín, María Ernestina Reig, Roxana Martinitto, Isabel Maza,

Ángela Nakab, Monica Ohse, Adriana Peralta, Gladis Pernas, Lilia Rabinovitz, María Ernestina Reig, Josefa Rodríguez, Susana San Miguel, Norma Schenone, Mabel Schinder, Ana Marta Soria, Liliana Tarico, Ricardo Vicentino, Miguel Angel Yohena, Horacio Yulitta, Liliana Villafañe.

➤ Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Programa Nacional de Actualización Pediatría (PRONAP).

Av. Coronel Díaz 1971 C1425DQF. Buenos Aires.

Teléfonos: (011) 4821-2318/2319/5033/8612, internos: 130/131/132/145.

Fax directo: interno 132. Correo electrónico: pronap@sap.org.ar / Internet: <http://www.sap.org.ar>.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 10 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2009.

I.S.B.N.: 978-987-9051-72-6

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previa por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Diseño gráfico: GIO Comunicación

Armado: Rosario Salinas

Impresión: IDEOGRÁFICA

Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires.

Telefax: 4327-1172 • ideografica@interlink.com.ar

Índice

PRONAP Informa.....	4
La seguridad de los medicamentos..... Dra. Mabel Valsecia y Dr. Albert Figueras	08
Bancos de leche humana Dr. Gustavo H. Sager	26
Abuso sexual infantil..... Dr. Miguel Javier Indart	46
Encuentros Presenciales 2009.....	77

PRONAP informa

¡Bienvenidos al PRONAP 2009!

El PRONAP 2009 transita el 6° ciclo de tres años: 2008 - 2010.

¿Qué es el PRONAP?

Programa Nacional de Actualización Pediátrica.

- Es un Curso de Educación Continua con modalidad de Educación a Distancia que acaba de cumplir 15 años de existencia. Comenzó en 1993 y fue pionero en la incorporación de la modalidad de Educación a Distancia en la Educación Médica en América Latina. El PRONAP se caracteriza por producir nuevos materiales cada año.
- Está dirigido a todos los pediatras interesados en actualizar sus conocimientos para mejorar su práctica profesional a favor de la salud infantil. Y son muchos estos pediatras... ¡¡¡Este año se han inscripto en el PRONAP más de 7.000 colegas!!!

Voces de alumnos

Aprovecho para transmitir mi agradecimiento por poder hacer todos los años el PRONAP y mantenerme actualizada y en contacto con la "otra" medicina, la cual intentamos aplicar también en estas tierras tan alejadas y carente de tantas cosas.

Amanda

Muchas gracias por su respuesta, y gracias por estar siempre a disposición de los que estamos lejos.

Maríel

... les estoy profundamente agradecida por todo lo brindado por este sistema, ¡feliz año!

Patricia

Gracias por los aportes PRÁCTICOS, es muy importante para el aprendizaje. Muchas veces PRONAP resulta movilizador para profundizar sobre algunos Temas, aunque en los textos o

las preguntas surjan situaciones de poca practicidad en los quehaceres diarios por la gran diferencia de nuestros lugares de trabajo. La discrepancia con algunas respuestas nos marca, al menos, revisar nuestros criterios y fortalecerlos o modificarlos. Cuanto más experiencias en los Temas, más se dá. No confundir experiencia con "maña" ...Bienvenidos los aportes, y conociendo el "pedrigree" de los aportantes... muchísimo MEJOR.

Salomón

Realizo el PRONAP anualmente desde el año 95 hasta el 2001. Luego lo dejé porque me vine a vivir a España, que es donde trabajo como pediatra. Lo retomé el año pasado porque realmente lo extrañaba, y me apunté nuevamente. Así advertí que el nivel ya no era el mismo y el tratamiento de los temas no fue de mi agrado, y es por ello que no me apunté al de este año. Igual, mi espíritu "pronapero" persiste, y es por eso que sigo leyendo los mails, porque quedé apuntada en la lista de este año. No conozco el de este año pero ya el año pasado no me gustó.

Un saludo a todos y adelante, que el PRONAP debe mejorar, y en parte eso depende de todos nosotros.

Silvina

¿Cómo funciona el PRONAP?

- Usted recibe en su domicilio 4 módulos impresos.

En cada módulo se incluyen capítulos de actualizaciones especialmente escritos para el programa y/o materiales de actualidad seleccionados. La lectura y los ejercicios que se proponen en cada capítulo, pueden ser realizados en forma individual y/o en grupo con otros colegas. Los ejercicios son para afianzar su aprendizaje: no debe enviarlos al PRONAP. En algunos módulos se adjuntan materiales complementarios, por ejemplo: CD con bibliografía ampliatoria y/o materiales de Educación para la salud.

❑ Para 2009 se han pensado los siguientes temas:

- Alimentación
- Bancos de leche humana
- Abuso infantil
- La seguridad de los medicamentos
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica
- Fobias
- Contaminación hídrica
- Medicinas complementarias
- Metabolismo Ca/P
- Déficit sensoriales
- El niño curado de cáncer
- Estimulación temprana
- Hipertensión arterial
- Trabajo infantil

❑ Trabajo en terreno

Se trata de un trabajo “práctico” y tiene como propósito la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos. Un “trabajo en terreno” suele ser una oportunidad para reflexionar sobre la práctica profesional: sobre las condiciones en las que se trabaja, los resultados de la atención brindada, la relación con los pacientes y sus familias, etc. Es una tarea **obligatoria** y su cumplimiento es requisito para obtener el Certificado final.

❑ Una vez al año se realizan los Encuentros Presenciales

Son Jornadas de un día de duración que se llevan a cabo en distintos lugares del país. Es una actividad **opcional**. Tienen como propósito facilitar el intercambio “cara a cara” entre colegas y se basan en la discusión de casos clínicos seleccionados. Las actividades son coordinadas por pediatras clínicos especialmente entrenados. Las distintas sedes y fechas son determinadas por las autoridades locales de la SAP, el Director de Región en consulta con los Presidentes de las Filiales. En la decisión se tiene en cuenta el número y distribución geográfica de los inscriptos y el compromiso de trabajo que asuma la filial.

La asistencia a un Encuentro Presencial suma 30 horas más al Certificado final del Curso.

❑
Al final de este Módulo, se presentan algunas fechas confirmadas y lugares de los Encuentros Presenciales 2009.
 ❑

❑ Examen final

Junto con el último módulo del año, Ud. recibe un examen escrito, con 100 preguntas de selección múltiple.

El examen es un estímulo para revisar los textos y para consultar con colegas. Cuanto más estudie y más comparta con colegas, mejor será su aprovechamiento del curso. El nivel de exigencia establecido es el 60% de respuestas correctas como mínimo. Aprobar el examen final es condición necesaria para obtener el Certificado final del Curso.

❑ Encuesta de Opinión

Explora el grado de satisfacción de los inscriptos y aporta sugerencias para el mejoramiento del programa. La Encuesta de Opinión debe ser respondida **obligatoriamente**, su envío es requisito para obtener el Certificado final.

❑ Participación en la Lista de Interés - Foro

El curso cuenta con una lista de discusión por correo electrónico en la que pueden participar los profesionales que desean interactuar con sus colegas. Está coordinada por el Dr. Salomon Danon de La Rioja. Si tiene interés en seguir participando o participar por primera vez en el foro debe enviarnos un mail

Para: pronap@sap.org.ar

Asunto: subscribe pronap 2009

En el cuerpo del mail escriba: Nombre y apellido
 DNI - Dirección de e-mail:

Una vez **confirmada** su inscripción al PRONAP, comenzará a formar parte de la nueva lista y podrá comunicarse con sus compañeros del curso.

Con este Módulo N° 1 Ud. está recibiendo:

- Material sobre Abuso sexual infantil.

CERTIFICACIÓN

Para obtener la condición de alumno regular y recibir la certificación correspondiente usted debe cumplir en tiempo y forma con la entrega de:

- Trabajo en Terreno.
- Encuesta de Opinión.
- Examen Final.

CERTIFICACIÓN ACUMULADA: se puede obtener al finalizar el ciclo 2008-2010. Los alumnos del PRONAP pueden unificar las certificaciones anuales del siguiente modo:

Diploma por	Requisitos
840 hs	3 Exámenes aprobados: 2008, 2009 y 2010. Asistencia a 3 Encuentros Presenciales (en tres años diferentes).
810 hs	3 Exámenes aprobados: 2008, 2009 y 2010. Asistencia a 2 Encuentros Presenciales (en dos años diferentes).
780 hs	3 Exámenes aprobados: 2008, 2009 y 2010. Asistencia a 1 Encuentro Presencial por lo menos.
560 hs	2 Exámenes aprobados: 2008 y 2009, ó 2008 y 2010, ó 2009 y 2010. Asistencia a 2 Encuentros Presenciales (en dos años diferentes).
530 hs	2 Exámenes aprobados: 2008 y 2009, ó 2008 y 2010, ó 2009 y 2010. Asistencia a 1 Encuentro Presencial por lo menos.

El Programa de Mantenimiento de la Certificación de la Sociedad Argentina de Pediatría reconoce el Certificado del PRONAP con 18 créditos por año.

INFORMACIÓN PARA ALUMNOS 2008

Los Certificados correspondientes al curso 2008 se comenzarán a enviar en agosto/setiembre.
Hasta el **30 de diciembre** del 2009 se recibirán los reclamos por Certificados 2008.

CONSULTAS, RECLAMOS Y OTRAS COMUNICACIONES

CORREO ELECTRÓNICO: pronap@sap.org.ar

TELÉFONOS: de **10 a 20 horas**: 011-4821-8612/2318/2319, internos 130/131/132/145
Fax directo: 011-4821-2319 interno 132

CORREO POSTAL: Sociedad Argentina de Pediatría
PRONAP 2009
Coronel Díaz 1971
(1425) Ciudad de Buenos Aires

Capítulo 1

❖ La seguridad de los medicamentos

Dra. Mabel Valsecia

Profesora Titular de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste.

Dr. Albert Figueras

Profesor asociado del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) España, Fundación Institut Català de Farmacología y Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste.



Por un niño sano
en un mundo mejor

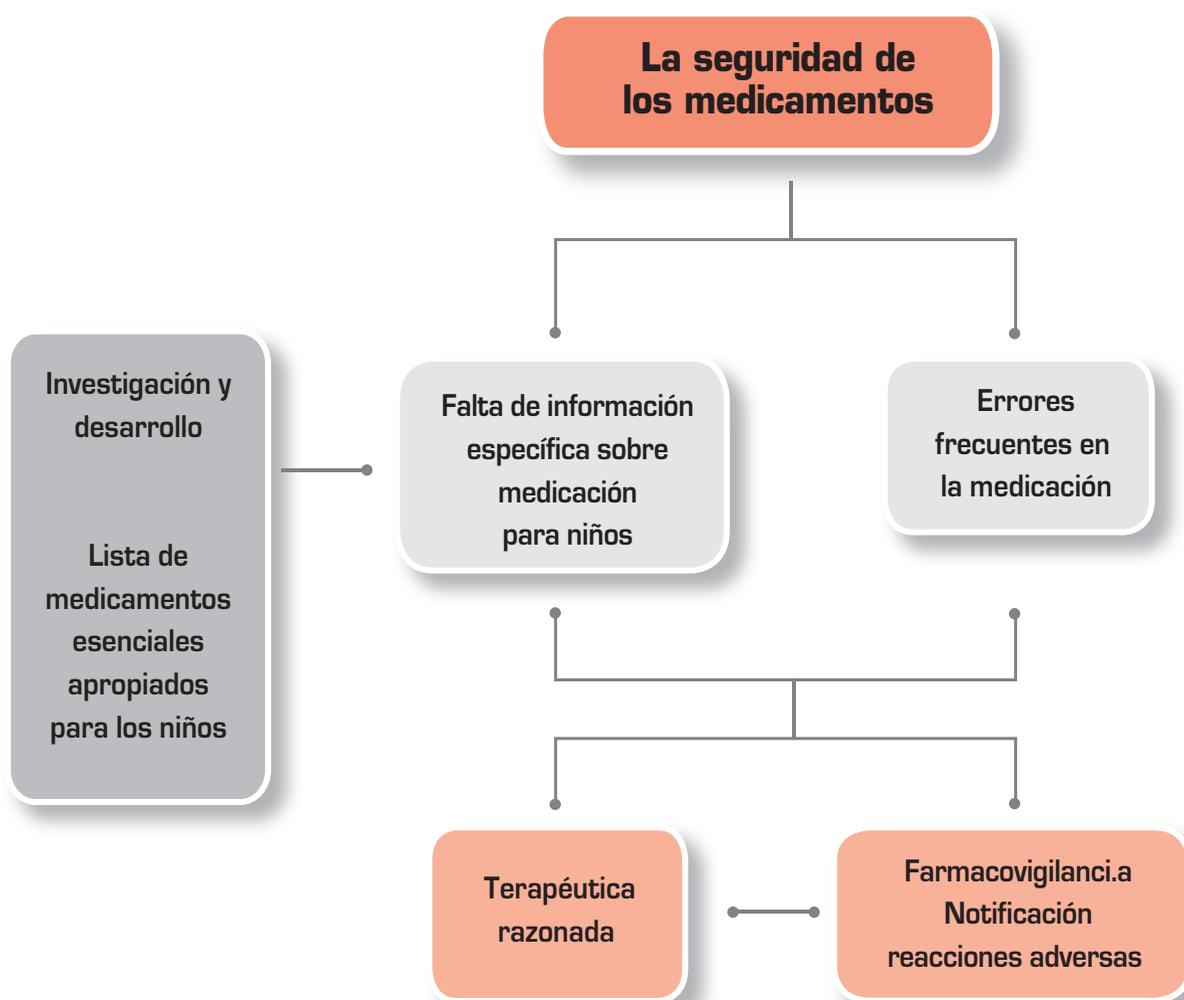
Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(09)

Objetivos

- ❑ Reconocer las limitaciones existentes en materia de seguridad de los medicamentos para niños.
- ❑ Tomar medidas para evitar los errores más frecuentes en la medicación de niños.
- ❑ Incorporar la Terapéutica Razonada en la práctica clínica.
- ❑ Prestar atención a posibles reacciones adversas a medicamentos y hacer la correspondiente notificación a la ANMAT.
- ❑ Consultar periódicamente el Boletín para profesionales de la ANMAT para estar informado sobre efectos adversos identificados y medicamentos retirados del mercado.

Esquema de contenidos



Ejercicio inicial

Antes de comenzar la lectura de este capítulo le proponemos una autoevaluación de sus conocimientos y creencias sobre el tema. Lea cada una de las proposiciones y marque V si considera que es verdadera y F si es falsa.

Proposiciones

V F No sé

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Todos los medicamentos autorizados han sido evaluados en relación a sus efectos sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Existe incertidumbre sobre la eficacia y perfil de toxicidad de los medicamentos que se utilizan en pediatría. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Se ha identificado que el error de medicación más frecuente se produce en la dosificación. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Entre el 25 y 50% de los niños hospitalizados reciben una medicación inadecuada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La administración de medicamentos por vía endovenosa es la circunstancia en la que se cometen más errores de dosificación. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Las reacciones adversas a medicamentos generalmente son síntomas y signos clínicos que simulan patologías (asma, diarrea, convulsiones). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La información incluida u omitida en los prospectos es una fuente de error en la prescripción de medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La prescripción de medicamentos utilizando el nombre genérico –denominación común internacional– es una estrategia para evitar errores por similitud ortográfica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. La promoción del uso racional de medicamentos tiene como único propósito la reducción del gasto en la atención médica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Aún cuando se hayan realizado ensayos clínicos, el perfil de toxicidad de los medicamentos de comercialización reciente es poco conocido. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La Terapéutica Razonada tiene como propósito seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada para cada paciente en particular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. La Terapéutica Razonada incluye estrategias terapéuticas no farmacológicas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. La Terapéutica Razonada incluye la evaluación y seguimiento para detectar posibles efectos indeseados de los medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. La notificación a la ANMAT de posibles reacciones adversas es una carga burocrática que no tiene ningún beneficio en la práctica clínica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Los niños, igual que los adultos, tienen derecho a recibir fármacos seguros y eficaces. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Una vez finalizada la lectura del capítulo revise sus respuestas y compárelas con las que figuran en la **Clave de Respuestas**.



Introducción

El objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir resultados terapéuticos que mejoren la calidad de vida del paciente con el menor riesgo posible y los niños tienen el mismo derecho que los adultos a recibir fármacos seguros y eficaces. Generalmente los niños sufren las llamadas enfermedades comunes de la infancia, que son de fácil diagnóstico y para las que existe una cantidad exagerada de medicamentos. Varios trabajos han puesto de manifiesto que entre el 25 y el 66% de los niños hospitalizados y entre el 11 y el 33% de los atendidos en atención primaria reciben fármacos en indicaciones o condiciones de uso no autorizadas o en condiciones de incertidumbre.

Se debe tener especial precaución cuando se prescriben fármacos a niños enfermos, sobre todo en tratamientos prolongados (más de 15 días), ya que éstos pueden afectar los procesos de desarrollo y crecimiento y generar graves efectos adversos que, a veces, no ocurren en el adulto.

No hay que olvidar que la mayoría de los fármacos pueden atravesar la placenta y actuar sobre un ser que se encuentra en rápido desarrollo, lo que provoca malformaciones estructurales (talidomida, antineoplásicos o antiepilépticos), retraso en el crecimiento intrauterino (cocaína, anfetamina o nicotina), teratogenicidad del comportamiento (por exposición a benzodiazepinas o tranquilizantes mayores), o dificultades en el ajuste funcional neonatal (por exposición intraútero a opiáceos y otros depresores).

Han ocurrido varios accidentes y problemas derivados del uso inadecuado de los medicamentos en niños y en mujeres gestantes. Merecen ser mencionados algunos casos:

❖ La desastrosa epidemia de focomelia asociada al uso de talidomida a comienzos de la década de 1960, que dio origen a la creación de programas de farmacovigilancia en todo el mundo con el fin de prevenir o conocer mejor la toxicidad de los medicamentos tanto en niños como en adultos. Aparte de las conocidas

malformaciones, también se pueden producir alteraciones neurológicas o cardíacas cuando la madre toma medicamentos durante el embarazo.

❖ El uso de cloranfenicol en recién nacidos, sobre todo si son prematuros, desencadena el conocido síndrome gris cuyo estudio ayudó a comprender que, aparte del “tamaño”, es importante tener en cuenta que los sistemas encargados de metabolizar y excretar los fármacos tienen un proceso de maduración que se debe conocer y respetar.

❖ El ácido acetilsalicílico, la aspirina infantil –con sabor a frutilla– se consideraba útil para tratar la fiebre y el malestar en los niños hasta que se empezaron a observar casos de síndrome de Reyé en niños febriles. Estos casos alertaron sobre los inconvenientes que puede acarrear la automedicación indiscriminada y pusieron en evidencia la necesidad de desarrollar actividades de educación para la salud que contribuyan a un mejor conocimiento por parte de la población.

❖ Más recientemente un nuevo problema asociado al uso indiscriminado de medicamentos en pediatría ha sido motivo de intenso debate, aparte de numerosos estudios observacionales, metanálisis y acciones reguladoras: el incremento del riesgo de ideación suicida asociado al uso de antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como la fluoxetina. Quedó patente, de nuevo, las diferencias en la respuesta a los fármacos por parte de los niños y la necesidad de prescribir los medicamentos sólo cuando sean necesarios y en aquellas indicaciones en las que realmente haya datos concluyentes sobre su eficacia y su seguridad.

❖ Un último ejemplo forma parte de la nueva tendencia a “exagerar” enfermedades con la finalidad de incrementar el uso de medicamentos sin intentar tratar previamente las causas. En los últimos años ha habido una especial presión para diagnosticar el llamado “déficit de atención” y utilizar fármacos como metilfenidato para tratarlo, un derivado anfetamínico que suele usarse desde hace

años; aparte de no estar exento de efectos indeseados, su uso puede contribuir a potenciar la creciente medicalización de la sociedad.

Los casos mencionados tienen algo en común: el escaso conocimiento que se tiene de los medicamentos en la población pediátrica. Hay pocos ensayos clínicos en los que se incluyan niños, la mayoría de los ensayos clínicos se

realizan en adultos y los resultados se extrapolan a la población infantil. Y esta situación se complica aún más cuando el niño padece alguna enfermedad menos común como hiperlipidemia, insuficiencia cardíaca o hipertensión arterial, entre otras.

Esta falta de conocimiento sobre la eficacia y la toxicidad de los medicamentos para niños requiere una actuación conjunta y rápida.

Errores de medicación

La OMS alertó que los errores en la prescripción y toma de medicamentos son tres veces más frecuentes en los niños que en los adultos debido a la falta de estudios clínicos.

La falta de formulaciones pediátricas obliga en determinadas ocasiones a cortar las tabletas o a disolver el polvo contenido en las cápsulas sin una indicación específica de las dosis requeridas; los niños más pequeños pueden sufrir asfixia por obstrucción de las vías aéreas al tratar de tragar comprimidos; se han producido accidentes fatales con comprimidos de albendazol en campañas de desparasitación en Etiopía.

Los niños, por numerosas razones, son particularmente propensos a padecer errores de medicación y el grupo de mayor riesgo es el de neonatos.

Los errores de medicación pueden ocurrir en toda la cadena del medicamento desde la distribución, almacenamiento, dispensación, prescripción, administración o seguimiento, sin embargo, ocurren generalmente en la prescripción, en especial en la dosificación.

La mayoría de las dosis se basan en el peso o la superficie corporal del niño; la necesidad de hacer cálculos introduce una mayor complejidad en el proceso de la prescripción, lo que favorece el error.

Los incidentes más graves han ocurrido con la administración de medicamentos por vía endovenosa de amplia utilización. Por ejemplo, al cambiar el envase de 1 litro por uno de 500 ml de soluciones salinas o glucosadas, pueden ocurrir errores en la preparación de un medicamento. El cloruro de potasio puede producir arritmias fatales por inyección de soluciones altamente concentradas cuando no se mezcla correctamente o no se realiza una correcta infusión intravenosa. También se han producido incidentes mortales por confusión de ampollas de cloruro de potasio con envases similares de otras sustancias como cloruro de sodio, la ranitidina o la dopamina.

Errores en la administración. En servicios de toxicología de la Argentina existen registros de consultas de administración por vía oral de gotas óticas o nasales o, a la inversa, debido a que no existen envases característicos en nuestra región. Estos accidentes ocurren cuando se guardan en botiquines o se los deja en la mesa de luz; también son frecuentes las consultas por confundir tranquilizantes por aspirinas infantiles (ambos son de aspecto similar, pequeñas y rosadas).

Existen diferentes tipos de error, conocer los mecanismos por los que se producen contribuye a evitarlos en el futuro.

Existen preparados para uso oral que vienen con envases en forma de jeringas. Recientemente fue comercializada en la Argentina una vacuna oral de virus vivos atenuados que previene la gastroenteritis más común de la infancia, causada por el rotavirus; esta presentación trae un polvo liofilizado en un frasco ampolla con la vacuna, una jeringa precargada con el diluyente y un dispositivo de transferencia para la reconstitución; en la caja se lee "administración oral", sin embargo, como la mayoría de las vacunas son inyectables y ésta se presenta como una jeringa (en la que se puede colocar una aguja), se han producido errores de administración al inyectar la vacuna.

Los frascos goteros tampoco están estandarizados; se han registrado intoxicaciones graves con paracetamol en niños, puesto que las dosis existentes en los frascos goteros de paracetamol son superiores a las dosis terapéuticas diarias para la población pediátrica, a lo que se agrega la falta de envases de seguridad.

Se ha recomendado que los goteros, los vasitos y las jeringas, que incluyen los productos para los niños, sean estandarizados para reducir el riesgo de confusión y sobredosis. En la Argentina el tramadol (un derivado analgésico opioide), 50 mg pueden obtenerse con 20 gotas o con 12 gotas, según la marca comercial, por las diferencias en los goteros.

En múltiples estudios se observó una importante reducción del número de intoxicaciones accidentales por paracetamol cuando los sistemas de vigilancia ponían en práctica envases de seguridad para niños.

Errores por similitud fonética u ortográfica.

Existen medicamentos con similar nombre comercial o con similitud fonética u ortográfica, algunos de utilización pediátrica.

Se han detectado preparados antiparasitarios con similitud fonética y ortográfica que contienen distintos principios activos en su composición, por ejemplo el medicamento de

marca comercial **Tru®** contiene pamoato de pirvinio y el **Tru compuesto®** contiene una asociación de mebendazol más tinidazol. Otro ejemplo de similitud fonética u ortográfica es el caso de la **Aerotina®**, un jarabe antihistamínico que contiene loratadina y la **Aeroxina®**, un jarabe que contiene un antibiótico del grupo de los macrólidos, la claritromicina.

Una forma de evitar estos errores es utilizar el nombre genérico o denominación común internacional (DCI) para las prescripciones. En Argentina está vigente la ley N° 25.649/02, de promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.

Errores en los prospectos. Los prospectos pueden ser otra fuente de uso inadecuado de los medicamentos. Hay numerosos ejemplos de la inclusión de propiedades terapéuticas no demostradas en los prospectos de medicamentos comercializados en la Argentina, o de errores por "omisión".

Por ejemplo, la citicolina, fue administrada a un niño de 8 años con retraso neurológico y le produjo cefalea intensa e inestabilidad emocional. A pesar de la falta de eficacia para el retraso neurológico, probablemente fue prescripto por la aparente "inocuidad" que menciona el prospecto en el apartado de efectos colaterales; sin embargo, este producto, no es seguro, como se observó en la notificación de farmacovigilancia del Nordeste de Argentina y además no está autorizado para su utilización en niños.

Otro ejemplo es el de la metoclopramida, un fármaco sintomático que sólo debería utilizarse cuando los vómitos son intolerables o refractarios en pacientes con radioterapia, quimioterapia o en postoperatorios. Sin embargo, es común en el botiquín hogareño y, muchas veces, se administra a niños. Se han notificado casos de mareos, temblores, somnolencia, movimientos extrapiramidales, crisis oculógiras, tortícolis, trismos y convulsiones tónico clónicas por administración de gotas de metoclopramida a niños desde 8

meses hasta 10 años de edad. Existen preparados de este medicamento con prospectos en su interior donde textualmente dice “está libre de contraindicaciones”.

❖
Las “omisiones” en los prospectos
pueden llevar a confusión al prescriptor,
al paciente y/o al familiar.
❖

Venta de medicamentos en lugares no

adecuados. La venta de medicamentos fuera de las farmacias, en almacenes o mercados, hace que se pierda la concepción del medicamento como elemento para la terapéutica; se venden medicamentos como un alimento más, entre caramelos, frutas u otras mercancías, en condiciones no apropiadas, expuestos al sol o humedad. Además de que esta situación confusa y poco controlada favorece la coexistencia de medicamentos falsificados o de contrabando, también aumenta la probabilidad de que se consuman medicamentos vencidos o medicamentos que han perdido la eficacia por su mala conservación.

❖ La terapéutica razonada

En la práctica clínica habitual, el pediatra se encuentra frente a un paciente con un diagnóstico específico que requiere un tratamiento. Y la realidad es que para tratar una enfermedad o un síntoma cualquiera, suele haber más de un tratamiento posible, más de un fármaco disponible; a veces hasta una docena o más de principios activos (con varias marcas comerciales cada uno). Naturalmente, no todos estos fármacos son iguales o equivalentes: uno es más eficaz en un tipo de paciente, otro ha demostrado ser mejor para otro; para uno se ha descrito mayor toxicidad hepática, mientras que otro posee mayor toxicidad gastrointestinal o neurológica.

Esta realidad hace que, si se quiere tratar a un paciente de la manera más apropiada, de acuerdo con las pruebas científicas más recientes (lo que en ocasiones se llama “uso racional” de los medicamentos), se requiera desarrollar un cuidadoso proceso llamado “terapéutica razonada”. En este proceso se identifican 6 pasos.

1. Definir el problema del paciente, hacer un diagnóstico cuidadoso y tener en cuenta aquellas circunstancias que puedan significar limitaciones o requerimientos específicos (prematuridad o patologías concomitantes que alteren la función renal).

2. Identificar el objetivo terapéutico o, dicho de otro modo, saber qué se desea conseguir al administrar un tratamiento (por ejemplo, reducir el dolor o revertir la diarrea).

3. Seleccionar las estrategias terapéuticas para este paciente en particular. Las estrategias pueden ser no farmacológicas y/o farmacológicas. Siempre se tendrá en cuenta la información sobre a) eficacia, b) seguridad; c) comodidad de administración, y d) costo del tratamiento.

4. Iniciar el tratamiento.

5. Proporcionar información, instrucciones y advertencias a la madre o al tutor del niño. Las instrucciones deben escribirse claramente y asegurarse que el familiar las entienda.

6. Supervisar el tratamiento, la evaluación y seguimiento permite reconsiderarlo si es necesario o detectar efectos indeseados que puedan surgir durante la terapéutica.

Factores que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento. Se sabe poco acerca de los factores que pueden influir en el grado de cumplimiento o adherencia al tratamiento en pediatría. Los pacientes

generalmente toman los medicamentos en el hogar o en la escuela o guardería. El cumplimiento puede ser reforzado con la máxima educación a los familiares respecto al problema de salud del niño, la acción del medicamento y la importancia de seguir las instrucciones del profesional de salud.

Por otro lado, el régimen de tratamiento no debe interferir con las actividades diarias, ni con las horas de descanso del niño. Otros factores que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento son el sabor, el olor, el color y la consistencia del medicamento, lo mismo que la frecuencia de las dosis

Muchos tratamientos indicados en los centros de salud y las salas de hospitales resultan inapropiados cuando se analizan a la luz de los principios de la terapéutica razonada y si se toman en cuenta las pruebas científicas existentes.

La presión asistencial, la prisa, la falta de educación continua, la dificultad para tener acceso a la información fiable e independiente sobre los medicamentos hacen que, en la práctica, muchas veces se opte por prescribir el último fármaco disponible, el que está de moda o el que fuera presentado la semana pasada por el agente de propaganda médica.

El exceso de medicamentos y la sobreabundancia de información (a veces poco contrastada) también pueden favorecer el uso incorrecto, con las consecuencias que ello representa para una comunidad, en términos económicos y de iatrogenia para el individuo. En pediatría, además, se suma el hecho de que muchos fármacos no han sido estudiados en esta población –de modo que se carece de información específica – y, a veces, se utilizan en indicaciones no autorizadas (*off label*) o poco estudiadas, sin tener pruebas científicas sobre las dosis apropiadas para las características morfológicas del niño o sus riesgos y, a veces, incluso sin disponer de una formulación pediátrica específica.

La selección de un medicamento requiere, no sólo una lectura crítica de la información científica –que puede estar sesgada– sino conocer en qué pacientes y circunstancias se realizaron los ensayos clínicos disponibles y si éstos difieren de las características del paciente que se está atendiendo.

Son necesarios más estudios clínicos en pediatría y se requiere la selección adecuada de los fármacos a estudiar, sin repetir los mismos errores cometidos cuando se estudian fármacos en adultos. Por ejemplo, la existencia de numerosos fármacos “yo también” –*me too*– que son fármacos de un mismo grupo con una eficacia y seguridad similar; cuando aparecen en el mercado suelen tener menos evidencias de eficacia que los representantes originales del grupo; en la mayoría de casos no presentan ventajas y a veces conllevan riesgos. Son medicamentos que no añaden nuevo valor terapéutico y poco aportan al arsenal terapéutico ya disponible, del mismo modo que las combinaciones de fármacos a dosis fijas irracionales con una relación beneficio/riesgo claramente desfavorable.

La proporción de fármacos poco útiles o inaceptables (por su falta de eficacia o su composición no sustentada por pruebas científicas) varía de un país a otro.

En Argentina se comercializan medicamentos pediátricos cuya eficacia terapéutica no ha sido demostrada y hay algunas presentaciones cuyo valor terapéutico potencial podría clasificarse de dudoso o inaceptable, según la clasificación del valor intrínseco terapéutico descrita por Laporte y cols.

Por ejemplo, combinaciones a dosis fijas con numerosos principios activos en un solo

preparado, como sucede con algunos medicamentos para la tos o el resfrío, o combinaciones de dos o tres principios activos

cuya administración conjunta no ha demostrado efectos superiores a la administración de uno solo de los principios activos.

Ejemplos de formulaciones pediátricas en combinaciones a dosis fijas irracionales en el mercado farmacéutico argentino

- Amoxicilina+ ambroxol
- Amoxicilina + bromhexina
- Amoxicilina + brovanexina
- Amoxicilina + carboximetilcisteína
- Cefadroxilo + ambroxol
- Rifampicina + trimetoprima
- Sulfametoxazol + trimetoprima + guaifenesina
- Pseudoefedrina + ambroxol + clofedianol
- Ambroxol + clenbuterol
- Ambroxol + clofedianol
- Ambroxol + butetamato
- Ambroxol + butamirato + clorfeniramina
- Simeticona + homatropina
- Dipirona + paracetamol

- Bromhexina + difenhidramina + codeína
- Ciproheptadina + calcio + cianocobalamina
- Clorfeniramina + dextrometorfano
- Codeína + efedrina
- Dexametasona + clorfeniramina
- Bromhexina + difenhidramina + dextrometorfano
- Loratadina + betametasona
- Loratadina + pseudoefedrina
- Noscapina + guaifenesina + efedrina
- Salbutamol + guaifenesina
- Clorfeniramina + pseudoefedrina + paracetamol
- Difenhidramina + bromhexina+ papaverina + noscapina + codeína + efedrina

❖ Farmacovigilancia

Los medicamentos se diseñan con el objetivo de producir beneficios para la salud. Aunque, paradójicamente, en contraposición con su eficacia son capaces de producir efectos indeseados o reacciones adversas.

❖

Las reacciones adversas a medicamento (RAM) pueden ser síntomas o signos clínicos comunes con otras patologías, que imitan enfermedades o síntomas (por ejemplo, asma, diarrea o convulsiones).

❖

El patrón de las RAM es tan amplio y variado, que para asegurar que se diagnostica una RAM apropiadamente y no se confunde con un síntoma idiopático, siempre habría que incluir las posibles reacciones adversas a medicamentos en el diagnóstico diferencial.

Las RAM pueden ser leves, moderadas o graves. Es interesante tener presentes los criterios de "imputabilidad" o sea la apreciación clínica de la existencia de una relación entre determinado evento y una droga determinada en un paciente dado.

Antes de que aparezca un medicamento en el mercado en la Argentina, debe ser autorizado obligatoriamente por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Previamente al proceso de autorización se estudian los efectos del medicamento, tanto los beneficiosos como los posibles efectos adversos; en esta etapa la mayor parte de los estudios son ensayos clínicos.

Los ensayos clínicos tienen ciertas limitaciones:

- ❑ se llevan a cabo en un número escaso de pacientes;
- ❑ durante un período de tiempo limitado;
- ❑ con una población seleccionada.

Por lo tanto algunos efectos adversos (por ejemplo los que son poco frecuentes o los que aparecen después de su uso continuado o debido a la interacción con otros medicamentos), no se pueden detectar. En pediatría, además, se suma el inconveniente ya mencionado de la escasez de ensayos clínicos en esta población.

❑

El perfil de toxicidad de los medicamentos de comercialización reciente es poco conocido. La experiencia de uso permite aumentar el conocimiento mediante la farmacovigilancia, sobre todo, por la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas.

❑

En pediatría se utilizan numerosos medicamentos en indicaciones no autorizadas

(*off label*) o poco estudiadas, sin tener pruebas científicas sobre las dosis apropiadas para las características morfológicas del niño o sus riesgos y, a veces, incluso sin disponer de una formulación pediátrica específica. Existen algunas iniciativas, tanto nacionales como internacionales, para mejorar esta situación, y es en este contexto que se debe trabajar la farmacovigilancia en pediatría.

Los trastornos de salud y enfermedades en la infancia pueden ser cuali y cuantitativamente diferentes a sus equivalentes en adultos, pudiendo alterar los beneficios y/o riesgos; las condiciones crónicas pueden requerir tratamiento prolongado y la susceptibilidad a padecer reacciones adversas a los medicamentos a lo largo de la vida del paciente puede cambiar de acuerdo a la edad y/o el estadio de crecimiento y desarrollo. Los cambios rápidos en la masa, la morfología y la composición corporal pueden requerir cambios en las dosis.

La falta de datos farmacocinéticos permite que ocurran casos de infradosificación (que pueden llevar a desarrollo de resistencia en el caso de los antiinfecciosos) o supradosificación (puede llevar a reacciones adversas dosis dependientes). Estos problemas se acentúan cuando los fármacos son utilizados en indicaciones no aprobadas o poco estudiadas, donde la información es casi inexistente y por lo tanto las reacciones adversas infranotificadas. Otro inconveniente es que los niños pocas veces pueden expresar a sus padres o cuidadores los problemas relacionados con los medicamentos.

❑

El objetivo más importante de la farmacovigilancia es la identificación de efectos indeseados no descriptos.

❑

La observación clínica y la notificación de casos de sospechas de reacciones adversas a medicamentos, así como la reunión de una serie de pacientes que presentan una enfermedad y una exposición a un medicamento en común, suelen ser los métodos más rápidos y eficaces para generar

“alertas” o hipótesis de causalidad o “señales” y diseñar estudios específicos que permitan conocer el perfil de seguridad del medicamento cuando es utilizado por la población.

Consideremos dos casos clínicos atendidos por un pediatra de una sala de atención primaria de la salud (CAPS).

- ❖ Una madre acude a la consulta con su niña de 3 años que presenta una erupción cutánea que afecta el tronco y las extremidades, con prurito intenso y lesiones por escoriación, que está tomando 750 mg/día de amoxicilina desde hace 2 días por padecer de una amigdalitis.
- ❖ Un niño de 6 años presenta excitación, insomnio, irritabilidad y cambio de carácter; la noche anterior, sus padres le habían administrado unas gotas nasales con difenhidramina y nafazolina.

Estos son dos ejemplos de “patologías farmacológicas” que pueden pasar desapercibidas si:

- ❖ se desconoce o se minimiza la potencialidad de los fármacos para producir efectos adversos;
- ❖ no se incluyen sistemáticamente los “fármacos” en la lista de diagnósticos diferenciales;
- ❖ no se lleva a cabo una anamnesis farmacológica cuidadosa.

Muchos países, y la Argentina entre ellos, poseen **sistemas de Farmacovigilancia** destinados a recoger, analizar y distribuir información acerca de las reacciones adversas, recomendando las medidas que deben adoptarse.

❖

Las notificaciones de sospechas de reacciones adversas son el núcleo fundamental de trabajo del Sistema Nacional de Farmacovigilancia que funciona en la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica)

❖

Las notificaciones se realizan en un formulario especial llamado *Ficha Amarilla o Tarjeta Amarilla de Farmacovigilancia*. Este proceso se lleva a cabo de tal manera que siempre queda garantizada la confidencialidad de los datos tanto del paciente como del notificador.

La tarjeta amarilla incluye la información requerida por el Programa Internacional de Farmacovigilancia de la OMS; consta básicamente de datos demográficos del paciente (edad, sexo, peso, altura); datos de la reacción adversa (descripción, duración, demanda asistencial y desenlace) datos de los fármacos utilizados (dosis diaria, vía de administración, fecha de comienzo y final del tratamiento, fin terapéutico de la prescripción) y exploraciones complementarias.

En la página de la ANMAT (www.anmat.gov.ar) puede encontrarse el formulario de notificación confidencial (hoja amarilla) que puede imprimirse, completarse y remitirse por correo postal o Fax al (011)-4340-0866. También está disponible un formulario electrónico que puede llenarse y enviarse por internet.

Las fichas amarillas pueden ser llenadas por profesionales de salud como médicos, farmacéuticos, odontólogos, bioquímico, enfermeros y también por el paciente o familiar; en este último caso es conveniente contactar con el médico para obtener mayor información sobre el cuadro clínico presentado.

El Sistema Nacional de Farmacovigilancia tiene efectores periféricos distribuidos en diferentes provincias de Argentina para coleccionar las fichas de notificaciones de reacciones adversas y enviarlas al efector central del sistema ubicado en la ANMAT.

La información vertida en la base de datos de la ANMAT se evalúa periódicamente para identificar de forma precoz los posibles problemas de seguridad derivados del uso de medicamentos. Este proceso se conoce como “generación de señales”. A partir de estas informaciones, en el caso de detectar una asociación previamente desconocida, se toman decisiones que, en caso de tratarse de una reacción adversa grave, pueden ir desde la modificación de las condiciones de uso del medicamento hasta su retirada del mercado.

**ANMAT**Administración Nacional de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica**SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA COMUNICACIÓN DE
EVENTOS ADVERSOS**País: **Provincia, Estado o Distrito:**

Argentina

Exámenes complementarios relevantes (con fecha):

Tipo de evento adverso:

- Evento adverso farmacológico
 Falta de eficacia

Diagnóstico presuntivo y condiciones médicas relevantes
 (alergia, semana de embarazo, alcohol, drogas, disfunción hepática o renal, tabaquismo, etc.):

Datos del paciente:

Apellido:

Nombre:

Peso: Edad: Sexo:

Medicación concomitante (incluyendo terapias alternativas)

Descripción del evento adverso (incluyendo su duración)

Resultado (marque las necesarias)

- Requirió tratamiento Riesgo de vida
 Recuperado ad integrum Malformación
 Recuperado con secuelas Otro
 No recuperado aún Muerte; fecha:
 Desconocido / /
 día/ mes / año
 Requirió o prolongó su hospitalización

Medicamento (escriba en primer lugar el producto sospechoso)

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Dosis, frecuencia y vía de admin.	Comienzo Día/Mes/Año	Final Día/Mes/Año	Indicaciones de uso	Fecha vencim.	Nº de lote o serie

¿La suspensión o reducción de dosis del medicamento sospechado causó la disminución o desaparición del evento adverso?

Si No No sabe

¿La reexposición al medicamento sospechoso generó el mismo o similar evento adverso?

Si No No sabe

Fecha comienzo del evento:

/ /

día / mes / año

Fecha de este reporte:

/ /

día / mes / año

Datos del comunicador del evento adverso (optativo):

Nombre y apellido:

Lugar de trabajo:

Dirección:

Profesión:

Tel/fax:

E-mail:

Enviar

En pediatría es fundamental notificar las sospechas de reacciones adversas, para conocer rápidamente los posibles problemas de seguridad de los fármacos cuando son utilizados en los niños.

Debido a la dinámica del proceso de maduración y crecimiento puede que el evento adverso no se manifieste de forma aguda pero sí a largo plazo afectando el proceso de desarrollo del niño.

Los efectos adversos y potencialmente irreversibles de los medicamentos sobre el crecimiento y el desarrollo son posibles, y los beneficios y daños a largo plazo inducidos por los fármacos pueden no ser demostrables hasta etapas mucho más avanzadas de la vida. Algunos productos pueden afectar el crecimiento y desarrollo físico y/o cognitivos del niño.

El perfil de estos eventos va a diferir entre los grupos de edades ya que los sistemas en desarrollo responden diferentes de acuerdo con el grado de madurez del órgano y por lo tanto puede que aparezcan eventos adversos que no aparecieron o que no fueron identificados en los estudios de los adultos.

Es especialmente importante en los niños tener pruebas de ensayos clínicos aleatorizados a largo plazo para determinar si los beneficios superan a los riesgos. En una reciente publicación (Therapeutic Letter, Mar-May 2008) se analizan críticamente los ensayos clínicos en niños con el síndrome de déficit de atención-hiperactividad y la utilización de estimulantes del sistema nervioso central. Las conclusiones son que: a) No mejoran las puntuaciones de ansiedad ni medidas de rendimiento académico de los niños; b) se observa una disminución de talla y peso a los 3 años; c) no cambian la incidencia de delincuencia o abuso de sustancias a los 3 años de tratamiento, y d) mejoran las puntuaciones de comportamiento hiperactivo o impulsivo de los "maestros y los padres". No fueron estudiados los efectos a largo plazo en exámenes, calidad de vida, finalización de la escolaridad, empleo, longevidad.

Medicamentos pediátricos retirados del mercado

terfenadina,
astemizol
y cisaprida

En los últimos años se han retirado del mercado medicamentos utilizados en pediatría con alto riesgo de producir arritmias fatales, como la terfenadina, el astemizol y la cisaprida.

nimesulida

En numerosos países se retiró la nimesulida, un analgésico con potencial toxicidad hepática, y en diciembre de 2007 la Asociación Internacional de Boletines de Medicamentos (ISDB) solicitó la retirada de este medicamento en todo el mundo; nimesulida posee, además, formulaciones pediátricas; sin embargo, en la Argentina todavía sigue en el mercado en el momento de redactar este texto.

clobutinol

También en 2007 se retiró del mercado farmacéutico y también de la Argentina, el clobutinol, un antitusígeno popular en nuestro país y que venía en numerosas asociaciones para la tos y el resfrío; el motivo de la retirada fue su capacidad de producir prolongación del intervalo QT y arritmias ventriculares.

Expertos en seguridad farmacológica propusieron a la FDA de los EEUU que se prohibiera completamente la venta libre de medicamentos multisintomáticos y los que son para tratar la tos y los resfríos en los niños menores de 6 años, incluyendo antihistamínicos, descongestivos y antitusígenos.

Desde 1998, en los EEUU existe una ley que obliga a los laboratorios a presentar un expediente de solicitud de comercialización de medicamentos para los niños y otro para los adultos.

En el año 2000, la Comisión Europea asumió un papel más activo y, para reducir la falta de fármacos adecuados para la población pediátrica, propuso nuevas acciones reguladoras que se recogen en el documento titulado Better Medicines for Children (En línea. <<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/paediatrics/leaflet.pdf>> [acceso octubre de 2008]), que entre sus principales objetivos figuran la necesidad de aumentar la disponibilidad de productos aprobados que se adapten a las necesidades de los niños de distintas edades y asegurar que los mecanismos de farmacovigilancia den respuesta al desafío que supone evaluar los posibles efectos a largo plazo en determinados casos.

Por su parte, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) está examinando la

cuestión de las pruebas clínicas en niños y se está proponiendo la creación de un fondo europeo especial para contribuir a la investigación pública en pediatría, y se está terminando de elaborar un reglamento sobre los medicamentos utilizados en pediatría y un comité pediátrico está evaluando las necesidades de medicamentos pediátricos. (En línea. www.emea.europa.eu/htms/human/paediatrics/introduction.htm [acceso octubre de 2008])

A fines del 2007, 30 años después de haber definido la primera Lista de Medicamentos Esenciales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó una campaña con el objeto de incrementar las investigaciones y desarrollo de medicamentos para niños e **incluir en la lista de medicamentos esenciales los medicamentos apropiados para niños.**


Muchos de los medicamentos actuales no han sido desarrollados para la población infantil o no están disponibles en formas o dosis adecuadas para niños.


Diferentes organizaciones no gubernamentales apoyan la iniciativa de la OMS y participan en campañas para contrarrestar el abuso de medicación en la infancia.

Ejercicio de Integración y Cierre

Responda el siguiente cuestionario:



1 *¿Cuáles son las limitaciones de los ensayos clínicos para establecer la “seguridad” de un medicamento?*

.....

.....

2 *¿Por qué se denominan las combinaciones de fármacos a dosis fijas irracionales?*

.....

.....

3 *¿Qué tipo de información puede distorsionar el uso racional de medicamentos?*

.....

.....

4 *¿Cuál es el error de medicación más frecuente en Pediatría?*

.....

.....

5 *De acuerdo a su propia experiencia, enumere por lo menos 5 factores que Ud. cree que influyen en el cumplimiento del tratamiento?*

.....

.....

Compare sus respuestas con las que figuran en la **Clave**



Conclusiones

La administración de fármacos en pediatría presenta algunos problemas, no solamente por las diferencias de concentraciones plasmáticas en las distintas edades, sino por el hecho de que el principio activo también puede modificar los procesos de crecimiento y desarrollo, un efecto que puede verse muchos años después de haberlo administrado (entre los fármacos que producen estos efectos cabe recordar corticoides, hormonas sexuales, hormonas tiroideas o fármacos antitiroideos).

Las variaciones farmacocinéticas entre pacientes pediátricos y adultos han llevado a realizar estudios clínicos en Europa y EE.UU., a pesar de las limitaciones éticas que puede haber en algunos casos. Estos estudios se orientan a conocer variaciones en la biodisponibilidad, sobre todo en las formulaciones por vía oral, debido a los continuos cambios fisiológicos del tracto gastrointestinal en lactantes y niños.

Resultan de gran importancia los estudios de

seguimiento a mediano y largo plazo y los datos de farmacovigilancia con el fin de determinar posibles efectos en el organismo, en el sistema osteomioarticular, cognitivo, sexual y de maduración del sistema inmunológico.

La ingestión involuntaria del medicamento, por accidente, pudiera ser utilizado para disponer de la información de la seguridad, de los posibles eventos adversos y en algunos casos, contribuir a comprender mejor la relación dosis-eventos adversos o efectos colaterales. La farmacovigilancia puede ser muy importante para determinar los efectos mediatos, en especial en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes etapas.

La terapéutica razonada en edad pediátrica presenta algunos problemas, desde el punto de vista farmacoterapéutico y desde el socio-cultural. Por lo tanto para intentar alguna solución, además de la investigación, son muy necesarias la educación y la motivación a nivel comunitario.

Lecturas recomendadas

www.anmat.gov.ar

www.emea.europa.eu/pdfs/human/paediatrics/leaflet.pdf

www.emea.europa.eu/htms/human/paediatrics/introduction.htm

Bibliografía

1. Danés Carreras I, Fuentes Camps I, Arnau JM, Pandolfini C, Bonati M, Sammons H, Choonara I, Jacqz-Aigrain E. Un registro europeo de ensayos clínicos en niños. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:212-4.

2. Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte JR, Tognoni G. (eds). *Principios de epidemiología del medicamento*, 2ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993: 2-23 [en línea] www.icf.uab.es/pem/libro.htm [acceso septiembre de 2008]

3. Promoting safety of medicines for children. World Health Organization 2007, ISBN 978-92-4-156343-7.

4. Remedios infantiles para la tos: Expertos de la FDA recomiendan que se los prohíba. EE.UU. *Boletín Farmacos*: noviembre 2007; Vol. 10, Num 5 [en línea] www.boletinfarmacos.org [acceso septiembre de 2008]

Clave de respuestas. Ejercicio Inicial

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



1. Falso. La mayoría de los ensayos clínicos se realizan en adultos y esos resultados se extrapolan a la población infantil.

2. Verdadero.

3. Verdadero.

4. Verdadero.

5. Verdadero.

6. Verdadero.

7. Verdadero.

8. Verdadero.

9. Falso. El propósito del uso racional de medicamentos es disminuir el uso inadecuado tanto en la prescripción y dispensación como en la demanda de los pacientes.

10. Verdadero.

11. Verdadero.

12. Verdadero.

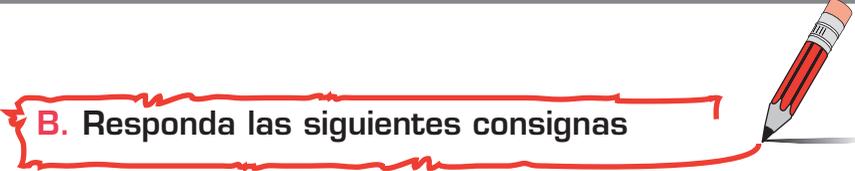
13. Verdadero.

14. Falso. La notificación de casos de sospecha de reacciones adversas a medicamentos es lo que permite llegar a conocer el perfil de seguridad del medicamento cuando es utilizado por la población.

15. Verdadero.

➤ Clave de respuestas. Ejercicio de integración y cierre

B. Responda las siguientes consignas



- 1** Los **ensayos clínicos** se llevan a cabo en un número escaso de pacientes y durante un período de tiempo limitado. Además, el fármaco en estudio, se administra a una población de pacientes seleccionados.
- 2** **Combinaciones a dosis fijas** son los medicamentos que tienen numerosos principios activos en un solo preparado y/o que combinan dos o tres principios activos cuya administración conjunta no ha demostrado mejores resultados.
- 3** El exceso de **información** poco validada y sesgada así como la escasa información confiable conspiran contra un uso racional de los medicamentos.
- 4** El **error de medicación** más frecuente en Pediatría se produce en la prescripción: en la dosis y/o en la vía de administración.
- 5** Son muchos los **factores** que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento: horario y frecuencia de las dosis, sabor y consistencia del producto, relación médico-paciente, nivel educacional de la familia.

Capítulo 2

❖ Bancos de leche humana pasteurizada

Dr. Gustavo H. Sager

Doctor en Medicina, Especialista Consultor en Pediatría.

Docente Autorizado de Pediatría. Universidad Nacional de La Plata.

Médico del Servicio de Neonatología del Hospital San Martín de La Plata.

Miembro del Subcomité de Lactancia de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Responsable del Primer y Único Banco de Leche Materna Pasteurizada de la Argentina.



Por un niño sano
en un mundo mejor

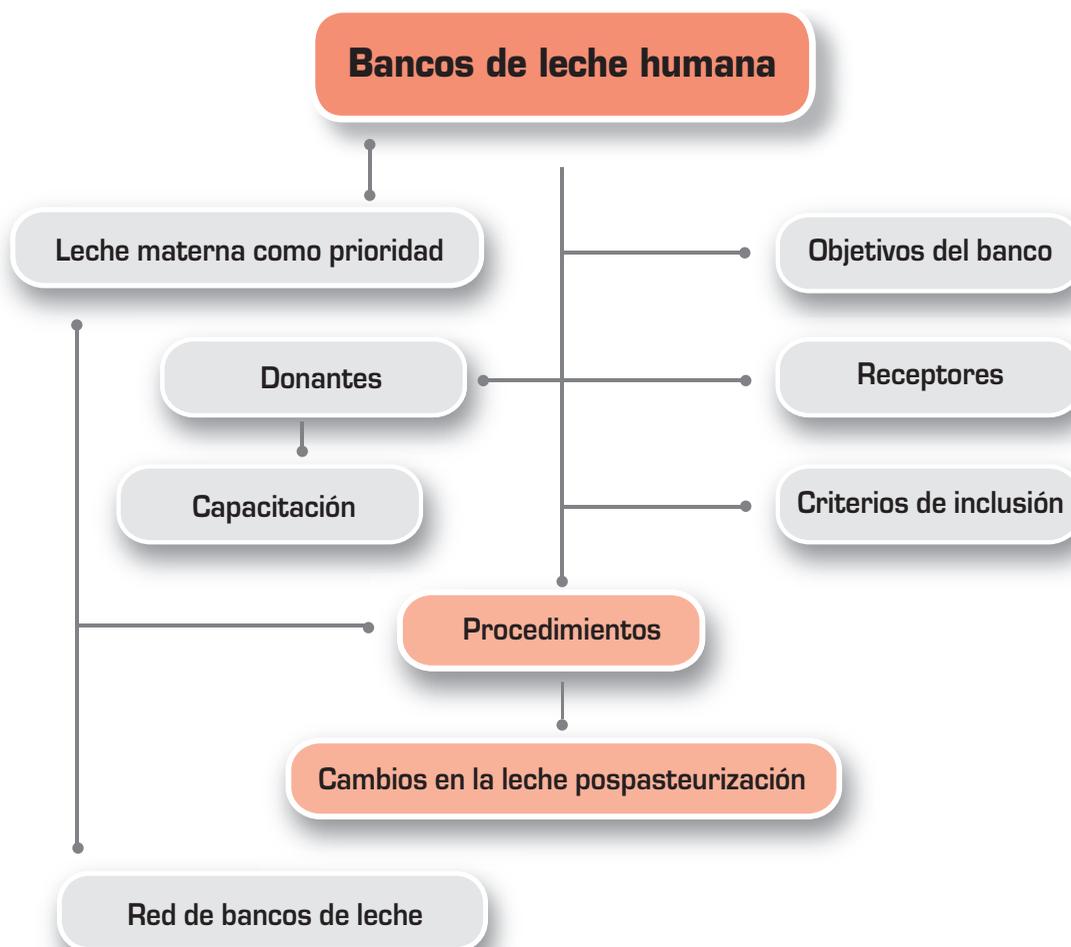
Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(09)

Objetivos

- ❑ Instaurar a la leche humana como primer alimento y único mientras dure la etapa crítica de estabilización y mientras satisfaga las necesidades nutricionales propias del recién nacido o lactante receptor.
- ❑ Describir las propiedades y características de la leche humana.
- ❑ Enumerar los requisitos de las donantes.
- ❑ Identificar los requisitos de los receptores o beneficiarios.
- ❑ Capacitar a las madres en todo lo atinente a su leche: estimulación y mantenimiento de la producción, higiene, extracción manual o mecánica, conservación, transporte, etc.
- ❑ Describir los procedimientos de un banco de leche.
- ❑ Determinar las propiedades de la leche humana luego de la pasteurización.
- ❑ Fijar criterios de distribución de la leche.
- ❑ Analizar la situación actual de los Bancos de Leche Humana en nuestro país y en el mundo.

Esquema de contenidos



Introducción

Un banco de leche humana pasteurizada es la unión de un Centro de Lactancia y de un lugar especializado donde se recolecta, procesa y distribuye la leche de madre para atender a las necesidades de los pacientes que la requieran (especialmente prematuros) por indicación de su médico o del equipo de salud que lo atiende.

❖
Cuando la leche del pecho materno no esté disponible, la única manera segura de alimentar a los niños con leche materna es mediante la pasteurización de leche de donantes.
❖

Los bancos de leche humana proporcionan una alternativa superadora a la alimentación con fórmulas: para prematuros, para pacientes con alergias a la proteína de la leche de vaca, para trastornos de alimentación y absorción, para pacientes con deficiencias inmunológicas y para la recuperación de pacientes posquirúrgicos.

Los Bancos de Leche Humana son una estrategia más, que se suma a las de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Maternidades Centradas en la Familia, Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño y Madre Canguro; contribuyendo a disminuir la mortalidad y morbilidad infantil.

Existen Bancos de Leche Humana desde 1907; su desarrollo fue interrumpido en la primera mitad del siglo XX por el fuerte impulso de la alimentación artificial en base a leche de vaca industrializada y a partir de la epidemia de sida y el conocimiento de otras enfermedades transmitidas a través de la leche humana. En las últimas décadas han resurgido con fuerza por las crecientes investigaciones sobre los beneficios de la leche materna y sobre la manera más adecuada de pasteurizarla sin peligros y con mínimas pérdidas nutricionales e inmunobiológicas.

Un Banco de Leche Humana es un centro especializado, obligatoriamente vinculado a un hospital materno y/o infantil. Es responsable de la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y se ocupa específicamente de las actividades de recolección, procesamiento y control de calidad de la leche humana (calostro, leche de transición y leche madura) para su posterior distribución, bajo prescripción del médico, en particular para pacientes con necesidades especiales. Es una institución sin fines de lucro, siendo prohibida la comercialización de los productos distribuidos. El Banco de Leche Humana es un Centro de Lactancia más un Centro de Procesamiento de Leche Materna.

Los **objetivos** de un Banco de Leche Humana son:

1. Mejorar el sistema de atención a las familias de los recién nacidos prematuros y de lactantes internados, facilitando el contacto precoz y continuado. Dando apoyo y contención.
2. Contar con leche humana de donante para la población en riesgo cuando no se cuente con leche de la propia madre.
3. Reducir los costos hospitalarios que genera la atención de los recién nacidos críticos.
4. Contactar unidades hospitalarias donde se requiera asesoramiento o necesite leche procesada para sus internados.
5. Coordinar las acciones a nivel nacional.
6. Expandir el volumen de leche humana recolectado y distribuirlo por toda la región, cumpliendo con las normas de seguridad y calidad.

La leche materna como prioridad

La leche materna debería ser el primer y único alimento del recién nacido, más aún del recién nacido prematuro.

Su excelente digestibilidad, sus elementos probióticos y prebióticos, sus efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores y el más exquisito equilibrio de nutrientes esenciales con la mayor biodisponibilidad así lo aconsejan.

La indicación primera será la leche de madre si

es posible directamente del pecho, si el niño fuera prematuro y sus reflejos de succión y deglución no estuviesen maduros se alimentará por sonda oro-gástrica con leche cruda de la propia madre recién extraída.

En segunda instancia, y sólo si no fuera posible lo anterior, se indicará leche de la propia madre refrigerada.

Si la madre no estuviera en condiciones de dar su leche por enfermedad, drogas incompatibles o razones geográficas o sociales se le administrará leche de banco de acuerdo a las necesidades del niño, evaluadas por un médico o una nutricionista. De no existir leche de banco se dará leche de fórmula.

Composición y propiedades de la leche humana

La leche materna es un alimento funcional: vivo, cambiante y humano.

Los constituyentes de la leche humana interactúan y cambian adaptándose a las necesidades de crecimiento y desarrollo de los niños, de acuerdo a esto, se tratarán de diferenciar distintos tipos de leche para

recolectar y administrar. Esto permitirá elegir distintos tipos de leche para distintas circunstancias de necesidad del bebé.

La composición presenta pocas variaciones entre individuos, pero sí a lo largo del curso de la lactancia y en cada mamada.

Variaciones a lo largo de la lactancia

Leche para prematuros

Si el embarazo no llega al término (antes de las 37 semanas de gestación) la madre produce leche con características especiales: un 20% más de nitrógeno, más ácidos grasos de cadena larga, media y corta, más sodio, cloro y hierro. Posee iguales concentraciones de lípidos y azúcares.

El calostro

Segregado en los primeros 3 a 7 días posparto (salvo en la madre de un prematuro que su leche puede tener características de calostro hasta los 21 días de nacido). Es un líquido viscoso amarillento que contiene más células, más proteínas, vitaminas liposolubles y sodio, siendo rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretora (recubren el epitelio intestinal y previenen la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos) contiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura.

Leche de transición

De color blanquecino azulado. Es segregada luego del calostro hasta el 10° a 14° día (hasta que se considere la lactancia como establecida).

Leche madura

Segregada después de la leche de transición, es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores. Su composición varía no sólo en cada madre sino también de un seno a otro en la misma madre, en el momento del día y durante la misma tetada. Es más rica en grasas y calorías que el calostro y la leche de transición.

Variaciones a lo largo de la mamada

Primeros
3-4 minutos
de succión

Del primer pecho sale una **solución** aguada, azulada que sirve para calmar la sed del bebé. Es rica en agua, inmunoglobulinas, células y lactosa.

Hasta los 10
a 12 minutos
posteriores

Sale una **suspensión** rica en proteínas.

A partir del
minuto 13.

Sale una **emulsión** rica en grasa que al saturar las papilas gustativas da la sensación de saciedad. De acuerdo con este conocimiento luego de la bajada de la leche **es preferible dejar que el niño termine el primer pecho** y no cambiarlo antes de estar saciado. La leche del final de la mamada contiene hasta cinco veces más grasa que la leche del comienzo.

También cambia el olor y el sabor de la leche dependiendo de la comida que ingiera la madre.

Salvo casos especiales, **NO** hay restricciones dietéticas en las madres que amamantan.

Composición y características de la leche humana

Proteínas: El contenido promedio aceptado es de 1.15 gr/100 ml. La proporción entre proteínas del suero y caseína en la leche humana es de 80:20 (la de la leche de vaca es de 20:80) y las proteínas de la leche humana consisten principalmente de alfa-lactoalbúmina, importante componente enzimático que es especie-específica del ser humano (la proteína predominante en la leche de vaca es la beta-globulina bovina, especie-específica para las vacas).

La leche humana es rica en aminoácidos libres, cistina, taurina, aminoácido de altas concentraciones necesario para la conjugación de sales biliares, con importante papel como neurotransmisor y neuromodulador del SNC.

Las proteínas de la leche de vaca, ya sean del suero o caseína, son estructural y cuantitativamente diferentes de las proteínas de la leche humana y pueden generar respuestas antigénicas.

Grasas: Se elevan desde 2 a 4-4,5 gr /100 ml en la leche madura. Son el componente

más variable con elevaciones al final de la mañana y al inicio de la tarde y representan del 35-50% de las necesidades de energía. La leche también aporta lipasa.

Hidratos de carbono: La lactosa es el principal carbohidrato de la leche humana, aunque también hay pequeñas cantidades de galactosa, fructosa y otros oligosacáridos. Aporta 40% de la energía necesaria para el niño, facilita la absorción de hierro y promueve la colonización de lactobacillus bifidus.

Vitaminas: Sus concentraciones son adecuadas para las necesidades del niño. En el posparto, la concentración de vitamina K es más alta en el calostro y leche de transición que en la madura. La vitamina E es suficiente pero la D es baja, a pesar de lo cual no se ven casos de deficiencias de las mismas. Recordar que la activación de esta vitamina depende de una exposición mínima al sol. Los prematuros y los niños de latitudes australes pueden requerir suplementación.

Minerales: Las concentraciones de calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor no son afectadas por la dieta materna pero están mejor adaptadas para los requerimientos nutricionales y capacidad metabólica del niño.

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de complejas interacciones entre los componentes de la leche materna y el organismo del niño, de tal manera que más del 70% del hierro de la leche materna se absorbe, comparado con el 30% en la leche de vaca.

Otros componentes: También hay hormonas como la ocitocina, prolactina, esteroides ováricos, adrenales y prostaglandinas y otras más, así como enzimas sumamente importantes como la lisozima y otras con acción y funciones inmunológicas.

Elementos defensivos de la leche materna: La leche materna se compone por una parte de una serie de nutrientes y por otra de una serie de elementos que caracterizan los mecanismos de defensa existentes en la misma.

Actúan directamente como antimicrobianos:

1. Los oligosacáridos glicoconjugados (promotores del crecimiento de los microorganismos protectores como el *Bifidobacterium bifidus*), tendrían capacidad de inhibir la adhesión de las bacterias a las superficies epiteliales y de inhibir las infecciones del tracto urinario. Estos oligosacáridos contenidos en la leche materna pueden resistir la digestión en el intestino delgado y sufrir entonces una fermentación en el colon, constituyendo una fuente de energía para el organismo.
2. Los leucocitos de la leche materna: La leche calostrada tiene un recuento de células blancas muy elevado que va declinando en la leche madura. Un 40-50% son macrófagos, 40-50% polinucleares neutrófilos y un 5-10% linfocitos. Los leucocitos de la leche materna pueden vivir en el tracto gastrointestinal hasta una semana. La leche humana tiene alrededor de 2.000-4.000 leucocitos vivos por mm^3 . Los linfocitos regularmente hallados en el calostro y en la leche materna pueden ser de tipo T o B, estos últimos produciendo IgA. Esta IgA

podría ser utilizada para la formación de IgA secretora. De los linfocitos, alrededor de un 80% son de origen T.

3. Sustancias anti-inflamatorias e inmunoestimulantes y algunas proteínas como lactoferrina, lisozima (potencia la actividad lítica de los anticuerpos anti *E. Coli*).
4. Fibronectina y complemento: la activación del C3 por el sistema proactivador del calostro es un requerimiento para la opsonización de bacterias.
5. Inmunoglobulinas: el calostro, es una fuente muy importante de anticuerpos IgA secretoria, son el resultado de la transferencia de las células productoras de IgA a la glándula mamaria tras la exposición antigénica en el intestino de la madre (circuito entero-mamario), estos anticuerpos son resistentes a las enzimas digestivas, confieren protección sin desencadenar reacciones inflamatorias. La madre, al tomar contacto con un rotavirus, por ejemplo, fabrica anticuerpos IgA en respuesta al rotavirus, este anticuerpo pasa por la leche al chico y lo protege para no enfermarse o hacerlo en forma más tenue. Se han encontrado también distintas subclases de IgG. En la leche materna se han encontrado anticuerpos frente a diversos microorganismos comprendiendo virus de la polio, virus de la influenza, rotavirus, bacilo tetánico, estreptococo, estafilococo, neumococo, *shigellas*, *escherichia*, salmonella, *campilobacter* y *giardia*.
6. Otros factores antiinflamatorios inhibidores como la acetilhidrolasa, una enzima que degrada el factor de activación plaquetario y tal vez intervenga en la disminución del riesgo de enterocolitis necrotizante del lactante prematuro amamantado.
7. Factores de crecimiento como el factor de crecimiento epitelial que puede explicar por qué los lactantes con cuadros diarreicos infecciosos que son alimentados a pecho tienen una enfermedad más leve y se curan más rápido.
8. Análogos de receptores y citoquinas ejercen una regulación sobre la

proliferación de los linfocitos, pueden sobrevivir y mantener actividad biológica durante su paso por el tracto gastrointestinal, llegando a la circulación y participando en las funciones inmunes.

9. El factor *Lactobacillus bifidus* es un carbohidrato conteniendo nitrógeno que constituye el 0,7% de los sólidos de la leche humana. Es responsable de la prevalencia de *Bifidobacterium bifidus*, *longum*, *adolescens* y *brevis* en la flora intestinal de los niños alimentados a pecho y la producción resultante de ácido acético y láctico que inhiben el crecimiento de bacterias enteropatógenas como la *Shigella* y *E. coli*.
10. Los antioxidantes, la capacidad de óxido reducción y los ácidos grasos de cadena corta contribuyen al sistema de defensas.

11. Los agentes inmunoestimulantes, como citosina y prolactina, tal vez intervengan en la prevención de enfermedades después de la lactancia y en el menor riesgo de la enfermedad de Crohn, diabetes insulino dependiente y linfoma de los lactantes alimentados con leche materna.


El sistema inmunológico de la leche humana extiende la protección inmunológica materna mientras madura el sistema inmune del lactante.


En la tabla 1 se presenta la composición media de los nutrientes en el calostro, en la leche de transición y en la leche madura:

Tabla 1. Composición media de nutrientes en calostro, leche de transición y leche madura

Nutrientes/100 ml	Calostro	Transición	Madura
AGUA	88,2 g	87,4 g	87,1 g
ENERGÍA	56 Kcal	67 Kcal	69 Kcal
PROTEÍNAS	2 g	1,5 g	1,3 g
LÍPIDOS	2,6 g	3,7 g	4,1 g
CARBOHIDRATOS	6,6 g	6,9 g	7,2 g
NITRÓGENO TOTAL	0,31 g	0,23 g	0,20 g
AG SATURADOS	1,1 g	1,5 g	1,8 g
AGM	1,1 g	1,5 g	1,6 g
AGP	0,3 g	0,5 g	0,5 g
COLESTEROL	31 mg	24 mg	16 mg
RETINOL	155 µg	85 µg	58 µg
CAROTENO	135 µg	37 µg	24 µg
VITAMINA E	1,30 mg	0,48 mg	0,34 mg
TIAMINA	0,01 mg	0,01 mg	0,02 mg
RIBOFLAVINA	0,03 mg	0,03 mg	0,03 mg
NIACINA	0,1 mg	0,1 mg	0,2 mg
FOLATO	2 µg	3 µg	5 µg
PANTOTENATO	0,12 mg	0,20 mg	0,25 mg
BIOTINA	0,2 µg	0,2 µg	0,7 µg
VITAMINA C	7 mg	6 mg	4 mg

Fuente: Nadal M. Estudio de la conservación de la leche humana y de los preparados para lactantes. Universidad de Barcelona. Facultad de Farmacia. 2006.

Donantes

Serán las que tengan excedente en su producción a los requerimientos de su propio hijo y solidariamente la ofrezcan para alimento de otros niños.

Los **criterios de selección** serán los siguientes:

- ❖ NO deben consumir más de cinco cigarrillos diarios.
- ❖ NO deben consumir más de dos unidades de alcohol diarias (dos vasos de cerveza o su equivalente en otras bebidas).
- ❖ NO deben exceder más de tres bebidas con cafeína (150-200 ml) por día.
- ❖ Los niveles diarios recomendados de suplementos vitamínicos son aceptables para madres donantes, pero deben evitarse dosis excesivas de vitaminas A, C, E, y B6.
- ❖ La madre que está dispuesta a donar leche, debe estar sana, el embarazo y el parto han de haber sido relativamente no complicados, y si dona la leche para otros niños, su propio hijo ha de estar sano.
- ❖ Cuando la donante sufre alguna enfermedad, debe desecharse la leche extraída en las 24 horas anteriores, y no donar más hasta que esté curada y ha dejado de tomar medicamentos.

- ❖ Si bien la lista de medicamentos contraindicados en madres que amamantan es actualmente mínima y restringida a tratamientos de enfermedades puntuales y poco frecuentes, es recomendable que la madre no ingiera medicamentos, anticonceptivos orales anovulatorios o cualquier fármaco sin receta. Consultar con el responsable del Banco, para estar seguros de la inocuidad de un medicamento. Los médicos pueden consultar con la página del Hospital de Marina Alta en Alicante, España: www.e-lactancia.org para tener una versión actualizada de los medicamentos que indica.
- ❖ Debido al riesgo de transmisión de enfermedad vía leche materna, las madres donantes deben estar de acuerdo en realizarse un análisis de sangre por el riesgo de transmisión del VIH 1 y 2, HTLV I y II, hepatitis B, C, sífilis, toxoplasmosis y chagas. Idealmente sus resultados no deberían tener más de 6 meses a la fecha de la donación.

Las recomendaciones de la Asociación Norteamericana de Bancos de Leche Humana (HMBANA) se encuentran en la bibliografía.

Receptores

Los niños que van a recibir la leche donada, son previamente pre-seleccionados por un médico o una nutricionista, los cuales son los encargados de solicitar la leche humana, ya sea calostro, leche de transición o leche madura. Se debe verificar la disponibilidad de stock para el suministro del producto, como también inscribir al receptor al Banco de Leche, con el fin de crear una ficha que contemple los siguientes datos: Informaciones sobre la identificación del receptor y de su madre; fecha de parto y edad gestacional, prescripción del profesional médico o nutricionista, conteniendo el diagnóstico del receptor, aporte energético y volumen que va a necesitar para cubrir sus requerimientos diarios.

Serán seleccionados como receptores: aquellos niños y niñas que presenten una o más de las siguientes características:

- ❖ Recién nacido prematuro y/o de bajo peso, especialmente los menores de 1.500 gr.
- ❖ Riesgo de infección o de enterocolitis necrotizante.
- ❖ Lactantes portadores de deficiencias inmunológicas.
- ❖ Lactantes portadores de patologías del tracto gastrointestinal.
- ❖ Lactantes gemelos cuya madre no cuente con la producción necesaria para ellos y hasta que la recupere.

- ❖ Recién nacido portador de alergia a proteínas heterólogas.
- ❖ Malformación gastrointestinal o algún otro cuadro que obligue a una intervención quirúrgica intestinal, especialmente síndrome del intestino corto.
- ❖ Madre incapaz temporalmente de amamantar de manera completa a su hijo por enfermedad, por ingestión de medicamentos contraindicados, ausencia u hospitalización lejos de su hijo.
- ❖ Intolerancia a las fórmulas lácteas artificiales.
- ❖ Lactantes con trastornos metabólicos (salvo la galactosemia en que está contraindicada) que responden bien y se benefician además por la protección contra infecciones que brinda la lactancia.

Casos excepcionales, no contemplados por los ítems anteriores, mediante una justificación médica.

El control del paciente que esté siendo alimentado con leche humana de banco debe ser realizado diariamente por el equipo del Banco de Leche y contemplar: ingresos de nutrientes, tratamientos farmacológicos concomitantes, señales de intolerancia a la nutrición, alteraciones antropométricas, bioquímicas, hematológicas y hemodinámicas, así como modificaciones en órganos, sistemas y sus funciones. Todo debe constar en la historia clínica.

El receptor de la leche humana de banco, antes de la interrupción de la terapéutica nutricional debe ser evaluado en relación a la:

- ❖ Capacidad de atender a sus necesidades nutricionales por alimentación con fórmula.
- ❖ Presencia de complicaciones que pongan al paciente en riesgo nutricional y/o de vida.
- ❖ Posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos, conforme a normas médicas y legales.

➤ Capacitación de las madres

Las madres de los prematuros internados en el Servicio de Neonatología deben ser contenidas, aconsejadas, acompañadas para que no decaigan en la ardua tarea de la extracción de leche para mantener la producción y cumplir con el objetivo final del alta del recién nacido con lactancia materna exclusiva.

Deben estar capacitadas en *Higiene y Extracción*.

Guardar las medidas higiénicas necesarias como uso de gorro y bata. El barbijo sólo es imprescindible en casos de madres resfriadas. Antes de cada extracción lavarse bien las manos con agua y jabón o agua y antiséptico y secarlas con toalla de papel o toalla limpia. Los pechos y los pezones sólo con agua y secarlos con gasa estéril. La extracción se hará en forma manual, con saca leche estéril o con bomba eléctrica.

La extracción manual se hará en tres pasos:

Primero: estimulación de los pezones para liberar ocitocina (la hormona que suelta la leche) durante un minuto.

Segundo: masaje en redondo y arrastre de la leche desde la base del pecho hasta la areola: 3 ó 4 veces.

Tercero: la extracción con dos dedos (índice y pulgar en pinza) en la base de la areola, juntándolos a través del pecho para que se encuentren y con la otra mano se sostiene el recipiente que junta la leche que gotea.

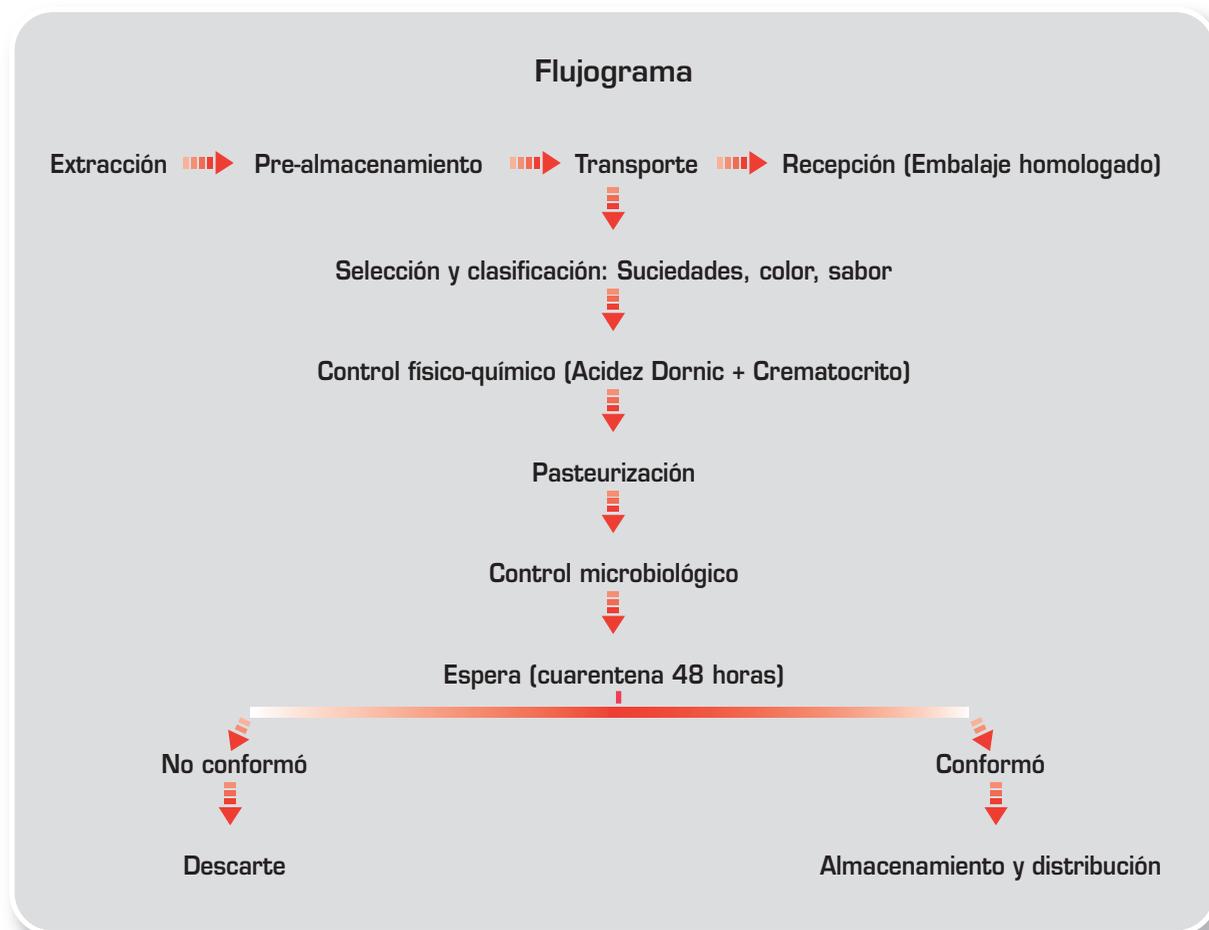
❖
Es necesario descartar las primeras gotas de leche extraída para disminuir la carga bacteriana de la misma.
❖

Existen dos maneras de recolectar la leche materna: la primera es dentro del mismo Banco y la segunda es externa al Banco (domiciliaria, puestos de recolección, alojamiento conjunto o sala de neonatología). Independientemente del local donde será realizada la recolección, se debe evitar el tránsito excesivo de personas, la presencia de

animales, vectores y agentes contaminantes. Inmediatamente después de recolectada y rotulada con el apellido de la madre, fecha y

hora de la extracción tiene que colocarse en congelador o freezer como máximo 14 días antes de procesarla en el Banco de Leche.

Procedimientos



- Higiene y Extracción** (ya fue explicada en el punto anterior).
- Transporte:** tiene que realizarse en cajas isotérmicas (heladeritas para camping de fibra de vidrio o telgopor con hielo reciclable (gelax) en proporción de tres partes de hielo por cada parte de leche. Se debe controlar la temperatura y llevar planillas específicas. Desde la extracción a la pasteurización no deben pasar más de 14 días en congelador y freezer. Al banco de leche la leche debe llegar a menos de -5 grados. Para lograr este fin se planificarán los viajes para recolectar la leche de los domicilios contando con un vehículo con freezer o una hielera debidamente acondicionada.
- Descongelamiento:** al realizarlo se deben elegir los frascos de leche humana con fechas más antiguas. Los mismos se llevan al sector de pasteurización donde se descongelan. El deshielo se puede realizar a baño María o con microondas especiales conociendo la potencia del aparato. El procedimiento debe estar validado de acuerdo al tipo de frasco y el volumen de leche. Los envases serán limpiados con alcohol 70° en su exterior.
- Evaluación físico-química de la leche:** se observarán primero las características del envase, su integridad y se valorará el color, olor y suciedades de la leche. Estas características, bajo parámetros

preestablecidos, representan la primera evaluación para la aceptación o no del producto.

❖ Alteraciones de color: no será aceptada leche con coloración que indique presencia de sangre (rosa, anaranjado, rojizo y cualquier tonalidad de marrón).

❖ Alteraciones del sabor: La leche no debe tener olor a perfumes ni olor a jabón de coco, a pescado o a fermentado (rancio).

A continuación se determina el grado de acidez y el crematocrito, que evalúa el aporte nutricional de la leche.

Acidez Dornic: La leche humana tiene un pH= 7,0-7,5, por lo tanto es levemente alcalino. La acidez de la leche es un indicador de calidad y es medida a través de la titulación de la acidez, expresada en grados Dornic. El grado Dornic (°D) es el número de décimos de mililitros de solución de hidróxido de sodio N/9, usado para neutralizar la acidez de 1 ml de leche humana, utilizando como indicador la fenolftaleína. La acidez es la resultante de la degradación de la lactosa (eventualmente de los lípidos) por la acción de los microorganismos, **es una valoración de la capacidad buffer de la leche y su alteración por la acción de contaminantes.** No se aceptará para pasteurizar leches con más de 8 grados Dornic.

El *crematocrito* es una técnica analítica para determinación del tenor de crema, lo que permite el cálculo del tenor de gordura y del contenido energético de la leche humana.

Cálculo:

$$\% \text{ Crema} = \frac{\text{Crema (mm)} \times 100}{\text{Columna total (mm)}}$$

$$\% \text{ Gordura} = \frac{\% \text{ Crema} - 0,59}{1,46}$$

$$\text{Kcal/litro} = \% \text{ Crema} \times 66,8 + 290$$

Los valores para estos cálculos son fijos y convencionales.

No se aceptarán leches con contenido energético menor de 25 Kcal %.

❖
Cuanto menor sea la acidez de la leche se alterarán menos la absorción del calcio y del fósforo y menores serán las posibilidades de osteopenia.

❖
Cuanto menor sea el crematocrito mayor será la capacidad inmunobiológica de la leche y cuanto mayor sea: más alto el aporte energético para el receptor.

5. Pasteurización: Representa una alternativa eficaz, conocida hace largo tiempo y practicada en el campo de Tecnología de alimentos. Se trata de un tratamiento térmico aplicable a la leche humana que adopta como referencia la inactividad térmica del microorganismo más termorresistente, la *Coxiella burnetti*. Una vez observado el binomio temperatura de inactividad y tiempo de exposición capaz de desactivar ese microorganismo, se puede asegurar que los demás patógenos también estarán térmicamente inactivos.

La pasteurización, conducida a 62,5° C por 30 minutos, no busca la esterilización de la leche humana ordeñada, pero sí una letalidad que garantice la inactividad del 100% de los microorganismos patógenos posibles de estar presentes ya sea por contaminación primaria o secundaria, y destruir el 99,99% de la microbiota saprófita o normal.

En términos generales, los microorganismos que componen la microbiota de la leche humana extraída pueden ser clasificados en cuanto al origen o a la patología. Son considerados contaminantes primarios aquéllos que pasan directamente de la corriente sanguínea a la leche, como en el caso del virus del SIDA; como secundarios los que habitan en las regiones más externas de los canales mamilares y en el medio exterior.

Independiente de su origen, los integrantes de la microbiota primaria y secundaria pueden ser clasificados como saprofitos o patógenos. El virus VIH muere en 2 minutos y medio a esta temperatura de pasteurización.

✚

La leche humana extraída destinada al consumo de recién nacidos, particularmente los internados en Unidades de Terapia Intensiva, no debe presentar microorganismos en cantidad o calidad capaces de representar agravios para la salud del niño.

✚

Técnica de pasteurización: El procedimiento de la pasteurización aceptado por la Asociación de Bancos de Leche de Norte América (HMBANA) con la aprobación de la Federal Drug Administration (FDA) consiste en introducir la leche humana en un recipiente de vidrio bien cerrado y sumergirlo en un baño de agua, precalentado en agitación, durante 30 minutos a una temperatura como mínima de 56° C.

Actualmente, la pasteurización más utilizada en los bancos de leche humana se efectúa con un método lento de 62,5° C durante 30 minutos (conocida como Holder Pasteurization) o con un método rápido a 100° C durante 5 minutos. La Holder Pasteurization, recomendada para los bancos de leche humana debe seguir los pasos siguientes:

1. Todos los contenedores deben estar bien cerrados con tapones nuevos para impedir la contaminación de la leche durante el tratamiento con calor.
2. Procesamiento con calor.
 - a. Las alícuotas de leche se deben procesar mediante la inmersión completa de los contenedores en un baño de agua bien agitada y calentada hasta un mínimo de 63° C.
 - b. Para registrar la temperatura de la leche durante el procesamiento con calor

se debe utilizar un envase control que contenga la misma cantidad de leche con un termómetro calibrado adherido.

- c. El termómetro se debe colocar de manera que aproximadamente el 25% del volumen de leche quede por debajo del punto de medición del termómetro (punto frío).
- d. La alícuota evaluada se debe introducir en el baño de agua después de haber colocado las demás alícuotas y debe quedar en medio de las mismas.
- e. Después de que la temperatura del envase control evaluado alcanza un mínimo de 62,5° C, se puede continuar el tratamiento con calor durante 30 minutos. La leche no debe alcanzar una temperatura central superior a 63° C.
- f. El tiempo de procesamiento dependerá del tipo, volumen y del número de frascos utilizados durante la pasteurización. Transcurridos los 30 minutos relativos a la letalidad térmica, se debe iniciar el enfriamiento de los frascos hasta que la leche humana alcance una temperatura igual o inferior a 5° C. Lo ideal que se consiga en menos de 15 minutos. El enfriamiento de los frascos puede ser obtenido a través de enfriadores automáticos o por la inmersión de los mismos en un baño conteniendo agua y hielo.

*Monitoreo del Proceso**

- a. La pasteurización de la leche humana deberá ser monitoreada cada 5 minutos, con registro de la temperatura en el momento de la averiguación.
- b. No se permite oscilación de la temperatura superior a 0,05° C.
- c. La planilla para registro de la variación de la temperatura durante la pasteurización debe ser archivada por el Banco de Leche al final de cada procedimiento, por un período mínimo de 2 años.

*En el Banco de Leche de La Plata el proceso de pasteurización se realiza con pasteurizadora automática que registra con una curva térmica minuto a minuto el proceso en la computadora.

Pausterizadora automática



6. Control Bacteriológico: Luego de la pasteurización se toman muestras del 100% de los frascos para estudios bacteriológicos. Este examen comprueba la eficacia del procesamiento realizado con la leche humana. Es un control de calidad considerado simple, económicamente viable y seguro, minimizando la posibilidad de resultados falso-positivos. Utiliza como indicador de contaminación al grupo de los coliformes. El cultivo se realiza en tubos de ensayo con un medio: la lactosa verde brillante, con cápsula de Durham en su interior. El resultado positivo es el hallazgo de burbujas de aire en el interior de la cápsula de Durham. Obtenidos los resultados del estudio bacteriológico luego de 48 horas de cuarentena la leche es liberada para su consumo, garantizando así la calidad e inocuidad del producto.

7. Conservación: La leche pasteurizada se puede conservar en freezer a -18° hasta 6 meses, en heladera (4-8°) debe ser consumida dentro de las 24 horas y a temperatura ambiente el consumo deberá ser inmediato.

8. Distribución: El fraccionamiento se hará en ambiente aséptico en jeringas individuales para cada toma con obturador de jeringa y rótulo adecuado. La distribución de la leche para el prematuro se hará de acuerdo a las normativas vigentes:

- ❑ Se preferirá la leche cruda de la propia madre,
- ❑ segundo, la leche refrigerada de la propia madre,
- ❑ tercero, leche de banco, y
- ❑ sólo si no se dispone de ellas, leche de fórmula.

Con la leche de banco comenzamos dando para la alimentación trófica desde 1 a 2 ml al día hasta 24 ml/día con calostro de baja cantidad de calorías. Cuando se pasa a una alimentación mayor se indica leche de calorías estándar 64 Kcal% hasta 100 ml/kg, luego se indica leche de altas calorías para lograr una recuperación ponderal adecuada mayor de 75 Kcal% (hemos administrado leche de hasta 120 Kcal%).

Se tratarán de lograr incrementos de peso superiores a 15 gr/día. Cuando nos encontramos con recién nacidos osteopénicos elegimos leches con acidez Dornic baja.

➤ Efectos de la pasteurización

El tratamiento de calor al que es sometida toda la leche donada al banco no destruye las cualidades nutritivas de la leche humana y las inmunoglobulinas permanecen en cantidades significativas.

Porcentaje de actividad de los distintos componentes que quedan en la leche luego de la pasteurización respecto a leche fresca:

- ❖ La IgA: 38 a 65% en el calostro y 67 a 100% en la leche madura.
- ❖ La Ig M anticuerpos específicos contra patógenos a los que la madre ha sido

expuesta. Activos contra citomegalovirus (CMV), virus sincitial respiratorio (RSV) y rubéola: 0%.

- ❖ La IgG anticuerpos específicos contra patógenos a los que la madre ha sido expuesta. Activos contra CMV, RSV y rubéola: 66-70%.
- ❖ La lactoferrina: 23 a 43%. La lisozima: 25% en calostro y 75% en leche madura.
- ❖ La Lipoprotein lipasa: 0%. La lipasa: 0%. Los monoglicéridos y los ácidos grasos 100%.

➤ Situación actual de los Bancos de Leche

En Argentina se encuentra en funcionamiento en la actualidad un solo Banco de Leche humana, el cual fue inaugurado el 15 de mayo del 2007. Está situado en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, en el Servicio de Neonatología del Hospital General San Martín.

Se espera que próximamente, en este 2009, las provincias de Chaco, Mendoza y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, puedan contar con su propio banco de leche humana.

- ❖ En Chaco, en el Hospital Dr. Julio Perrando, ubicado en la ciudad de Resistencia. Los responsables son el Dr. Carlos Posse y la bioquímica Laura Picón.
- ❖ En Mendoza, en el Hospital Lagomaggiore. El Jefe del Banco es el Dr. Luis Argés.
- ❖ En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. La responsable es la Lic. en Nutrición Odelza Vega.

❖ Bancos de Leche en el mundo

El modelo anglosajón se desarrolló en Reino Unido, Francia, Estados Unidos, Canadá y Australia. Son centros de procesamiento de leche donde realizan un pool de distintas donantes lo que hace que la leche obtenida por ellos sea estandarizada. Algunos de estos Bancos tienen fines de lucro.

El modelo Iberoamericano establecido por Brasil y hoy vigente en Latinoamérica y España (Madrid) consiste en que los Bancos sean casas de lactancia con promoción de la lactancia, actividades docentes, asistenciales y además centros de procesamiento. La leche obtenida en estos centros puede ser elegida de acuerdo con las necesidades del receptor (calostro, leche de transición, leche madura, leche de bajas calorías, de altas calorías, de baja acidez). Sólo Brasil cuenta con una red de 197 Bancos que distribuyeron en el 2007 más de 140.000 litros de leche materna a más de 130.000 prematuros.

Ejercicio de Integración y Cierre

A. Responda las siguientes consignas



1 *Defina Banco de Leche Humana*

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 *Enumere por lo menos tres criterios que deben cumplirse para ser donantes de leche humana*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 *Enumere por lo menos tres criterios para ser receptor de leche de banco*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


B. Identifique si los siguientes enunciados son Verdaderos o Falsos

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. La leche humana es una secreción viva gracias a los leucocitos que contiene. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La leche para prematuros contiene menos calorías para digerirse más fácilmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La leche del final de la lactada tiene hasta 5 veces más grasas que la leche del comienzo de la lactada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La leche extraída en el domicilio para entregar al Banco de Leche puede ser almacenada en heladera hasta 48 horas antes de ser freezada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La leche debe llegar al Banco a no más de -5° C. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Las donantes deberán tener para ser aceptadas análisis serológicos negativos en el último año para HIV, Hepatitis B, Sífilis, Toxoplasmosis y Chagas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Se descartará la leche con acidez Dornic superior a 8 grados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El análisis bacteriológico postpasteurización se hará a uno de cada 3 frascos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se comenzará a dar leche de banco a los prematuros cuando no se cuente con leche de su madre y superen los 1.500 gr. de peso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Una vez pasteurizada la leche puede conservarse hasta 6 meses en freezer antes de ser distribuida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Los Bancos de Leche del modelo anglosajón realizan mezcla de la leche de varias donantes y pueden comercializarla. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. La red brasilera de Bancos de Leche procesó en el 2007, 140.000 litros de leche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Analice y resuelva los siguientes casos clínicos



1 Ud. tiene de paciente a un prematuro de 24 horas de nacido, 30 semanas de edad gestacional y 1.200 gramos de peso, se encuentra estable en asistencia respiratoria mecánica, recibió surfactante y se encuentra con alimentación parenteral. ¿Cuándo comenzará con la alimentación enteral mínima y con qué tipo de leche lo haría si pudiera contar con la misma?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 Una señora quiere ser donante y llama por teléfono, luego del interrogatorio vemos que fuma tres cigarrillos diarios, toma levotiroxina por hipotiroidismo y tiene análisis de sangre que indican serología para toxoplasmosis con títulos de 1/64 con y sin 2 mercaptoetanol. ¿Se la acepta como donante? Justifique su respuesta

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Compare sus respuestas con las que figuran en la Clave



Conclusiones

El Banco de Leche es un área fundamental de un hospital materno-infantil, agrupa actividades de promoción de la lactancia y el vínculo familia-niño, prevención del destete temprano e injustificado, la capacitación de las familias y del equipo de salud, la asistencia en la solución de problemas del curso del amamantamiento, el diagnóstico de necesidades de los receptores y el tratamiento (ya que sin duda sirve para tratar enfermedades). Es un área que fomenta la solidaridad y el trabajo en equipo.

Nuestro objetivo central es que la población logre una lactancia natural exclusiva y con disfrute.

Trabajamos en la realización de acciones de excelencia en el procesamiento normatizado de la leche, haciendo hincapié en la gratuidad de la distribución de la misma.

Como dice el maestro Joao Aprigio Guerra de Almeida:

Un banco de leche tiene que ser una casa de lactancia y no una lechería humana.

Lecturas recomendadas

1. Guerra de Almeida J. A. La leche humana: un híbrido biológico-social. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. 69:74.
2. Romeu Nadal M. Estudio de la conservación de la leche humana y de los preparados para lactantes. Barcelona, 2006. 17-22, 71-77.

Disponible en:

www.tdx.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1121106-132646/MRN_TESIS.pdf Apretando control y cliqueando sobre el vinculo se puede acceder.

3. Lawrence R. Lactancia Materna. 6ª edición, España, 2007. Cap. 21: 835-869.

Bibliografía consultada por el autor

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna. Disponible en: www.who.int/entity/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/
2. Guerra de Almeida JA. Red Brasileira de Bancos de leche. Disponible en: www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home&UserActive_Template=redeblh_espanhol

3. Balfhor V, Cima MA, Kehoe M, Molina ME, Otamendi MP. Bancos de Leche. Tesina Carrera de Nutrición. UBA, 2008.

4. Vega O, Dimarco V. Bancos de leche humana. Proneo Octavo ciclo. Módulo 3. Editorial Médica Panamericana, 2008. 43-73.

Clave de Respuestas. Ejercicio de Integración y Cierre

A. Responda las siguientes consignas



- 1** El Banco de Leche Humana es un Centro de Lactancia más un Centro de Procesamiento de Leche Materna. Es responsable de la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y se ocupa específicamente de las actividades de recolección, procesamiento y control de calidad de la leche humana (calostro, leche de transición y leche madura) para su posterior distribución, bajo prescripción del médico, en particular para pacientes con necesidades especiales. Es una institución sin fines de lucro.
- 2** Criterios para ser donantes de leche humana: La madre que está dispuesta a donar leche, debe estar sana, el embarazo y el parto han de haber sido relativamente no complicados, y si dona la leche para otros niños, su propio hijo ha de estar sano. **No consumir** más de 5 cigarrillos diarios, más de dos unidades de alcohol diarias, más de tres bebidas con cafeína por día. Deben evitarse dosis excesivas de vitaminas A, C, E, y B6. Es recomendable que la madre no ingiera medicamentos, anticonceptivos orales anovulatorios o cualquier fármaco sin receta.
- 3** Criterios para ser receptor de leche de banco: niños o niñas seleccionados por médico o nutricionista que presenten: prematurez y/o bajo peso; riesgo de infección o de enterocolitis necrotizante; lactantes portadores de deficiencias inmunológicas o de patologías del tracto gastrointestinal; lactantes gemelos cuya madre no cuente con la producción necesaria para ellos y hasta que la recupere; recién nacido portador de alergia a proteínas heterólogas; malformación gastrointestinal o algún otro cuadro que obligue a una intervención quirúrgica intestinal, especialmente síndrome del intestino corto; madre incapaz temporalmente de amamantar de manera completa a su hijo por enfermedad, por ingestión de medicamentos contraindicados o ausencia u hospitalizada lejos de su hijo; intolerancia a las fórmulas lácteas artificiales; lactantes con trastornos metabólicos (salvo la galactosemia en que está contraindicada) que responden bien y se benefician además por la protección contra infecciones que brinda la lactancia.

**B. Identifique si los siguientes enunciados son Verdaderos o Falsos**

1. Verdadero. _____
2. Falso. _____
3. Verdadero. _____
4. Falso. _____
5. Verdadero. _____
6. Falso. _____
7. Verdadero. _____
8. Falso. _____
9. Falso. _____
10. Verdadero. _____
11. Verdadero. _____
12. Verdadero. _____

**C. Analice y resuelva los siguientes casos clínicos**

- 1** Si el recién nacido prematuro se encuentra estable, se puede comenzar con alimentación trófica por sonda oro-gástrica con leche cruda de su propia madre y de no contar con ella con calostro de leche pasteurizada de donante de baja cantidad de calorías.

- 2** El límite permitido por nosotros es de 5 cigarrillos diarios, trataremos de persuadirla que deje de fumar pero aceptaremos su leche. A pesar que dentro de los requisitos para ser donante es que la mamá sea sana, el hipotiroidismo tratado no es una enfermedad que la descarta como donante y la levotiroxina no es una droga contraindicada por lo que puede donar. La serología para toxoplasmosis indica que los títulos son bajos y que es una cicatriz serológica porque sus anticuerpos son IgG, por lo que también puede donar.

Capítulo 3

❖ Abuso sexual infantil. Manejo médico en la urgencia

Miguel Javier Indart.

Médico Pediatra. Médico Legista. Pediatra de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Buenos Aires. Miembro del Grupo de Trabajo de Maltrato infantil del Comité de Familia y Salud Mental de la SAP.



Por un niño sano
en un mundo mejor

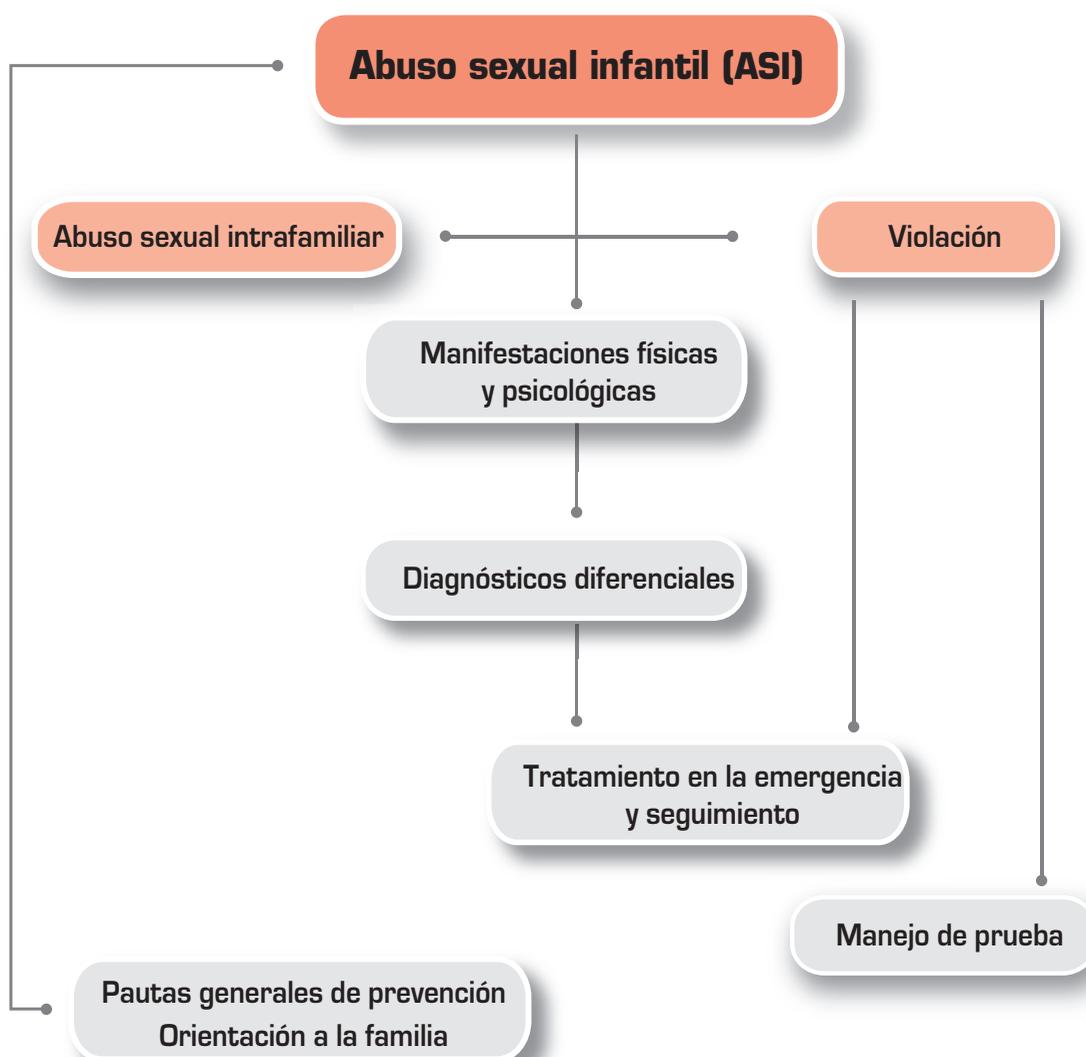
Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(09)

Objetivos

- ❑ Diferenciar los cuadros de abuso sexual infantil (ASI) y violación.
- ❑ Reconocer indicadores físicos y psicológicos del ASI y de la violación.
- ❑ Identificar elementos que hagan sospechar ASI.
- ❑ Indicar laboratorio de emergencia y tratamiento en la urgencia y en el seguimiento de los cuadros de violación.
- ❑ Describir las principales características del abuso sexual intrafamiliar.
- ❑ Realizar prevención de abuso sexual infantil dando orientaciones generales y específicas a las familias.

Esquema de Contenidos



➤ Introducción

Una situación **violenta es una acción u omisión que provoca un trastorno en el desarrollo bio-psico-social en la persona que la padece. Siempre existe una posición de poder. Las relaciones violentas que se establecen en el ámbito familiar se denominan violencia familiar, y dentro de ella los grupos más vulnerables** a padecerlas son las mujeres, los ancianos y los niños.

A las acciones violentas se las denomina genéricamente abusos y a las omisiones negligencia. Los abusos pueden ser de diferente naturaleza: físico, emocional, sexual, financiero, etc. Las omisiones pueden ir desde el descuido o negligencia hasta el abandono y la incapacidad parental de control de la conducta del niño.

La violación es una forma de abuso sexual infantil y aunque frecuentemente se usan ambos términos en forma indistinta, existen diferencias a considerar. En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

En el abuso sexual infantil (ASI) se deberá priorizar el manejo del tiempo, el conocimiento de las medidas de protección y profilaxis, así como el momento de realización del examen médico y ginecológico.

No contamos con estadística de prevalencia en nuestro país, pero en 1991 se efectuó una investigación entre estudiantes de los primeros años de la UBA con el fin de medir la incidencia de experiencias sexuales previas a los 17 años. Sobre un total de 416 estudiantes, se encontró que el 12,8% había sido víctima de abuso sexual. Del total de las víctimas de abuso el 78,4% fueron mujeres.

En los países que se han dedicado a medir este fenómeno, los resultados son significativos. Por ejemplo en EE.UU., en el año 2002, se confirma que más de 88.000 niños y niñas sufrieron ASI. Los estudios han sugerido que aproximadamente cada año el 1% de los niños experimenta alguna forma de abuso sexual, resultando víctimas entre el 12% y el 25% de niñas y entre el 8% al 10% de muchachos menores de 18 años de edad.

Pueden ser abusados por miembros de la familia o no y, con mayor frecuencia, el abusador es un varón. Los niños son víctimas menos frecuentemente que las mujeres, aunque también denuncian menos el abuso. Los adolescentes varones son abusadores en por lo menos el 20% de casos divulgados; las mujeres pueden ser también, pero en una pequeña proporción.

En España, un estudio de López y colaboradores dio a conocer que entre todos los entrevistados en general, el 19% habían sido víctimas de abusos sexuales. Los varones en un porcentaje del 15,2% y las mujeres en el orden del 22,5%.

En estas muestras se visualiza una semejanza en los resultados a pesar de las características diferentes de las poblaciones medidas.

Se intentará establecer algunas pautas para que el pediatra maneje las posibles situaciones que se le presenten a favor del niño o la niña y también elementos para orientar a las familias de nuestros pacientes respecto de prevenir las diferentes situaciones de abuso sexual que se pueden presentar.

➤ Diferencias entre violación y abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil (ASI) comprende los actos con un contenido sexual manifiesto en los que están involucrados niños o adolescentes, en general a instancias de adultos, para satisfacer las necesidades de estos últimos.

Para no quedar en apreciaciones personales o subjetivas me permito proponer una definición que acuñó Henry Kempe, no sólo por ser quien marcó un hito en el acercamiento a la comunidad científica de la problemática del maltrato infantil, sino porque es a mi criterio la

que esclarece acabadamente dicho acto abusivo.

Entonces podemos considerar abuso sexual a ***“la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.”***

Se puede observar que en esta definición se hace mención al abuso sexual en relación al sujeto niño/a inmerso o dependiendo de actividades sexuales, sin especificarlas, y por lo tanto incluyendo todas las posibilidades que de ellas se desprenden.

Se incorporan desde la exposición a videos o películas pornográficos, material gráfico o internet, pasando por el exhibicionismo, voyerismo, tocamientos y estimulación de los genitales o el orificio anal, masturbación del ofensor o la víctima, sexo oral (fellatio, cunnilingus), hasta la penetración genital y/o anal.

La violación, en la medida que es vinculada con la penetración vaginal o anal, forma parte de una de las posibilidades abusivas y por cierto la menos frecuente. El ataque sexual o la violación es un evento inesperado, violento, impredecible, y generalmente lo concreta un desconocido. Suele producir lesiones físicas y puede, a veces, poner en peligro la vida del agredido. Es habitual la presencia de lesiones génito-anales y en ese contexto la víctima suele acudir inmediatamente a pedir auxilio a sus referentes y éstos al organismo competente para su tratamiento.

Cabe señalar que la “violación” estuvo considerada por la legislación vigente hasta 1999 como un delito contra la “honestidad” junto a otras tipificaciones como “estupro”, “abuso deshonesto” y “corrupción”, consignadas en el Código Penal.

Las modificaciones que se realizaron a la legislación en 1999, titula “Delitos contra la integridad sexual” incluyendo penas de diferente magnitud “al que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo”, asignándole

mayor jerarquía a la pena cuando “hubiere acceso carnal por cualquier vía”.

Entonces debemos saber que existen términos vinculados al abuso sexual en el discurso legal, que estuvieron vinculados al viejo Código Penal, y que podrían generar confusión a la hora de entender estas realidades en la práctica asistencial médica.

La mayoría de los abusos sexuales infantojuveniles son efectuados por algún miembro de la familia, no hay uso de fuerza física para desarrollarlo, se mantiene en secreto y se va desarrollando en el tiempo, aunque puede existir en la interacción sexual abusiva un evento que produzca la violación del niño y conlleve lesiones físicas, similares a las producidas por un extraño, por lo que su diagnóstico diferencial es importante para el pediatra. Esto lleva a considerar que la violación es siempre un abuso sexual, pero existen otras formas de abuso que si bien no producen las mismas lesiones físicas producen consecuencias psíquicas de similar trascendencia.

Estamos ante una patología psicosocial, cruzada al mismo tiempo por una connotación legal.

Por lo tanto el diagnóstico no sólo tiene en cuenta los aspectos clínicos desde el punto de vista médico y psicopatológico sino que además a ellos se le suman las implicancias legales que no podemos dejar de lado.

El ASI se puede dividir en:

Extrafamiliar:

- ❑ Por un extraño en forma única e imprevista.
- ❑ Por un conocido de manera reiterada (por ejemplo profesores, referentes de cultos religiosos o cuidadores).

Intrafamiliar:

- ❑ Por alguno de los progenitores convivientes.
- ❑ Por alguno de los progenitores separados.
- ❑ Por otros familiares (abuelos, tíos, primos).

Abuso sexual intrafamiliar

El ASI intrafamiliar o incestuoso es cuando el abuso sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal, por ejemplo: padre, hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto está cubriendo de manera estable el papel de éstos. Esta es la forma más frecuente, la de más difícil diagnóstico y tratamiento, dado que el abuso es mantenido en secreto por el grupo familiar.

Forma de Instalación del proceso abusivo: Se establece un proceso complejo que el psicólogo chileno Barudy divide claramente en dos períodos, el primero de equilibrio familiar y el segundo de crisis cuando la divulgación aparece.

Dentro del primer período (equilibrio familiar) distingue tres fases:

1. **Fase de seducción:** el abusador manipula la dependencia y la confianza de la víctima, incitándola a participar de actos abusivos, los cuales presenta como juego o como comportamientos normales y sanos entre adultos y niños.
2. **Fase de interacción sexual abusiva:** el adulto comienza a actuar abusivamente con su víctima de manera gradual y progresiva, presentando primero gestos sin contacto hasta llegar de manera gradual a gestos con contacto sexual.

Podemos dividir esta fase de interacción sexual abusiva, a su vez, en tres etapas a saber:

a) Abuso psicológico:

- Favoritismo.
- Inversión de roles.
- Restricción de la actividad social del niño.
- Confidencias inadecuadas.
- Secretos intrafamiliares.

b) Abuso encubierto:

- Falta de respeto a la intimidad del niño.
- Ridiculización del cuerpo del niño.
- Exposición a la desnudez del adulto.
- Acceso a la pornografía.
- Abrazos y miradas inadecuadas.

c) Abuso manifiesto:

- Exhibicionismo.
- Besos y caricias inadecuados.
- Masturbación.
- Felación: estimulación bucal de la mujer en los genitales del hombre.
- Cunnilingus: caricias bucales del hombre en la vulva de la mujer.
- Penetración.

3. **Fase del secreto:** El abusador impone la ley del silencio a la víctima para no ser descubierto, lo cual realiza a través de amenazas, mentiras, culpabilización, chantaje y manipulación psicológica. Los padres abusadores saben que están transgrediendo una ley, se protegen de ser descubiertos de la realización de los actos abusivos convenciendo a los niños del peligro de que se revele el secreto del abuso tanto para él, como para el resto de los integrantes de la familia. Entran en la dinámica del chantaje con lo que obtienen favores, regalos y privilegios del abusador. Esto cierra el círculo, en la medida que estas respuestas adaptativas permiten la desculpabilización del abusador y, al contrario, aumentan la culpabilidad y vergüenza del niño.

En el segundo período, el de crisis, el autor distingue dos fases:

Fase de divulgación: En esta fase el abuso es develado, ya sea de manera accidental (un tercero descubre el abuso, la aparición de una infección de transmisión sexual) o premeditada (la víctima voluntariamente comunica el abuso a alguien de su confianza).

Fase de represión del discurso de la víctima: Se encadena tanto en los miembros de la familia como en el entorno, un conjunto de comportamientos y discursos tendientes a neutralizar los efectos de la divulgación, buscando reprimir el discurso de la víctima para recuperar el equilibrio familiar.

Esta situación se mantiene en secreto, y como dijimos anteriormente, existe en la interacción

abusiva situaciones en que es difícil diferenciar si la violación ocurrió por parte de un extraño o en el seno de la familia.

Manifestaciones psicológicas

Habitualmente un niño que ha sufrido ASI intrafamiliar no cuenta su experiencia con

palabras, y frecuentemente lo puede expresar por medio de su conducta.

Por otro lado, los niños presentan manifestaciones que varían según las características individuales y de acuerdo al momento evolutivo por el que esté atravesando:

Lactantes

- Irritabilidad y llanto injustificado.

Primera infancia

- Masturbación compulsiva.
- Juegos sexuales inapropiados para la edad del niño.
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).
- Miedos intensos (para ir a la cama, acercarse o permanecer con ciertas personas).
- Cambios notorios en los hábitos alimentarios (por exceso o restricción en la ingesta).
- Crisis de llanto sin explicación.

Edad escolar

- Trastornos del aprendizaje.
- Dificultades en la integración al grupo de pares.
- Cefaleas y/o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica.
- Fobias escolares.
- Miedos.
- Enuresis y/o encopresis secundaria.
- Dificultades en aceptar compartir un vestuario con sus pares por temor a ser visto sin ropa.
- Conductas hipersexualizadas. Masturbación compulsiva que se desarrolla en cualquier lugar, que interfiere con las relaciones sociales y que llega a lastimar a la persona. En las relaciones con pares en preescolares puede ser normal la observación del cuerpo de los demás, imposición a otro por la fuerza y sin consentimiento, tocamientos, movimientos coitales.

Adolescencia

- Cefaleas y/o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica.
- Patología alimentaria manifiesta como anorexia o bulimia.
- Fugas del hogar.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Manifestaciones autoagresivas de distinto tipo.
- Intentos de suicidio.
- Comportamientos sexuales promiscuos.
- Conductas antisociales.
- Mal rendimiento escolar / deserción escolar.

Es importante recalcar que las manifestaciones descriptas no conforman por sí solas un diagnóstico, sino que dan lugar a establecer firmes sospechas de abuso sexual.

Para diferenciar el ASI intrafamiliar de la violación tendremos que analizar las actitudes de los padres y del niño, quienes intentarán mantener el secreto en el ASI intrafamiliar.

Actitud de los **padres** o de alguno de ellos:

- ❑ No concurrencia en forma inmediata a un centro asistencial.
- ❑ Afirmación de que fueron otros los que causaron las lesiones.

- ❑ No explica adecuadamente la naturaleza de las lesiones.
- ❑ Falta o disminución del componente emocional.
- ❑ Discurso difícilmente mantenido en el tiempo.
- ❑ A veces no puede localizarse al adulto.
- ❑ Rechazo a dar consentimiento o participar en nuevos procesos de evaluación.

En el **niño** puede aparecer:

- ❑ En la entrevista tiene un comportamiento temeroso.
- ❑ Recela del contacto con sus padres.
- ❑ Durante el llanto o ante situaciones angustiosas, no muestra expectativas reales de ser consolado.
- ❑ Se mantiene constantemente alerta.

❑ Violación

La violación por un extraño es un evento, generalmente único, que es vivido como una urgencia y en la cual los elementos nombrados anteriormente no aparecen.

❑ Manifestaciones físicas

La sospecha debe fundarse en base a la presencia de los indicadores antes detallados a los que pueden sumarse otros desde el punto de vista físico como irritación, abrasión o hematomas en labios menores, cicatrices, escotaduras o distorsión del himen entre hora 3 y 9, disminución, restos o ausencia de himen, cicatriz en fosa navicular y lesión en horquilla posterior. También estaremos atentos a las hemorragias genitales, las vulvovaginitis, la infección urinaria recurrente y por supuesto el embarazo. En lo que respecta al esfínter anal, la dilatación del mismo, es materia de controversias entre diversos autores. Se suman además el borramiento de los pliegues, los hematomas o el sangrado, las hendiduras o

fisuras, la congestión venosa y la hiperpigmentación de la piel perianal como indicadores de abuso.

En cuanto al diámetro himeneal estudios realizados por Mc Cann y colaboradores consideran como límites extremos, en las mediciones de niñas prepúberes, entre los 2 y 8 mm. Desde ya que diámetros superiores a los 10 mm sugieren penetración.

Cuando el traumatismo es accidental suele haber lesiones en la cara interna del muslo o en el periné y pueden estar comprometidos los labios mayores. En estos casos cabe ser prudente y observador ya que difícilmente se logre lesionar en forma aislada el himen.

También cabe sospechar el abuso en el caso de los niños portadores de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Ver tabla 1 en página siguiente).

Tabla 1. Relación ITS – abuso sexual infantil (ASI)

ITS	Incubación	Diagnóstico	Relación con ASI
Infección por <i>N. Gonorrhoeae</i>	2 a 7 días	Cultivo confirmado por dos o tres test	Certeza*
Sífilis	10 a 90 días	VDRL confirmado por FTA abs	Certeza*
HIV	6 semanas a 8 meses	ELISA confirmado por Western Blot	Certeza*
Condilomas acuminados HPV	1 a 9 meses (¿20 meses?)	Inspección, topicación con ácido acético o biopsia y tipificación viral	Probable*
Trichomoniasis	4 a 20 días	Cultivo de secreción vaginal	Probable*
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	Variable	Cultivo	Probable
Herpes virus tipo 2	2 a 14 días	Cultivo con tipificación viral	Probable
Herpes virus tipo 1	2 a 14 días	Ídem	Posible
Vulvovaginitis bacteriana	7 a 14 días	Cultivo	Incierto
Micoplasma	2 a 3 semanas	Cultivo	Incierto

*Excepto cuando se prueba la transmisión vertical.

Fuente: Abuso sexual infantil. PROAGO. Módulo 3. 2006.

La **vulvovaginitis** es un problema frecuente en las niñas prepúberes. Los gérmenes involucrados en ellas, a diferencia de la mujer adulta, son los habituales de la flora vaginal, entérica o del aparato respiratorio, normales en la niña. De la flora vaginal pueden producir vulvovaginitis: Candidas, bacteroides y anaeróbicos como peptoestreptococcus. De la flora entérica la provocan la *Escherichia coli* y la *Shigella flexneri*, esta última responsable de la mayoría de las vulvovaginitis hemorrágicas. Por último, de los gérmenes respiratorios la pueden producir el estreptococo piógenos (la escarlatina puede producir vulvovaginitis). También se hallaron *Haemophilus influenzae*, el *Estafilococo aureus* y la *Branhamella catarralis*. Así como la pueden producir organismos que forman parte de la flora normal de la menor, también se puede adquirir una vulvovaginitis transmitida por contacto sexual.

Se incluyen dentro de esta forma a la producida por la *Neisseria gonorrhoeae*, la *Chlamydia trachomatis*, la *Tricomona vaginalis* y el *Herpes*

simple. Aproximadamente el 5% de niños sexualmente abusados adquieren una ITS de sus victimarios. A diferencia de la mujer adulta en la que puede ser asintomática la infección por *N. gonorrhoeae*, en la niña prepúber produce un cuadro de vulvovaginitis con abundante secreción purulenta verdosa e intenso prurito.

La *C. trachomatis* puede ser transmitida a los lactantes por sus madres, pero en ninguno de los casos estudiados y controlados persistió el cultivo positivo a los dos años de vida.

La *Trichomona vaginalis* a veces se transmite durante el nacimiento y en general se resuelve espontáneamente al disminuir la concentración de estrógenos. A pesar de ser factible su transmisión por otros medios (toallas, elementos húmedos), mayoritariamente es por vía sexual.

El Herpes Simple tipo 1 o labiobucal, puede producir vulvovaginitis por autoinoculación y el tipo 2 o genital se puede adquirir por contacto sexual. El más frecuente en estos casos es el Herpes tipo 2, con el mismo serotipo en adolescentes jóvenes sexualmente activos. El

virus del herpes produce una vesícula muy dolorosa y ulcerada que toma piel y mucosas y se puede acompañar de fiebre.

Las infecciones del papilomavirus se pueden transmitir por el canal del parto y por pasaje placentario, manifestándose clínicamente hasta tres años después, debido al prolongado período de incubación. La forma clínica de presentación es condiloma acuminado. Importa el catastro de todo el grupo familiar para detectar infecciones por HPV, tanto en mujeres como en varones, debido también al prolongado período de latencia, recomendando el seguimiento clínico varias semanas después del examen inicial.

Además se efectuarán pruebas para descartar otras ITS, incluyendo el virus humano de la inmunodeficiencia (VIH), la hepatitis B, la hepatitis C, y la sífilis. Estas enfermedades serán orientadoras de ASI si se descarta la transmisión perinatal, u otra forma de transmisión como la postransfusional.

La sífilis la pueden adquirir hasta el 1,5% de los niños víctimas de ASI. Como en los adultos, puede pasar por períodos asintomáticos o tener manifestaciones clínicas. Así la sífilis primaria o chancro primario es una lesión ulcerada, limpia de bordes sobreelevados e indolora, que aparece en el sitio de la primoinfección y según su ubicación se las puede confundir con fisuras anales o un cuadro de celulitis perianal. La forma secundaria se presenta como un rash macular y eritematoso (roséola), que aparece primero en la parte superior del tronco y proximal de extremidades superiores, para luego generalizarse. Se la puede confundir con un exantema viral, siendo clásicos el rash en palmas y plantas de los pies.

Hay otras enfermedades de transmisión sexual poco frecuentes, tales como ectoparasitosis, dentro de éstas se destaca la escabiosis y la pediculosis cruris, que pueden ser transmitidas por vía sexual, aunque mayoritariamente no lo son. El molusco contagioso causado por un poxvirus puede transmitirse por vía sexual en adultos, pero no así en niños.

¿Cuándo debemos solicitar pruebas diagnósticas de ITS?

En niñas prepuberales, los exámenes de laboratorio no se realizan en forma rutinaria.

Por lo tanto el médico puede decidir la realización de pruebas para determinar si existen infecciones de transmisión sexual (ITS), según una serie de factores que deben ser considerados para decidir cuándo realizar una prueba, y de qué sitios anatómicos tomar la muestra:

- ❑ la edad del niño,
- ❑ el tipo de contacto sexual (siempre se debe realizar en la violación y cuando existen lesiones físicas),
- ❑ signos y síntomas sugestivos de ITS
- ❑ si existe algún miembro de la familia con una ITS,
- ❑ si el abusador presunto cuenta con factores de riesgo para una ITS,
- ❑ petición de familiares para realizarlo.

En la investigación universal de pacientes postpuberales abusadas se recomienda, debido a que infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* pueden ser asintomáticas en la mujer adulta hasta en el 80%, y las provocadas por *Chlamydia trachomatis* igualmente asintomáticas entre el 20 al 50%.

❑
Realizar siempre de ser posible la investigación etiológica antes de cualquier tratamiento profiláctico.
❑

Al margen de estas manifestaciones que pueden originar la consulta médica y las indicadas con anterioridad vinculadas a la asistencia en salud mental, puede que el niño/a manifieste verbalmente de manera implícita o explícita las situaciones vinculadas con el abuso. Se adjunta la clasificación de Adams que incluye no solo las lesiones de genitales femeninos y los masculinos, sino también los diagnósticos diferenciales

Es útil usar la clasificación de Adams del 2003 ya que hace referencia no solo a los genitales femeninos, sino también a los masculinos, a las manifestaciones anales y a los diagnósticos diferenciales

Tabla 2. Clasificación de los hallazgos ano/genitales en niños/as con sospecha de ASI**Clase 1: Normal o no relacionado con abuso**

Genitales femeninos. En la recién nacida: Adherencias periuretrales o vestibulares, pólipos himeneales, hinchazón del himen, himen hendido en su parte antero-superior a su mitad de hora 3 a 9 con el paciente en decúbito supino.

Variaciones normales: Himen septado.

Ano: Pequeño pólipo en hora 6 del rafe perineal, adelgazamiento del rafe perineal, venas azules que translucen.

Variables normales: diastasis del ano, pólipos o engrosamientos de la piel perianal, hiperpigmentación de la piel perianal, dilatación anal en presencia de heces, congestión venosa perianal.

Pene/escroto: Círculo de pigmentación marrón alrededor de la cabeza del pene, líneas oscuras en el pene o escroto, ubicadas en el rafe medio.

Otros hallazgos no relacionados con abuso: Infección por *Cándida*, infección urinaria, vaginitis causada por gérmenes entéricos o respiratorios, cultivo positivo para *Gardenerella* en ausencia de otros signos de vaginosis bacteriana. Prolapso uretral, liquen escleroso, enfermedad de Crohn, enfermedad de Bechet deben ser diagnosticadas como diferenciales de abuso.

Clase 2: Lesiones no específicas

Genitales femeninos. Estas lesiones podrían corresponder a abuso, dependiendo del tiempo transcurrido desde el hecho, aunque también pueden ser provocadas por otras causas: Enrojecimiento del vestíbulo, hipervascularización del vestíbulo; abrasiones superficiales de los labios o la horquilla; muescas superficiales en el anillo himeneal que ocupen menos del 50% de éste; anillo himeneal angosto, de 1 a 2 mm de extensión; adherencia de labios menores; verrugas genitales en niños/as; sangre en la ropa interior; sangrado vaginal.

Ano: Eritema de piel perianal; fisura anal; dilatación anal sin materia fecal en su interior; abrasión de la piel perianal; contusiones en las nalgas; vesículas o úlcera en el área perianal o nalga; sangrado anal.

Pene/escroto: Eritema del pene, edema; abrasión o lesiones tipo vesiculoso en el pene o escroto.

Otros hallazgos que pueden o no estar relacionados con abuso: Herpes tipo I y II en un niño que requiere asistencia para la higiene en el baño, o que puede haberse autoinfectado por lesiones en la región oral; vaginosis bacteriana en niños o adolescentes; cualquier ETS que el niño pudo haberse contagiado durante su pasaje por el canal de parto.

Clase 3: Lesiones posiblemente asociadas al abuso sexual

Genitales femeninos. Cualquier lesión encontrada en niños con abuso documentado aunque que los datos existentes sean insuficientes para indicar que su única causa está en el abuso sexual.

Trauma agudo, con sospecha de abuso sexual: laceración aguda o abrasión en labios, horquilla o tejido perianal; laceraciones o mordidas en los genitales o región cercana; lesiones de succión en los genitales o regiones cercanas. Cicatrices asociadas con posible abuso: cicatriz en la horquilla; escotaduras que se extienden más de un 50% en el anillo himeneal posterior (inferior) o lateral.

Ano: Laceración o edema de la piel perianal; cicatriz perianal (puede darse por patología como enfermedad de Crohn).

Pene/escroto: Ataduras del pene con el pelo del niño/a u otro objeto; mordeduras o punciones; lesión por succión en el pene, escroto o región cercana a los genitales.

Otros hallazgos posiblemente asociados con abuso: Herpes tipo I y II en genitales de niños/as que no tienen lesiones orales y que no necesitan asistencia en el baño; infección por Trichomonas, HPV en niños sin transmisión vertical.

Clase 4: Evidencia clara de abuso sexual

Genitales femeninos. Lesiones en himen o vagina que no tienen otra explicación. Completa o parcial laceración del himen, equimosis en himen, laceración vaginal. Lesión anterior curada: desgarramiento antiguo de himen, con ausencia de tejido himeneal.

Ano: Laceraciones perianales que se extienden en forma profunda en el esfínter anal.

Otras evidencias de abuso sexual: Embarazo; hallazgo de esperma en el cuerpo de la víctima; videos o fotografías que documentan el abuso; cultivos positivos: anales, orales o vaginales de Neisseria gonorrea; cultivo de *Chlamydia trachomatis* de la región anal o genital; serología positiva para HIV, sífilis.

Fuente: Adams J. Clasificación de Adams. "Hallazgos físicos y de laboratorio". 2003.

¿Cuándo es urgente un examen genital?

- ❑ Agresión reciente (menos de 72 hs), donde existe posibilidad de tomar muestras para analizar y evitar su pérdida (manchas, pelos, ropas), siendo aconsejable realizarlas en el ámbito forense para un mejor estudio y resguardo adecuado.
- ❑ Necesidad de tratamiento médico o quirúrgico de urgencia, por las lesiones que presente.

En los casos no urgentes también debe realizarse el examen físico y ginecológico, pero en tiempo y forma y con la preparación adecuada y el consentimiento del niño, ya que de no ser así, el examen resultaría revictimizante.

Debemos reparar en las diferentes variantes anatómicas normales del himen (puntiforme, anular, denticular, semilunar) y describir la presencia o no de la membrana, además de consignar, si hubiera, desgarramientos, muescas, cicatrices, a los cuales se los denomina siguiendo las horas de un reloj, etc.

Las lesiones ubicadas en la mitad inferior del himen entre las horas 4 y 8 en posición

genupectoral son habitualmente traumáticas y sugestivas de abuso sexual.

Al finalizar el examen físico es importante hablar con la niña o la adolescente y con el adulto de su confianza, explicando los hallazgos encontrados en el curso del mismo y su significación futura. Se procurará tranquilizarlos, ya que muchos asumen que la paciente "está lesionada para siempre". Si existen lesiones, se debe explicar el tratamiento y el seguimiento. Cuando el traumatismo es mínimo, explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

❑ Manifestaciones psicológicas en la violación

❑

En la medida que los traumas vinculados al abuso sexual no logren un abordaje y tramitación adecuadas, existirán más probabilidades de establecerse trastornos serios en la salud mental de los afectados.

❑

Es importante repasar las implicancias de los traumas de la infancia así como las manifestaciones postraumáticas.

La psicopatología infantil incorpora como entidad el trastorno por estrés post traumático.

Se denomina de tal manera al trastorno que se instala como consecuencia de haber estado “expuesto a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física...” según la descripción que reza en el DSM IV.

Leonor Terr menciona que hay cuatro características comunes a la mayoría de los traumas de la infancia:

- a) los recuerdos visualizados intensamente o percibidos repetidas veces,
- b) conductas repetitivas,
- c) miedos específicos de los traumas, y
- d) cambios de actitud con respecto a las personas, los aspectos de la vida y el futuro.

Asimismo la citada autora divide los traumas en Tipo I y II en tanto el sujeto haya estado expuesto a un solo acontecimiento traumático o bien a múltiples.

En el caso de haber sucedido un solo episodio, los síntomas e indicadores estarán vinculados con la posibilidad de recordar con claridad y con detalles, los registros que del acontecimiento queden almacenados en la memoria. Se pueden evocar repetidamente y con la misma precisión a pesar del tiempo transcurrido.

Las predicciones son características presentes en los traumas únicos. Se trata de las respuestas que los niños intentan buscar para explicarse a sí mismos porqué a ellos les ha sucedido esa tragedia. Por esta vía pretenden lograr la seguridad y el control que les permita sostener el equilibrio psíquico. Así muchas veces frente a las elaboraciones que construyen se sienten culpables del acontecimiento acaecido.

Otro elemento a considerar en los casos con

una exposición al trauma, son las percepciones visuales erróneas y alucinaciones. La presencia de estos trastornos sensorio perceptivos aislados no configuran un cuadro psicótico, pero sí se cree que esta característica se fundamenta en la liberación masiva de neurotransmisores cerebrales ante el terror que provoca la reedición de la experiencia traumática.

En los sujetos con sucesivas exposiciones al trauma, luego de la primer experiencia se desencadenan mecanismos anticipatorios y de previsión con el objeto de neutralizar la nueva situación catastrófica, según aporta Terr.

Se explica de tal forma la puesta en marcha de mecanismos defensivos como el de la negación, la represión, la disociación, la autohipnosis, la identificación con el agresor y la autoagresión que provocan con cierta frecuencia cambios profundos en la estructuración de la personalidad del individuo. Por fin, la furia es otro de los hallazgos que se observaron en los pacientes afectados por traumas de tipo II. Se trata del enojo contra el propio yo, que puede de tal forma desencadenar una variada gama de agresiones con consecuencias trágicas.

Así se explica cómo a medida que transcurre el tiempo podemos encontrarnos con sujetos adultos pasibles de ser diagnosticados con trastornos de personalidad narcisista, antisocial, disociada o límite, como consecuencia de las experiencias traumáticas producidas por el abuso sexual infantil.

❖ Diagnósticos diferenciales

❖

Diferenciar una lesión ginecológica puede ser difícil, y como consecuencia, necesario requerir de una cuidadosa historia clínica con un acercamiento interdisciplinario.

❖

Dentro de los diagnósticos diferenciales a los que deberá apelar el ginecólogo para arribar a

una definición lo más acertada posible se pueden mencionar: la hemorragia genital, los cuerpos extraños en vagina o ano y el traumatismo accidental.

Una de las causas de **hemorragia genital** es la vulvovaginitis hemorrágica, que puede producirse como consecuencia de una infección vulvovaginal intensa. Existen determinados gérmenes que producen hemorragia con más frecuencia: *Shigella* (en más del 50% de los casos en nuestra experiencia), *Haemophilus influenzae* y el Estreptococo beta hemolítico del grupo A. Generalmente la hemorragia va precedida o acompañada de flujo vaginal, aunque en algunos casos puede observarse sangrado en forma aislada. En la infección por *Shigella* puede haber antecedentes de diarrea en la paciente o en algún miembro de la familia. El diagnóstico se hace por examen bacteriológico de la secreción, que permite aislar el microorganismo responsable e indicar la terapéutica antibiótica apropiada.

Los **cuerpos extraños**, contrariamente a lo que comúnmente se supone, no son causa frecuente de hemorragia vaginal.

Normalmente la niña toca y explora sus genitales, y puede introducirse objetos intencional o accidentalmente. En la mayoría de los casos se trata de cuerpos extraños blandos. Si el objeto es blando, con el tiempo produce una lesión de las paredes de la vagina que provoca el sangrado y a veces flujo sanguinolento maloliente por la infección bacteriana sobreagregada. Los objetos punzantes pueden producir lesiones al introducirlos. Es extremadamente frecuente que la niña niegue la situación. Una placa simple de pelvis o una ecografía pueden detectar el elemento, salvo en el caso de aquellos pequeños y no radio opacos, que son los más frecuentes.

Los **traumatismos genitales** más comunes son los causados por caídas a horcajadas

sobre objetos romos: sillas, bicicletas, borde de la bañera, etc.

El hematoma más notable aparece sobre la superficie que más ha soportado el impacto y es asimétrico (labios mayores, pubis). La vagina, la uretra y la zona himeneal suelen estar menos afectados en este tipo de traumatismos, aunque puede también haber pequeñas heridas en estas zonas. Otros traumatismos más importantes, como caídas sobre objetos penetrantes, puntiagudos, causan heridas y consiguiente hemorragia. La vulva y el periné son extremadamente vasculares y laxos, por lo que los hematomas suelen ser voluminosos, dificultando la visualización del himen y la vagina. Puede haber disuria y retención urinaria por inflamación local o por lesión directa uretral, debiendo examinarse la orina en busca de hematuria. También debe descartarse el compromiso rectal. En general ante situaciones accidentales los padres consultan rápidamente.

Uno de los cuadros que suele motivar confusión es el liquen escleroatrófico, presentándose como pápulas amarillas que se fusionan dando lugar a placas de color blanquecino. La piel en esta lesión se vuelve atrófica y delgada, pudiéndose fisurar y desencadenar una alarmante hemorragia subepidérmica luego de un traumatismo menor, incluso luego de la higiene de los genitales.

El liquen escleroatrófico aparece en vulva y región perianal produciendo una figura de ocho y el área presenta una disminución de la pigmentación normal. Provoca prurito y un pequeño malestar aunque a veces puede ser muy dolorosa la micción y defecación. El diagnóstico se realiza en casos de duda mediante biopsia de la zona afectada. El origen del cuadro no se conoce con exactitud, pero se sospecha que puede estar relacionado con ASI y se puede curar espontáneamente en la adolescencia.

Tabla 3. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta

Tipo de lesiones	Subtipo
Congénitas	Hemangioma congénito. Bandas periuretrales. Malformaciones de genitales. Diastasis del ano. Variación del músculo bulbocavernoso. Carúnculas uretrales y prolapso.
Dermatológicas	Liquen escleroatrófico. Dermatitis por <i>Candida albicans</i> . Irritación por jabón, otros productos o ropas.
Infecciosas	Vulvovaginitis inespecíficas, hemorrágicas, infecciones estreptocócicas, infección por otros agentes.
Otras	Traumatismos, cuerpos extraños. Enfermedad de Crohn. Síndrome hemorragíparo. Lesión baja de médula espinal. Constipación crónica. Hemorroides.

Fuente: Abuso sexual infantil. PROAGO. Módulo 3. 2006.

Tratamiento preventivo

Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etc.).

El tiempo transcurrido desde que sufrió la agresión y la posibilidad que se pueda iniciar la prevención posexposición.

Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que va disminuyendo su eficacia a medida que pasa el tiempo.

Laboratorio de emergencia

Sacar sangre para realizar serología (antes del inicio del tratamiento). Si la niña ha alcanzado la menarca, la prueba del embarazo debe ser considerada. Si el resultado es negativo, se debe repetir a las tres semanas.

En el análisis de orina se puede realizar la visualización directa en el microscopio para ver presencia de espermatozoides.

Búsqueda de elementos no vitales (manchas, pelos), siempre que exista intervención judicial, y a solicitud de ésta, se deben guardar los elementos pequeños en tubo seco (de ser posible), y guardar las ropas debidamente rotuladas en sobre de papel madera cuando la prenda esté seca.

- 1) Tratar las lesiones en forma específica y profilaxis antitetánica.
- 2) Pruebas serológicas para determinación de posibles enfermedades de transmisión sexual:

Intentar siempre, de ser posible, el rescate microbiológico antes de cualquier tratamiento profiláctico.

 - ❑ **Gonorrea** inicial y a las tres semanas. Se tomarán muestras de endocervix (víctimas sexualmente activas). Se pueden además tomar muestras de uretra, ano y faringe.
 - ❑ **Chlamydia**, inicial y a las tres semanas. La toma de las muestras se recogerá de orina, vagina y endocervix (víctimas sexualmente activas).
 - ❑ **Trichomonas**. Se solicitará mediante hisopado de uretra, vagina y ano conservado en medio de Stuart.
 - ❑ **Sífilis**, inicial y a las seis semanas. Estudio directo con microscopio de fondo oscuro de las muestras obtenidas (difícil visualización). En sangre, FTA-Abs (da positiva incluso las parcialmente tratadas) y VDRL (es más inespecífica).
 - ❑ **HIV-SIDA**, inicial, a las seis semanas y a los cuatro y seis meses (con autorización consentida). Solicitar detección de anticuerpos mediante el test de ELISA. Carga viral sólo se pedirá en pacientes HIV positivos, al igual que el recuento de linfocitos CD4.
 - ❑ **Hepatitis B**, inicial y al mes. Se solicitará la búsqueda de Ag. de superficie (Ag HBs) y en niños vacunados antígeno anti-Core.
 - ❑ **Hepatitis C y D** (Ig M e Ig G).

Tratamiento antirretroviral

- ❑ Tratamiento básico: (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa) (riesgo menor, sexo oral).

Zidovudina (AZT)+ Lamivudina (3TC).

Zidovudina (AZT) comprimidos de 100, 200 y 300 mg.

Dosis: 2 comprimidos de 100 mg cada 8

horas ó 3 comprimidos cada 12 horas por 28 días.

Lamivudina (3TC) comprimidos de 150 mg:
Dosis: 1 comprimido de 150 mg cada 12 horas por 28 días.

- ❑ Tratamiento ampliado: (riesgo mayor, sexo vaginal o anal)

AZT + 3TC + (inhibidores de la proteasa: Indinavir (IDV)+ nefinavir (NFV) (sexo vaginal o anal receptivo). *Indinavir:* (IDV) cápsulas de 200 y 400 mg.

Dosis: 400 a 800 mg cada 8 horas por 28 días.

Nefinavir (NFV) comprimidos de 250 mg.
Dosis: 750 mg cada 8 horas por 28 días.

❑ Anticoncepción de emergencia: antes de las 72 horas:

Levonorgestrel: 1.50 mg dosis única (Segurité UD®) ó 2 tomas de 0,75 mg cada 12 hs (Segurite®).

Los fármacos utilizados en la contracepción de emergencia pueden actuar por diversos mecanismos como: retrasar la ovulación; modificar la motilidad de la trompa, dificultando por lo tanto el transporte del ovocito o del óvulo fecundado por la misma; alterar el moco cervical, con lo que dificultan la penetración de los espermatozoides en útero y trompas o incluso actuar como espermicidas y por un mecanismo antiimplantatorio modificando el endometrio, es decir evitando que el embrión se implante en el útero, actuando en consecuencia como un mecanismo abortivo.

Ninguno de estos mecanismos ha sido probado con evidencias científicas, en parte porque la acción depende del momento del ciclo en que se indique la droga. Tampoco se conoce exactamente la efectividad del medicamento en la práctica en cuanto a evitar el embarazo.

Ante la difusión de estos procedimientos pensamos que antes de hacer esta indicación uno debe hacer conocer a los padres y/o adolescentes lo que se conoce al respecto.

La ley 25.673 de Salud sexual y procreación responsable en su artículo 6 dice:

La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) *Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih /sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*
- b) *A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquéllos aprobados por la ANMAT.*
- c) *Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.*

El Decreto Nacional N° 1.282/2003 que lo reglamenta en su artículo 10 hace referencia a los objetores de conciencia de la siguiente manera:

Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación

del Programa, pudiendo derivar a la población a otros centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda.

❖ Antihepatitis B: Si no hubiera recibido el esquema completo de vacunación con anterioridad o no lo recuerda

Gamaglobulina hiperinmune 0.06 ml/ kg (Fco.amp. de 3 y 5 ml) más

Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses).

Si está vacunado correctamente, no hay que hacer nada si no hay factores de riesgo de ser no respondedor a la vacuna previa. En este caso, hay que solicitar el título de anti-HBs.

Si está incorrectamente vacunado, se prosigue la vacunación.

❖ Vacuna antitetánica: si no hubiera estado vacunado en los últimos 10 años.

❖ Antibioticoterapia preventiva para ETS:

Sífilis: Penicilina Benzatínica 2.400.000 U. ó 50.000 U/Kg. en dosis única o Ceftriaxone por 10 días.

Gono/Chlamydia: Azitromicina 1gr (comp. 500 mg) o 20 mg/g., en dosis única, o ciprofloxacina 500 mg o cefixima 400 mg ó 8mg/g. más doxicilina 100 mg o 2 mg/g, cada 12hs. por 7 días.

Trichomonas: Metronidazol 2 gr (comp. 500 mg) o 30 mg/g., en dosis única.

Se sintetiza de manera más clara en los siguientes cuadros.

Tabla 4: Profilaxis después de la victimización sexual de niños preadolescentes¹

Peso <45 kg (<100 lb)	Peso ≥ 45 kg (≥ 100 lb)
Para prevención de la gonorrea	
1. Ceftriaxona, 125 mg por vía IM, en una sola dosis	1A. Ceftriaxona, 125 mg por vía IM, en una sola dosis
	o
	1B. Cefixima, 400 mg por vía oral, en una sola dosis
MÁS	MÁS
Para prevención de la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
2. A. Azitromicina, 20 mg/kg (máximo 1g), por vía oral, en una sola dosis	2. A. Azitromicina, 1g por vía oral, en una sola dosis
	o
2. B. Eritromicina base o etilsuccinato, 50 mg/kg/día, dividida en cuatro dosis durante 14 días	2. B. Doxiciclina, 100 mg dos veces por día durante siete días (si el niño tiene por lo menos 8 años)
MÁS	MÁS
Para prevención de la infección por virus de la hepatitis B	
3. Comenzar o completar la vacunación contra el virus de la hepatitis B, si no recibió el esquema completo	3. Comenzar o completar la vacunación contra el virus de la hepatitis B, si no recibió el esquema completo.
MÁS	MÁS
Para prevención de la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana	
4. Se debe considerar añadir profilaxis contra tricomoniasis y vaginosis bacteriana (metronidazol, 15 mg/kg/día, por vía oral, en tres dosis divididas durante siete días)	4. Se debe considerar añadir profilaxis contra tricomoniasis y vaginosis bacteriana (metronidazol, 2g por vía oral en una sola dosis)

¹ Véase texto para la explicación de la profilaxis contra infección por virus de la inmunodeficiencia humana en niños tras abuso o agresión sexual.

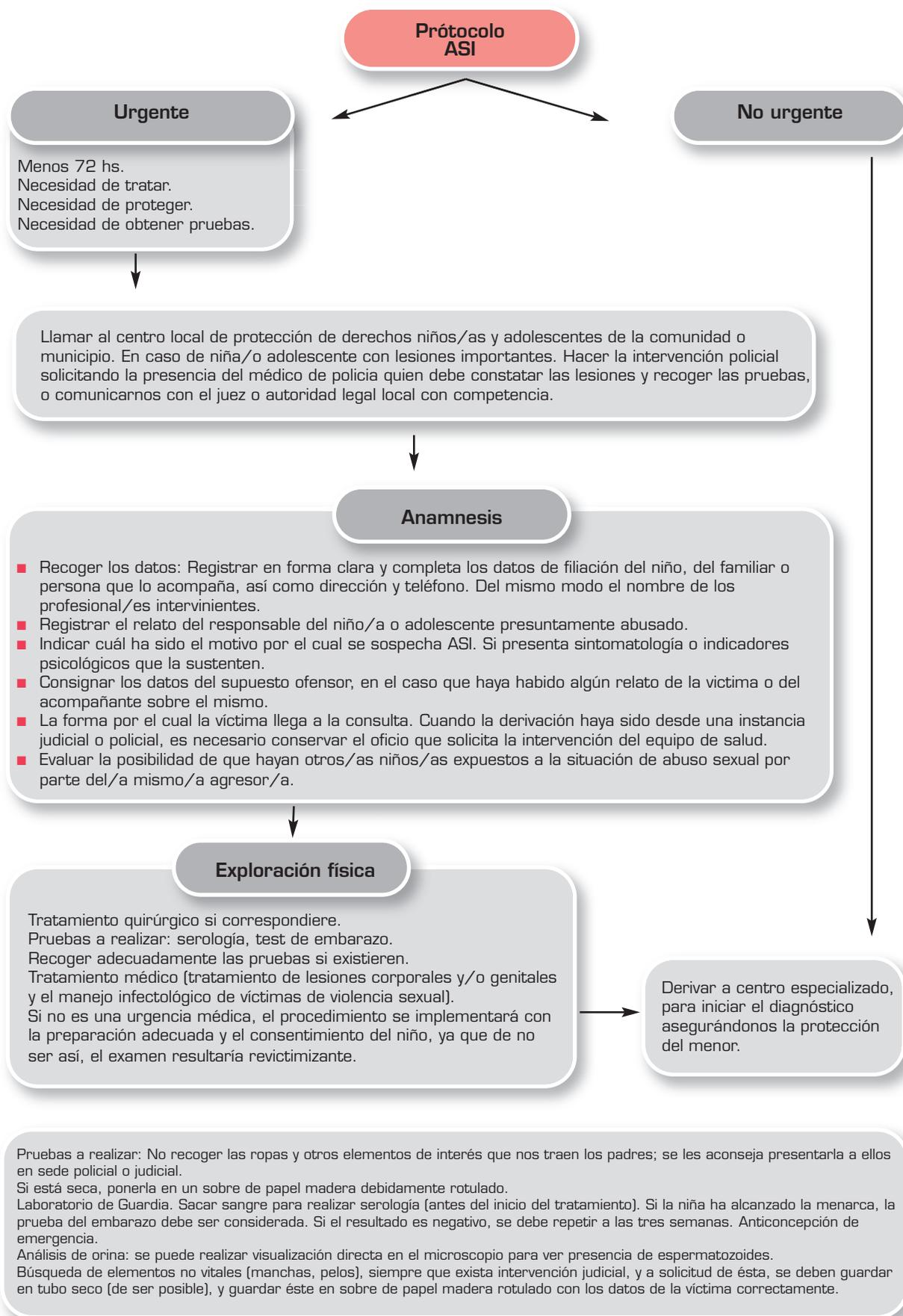
Tabla 5: Profilaxis después de la victimización sexual de adolescentes

Se recomienda profilaxis antibiótica que comprenda un régimen empírico para prevenir infección por *Chlamydia trachomatis*, gonorrea, tricomoniasis y vaginosis bacteriana

Para gonorrea	Ceftriaxona, 125 mg por vía IM, en una sola dosis
	o
	Cefixima, 400 mg por vía oral, en una sola dosis
	o
	Ciprofloxacina, 500 mg por vía oral, en una sola dosis
	u
	Ofloxacina, 400 mg por vía oral, en una sola dosis
	o
	Levofloxacina, 250 mg por vía oral, en una sola dosis
	MÁS
Para infección por <i>C. trachomatis</i>	Azitromicina, 1g por vía oral, en una sola dosis
	o
	Doxiciclina, 100 mg por vía oral dos veces por día durante siete días (para aquellos ≥ 8 años y no embarazadas)
	MÁS
Para tricomoniasis y vaginosis bacteriana	Metronidazol, 2 g por vía oral, en una sola dosis
	MÁS
Para infección por virus de la hepatitis B	Vacunación contra el virus de la hepatitis B en el momento del examen inicial, si el niño no recibió el esquema completo. Se deben administrar las dosis de seguimiento de la vacuna a 1-2 meses y 4-6 meses de la primera dosis
	MÁS
Para infección por virus de la inmunodeficiencia humana	Considerar proponer profilaxis contra HIV, de acuerdo con las circunstancias
Anticoncepción de emergencia Plan B (levonorgestrel 0,75 mg), dos comprimidos al mismo tiempo	o
	Anticonceptivos orales que contengan cada uno 20 ó 30 g de etinilestradiol más levonorgestrel 0,1mg ó 0,15 mg ó 0,3 mg de norgestrel: cada una de las dos dosis se deben administrar con 12 hs de intervalo. Cada dosis debe contener por lo menos 100-120 g de etinilestradiol y 0,5-0,6 mg de levonorgestrel, ó 1 mg de norgestrel.
	MÁS
	Un antiémético (por ejemplo, meclozina, 25-50 mg, una dosis única antes de la primera dosis de anti-conceptivo oral)

Fuente: American Academy of Pediatrics. The report of the Committee on Infectious Diseases. Red Book 186-191: 2006.

A modo de síntesis presentamos el siguiente algoritmo para el manejo de ASI*



*"Protocolo de Ataque Sexual del Hospital General de Niños Dr Pedro de Elizalde 2007".

Manejo de la prueba

En el caso de tener que comunicar a la justicia, elaborar el informe correspondiente, firmado por el profesional actuante y por el responsable del área. Se debe enviar con la Hoja de salida correspondiente, por el despacho del hospital (no entregar en mano a la paciente ni al familiar).

En nuestro país, los cuerpos periciales oficiales cumplen con la función de asesorar de modo imparcial y objetivo a los jueces y fiscales en la investigación de un delito. Buscan, a diferencia de los que actuamos en la asistencia pública, no solo la presencia de signos físicos de salud o enfermedad, sino también la presencia o no de prueba.

Es frecuente que los familiares nos acerquen

las ropas y objetos íntimos del niño con el objetivo de realizar el diagnóstico de ASI.

Cierto es que no contamos con los medios para la investigación forense. Por lo que se aconseja ponerse en contacto con la autoridad judicial o policial para realizar la denuncia.

Es importante NO recoger las ropas y otros elementos de interés que nos traen los padres.

Debemos aconsejar que ellos mismos la presenten en sede policial o judicial. La manipulación por nuestras manos muchas veces invalida la prueba.

Si el paciente tiene lesiones de consideración, solicitar la presencia del médico forense y de no existir en la jurisdicción, solicitar al juez interviniente autorización para la toma de muestras.

Pautas generales de prevención

Cuando hablamos de prevención en abuso sexual infantil, debemos entender que existen *condiciones protectoras* que de ser incorporadas, contribuirían a la disminución de la incidencia y prevalencia de este problema en la comunidad.

La prevención considera la formación y fortalecimiento de herramientas de autoprotección en los niños y niñas en su contexto evolutivo, implica el reconocimiento y desarrollo de las habilidades necesarias para enfrentar situaciones de amenaza o peligro.

Es importante recordar que la mayoría de los casos ocurren en el ambiente del barrio o de la casa, por ello las recomendaciones de no hablar con desconocidos, ni alejarse de la casa son válidas pero insuficientes. Es necesario trabajar la prevención en aspectos específicos.

Respeto por el cuerpo

La idea de “mi cuerpo es mi territorio” debe ser un lema para los niños. “Es mi territorio y nadie lo toca sin mi permiso”. Ello incluye no sólo la violencia sexual sino también el castigo físico. Esto lleva al cuidado de cuerpo, incluyendo el aseo de las zonas íntimas.

Identificar las partes íntimas de su cuerpo

Aún con niños y niñas muy pequeñas se puede hacer el ejercicio de que sepan lo que son partes íntimas, que ninguna persona debe tocar, salvo la mamá o el médico cuando es necesario. Enseñar a que los niños a partir de los 3 a 4 años logren progresivamente autonomía en la limpieza de sus partes íntimas y qué hacer cuando alguien las toca.

Orientación a la familia

Es necesario hablar con precisión sobre lo que es el abuso sexual. Hay padres o madres que piensan que hablar sobre ese tema puede desatar temores en sus hijos o impedir un sano desarrollo sexual. Al contrario, **hablar sobre el tema facilita que no sean víctimas de abuso.**

Esto también incluye el manejo de la intimidad, todo integrante de la familia tiene que tener un espacio de intimidad que debe ser respetado por los demás integrantes.

Reconocer diferentes tipos de caricias

- ❑ Las que hacen sentirse bien, como los abrazos del papá y los besos de las tías.
- ❑ Las que hacen sentirse mal, como un abrazo que te presiona o quita la respiración o te hace sentir incómodo.
- ❑ Enseñarles a desconfiar cuando alguien les hace una caricia y les dice que no se lo cuenten a nadie.
- ❑ Hacer ejercicios para que identifiquen las diferentes caricias y lo que pueden hacer cuando esas caricias van hacia sus partes íntimas.
- ❑ Conversar sobre a quién deben preguntar cuando tengan duda sobre el tipo de caricias que reciben.

Aprender a decir NO

Existen familias que piensan que los niños deben atender las demandas de los adultos, aún contra su voluntad: ir a comprar, atender

los recados, y en general, todo lo que los adultos les imponen, en especial si son personas conocidas o de la familia. La idea de respeto o atención a los mayores no debe confundirse con incondicionalidad hacia ellos, porque puede generar la idea de que los menores están “al servicio” de los adultos.

Por el contrario, si los niños y las niñas entienden que a los mayores no hay que obedecerles en todo lo que les digan, sabrán decir NO, cuando un adulto toque sus partes íntimas, su cuerpo, “su territorio”.

Saber que hay secretos que no pueden quedar como secretos

Los niños y las niñas deben saber que la mayoría de las personas de su entorno los aman y protegen; pero también deben saber que entre esas personas hay algunas que pueden tener comportamientos abusivos y que tratan de tocar sus partes íntimas o de hablarles y mostrarles cosas que no comprenden bien y que les piden que lo callen porque es un secreto o los amenazan para que no hablen.

Explicarles que las caricias que hacen sentir bien no deben callarse como si fueran secretos.

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V	F
---	---

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. La mayoría de los abusos sexuales infantojuveniles son efectuados por algún miembro de la familia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La violación es un evento inesperado, violento, impredecible, y generalmente lo concreta un desconocido. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En las niñas las pruebas para investigar ITS se deben realizar de forma rutinaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Las lesiones ubicadas en la mitad inferior del himen entre las horas 4 y 8 en posición genupectoral son habitualmente traumáticas y sugestivas de abuso sexual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que va disminuyendo su eficacia a medida que pasa el tiempo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La infección por <i>N. gonorrhoeae</i> , en la niña prepúber al igual que en la mujer adulta puede ser asintomática. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Responda las siguientes consignas



1 Mencione por lo menos tres manifestaciones psicológicas de sospecha de AS en las diferentes edades:

Lactantes.....

Primera infancia

Escolares.....

Adolescentes.....

2 Identifique para cada una de las siguientes ITS la relación con el AS

ITS	Certeza	Probable	Incierto
Infección por <i>N. Gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes virus tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichomoniasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulvovaginitis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Mencione por lo menos tres diagnósticos diferenciales a tener en cuenta

.....

.....

.....

.....

C. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas



1 Paciente de 9 años ingresa al hospital por presentar lesiones genitales y abdomen agudo secundario a abuso sexual. La madre realiza denuncia policial en la comisaría. La guardia del centro asistencial hace intervenir al defensor de menores.

La niña presenta un sangrado genital importante que no cesa y que determina que luego de 6 horas se le realice una laparatomía exploratoria. Diagnóstico: desgarro de la pared posterior de vagina. Presenta además desgarro completo de himen en horas 6 y 8.

Mientras está en el quirófano se entrevista a la madre: "Yo llegué a las 21,30 hs. de trabajar y me estaba esperando mi marido en la parada del colectivo, me contó lo que pasó y fuimos al hospital.

Mi hija me contó que un señor la agarró a la salida de la escuela y la llevó a la plaza, le pegó en la panza y le metió un dedo en la vagina. Ella siguió gritando hasta que apareció una señora y el señor se fue corriendo y ella también (sale del colegio 16,30 hs); luego mi hija no quiso hablar más.

Cuando llegó a casa le contó a mi marido, el la agarró, la lavó, la cambió, y esperó a que yo llegara". La madre me alcanza la remera ensangrentada y la bombacha lavada.

a) *¿Qué elementos encuentra de sospecha?*

.....

.....

.....

b) *¿Qué medidas tomaría en la urgencia, y posteriormente a ésta?*

.....

.....

.....

c) *¿Qué se hace con las prendas que quiere entregar la madre?*

.....

.....

.....

2 Paciente de 11 años traído por sus padres por haber sufrido una situación de abuso sexual con acceso carnal 4 días antes y derivado por el departamento pericial de su localidad que lo asistió para su diagnóstico y tratamiento.

Estando el paciente jugando en un terreno vecino a su hogar un señor desconocido por este, le hizo bajar los pantalones y luego le introdujo el pene en el ano del niño. Luego el hombre se fue, el niño fue corriendo a su casa y se lo contó a sus padres. Los padres hicieron la denuncia y ese mismo día fue visto por el médico forense que determinó que presentaba desgarró profundo en esfínter anal externo en hora 5. Hematoma submucoso del margen anal.

¿Qué conductas médicas (preventivas, diagnósticas, terapéuticas) tomaría?

.....

.....

.....

3 Llega al consultorio del pediatra por primera vez una niña de cuatro años acompañada por su mamá que dice que le llama la atención que su hija desde hace un año no quiera visitar a su padre. Ellos están separados desde que la pequeña tenía apenas 6 meses de vida. Agrega que esta preocupación se la transfirió a su ex marido sugiriéndole la realización de un psicodiagnóstico que permitiera posteriormente arribar a la solución del problema, pero él no le dio trascendencia y dijo que ya se le pasaría. Se siguieron sucediendo las visitas con el padre y de las mismas la niña, más allá de regresar contrariada, hace comentarios vagos y poco claros de lo que sucede en ellas. En la actualidad la nena tiene dificultades para conciliar el sueño y busca que su mamá permanezca con ella hasta que logre dormirse. De noche, tanto en la casa de la madre como del padre duerme en la cama con los dos. La baña la madre y cuando va al baño también la higieniza, situación que no pasa en el jardín y la madre no sabe qué pasa en la casa del padre. Además a la señora le preocupa que su hija ahora no controle esfínteres (enuresis secundaria nocturna) así como las conductas que a veces adopta en el jardín, masturbándose en el medio del aula. Solicita del profesional una profunda revisión ya que tiene miedo que su hija sea abusada por el padre.

a) ¿Cuál será el camino a seguir frente a la conducta adoptada por la niña?

.....

b) ¿Qué elementos de sospecha le llaman la atención?

.....

4 Consulta por primera vez en nuestro consultorio, la madre de una niña de 7 años que dice sospechar ASI en su hija, por parte de un miembro de la familia, desde hace 4 meses. La niña se muestra retraída y temerosa durante la consulta. ¿Cuál de las siguientes conductas se debe adoptar en primera instancia?

- a) Hablar con la niña y preguntarle qué le pasó.

- b) Procurar que la niña esté en resguardo, derivarla a un centro especializado y posponer la revisión.

- c) Revisarla y si el examen es normal, tranquilizar a la madre.

- d) Derivarla por medio de una nota a un centro especializado.

Compare sus respuestas con las que figuran en la **Clave**



➤ Conclusiones

Quizás nunca le toque vivir una situación como las relatadas o quizás ya le pasó en su consultorio. Asistir a un paciente que puede estar siendo abusado sexualmente es una experiencia muy impactante y que implica una gran responsabilidad.

Saber reaccionar y accionar profesionalmente necesita de información y capacitación y esto

puede ser vital para el menor en riesgo.

Nuestra función en la detección es prioritaria, como también lo es la protección del niño y la orientación de la familia. En cambio, no estar preparado para el momento puede resultar en un costo social, psicológico y biológico demasiado elevado.

➤ Lecturas Recomendadas

1. Severino MS, Garrote N, Indart de Arza J. Abuso sexual infantil: 151-200. PROAGO Sistema de Educación Médica Continua a Distancia. Décimo Ciclo, Módulo 3 2006. Editorial Panamericana.

2. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar. Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. Arch Argent Pediatr 2007; 105(4):357-367.

3. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud República Argentina: Guía de Manejo de Abuso Sexual para los Equipos de Salud y Protocolo de abordaje y seguimiento para los equipos de salud. Año 2007.

4. Protocolo de Ataque Sexual del Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" 2007.

➤ Clave de Respuestas. Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados 

1. Verdadero. _____
2. Verdadero. _____
3. Falso. _____
4. Verdadero. _____
5. Verdadero. _____
6. Falso. _____

B. Responda las siguientes consignas 

1 Manifestaciones psicológicas de sospecha de ASI

Lactantes: Irritabilidad y llanto injustificado.

Primera infancia: Masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiados para la edad del niño, trastornos del sueño, miedos intensos, cambios notorios en los hábitos alimentarios, crisis de llanto sin explicación.

Edad escolar: Trastornos del aprendizaje, dificultades en la integración al grupo de pares, cefaleas y/o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica, fobias escolares, miedos, enuresis y/o encopresis secundaria, conductas hipersexualizadas

Adolescencia: Cefaleas y/o dolores abdominales que no corresponden a causa orgánica, patología alimentaria manifiesta como anorexia o bulimia, fugas del hogar, consumo o adicciones de alcohol o drogas, manifestaciones auto agresivas de distinto tipo, intentos de suicidio, comportamientos sexuales promiscuos, conductas antisociales, mal rendimiento escolar / deserción escolar.

2 Identifique para cada una de las siguientes ITS la relación con el ASI

ITS	Certeza	Probable	Incierto
Infección por N. <i>Gonorrhoeae</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input checked="" type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes virus tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trichomoniasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulvovaginitis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

* excepto transmisión vertical

- 3** Diagnósticos diferenciales: hemorragia genital, los cuerpos extraños en vagina o ano y el traumatismo accidental.

C. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas



- 1**
- a) Sospecha de violación, llama la atención el retraso en la búsqueda de ayuda (el episodio ocurrió a las 16:30 y concurren al hospital a las 22 horas). La actitud del padrastro es sospechosa ya que estuvo con la pequeña 6 horas, la lavó borrando rastros.
- b) Asistencia médica y eventual tratamiento quirúrgico (laparotomía exploratoria si no para la hemorragia genital) priorizando la vida del paciente.
Iniciar con tratamiento antibioticoterapia preventiva para ITS, y tratamiento antirretroviral con tres drogas por las lesiones que presenta.
Realizar denuncia policial y solicitando con urgencia la aparición del médico forense para corroborar las lesiones y tomar las pruebas.
- c) No las tomo, aconsejo a la madre que las aporte en sede judicial realizando la denuncia policial.

- 2** Solamente realizaría serología para controlar la aparición de ITS, ya es tarde para la adopción de medidas preventivas (más de 72 horas).

Control clínico de la lesión anal y seguimiento clínico. Investigan:

- *Gonorrea* inicial y a las tres semanas. Se tomarán muestras de uretra, ano y faringe. Visualización por Gram o por método ELISA.
- *Chlamydia*, inicial y a las tres semanas. La toma de las muestras se recogerá de orina.
- *Trichomonas* Se solicitará mediante hisopado de uretra, y ano en medio de Stuart.
- *Sífilis*, inicial y a las seis semanas. VDRL.
- *HIV-SIDA*, inicial, a las seis semanas y a los cuatro y seis meses (con autorización consentida). Solicitar detección de anticuerpos mediante el test de ELISA.
- *Hepatitis B*, inicial y al mes. Se solicitará la búsqueda de Ag. de superficie (Ag HBs).
- *Hepatitis C y D* (IgM e IgG).

Derivar a un centro especializado en violencia para el abordaje psicológico del niño y su familia.

- 3**
- a) Dar trascendencia a la sintomatología expresada por la madre, hay indicios para sospechar ASI. Consensuar el momento de realización de examen físico para que no sea traumático para la niña, informando previamente a la madre que en menos del 30% de los casos se encontrarán signos compatibles con ASI, por lo que el resultado dado no va a invalidar, en caso de que de resultado negativo, y será un elemento importante en caso que de positivo
- b) Miedos, masturbación compulsiva, trastorno del sueño, enuresis secundaria nocturna.

4

- a) Hablar con la niña y preguntarle qué le pasó.
- b) Procurar que la niña esté en resguardo, derivarla a un centro especializado y posponer la revisión.
- c) Revisarla y si el examen es normal, tranquilizar a la madre.
- d) Derivarla por medio de una nota a un centro especializado.

Anexo I

¿Dónde realizar la denuncia?

Buenos Aires: Ley 12.569	Tribunales de Familia Juzgados de Primera Instancia, Civil y Comercial Tribunales de Menores Juzgados de Paz Letrados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley 24.417	Defensorías Nacionales de Menores e Incapaces de turno
Catamarca: Ley 4.943	Asesor de Menores o Juez de Menores de turno
Córdoba	Tribunales de Familia Casa de tratamiento de la mujer y el niño víctimas de delitos sexuales Juzgado de menores prevencional
Corrientes: Ley 5.019	Juez con competencia en asuntos de familia Asesor de Menores de turno
Chaco: Ley 4.175	Juez con competencia en la materia Defensor de Menores de turno
Chubut: Ley 4.118	Juez con competencia en la materia Defensor de Menores de turno
Formosa: Leyes 1.160 y 1.191	Ministerio Público de Menores
Entre Ríos: Ley 9.198	Juez con competencia en lo Civil y Comercial Defensor de Menores de turno Cualquier dependencia policial Juzgado de Paz
Jujuy: Ley 5.107	Defensores de Menores e Incapaces Defensores de Pobres y Ausentes Defensores Regionales Dependencia de la Policía
La Pampa Ley 1.918	Dirección de Violencia Familiar
La Rioja: Ley 6.580	Ministerio Público de Menores Juzgado de Paz Letrado Juzgado de Paz Lego Cualquier organismo público autorizado

Mendoza: Ley 6.672	Ministerio Público de Menores Comisarías de la Provincia
Misiones: Ley 3.325	Defensor en Asuntos de Menores
Neuquén: Ley 2.212	Juzgados Civiles de 1ra Instancia con competencia en asuntos de familia Juzgados de Paz Unidades Policiales
Río Negro: Ley 3.042	Juzgados en lo Civil Juzgados de Paz Ministerio Pupilar Órgano proteccional administrativo competente Comisaría o subcomisaría
Santa Cruz: Ley 2.466	Juez con competencia en asuntos de familia
Santa Fe: Ley 11.529	Ministerio Público
Santiago del Estero: Ley 6.308	Juzgado de Familia Defensoría Fiscalía
Tucumán: Ley 6.518	Cuando el denunciante sea dependiente de un hospital, institución asistencial pública o privada, deben ponerlo en conocimiento de la autoridad del centro asistencial, quien lo informará a la autoridad pertinente. Caso contrario se debe denunciar a la autoridad judicial, al Ministerio Fiscal, al Ministerio Pupilar o a las autoridades estatales encargadas de la protección al menor.
Tierra del Fuego: Ley 39	Juez en lo Civil Competente Ministerio Pupilar

Encuentros presenciales 2009

Los Encuentros Presenciales son una oportunidad para reunirse con colegas y compartir experiencias, para analizar y revisar su práctica profesional. Tenga en cuenta que en estos Encuentros NO se realiza ninguna evaluación o control de su nivel de aprendizaje.

¡¡¡ Elija la fecha y el lugar que más le conviene e inscribábase!!!

Sedes y fechas fijadas para los Encuentros Presenciales

REGIÓN	FILIAL ORGANIZADORA	LUGAR	FECHA	INFORMES E INSCRIPCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO
Región Metropolitana	Entidad Matriz	CONARPE Centro Metropolitano Salón Panorámico Av. Int. Lamas 610 Rosario, Santa Fe	30/ 09 8:30 a 17 hs.	Secretaría PRONAP 4821-2318/9 Int. 129 - 130 - 132 de 12 a 19 hs.	Dra. Isabel Maza
	Entidad Matriz	Entidad Matriz Av. Coronel Díaz 1971 Ciudad Aut. de Bs. As.	31/ 10 06/ 11* 14/ 11	Secretaría PRONAP 4821-2318/9 Int. 129 - 130 - 132 de 12 a 19 hs.	Dra. Isabel Maza
	Distrito Oeste	Circ. Médico La Matanza Av. de Mayo 743 Ramos Mejía	14/ 11	Srtas. Natalia y Gisela 4464-2900/04 Lun. a vie. de 9 a 17 hs. info@cirmedmatanza.com.ar	Dr. Manuel Maza
Litoral	Río Uruguay	Salón Htal. J. J. de Urquiza Uncal s/n° Concepc. del Uruguay Entre Ríos	07/ 11	(03442) 427491 / 426789	Dra. Silvia Masini
	Concordia	Asociación Médica de Concordia 9 de Julio 11 Concordia, Entre Ríos	14/ 11	Bernardo de Irigoyen 236 (0345) 4217699 Lun. a vie. de 17 a 20 horas	Dra. María Eugenia Cafure
Región Centro Cuyo	Córdoba	Sede Filial Corrientes 643	14/ 11	Secretaría Filial Sra. Luisa 0351-4253383 Lun a vie de 9 a 13 hs	Dra. Liliana Villafañe
	San Juan	Salón del Consejo Deliberante Municipalidad de San Juan Caseros 298	28/ 11	Secretaría Filial Sra. Mercedes de los Santos Carelli Patricias Sanjuaninas (S) 397 0264-4275322 Lun a vie 9 a 13 hs. sapfsj@interredes.com.ar	Dra. Marta Merlo
Región Patagónica Atlántica	Santa Cruz	Colegio Médico de Santa Cruz Maipú 144 Río Gallegos	21/ 11	Sra. Valeria (02966) 422110/424162 Lun. a vie. de 10 a 12:30 y de 15 a 19:30 hs.	Dr. Marcelo Aguirre
	Golfo San Jorge	Colegio Médico del Sur de Chubut Alvear 392, Cdo. Rivadavia	28/ 11	Secretaría Filial Alvear 392 0297-4444120 156-253536	Dr. Ricardo Ponce de Leon
	Valle del Chubut	A confirmar	28/ 11	Dra. Patricia Pedrerol 02965-15661078	Dra. Marcela Regnando

REGIÓN	FILIAL ORGANIZADORA	LUGAR	FECHA	INFORMES E INSCRIPCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO
NOA	Tucumán	Sede Filial Hospital del Niño Jesús 3° Piso Pje. Hungría 750 Tucumán	14/ 11	Secretaría Filial Sra. Graciela Soria (0381) 4244708 Lun. a vie. 9 a 13 hs.	Dr. Miguel Angel Saez
	Santiago del Estero	Salón del Colegio de Médicos 9 de Julio 154	07/ 11	Secretaría Filial Sra. Silvina Lun. a Vie. de 9:30 a 11:30 hs. Telefax: (0385) 4224859 sap_sde@arnet.com.ar	Dra. Gabriela Lopez Cruz
	Jujuy	A confirmar	24/10	Secretaría Filial Pachi Gorriti 1481 B° San Pedrito 0388-4237823	Dr. Carlos Quinteros
	Salta	A confirmar	21/11	Secretaría Filial Adolfo Güemes 541 0387-4210558 155-098422	Dr. Mario Zaidenberg
NEA	Misiones	Aula Magna Htal. de Pediatría "Dr. Fernando Barreyro" Mariano Moreno 110 Posadas, Misiones	31/10	Sra. María Juana Vieira 03752-15366024 vieira51@hotmail.com	Dra. María Ernestina Rolli
Patagónica Andina	Esquel	9 de Julio 755 Esquel	05/12	Dra. Carmen Quintana 02945-15687409	Dra. Carmen Quintana
	Lagos del Sur	Colegio Médico Regional de Bariloche	07/11	Secretaría Filial 02944-436722 15538020 saplagosdelsur@speedy.com.ar	Dra. Ana Nuñez

* viernes.

Los eventuales Encuentros Presenciales de Marzo/Abril se publicarán en el Módulo 4.

Esta tirada de 7.800 ejemplares
se terminó de imprimir
en junio de 2009 en



Tte.Gral J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires
Telefax: 4327-1172 - ideografica@interlink.com.ar