

100
AÑOS

Sociedad Argentina
de Pediatría

Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano
en un mundo mejor

PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica



MÓDULO 3

Enfermedades reumáticas
en la infancia.

Comportamiento suicida en
niñas, niños y adolescentes.

Cincuenta errores frecuentes
en Pediatría Ambulatoria.



2011

100
AÑOS

**Sociedad Argentina
de Pediatría**
Secretaría de Educación Continua



PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

MÓDULO 3

Enfermedades reumáticas en la infancia

Dra. Graciela Espada

Comportamiento suicida en niñas, niños y adolescentes

Dr. Gustavo Girard

Cincuenta errores frecuentes en Pediatría Ambulatoria

Coordinación: Claudia C. Ferrario

Dirección: Dra. María Luisa Ageitos

Edición: Dra. Virginia Orazi
Dra. Lucrecia Arpi
Dra. Miriam Bonadeo

Procesamiento didáctico: Lic. Claudia Castro
Lic. Amanda Galli

Apoyo Administrativo: Fabiana Cahaud. María Laura Boria.
Silvina Muleiro. Marina Gutierrez Ageitos. Jazmín Kancepolski.

Coordinador lista web: Dr. Salomón Danon

2011

Comisión

Directiva SAP

Presidente

Dr. Gustavo Cardigni

Vicepresidente 1º

Dra. Ángela Gentile

Vicepresidente 2º

Dr. Jorge L. Cabana

Secretaría General

Dra. Stella Maris Gil

Tesorera

Dr. Omar L. Tabacco

Pro-Tesorero

Dr. Walter O. Joaquín

Secretaría de

Educación Continua

Dr. Juan C. Vassallo

Secretario de

Actas y Reglamentos

Dr. Guillermo T. Newkirk

Secretaría de Medios y

Relaciones Comunitarias

Dra. Roxana Martinitto

Secretario de Relaciones

Institucionales

Dra. Nélida C. Valdata

Secretaría de

Subcomisiones, Comités

y Grupos de Trabajo

Dra. Mirta G. Garategaray

Secretaría de Regiones,

Filiales y Delegaciones

Dra. Claudia M. Palladino

Vocal 1º

Dr. Daniel R. Miranda

Vocal 2º

Dra. María E. Cobas

Vocal 3º

Dra. Mariana

Rodríguez Ponte

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

Secretaría

de Educación Continua

Secretaría

Dr. Juan Carlos Vassallo

Miembros

Dra. Claudia Palladino

Dra. Isabel Maza

Dra. María Luisa Ageitos

Dra. Silvia Castrillón

Dra. Lucrecia Arpi

Dr. Luis Urrutia

Dra. Ángela Nakab

Asesoras Pedagógicas

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

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

Lucrecia Arpi, Silvia Castrillón, Cristina Ciriaci, Gabriela Giannini, Walter Joaquín, Roxana Martinitto, Isabel Maza, Ángela Nakab, Mónica Ohse, María Ernestina Reig, Susana San Miguel, Luis Urrutia, Ricardo Vicentino, Horacio Yulitta, Liliana Villafañe.

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Programa Nacional de Actualización Pediátrica (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, 2011.

I.S.B.N.: 978-987-9051-85-6.

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 Editorial: **AMI GALLI** • amigalli@gmail.com

Impresión: **IDEOGRÁFICA**

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

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

4 PRONAP Informa

11 Enfermedades reumáticas
en la infancia
Dra. Graciela Espada

43 Comportamiento suicida
en niñas, niños y adolescentes
Dr. Gustavo Girard

69 Anexo 1. Recursos para pedir ayuda
en la República Argentina

73 Cincuenta errores frecuentes
en Pediatría Ambulatoria
Coordinación: Claudia C. Ferrario

PRONAP INFORMA

- Con este Módulo Ud. está recibiendo

HOJAS SUELTAS DE: Enfermedad reumática en la infancia

FICHA DE INSCRIPCIÓN AL PRONAP 2012

- Ya hemos enviado todas las certificaciones del PRONAP'10. Si Ud. no la recibió puede hacer el reclamo hasta el 31 de diciembre de 2011.

- **ENCUENTROS VIRTUALES:** cuando reciba el presente módulo estaremos culminando el primer encuentro virtual. La participación ha sido predominantemente de los alumnos inscriptos en la web y sumamos casi 600 alumnos.

El próximo Encuentro Virtual comenzará el 15 marzo de 2012. Encontrará más información en el módulo 4.

- **MÓDULO 4:** Cuando salga de la imprenta el módulo 4 con el examen lo pondremos en la página de la SAP para que usted pueda comenzar a leerlo y trabajar con el examen mientras espera que le llegue el material por correo postal (siempre es el paso que más demora).

Con el Módulo 4 usted recibirá:

- *Encuesta de opinión.*
- *El examen final del PRONAP '11.*
- *Trabajo en terreno.*

- **INSCRIPCIÓN AL PRONAP 2012**

La inscripción comienza el **1º de diciembre de 2011** y cierra el **30 de abril de 2012**. Se han introducido algunas modificaciones en las fechas y modalidades de inscripción y pago de aranceles.

- **ARANCELES PREFERENCIALES Y 3 CUOTAS:** para los que se inscriban **hasta el 31 de marzo de 2012**.

Se trata de beneficiar con un menor costo y mayor número de cuotas a los colegas que se inscriban **antes del 31 de marzo** en todas las formas de inscripción.

- **INSCRIPCIÓN POR WEB:** puede elegir hacer la inscripción y el pago por vía on line: ingrese a **www.sap.org.ar**, **solapa Educación, opción PRONAP** y complete el formulario de inscripción.

Si tiene alguna duda o dificultad comuníquese con la secretaría del PRONAP.

- **INSCRIPCIÓN AL PRONAP POR PRIMERA VEZ:** si un profesional quiere inscribirse al PRONAP por primera vez, puede hacerlo on line: **www.sap.org.ar, solapa Educación, opción PRONAP.**

Si tiene dificultades en la inscripción electrónica el interesado puede solicitar la Ficha de Inscripción para nuevos alumnos a la Secretaria del PRONAP, o en la Filial de la SAP más cercana.

Temas PRONAP 2012

Los temas del 2012 fueron seleccionados, como siempre, en base a las sugerencias de los inscriptos, de los miembros de la Secretaría de Educación Continua, de la consulta a los Presidentes de Filiales y Directores de Región. La decisión final ha estado a cargo de la Dirección PRONAP y la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Durante 2012 se van a tratar, con diferentes modalidades, los siguientes temas:

- 50 Preguntas frecuentes en el consultorio
- Burn out
- Cefaleas
- Detección temprana del cáncer
- Diabetes
- Enfermedades desmielinizantes
- Enfermedades reumáticas
- Errores frecuentes en hospitalización
- Hiperbilirrubinemia en el RN
- Nutrición en el ciclo de la vida
- Tos aguda y crónica
- Trastorno de conducta de niños menores de 3 años

Voces de la red

Muchas gracias!!! He recibido la información adecuadamente, y es propicio el momento para mandar un abrazo a todo el equipo que tan prolijamente trabaja para lograr el PRONAP todos los años. Hasta pronto!! Silvia

El año pasado fui una damnificada con el no envío de los módulos y cuando reclamé recibí las disculpas y el envío del material rápidamente sin ninguna burocracia, espero no cambien las cosas buenas y sigan en ese camino. Saludos. Ana

Yo ya lo recibí y lo estoy estudiando, muy interesante todo. Gracias SAP!!! Guadalupe

Gracias por responder tan rápido, ser siempre tan amables y cordiales. Sergio

Siempre recibo los módulos con atraso. Hagan algo. Juan

Excelente idea el envío de la info por correo! (electrónico). Es una buena oportunidad para la difusión de los presenciales que son excelentes!! Saludos! Dani

Amigos del PRONAP: les escribo para avisar que lamentablemente no podré participar de los encuentros virtuales por no tener conexión de internet banda ancha. Un saludo!!!! Patricia

Una consulta: Nuestra socia, Dra. Nora tuvo un percance con el Módulo 1, su perrito se lo destrozó!! Habrá posibilidades de que se lo vuelvan a enviar? Magdalena, secretaria Filial Rosario (Ya hemos tenido varios perros "pronaperos")

Si usted desea hacernos llegar sugerencias, temas u opiniones, puede hacerlo por teléfono, carta, mail o participando de la lista de discusión del PRONAP.

● ACCESOS

Lista de discusión: Suscripción en: pronap@sap.org.ar

Acceso para suscriptos: pronap07@pccorreo.com.ar

Repositorio: En <http://ttcampus2.com/educasap> cree su clave de ingreso al campus. Después ingrese a "REPOSITORIO PRONAP" allí se le pedirán los siguientes datos:
USUARIO: pronap
CONTRASEÑA: 2011

Ficha de inscripción 2012: En www.sap.org.ar, solapa Educación, opción PRONAP

CONSULTAS, RECLAMOS Y OTRAS COMUNICACIONES

- PERSONALMENTE: Lunes a Viernes de 10 a 20 hs.
- CORREO ELECTRÓNICO: pronap@sap.org.ar
- TELÉFONOS: De 10 a 20 horas:
011-4821-8612/2318/2319, internos 130/131/132
Fax directo: 011-4821-2319 interno 132
- CORREO POSTAL:
PRONAP 2011
Coronel Díaz 1971
(1425) Ciudad de Buenos Aires

La literatura y los niños...

LAS REVERENCIAS

Margarita cruza la Plaza Mayor en la silla de manos del gobernador del Río de la Plata. Va al Fuerte, a hacer su reverencia ante la señora Francisca Navarrete, la gobernadora. Su falda de raso amarilla es tan enorme que hubo que abrir las dos portezuelas, para albergar en el vehículo su rígida armazón. Los negros que transportaban la caja, entre las varas esculpidas, caminan muy despacio, como si llevaran en andas una imagen religiosa, no sea que el lodo salpique el atavío de la niña.

Ayer llovió y como siempre la Plaza se ha transformado en un pantano en el que las carretas emergen como islotes. Margarita se asoma y logra ver, detrás, la silla de su tía doña Inés Romero de Santa Cruz. Se balancea peligrosamente sobre los charcos. Quisiera que llegaran de una vez; quisiera que la ceremonia hubiera terminado ya. Doña Inés, tan minuciosa en lo que atañe a la cortesana liturgia, la obsesiona hace diez días con su presentación en el Fuerte. Han sido días de intenso trabajo desde que desembarcó en el puerto el maravilloso vestido enviado de España. Hubo que adaptarlo al cuerpo de la niña de trece años, y a Margarita la sofoca. ¡Pero qué hermoso es; qué hermoso el guardainfante hinchado, qué bella la pollera amarilla que lo cubre! Doña Inés parpadeó un minuto frente a la audacia del escote. La moda cambia en Madrid y ahora se muestra lo que antes se ocultaba; pero si la moda lo exige, así vestirá Margarita.

¡Y la reverencia, la complicación de la reverencia que no debe ser ni muy profunda ni muy leve; ni muy lenta ni muy rápida; ni muy sobria ni muy florida! Los ensayos nunca acababan. Las primeras veces, cayó sentada sobre el almohadón oportuno, llorando. Le resultaba imposible doblarse, quebrarse, bajo la armadura que la oprime.

Ya marchan cerca de las tapias del convento de la Compañía de Jesús. Flota en el aire un perfume de naranjas y de limas; un alivio después del hedor de carroñas que llena los huecos de la Plaza. Sobre el muro asoman, flexibles, las palmeras de dátiles y el pino de Castilla.

Aquí está la entrada del Fuerte; aquí los bancos de piedra, donde el gobernador don Jacinto de Lariz duerme la siesta medio desnudo, las tardes calurosas, para escándalo de la población.

El corazón de Margarita acelera su latir asustado. La niña se lleva las manos a él y palpa sin querer, bajo el encaje, los pechos casi descubiertos, tímidos.

Tendrá que saludar a don Jacinto y eso será lo peor. Lariz goza de una fama terrible. Sus querellas con el obispo y sus constantes vejaciones al vecindario han tejido en su torno la leyenda de la locura. Es el ogro que vive en el Fuerte, que azota a los capellanes y que se acuesta semidesnudo, mitológico, en el ancho portal. A esta hora estará jugando a los naipes con los otros blasfemos. Ojalá consiguiera esquivarle, porque a doña Francisca Navarrete, su esposa, no la teme.

Al contrario. La señora no habla más que de los dulces que prepara en unos tarros de porcelana suave, y del calor de la ciudad, y de su nostalgia de las diversiones de la Corte. Esas charlas iluminan la mirada de la tía Inés Romero. Ella también ambiciona ir a España, pues aunque criolla la tienta su lejano brillo. Es viuda de un

gran caballero, el maestre de campo don Enrique Enríquez de Guzmán, y cuenta en la metrópoli con parientes de pro. Ahora descienden en el patio de armas. Doña Inés alza el pañolito perfumado porque la marea la catonga de los negros de Angola. Con las puntas de los dedos endereza los moños color de fuego sobre los bucles dorados de la niña. Van por los corredores, nerviosas, crujiendo los almidones. La señora se refresca con el abanico, el ventalle, orgulloso como un guión de cofradía. Murmura:

– No olvides: un paso atrás y entonces, sin esfuerzo, con naturalidad...

En el estrado resuenan las voces hirientes o gangosas. Ríe doña Francisca y se le nota la afectación. Hay varias damas allí. Las recién venidas las adivinan en lo oscuro de la sala.

¡Pobre Margarita, pobre pequeña Margarita, de palidez, de ojeras, con sus trece años y su vestido absurdo como un caparazón! En la espalda desnuda se le marcan los huesitos. No tiene ninguna gracia, ningún arte, mientras se dobla, flaqueándole las piernas, bajo la mirada de su tía.

Aplauda la gobernadora: –¡Preciosa –dice–, preciosa! Y pronto, una mujer...

Las damas prolongan el coro. La fragancia de las pastillas aromáticas es tan recia que Margarita piensa que se va a desvanecer. Cierra los ojos, y ya la rodean todas y le manosean el raso amarillo y los encajes y las cintas de fuego, y hablan a un tiempo, cacareando, suspirando, resollando. ¡Pobre Margarita!

Margarita quisiera estar a varias cuerdas de ahí, en el patio de su casa, jugando con los esclavos. Para hacerlo debe esconderse, pues doña Inés no lo permite. La viuda desearía tenerla siempre a su lado, con una aguja en la diestra o un libro de historias de santos y de reyes. Y ella sólo es feliz entre los negros, trepando a los árboles de la huerta, corriendo como un muchacho. Parece un muchacho esmirriado y no una doncella principal. Aun hoy, con su escote y sus randas y el broche de corales, lo parece, y eso la hace sufrir.

El gobernador don Jacinto de Lariz surge por la puerta vecina, con unos naipes en la mano. Viene a averiguar la causa del alboroto. Trae desabrochado el jubón que decora la insignia de Santiago y que huele a vino. Detrás se encrespan, curiosas, las cabezas de los jugadores.

Y Margarita debe hacer de nuevo su reverencia. Es tal su miedo ante el ogro, que titubea y sucede lo que más puede afligirla: cae sentada en el piso de baldosas, con tal mala suerte que la campana del guardainfante muestra, como un badajo, sus piernas flacas de pilluelo. Adelántase don Jacinto, riendo, y le tiende la mano con el anillo de escudo. Se curva a su vez en una reverencia bufona y la alza. Los jugadores –el escribano Campuzano, Cristóbal de Ahumada, un bravucón, y Miguel de Camino, quien ha bebido bastante– estallan en carcajadas sonoras. Las damas ríen su risita de pajarera, por acompañarles, por adularles. Hasta doña Inés se sonríe, desesperada.

Entra Fernán, el paje, con una bandeja de refrescos. El gobernador, sin disfrazar su hilaridad, ofrece uno a la pequeña. Ésta se muerde los labios para no llorar; se tortura para no arrancarse las cintas rojas y echar a correr.

Doña Francisca Navarrete se apiada: –Que Fernán te conduzca al pasadizo de onda, para que veas el río.

Doña Inés hubiera protestado, más no se atreve. No está bien que su sobrina pasee sola por los bastiones con el mocito. En el misterio del atardecer, el río y

la ciudad parecen hechizados. La noche se anuncia ya como un velo de neblina. Se han recostado en el parapeto, junto a un cañón herrumbroso, sin decir palabra. Llega hasta ellos, subterráneo, el parloteo de las señoras, mezclado a los juramentos del gobernador que guerrea con la baraja.

El paje hace como si mirara a las aguas quietas y a la llanura, mientras señala al azar un velamen, un campanario, pero sus ojos, disimulando, se entornan hacia la niña. Están muy próximos el uno del otro: ella, desazonada por el ridículo de lo que le ha sucedido, por la perspectiva de las reprimendas de la tía, cuando regresen a su casa; él, turbado por la presencia de la muchachita cuyo seno comienza a dibujarse entre las blondas. Poco a poco Margarita se calma y siente que una zozobra distinta la estremece y la ahoga, como cuando el gato familiar se frota contra sus brazos desnudos. Sólo que esto es más agudo y más dulce. En su inocencia no discierne el porqué de su desconcierto, mas advierte que fluye del hombre que se acoda a su vera, en la balaustrada. Nunca hasta ahora ha estado tan cerca de un hombre. Los negros no lo son. ¡Y esa torpeza, esa estupidez de la reverencia desgraciada, que el otro vio cuando avanzó con los refrescos en la bandeja de plata del Perú! No. Las cosas no pueden quedar así. Es necesario que le explique, que le diga que ella no es siempre así; que ésas son tonterías que doña Inés le impone, pero que si algún día la visita en su huerta la conocerá tal cual es, como una reina en medio de sus esclavos y sus frutales. Si Margarita prefiere trepar a la copa del naranjo a departir inútilmente con las señoras, eso es asunto suyo.

Fernán la comprenderá, porque no por nada son ambos casi niños y los niños se entienden. Se torna hacia él y en el instante en que va a hablar algo se desprende de la muralla y revolotea sobre sus bucles. Es un murciélago, negro, peludo, y la pequeña grita de terror. De un brinco, el paje lo espanta.

La tiene en sus brazos, trémula, y aprovecha la confusión para ceñirla, para apretar como al descuido con sus manos ávidas esos pechos cuyo nacimiento se insinúa en la gracia de la curva y del hueco breve. Sólo unos segundos dura la escena, pero ello basta. Margarita rechaza a su compañero con un ademán imperioso. Por primera vez ha tenido conciencia de sus senos, de lo que ellos significan. Encendida como una manzana de su huerto, escapa hacia el estrado.

Doña Inés Romero la aguarda de pie, para despedirse. Los tahúres se han incorporado al grupo femenino. Forman un curioso tapiz de figuras, en la oscilación de las luces, con la base de los guardainfantes solemnes y la corola de las golillas.

En cuanto entra la jovencita, los contertulios se percatan de que algo ha acontecido. Es algo muy sutil, algo como un cambio en la atmósfera, como si a la atmósfera se hubiera añadido un elemento nuevo, impalpable y rico.

Margarita pone ambas manos en la armazón de su falda majestuosa y se inclina como una menina de palacio, para hacer la reverencia más perfecta del mundo. Don Jacinto de Lariz tuerce la ceja, asombrado, y chasquea la lengua. Se calza los anteojos de cuerno: ¿qué le ha pasado a la niña, a esta niña blanca y rosa, repentinamente deseable, acariciable, adorable?

El paje circula con los refrescos y los vasos se entrechocan como si quisieran bailar sobre la bandeja labrada.

Manuel Mujica Láínez, de Misteriosa Buenos Aires

Atención Dr. Gustavo Cardigni

Capítulo 1

Enfermedades reumáticas en la infancia

Dra. Graciela Espada

Reumatóloga Infantil.

Jefa Sección de Reumatología del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”.

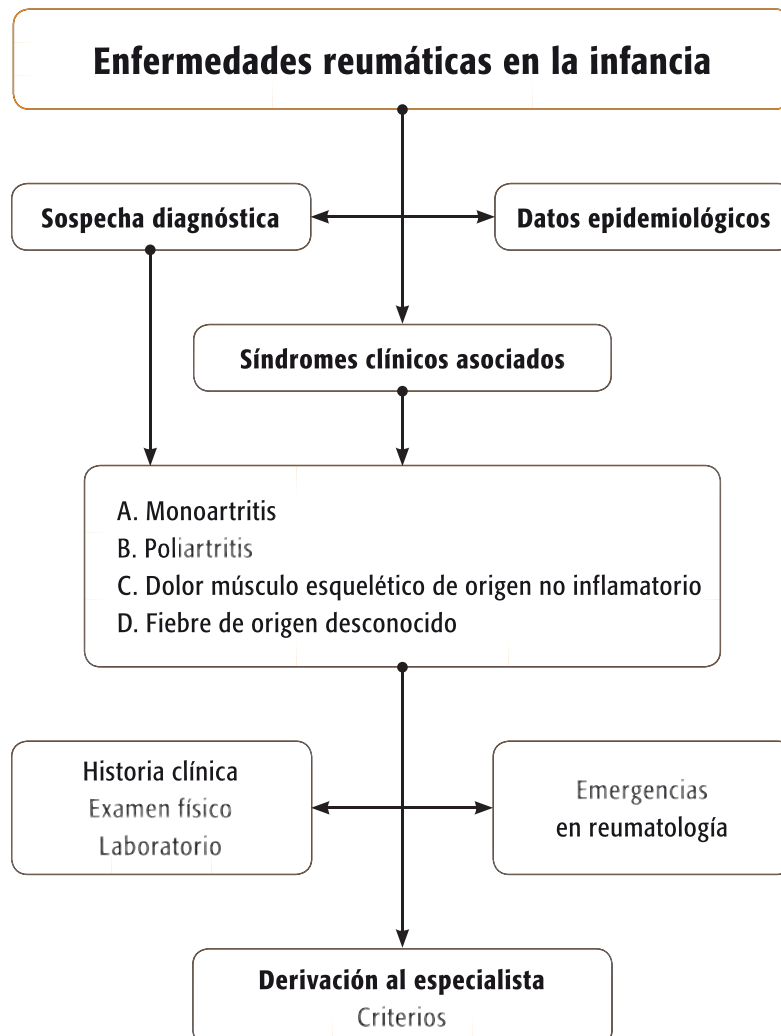
Directora de la Residencia Postbásica de Reumatología. Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”.

Chair-Comité Pediátrico Permanente de Reumatología Pediátrica PANLAR (Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología).

OBJETIVOS

- Reconocer precozmente las enfermedades reumáticas (ER) más frecuentes en la infancia y adolescencia.
- Identificar los diferentes patrones clínicos de ER a partir de la realización de la historia clínica y del examen físico minucioso.
- Familiarizarse con los diferentes estudios complementarios necesarios para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica.
- Realizar una correcta derivación al especialista y establecer con él un equipo de trabajo para el abordaje terapéutico del paciente.

ESQUEMA DE CONTENIDOS





GLOSARIO

AAN. Anticuerpos anti nucleares.

AAP. Academia Americana de Pediatría.

ACR. Colegio Americano de Reumatología.

AIJ. Artritis idiopática juvenil.

AINEs. Antiinflamatorios no esteroideos.

ASTO. Anti estreptolisina O.

DM. Dermatomiositis.

DME. Dolor músculo esquelético.

DSR. Distrofia simpático refleja.

ER. Enfermedades reumáticas.

EASN. Espondiloartropatías seronegativas.

ETC. Enfermedades del tejido conectivo.

FM. Fibromialgia.

FMF. Fiebre mediterránea familiar.

FOD. Fiebre de origen desconocido.

FR. Factor reumatoideo.

LES. Lupus eritematoso sistémico.

LLA. Leucemia linfoblástica aguda.

PCR. Proteína C reactiva.

RNM. Resonancia nuclear magnética.

TAC. Tomografía axial computada.

VEB. Virus Epstein Barr.

VHC. Virus hepatitis C.

VIH. Virus de inmunodeficiencia humana.

VSG. Velocidad de sedimentación globular (o eritrosedimentación - ERS).



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas (ER) en la infancia y adolescencia tienen una gran relevancia y merecen ser consideradas por el pediatra ya que impactan y afectan la calidad de vida de los niños (desde el punto de vista físico, psicológico y social), afectando no sólo las actividades de su vida diaria, sino su escolaridad y la dinámica familiar.

Un mayor conocimiento del proceso inflamatorio, consensos de criterios de diagnóstico y clasificación de estas enfermedades, desarrollo de nuevas herramientas para valorar actividad, daño y calidad de vida, más el advenimiento de nuevas estrategias terapéuticas, han permitido una nueva visión de la reumatología pediátrica en esta última década cuyo objetivo es alcanzar la remisión de la enfermedad.

Existen dos grandes dificultades para el pediatra en el abordaje de estas patologías: una de ellas es cronológica: pueden pasar meses antes que el diagnóstico de estas enfermedades sea bien establecido y, en segundo lugar, el amplio espectro de desórdenes inflamatorios y no inflamatorios que afectan el tejido conectivo.

Es por ello que el objetivo principal de este capítulo es dar al pediatra herramientas para el reconocimiento precoz de estas enfermedades, a fin de identificarlas en forma temprana y establecer así un nexo de trabajo en equipo con el reumatólogo infantil dado lo complejo del abordaje terapéutico de las mismas.

Datos epidemiológicos

Las enfermedades reumáticas en la infancia comprenden un grupo diverso de más de 100 desórdenes diferentes en los cuales los síntomas músculo esqueléticos son los más comunes. Ambos grupos de enfermedades reumáticas, las *inflamatorias* (enfermedades del tejido conectivo-ETC) y las no inflamatorias, sobre todo aquellas de evolución crónica y con dolor crónico, tienen gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Aunque en nuestro país se desconoce la verdadera incidencia y prevalencia de las ER en la infancia y adolescencia, no son enfermedades infrecuentes. Las mismas afectan todos los grupos étnicos y están descritas en todas las razas y áreas geográficas.

Los datos epidemiológicos disponibles varían según la metodología utilizada para obtener los mismos, la aplicabilidad de los criterios de diagnóstico y/o clasificación, sumado a ello las diferencias inherentes al grado de desarrollo de cada país.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, la literatura proveniente de países desarrollados (USA y UK) muestra que un 20-30% de los pacientes referidos a centros de reumatología pediátrica padece artritis idiopática juvenil (AIJ), otro porcentaje similar consulta por problemas asociados a patología mecánica, funcional o dolor músculo esquelético no inflamatorio y entre un 9 al 19% por otras ETC, tales como lupus eritematoso sistémico, vasculitis, miopatías inflamatorias y esclerodermia.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es considerada la enfermedad más frecuente en la especialidad: 50-60% respecto del resto de las ER.

Su prevalencia oscila entre 1-4 cada 1.000 niños y la incidencia es de 10-22 casos nuevos al año cada 100.000 niños. En orden de frecuencia le sigue lupus eritematoso sistémico (LES) con una prevalencia que varía entre 10-30 niños/100.000 niños y su incidencia es de 0,3 por cada 100.000 niños/año; las miopatías inflamatorias (dermatomiositis, la más frecuente de este grupo) y con una menor prevalencia, la esclerodermia.

Si bien no hay registros sobre incidencia y prevalencia de vasculitis, la púrpura de Schonlein Henoch y la enfermedad de Kawasaki son las más frecuentes en la infancia.

Las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor se hallan entre las diez prevalentes en la infancia.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónicas en la infancia (Prevalencia cada 100.000)

Sistema respiratorio	1079
Sistema nervioso	454
Oculares y óticas	288
Endocrinas/ Metabólicas	163
Circulatorias	151
Enfermedades congénitas	150
Enfermedades músculo esqueléticas y ETC	132
Enfermedades cutáneas	114

Fuente: Newacheck PW, Halfon N, Budetti PP. Prevalence of activity limiting chronic conditions among children based on household interviews. J Chronic Dis 1986;39(2):63-71.

CUÁNDO SOSPECHAR UNA ENFERMEDAD REUMÁTICA

La Reumatología Pediátrica es una disciplina clínica que comprende el estudio de enfermedades o desórdenes inflamatorios y no inflamatorios del tejido conectivo en niños. Si bien las enfermedades del tejido conectivo (ETC) constituyen el centro cardinal de la especialidad, el diagnóstico diferencial planteado frente a las mismas, requiere de un amplio conocimiento de otras entidades nosológicas "confundidoras" o "simuladoras de enfermedades reumáticas" en la edad pediátrica.

Su consideración en la infancia, implica el conocimiento de ciertos aspectos que deben ser reconocidos y abordados por el pediatra:

- 1) las manifestaciones articulares ocurren con frecuencia en otras enfermedades pediátricas de naturaleza no reumática;
- 2) hay factores vinculados principalmente al crecimiento, que influyen en la expresión de la enfermedad reumática (el cuadro clínico de las mismas varía generalmente del observado en los adultos). Es necesario considerar los aspectos madurativos del niño ya que pueden ser afectados por la enfermedad o afectar la expresión de la misma; y
- 3) el manejo terapéutico, esencialmente de niños con cuadros crónicos, requiere sin duda de un entrenamiento especial.

Es importante tener presente algunos conceptos a la hora del diagnóstico y de dar información a los padres: las enfermedades reumáticas comparten entre sí, características comunes, tales como: presencia de síntomas constitucionales en etapas iniciales de la enfermedad (astenia, pérdida de peso, cansancio, adinamia), compromiso multisistémico, síndrome febril, *rash* o lesiones cutáneas (exantemas, enantemas) y alteraciones inmuno-lógicas y/o de laboratorio; esto implica que varias de ellas pueden presentar en su debut síntomas similares, por ejemplo: fiebre y/o artritis, fiebre y/o dolor músculo esquelético, exantemas o cuadros de superposición a nivel clínico, histológico, serológico. Asimismo, es preciso remarcar que las mismas pueden “evolucionar” desde el punto de vista “clínico” y “serológico” en el tiempo, necesitando por ello, una constante reevaluación de su diagnóstico (por ejemplo: paciente con diagnóstico de artritis idiopática juvenil que tras un período de remisión desarrolla lupus eritematoso sistémico).

La mayoría de los pediatras jóvenes, durante su entrenamiento general, tienen poco contacto con ortopedistas y reumatólogos infantiles, razón por la cual a veces el reconocimiento temprano de enfermedades reumáticas, sobre todo aquellas relacionadas al sistema músculo esquelético, y la realización de un adecuado examen osteo-articulo-muscular, les resulta dificultoso.

El diagnóstico de las ER, en su mayoría de etiología desconocida, se basa en el reconocimiento de “patrones clínicos” de enfermedad, establecidos, básicamente, a través de la realización de una buena historia clínica y una adecuada exploración física.

La manifestación sin duda más frecuente es la presencia de **artritis**. Esta se define como la presencia de inflamación o tumefacción articular, acompañada de limitación de la movilidad y dolor a la palpación o la movilización de la articulación. La presencia de artritis puede ser expresión de diferentes procesos: inflamatorios, de origen infeccioso, inmunológico, metabólicos o invasivos del tejido conectivo. Puede ser, a su vez, la única manifestación de enfermedad, ser la manifestación predominante, o en algunas oportunidades, pasar desapercibida por su escasa repercusión clínica. El cuadro clínico del niño que consulta por síntomas articulares, una vez confirmada la presencia de artritis, puede ser inicialmente clasificado de acuerdo al número de articulaciones comprometidas: por lo general, las enfermedades que afectan una o menos de tres o cuatro articulaciones (mono u oligoartritis) obedecen a etiologías diferentes de aquellas que ocasionan compromiso poliarticular (inflamación de 5 o más articulaciones).

Cabe mencionar algunos otros síntomas y signos que pueden orientar al pediatra hacia la posibilidad de una ER:

- a. Artralgias:** referidas a la presencia de dolor sin tumefacción ni limitación articular, es fundamental distinguir si la misma se debe a procesos inflamatorios o mecánicos. El dolor inflamatorio suele ser un dolor de reposo, a veces de predominio nocturno, habitualmente acompañado de rigidez matinal y signos de inflamación local; el dolor mecánico, es el que inicia con los movimientos y depende de ellos, tiende a ceder con el reposo y no se acompaña de rigidez matinal ni signos de inflamación local.
- b. Cojera:** Las causas del dolor de cadera y cojera pueden ser traumáticas, infecciosas, inflamatorias, tumorales o deberse a razones extrínsecas a la cadera, y varían según el grupo etáreo afectado: cuanto menor sea la edad del niño más importancia se dará a las causas sistémicas (infecciosas o tumorales); en el niño mayor o adolescente cobran más importancia las causas mecánicas. La etiología inflamatoria o reumática puede manifestarse a cualquier edad. Es importante recordar que no todo niño que padece una cojera aguda tiene una *sinovitis transitoria de cadera*; debemos replantear este diagnóstico y buscar más datos sobre todo cuando: la edad de presentación sea menor a dos años o mayor a 10; frente a la presencia de otros signos o síntomas extraarticulares asociados (por ejemplo: fiebre sostenida); si la duración del proceso es mayor a dos semanas; si el padecimiento es recurrente, o si existen, además, antecedentes de enfermedades reumáticas en la familia.
- c. Mialgias y/o Miositis:** las mialgias están referidas al dolor muscular y las miositis a la inflamación del músculo, que cursa además con dolor, pérdida de fuerza muscular, elevación de enzimas musculares y un patrón miopático en el electromiograma. Debemos interrogar acerca de antecedentes traumáticos, sobreuso o sobreesfuerzo muscular, síntomas generales acompañantes, manifestaciones cutáneas y grado de impotencia funcional que provoca el dolor.
- d. Lesiones cutáneas:** El espectro de lesiones cutáneas asociadas a ER es muy amplio, entre las más frecuentes: *exantemas, nódulos, úlceras, púrpura, síndrome de Raynaud y alopecia*.



SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

A. Monoartritis

La presencia de dolor y tumefacción en una sola articulación enfrenta al pediatra con un problema diagnóstico y terapéutico de considerable responsabilidad, ya que la posibilidad de enfrentarse a una **infección** requiere un diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento apropiado. Debe tenerse en cuenta que el compromiso monoarticular puede ser secundario a un proceso local o, en ocasiones, ser expresión de una enfermedad sistémica.

Frente a toda monoartritis interesa:

- Conocer su forma de comienzo, si es aguda o insidiosa;
- valorar antecedentes de traumatismos, infecciones agudas o crónicas (por ejemplo: tuberculosis);
- discrasias sanguíneas;
- enfermedades cutáneas coexistentes (por ejemplo: psoriasis);
- episodios previos de similares características y compromiso de otras articulaciones.

Dada la frecuencia con que los niños presentan inflamación articular “indolora” o con escaso dolor, es importante corroborar el diagnóstico de monoartritis mediante un exhaustivo examen del aparato locomotor; muchas veces grados menores de inflamación sinovial en otras articulaciones son pasados por alto debido a la mayor intensidad del proceso inflamatorio en una sola localización. De esta manera, una enfermedad poliarticular puede ser erróneamente catalogada como monoarticular.

Aún con los datos así recogidos e independientemente de la presunción diagnóstica, frente a una monoartritis hay estudios de imprescindible realización:

Artrocentesis. Es fundamental en la evaluación de una monoartritis. Tiene un rol diagnóstico (ante sospecha de infección articular) y terapéutico, este último sobre todo en el manejo de los pacientes artríticos.

Las indicaciones de la artrocentesis son:

- Diagnósticas: Evaluación inicial de una monoartritis.
- Descartar presencia de infección articular.
- Terapéuticas: Aliviar dolor por drenaje de líquido.
- Inyectar medicación.
- Drenar artritis sépticas y hemartrosis (corrigiendo previamente el trastorno de coagulación).

Se encuentra contraindicada su realización frente a un trastorno de coagulación severo y se deberá ser cauto y cuidadoso cuando hay infección en piel o tejido subyacente.

Los pediatras deberían estar familiarizados con su realización, ya que la presencia de monoartritis aguda puede convertirse en una emergencia (cuando se intenta descartar una artritis séptica) y además el análisis básico (citoquímico y cultivos) del líquido sinovial se puede realizar en cualquier laboratorio sin necesidad de equipos sofisticados. Este procedimiento debe realizarse con extremas medidas de asepsia, en niños mayores bajo anestesia local, siendo necesario considerar la sedación o anestesia general en los más pequeños.

De las determinaciones que habitualmente se realizan en el líquido sinovial, dos de ellas son de indudable utilidad práctica: **1)** recuento de leucocitos y su fórmula diferencial, **2)** estudio bacteriológico. Es a través del primer dato que clasificaremos al líquido sinovial como normal, no inflamatorio, inflamatorio y séptico.

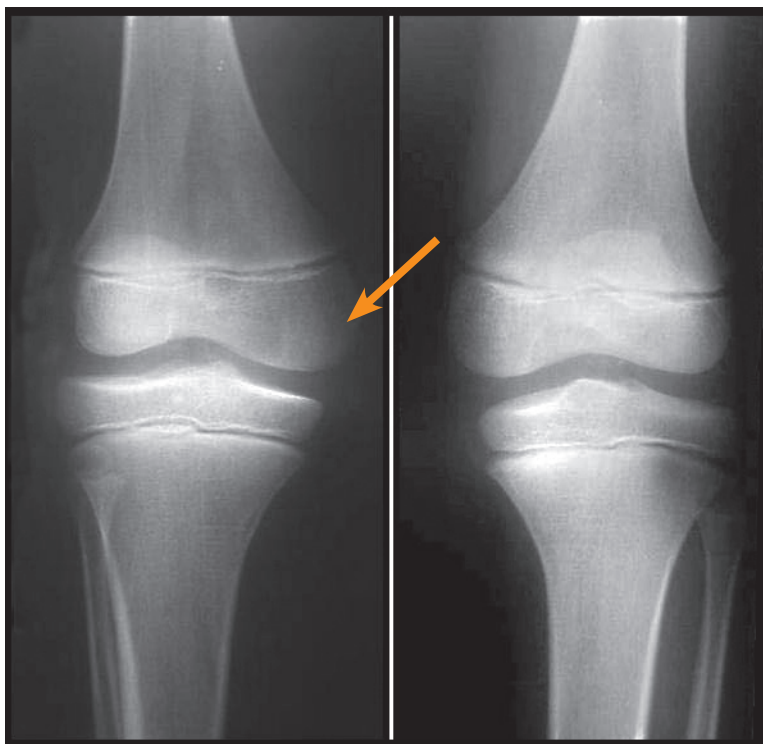
Las características del líquido sinovial pueden orientar a ciertos diagnósticos, por ejemplo, frente a la presencia de tumefacción articular y un líquido no inflamatorio trataremos de descartar patología mecánica: traumatismos, osteocondritis, etc.; frente a un líquido inflamatorio nos orientaremos a descartar enfermedades reumáticas, como artritis reumatoidea, enfermedades seronegativas, artritis reactivas, etc.

Estudio radiológico. Debe ser realizado aún en estadios tempranos de la enfermedad ya que estos estudios seriados permitirán seguir la evolución del compromiso articular.

Debe radiografiarse la articulación afectada y la contralateral, esta comparación permite apreciar la existencia de alteraciones radiológicas mínimas, por ejemplo: diferencias de sombras correspondientes a aumento de partes blandas, osteoporosis subcondral o crecimiento epifisario acelerado (Figura 1).

Figura 1. Par radiológico comparativo - Rx de Rodillas (frente)

Se observa trastorno de crecimiento cóndilo femoral izquierdo



Biopsia. Es necesaria para obtener tejido sinovial para su estudio histológico y bacteriológico; su realización es imprescindible especialmente ante una monoartritis crónica, cuando con los procedimientos anteriormente mencionados, no se arribó a un diagnóstico. Idealmente puede realizarse dirigida mediante artroscopía.

Clásicamente, las monoartritis se clasifican en “agudas” y “crónicas” según la forma de inicio, el grado de manifestaciones inflamatorias y su duración. En forma arbitraria, cuando la duración del cuadro inflamatorio es menor a 6 semanas, se considera aguda, y si es mayor a 6 semanas se considera crónica.

Monoartritis aguda

El primer diagnóstico a tener en cuenta es la artritis infecciosa. Es muy importante sospechar este diagnóstico aunque la severidad de los síntomas articulares sean mínimos, teniendo en cuenta que en pacientes inmunosuprimidos (ya sea por su enfermedad de base o utilización de drogas inmunosupresoras), los síntomas de infección pueden estar ausentes.

Otras causas de monoartritis aguda se enumeran en la tabla 2.

Tabla 2. Causas de monoartritis aguda

Aguda
• Infección articular. • Traumatismos articulares. • Sinovitis por cuerpo extraño. • Discrasias sanguíneas, hemofilias, diátesis hemorrágicas. • AIJ de inicio monoarticular. • Espóndilo artropatías seronegativas (EASN).

Fuente: desarrollado por la autora. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica: “Interpretando datos: ¿Cuándo sospechar una enfermedad reumática?”. 1ª edición 2006, Capítulo 2, pág 113-124.

Monoartritis crónica

Tabla 3. Causas de monoartritis crónica

Causas monoartritis crónica
• Infecciones crónicas (TBC, micosis). • Tumores de la sinovial: hemangioma, sinovitis vellonodular, sarcoma sinovial, metástasis. • Cuerpo extraño: espina, sangre. • Enfermedades no inflamatorias: traumatismo, osteocondritis, necrosis ósea avascular. • Enfermedades del tejido conectivo: AIJ, EASN.

Fuente: desarrollado por la autora. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica: “Interpretando datos: ¿Cuándo sospechar una enfermedad reumática?”. 1ª edición 2006, Capítulo 2, pág 113-124.

Un comentario especial merece la **artritis idiopática juvenil de inicio monoarticular u oligoarticular**, dada la alta frecuencia de compromiso ocular que la acompaña. La iridociclitis crónica (o uveítis crónica anterior) que se observa en esta enfermedad, es a menudo asintomática, pudiendo determinar ceguera cuando no se la detecta a tiempo.

En general, el compromiso es bilateral y a veces precede a la aparición de artritis. Las anormalidades pupilares detectadas por el médico son, en general, un signo tardío. Es imprescindible la búsqueda sistemática de uveítis mediante el examen oftalmológico con lámpara de hendidura, en todo paciente portador de una monoartritis u oligoartritis crónica.

B. Poliartritis

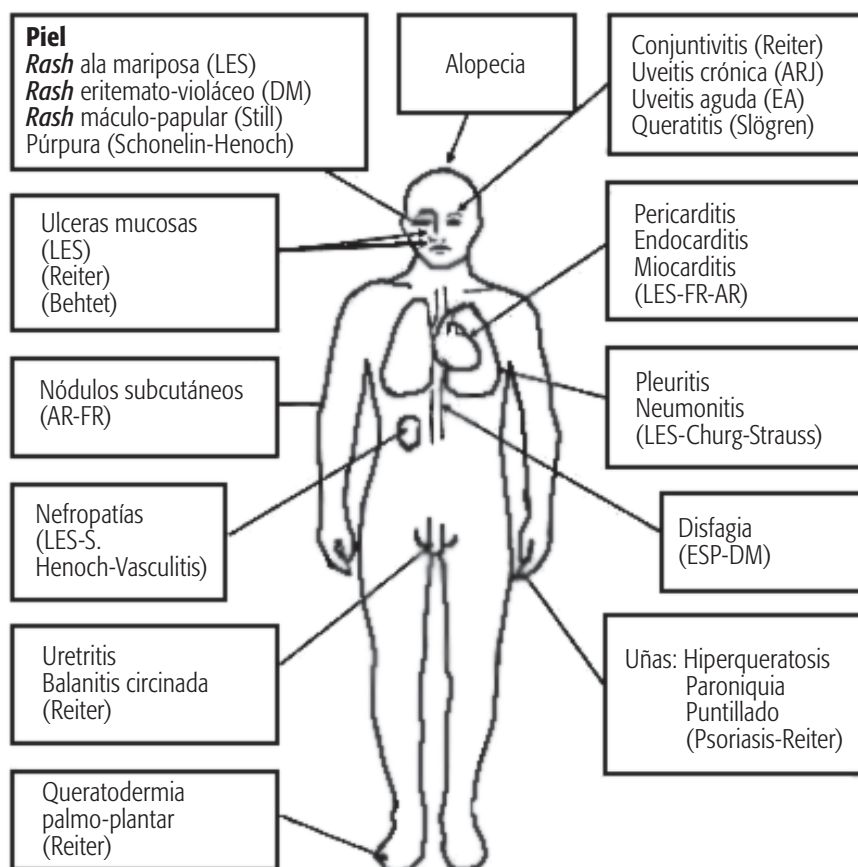
La inflamación poliarticular es una manifestación común a una serie de diversas enfermedades. De igual forma que las monoartritis, se clasifican en agudas y crónicas.

Las causas más frecuentes son:

- Infecciones: virales (hepatitis, rubéola), sépticas, endocarditis bacteriana subaguda, sepsis.
- Tumorales: leucosis, linfoma, neuroblastoma.
- Enfermedades del tejido conectivo: fiebre reumática (FR), artritis idiopática juvenil (AIJ), lupus eritematoso sistémico (LES), dermatomiositis juvenil (DMJ), vasculitis.
- Otras: enfermedad del suero, hipersensibilidad a drogas, fiebre mediterránea familiar, mucopolisacaridosis.

El diagnóstico de las poliartritis es fundamentalmente clínico, en base a la búsqueda e interpretación de ciertos elementos: **1)** sexo y edad, **2)** características de la afectación articular: tipo de articulación (por ejemplo: pequeñas articulaciones en artritis idiopática juvenil, grandes articulaciones en fiebre reumática), localización predominante (por ejemplo: interfalángicas distales en psoriasis y AIJ), simetría (AIJ), asimetría (espóndilo artropatías seronegativas- EASN), y **3)** presencia de manifestaciones extra-articulares asociadas. La búsqueda sistemática de las mismas mediante un exhaustivo interrogatorio y examen clínico adecuado, es imprescindible, debido a que la **manifestación articular** no es habitualmente vinculada por el niño o su madre a otras **manifestaciones clínicas no articulares** que coexisten con la enfermedad articular, y su **sola presencia** permite inferir hipótesis diagnósticas, por ejemplo, el hallazgo de úlceras en mucosa palatina y alopecia difusa en una adolescente que consulta por poliartritis nos orientará al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (Figuras 2 y 3a-3b).

Figura 2. Manifestaciones extra articulares



Figuras 3 a y b. Úlcera mucosa palatina y alopecia



Una historia clínica bien realizada, analizando correctamente el cuadro articular, unido a la búsqueda sistemática de manifestaciones extra-articulares permitirán obtener una hipótesis diagnóstica que se confirmará a través de un correcto y minucioso examen físico y una adecuada solicitud de laboratorio e imágenes en base a ello.

No hay datos de laboratorio ni radiológicos patognomónicos de enfermedad reumática, y estos deben ser siempre interpretados en relación al cuadro clínico que presente el paciente.

C. Dolor músculo esquelético de origen no inflamatorio (DME)

Los pediatras nos vemos enfrentados diariamente a situaciones clínicas en las que hay que diferenciar al niño que tiene una enfermedad significativa que requiere más tiempo para su evaluación, de aquel con una enfermedad autolimitada y benigna. Incluido en este dilema se hallan los niños con dolores en los músculos, huesos y articulaciones.

Realizar un correcto examen del aparato locomotor posterior a una correcta anamnesis permite, al menos, sospechar su diagnóstico. El dolor en las extremidades con o sin fiebre es un motivo de consulta frecuente y el pediatra debe estar familiarizado con el reconocimiento de las entidades que los ocasionan.

El DME de origen “no inflamatorio” es una causa común de morbilidad en la infancia y las entidades que lo ocasionan se observan con una frecuencia mayor que aquel de origen reumático propiamente dicho. El identificarlas, diferenciarlas de otras condiciones que también provocan dolor como enfermedades reumáticas, infecciosas, malignas o degenerativas, es esencial a fin de instaurar un tratamiento adecuado y evitar estudios innecesarios. Alrededor del 15-20% de niños en edad escolar padecen este tipo de dolor y alrededor del 5% presenta dolor crónico que interfiere con las actividades diarias y se presenta con más de 3 meses de evolución. Si bien una proporción de estos pacientes tienen dolor de tipo inflamatorio, la mayoría de los casos que se presentan al pediatra tienen un origen no inflamatorio. Cierta confusión en la terminología empleada y la falta de conocimiento de estas entidades han contribuido a su “no reconocimiento” por el pediatra clínico.

Los dolores de crecimiento y el síndrome de hipermovilidad constituyen las causas de DME de observación más frecuente en edad escolar.

Una manera práctica de clasificar estas entidades es como se observa en la tabla 4, donde citamos algunos ejemplos.

Tabla 4. Causas de dolor músculo esquelético no inflamatorio

Asociado a hiperlaxitud articular	Síndrome hiperlaxitud ligamentaria Luxación recurrente de rótula Genu recurvatum
Síndromes asociados a sobre uso	Fracturas de stress Síndromes patelofemorales Tenosinovitis
Osteocondritis	Enfermedad de Perthes Enfermedad de Osgood-Schlatter
Asociados a traumatismos	Osteocondritis disecante Artritis traumática
Síndromes de amplificación del dolor	Dolores de crecimiento Distrofia simpático refleja Fibromialgia

Fuente: desarrollado por la autora. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica: "Interpretando datos: ¿Cuándo sospechar una enfermedad reumática?". 1ª edición 2006. Capítulo 2, pág 113-124.

Abordaje diagnóstico del DME

Igual que lo planteado para el estudio de las artritis, en este síndrome es fundamental realizar una minuciosa historia clínica, seguido de un examen físico completo (con hincapié en el aparato locomotor); finalmente, orientados hacia una patología, evaluaremos la necesidad de solicitar exámenes complementarios que permitan corroborar el diagnóstico y/o establecer diagnóstico diferencial con otras entidades.

Al realizar anamnesis, es importante analizar algunos puntos específicos, tales como:

- 1) características del dolor,
- 2) presencia de síntomas sistémicos asociados,
- 3) antecedentes familiares de enfermedad músculo-esquelética o de dolor crónico recurrente,
- 4) factores sociales y emocionales que rodean al niño (nivel socioeconómico, nivel de instrucción de los padres, relación parental-filial),
- 5) escolaridad, y
- 6) antecedentes personales: enfermedades o cirugías previas, uso de drogas y desarrollo madurativo.

Con respecto a las **características** del dolor, es importante hacer énfasis en su *cronología y cualidades*; interrogando: forma de comienzo, calidad del dolor, intensidad, distribución, duración, curso y factores que lo modifican.

Variaciones diarias del dolor y factores que lo exacerban o precipitan: el dolor y rigidez matinales que mejoran en el transcurso del día, son típicos de patología inflamatoria; do-

lores nocturnos referidos a miembros inferiores que despiertan al niño, sugieren dolores funcionales o de crecimiento.

Naturaleza y cualidad del dolor: los jóvenes refieren el dolor óseo como punzante o profundo, el dolor muscular como calambres y el neuropático como quemante o urente.

Localización del dolor: el paciente refiere la articulación (artralgia) o el músculo (mialgia) como sitios del dolor. Reconocer los modelos de dolor referido ayuda a orientar su origen, ejemplo típico es el dolor de cadera que el paciente refiere a la ingle o cara anterior del muslo.

Severidad del dolor: su medición es útil tanto para el diagnóstico como para evaluar la respuesta al tratamiento. Utilizamos escalas faciales en los niños pequeños, que ubican cuál de las caras dibujadas representa la intensidad de su dolor. En niños mayores utilizamos una escala numérica (escala visual analógica) con puntuación de 0 a 10.

Desde el punto de vista de estudios de **laboratorio**, la presencia de anemia, alteraciones en el recuento de leucocitos y su fórmula diferencial, recuento de plaquetas, velocidad de sedimentación globular (VSG) y/o dosaje de proteína C reactiva (PCR) nos permite sospechar la presencia de una enfermedad inflamatoria, infecciosa o hematológica subyacente. La radiología del área afectada y su contralateral permiten evaluar cambios mínimos en tejidos blandos y trauma óseo en enfermedades inflamatorias o malignas, aún en estadios tempranos de la enfermedad. El centellograma óseo es una herramienta diagnóstica útil para localizar el proceso patológico y su extensión, sobre todo en niños con DME persistente, portadores de estudios radiográficos normales.

Causas más frecuentes de DME

Dolores de crecimiento. Los mismos son referidos habitualmente a miembros inferiores, se caracterizan por su presentación aguda e intermitente con intervalos libres de síntomas (días, semanas y aún meses). Ocurren al atardecer o a la noche, pueden despertar al niño. Ellos lo describen como “profundos” o “calambres”. No se asocian con signos objetivos de inflamación, limitación de la movilidad o cojera. Todas las evaluaciones clínicas, examen físico, laboratorio y radiología son normales, de allí que se los conozca como “dolores funcionales”. Las pautas de tratamiento consisten en su reconocimiento rápido, dar información al niño y su familia sobre la naturaleza benigna de este proceso, los masajes muchas veces mejoran la sintomatología, puede indicarse paracetamol y se benefician con la realización de ejercicios de elongación. Es importante hacer diagnóstico diferencial con síndrome de hipermovilidad, síndromes femoropatelaes y osteoma osteoide. En esta última patología el dolor es usualmente unilateral y exquisitamente sensible a los salicilatos.

Síndrome de hipermovilidad articular. Este es el término utilizado para describir niños en quienes la hipermovilidad se asocia con DME sin ninguna enfermedad subyacente. Conocido también como “síndrome benigno de hipermovilidad”, Gedalia (1991) observó que un 50% de niños hipermóviles presentaban artralgias y, ocasionalmente, artritis, versus el 17% de los controles no hiperlaxos, siendo estos síntomas de naturaleza benigna y de resolución *ad integrum*. Sin embargo, otros autores, como De Cunto y col. (2001), estimando la prevalencia de hiperlaxitud en escolares argentinos, no han hallado dicha asociación.

La hipermovilidad articular sin enfermedad sistémica, ha sido descrita con una frecuencia del 4-13 %, más frecuente en mujeres. La clave para su diagnóstico es a través de la evaluación del niño en busca de signos de laxitud articular generalizada, debiendo realizarse este examen en forma rutinaria a todo niño que consulta por dolor músculo esquelético.

Los criterios de diagnóstico desarrollados por Carter y modificados por Beighton son los más utilizados para el diagnóstico de hipermovilidad.

Tabla 5. Síndrome de hipermovilidad. Criterios de diagnóstico de Carter (modificados por Beighton)

- Hiperextensión pasiva de los dedos paralelos al antebrazo.
- Aposición pasiva del pulgar a la superficie del antebrazo.
- Hiperextensión de codos $>10^\circ$.
- Hiperextensión de rodillas $>10^\circ$.
- Flexión anterior del tronco con rodillas extendidas y las palmas de las manos tocando el piso.

Tres o más de los enumerados confirman el diagnóstico (Figura 4).

Figura 4. Hiperlaxitud ligamentaria



El término de "artritis episódica" se ha utilizado para describir la aparición de episodios recurrentes de artritis inespecíficos en niños hipermóviles, en ausencia de enfermedad orgánica. El síndrome de hipermovilidad es una condición autolimitada, que, generalmente, mejora cuando el niño llega a la adolescencia. Realizado el diagnóstico, es fundamental tranquilizar a los padres y al niño, explicando su naturaleza benigna y sin desarrollo de secuelas. Es importante identificar actividades que precipiten los síntomas y modificarlas. En ocasiones, la administración de analgésicos y el enseñarles técnicas de protección articular permiten al niño controlar los síntomas y poder realizar actividad física. Tanto los ejercicios de fortalecimiento muscular como la natación les ayudan a lograr un buen tono y aumentar la masa muscular.

Distrofia simpático refleja (DSR). Entidad clínica que se caracteriza por la presencia de dolor en una extremidad asociado a la evidencia de disfunción del sistema nervioso autónomo. También conocida como algodistrofia, atrofia de Sudeck, distrofia refleja neurovascular, afecta a niños en edad escolar o adolescencia. Se caracteriza por la presencia de dolor en la región distal de una extremidad asociado a presencia de edema, tumefacción y/o evidencia de inestabilidad vasomotora. El paciente refiere el dolor como quemante, urente o punzante. El mismo suele ser agravado por el calor, descarga de peso, actividades mínimas, disminuyendo con la inmovilización. Este dolor le impone al paciente una severa limitación de la extremidad afectada, con pérdida de la función y adquisición de posiciones viciosas. El dolor tiene dos características significativas: la presencia de **"hiperpatía"** (reacción dolorosa retardada y persistente frente al estímulo, a pesar de ser éste removido) y la **"alodinia"** (respuesta dolorosa exagerada frente a estímulos menores).

Pueden observarse junto con el dolor, trastornos de la sudoración, tumefacción, cianosis o eritema, trastornos de la temperatura cutánea y tardíamente, trastornos tróficos.

La etiología de este síndrome es desconocida, si bien ha sido asociado a traumatismos, cirugía, drogas; las series de mayor casuística en pediatría rescatan características psicosociales y emocionales particulares en estos niños, otorgándole a las mismas una connotación etiopatogénica. Los estudios para apoyar el diagnóstico clínico son básicamente: **1)** Radiología de la zona afectada y la contralateral: más allá de 6-8 semanas de evolución, se observa osteoporosis generalizada (diagnóstico tardío), y **2)** el centellograma óseo con tecnecio, con marcación del tiempo vascular (*pool* vascular): este método, refleja hiperactividad autonómica, revelando ya sea aumento o disminución del flujo sanguíneo en la zona afectada (método de diagnóstico temprano).

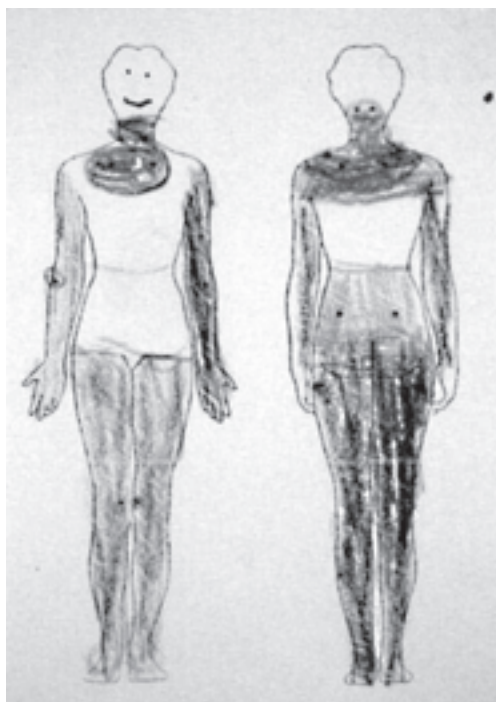
Los objetivos del tratamiento son: el manejo del dolor, restaurar función del miembro afectado tan pronto como sea posible, contraindicando el uso de valvas o yesos, y el abordaje psicológico enérgico.

Fibromialgia (FM). Los criterios diagnósticos (ACR 1990) permiten reconocer las características que presenta esta entidad:

- 1.** Historia de dolor difuso durante por lo menos 3 meses. Se define "dolor difuso" cuando los segmentos siguientes son los afectados: dolor en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. También debe estar presente en el esqueleto axial.
- 2.** Presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la digitopresión, estos son bilaterales y se ubican en: occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, 2ª costilla, epicóndilo, glúteos, trocánter mayor y rodilla.

Los jóvenes, en su mayoría mujeres, refieren dolor crónico generalizado, rigidez matinal, fatiga y trastornos del sueño, que suele ser "no reparador" (figura 5).

Figura 5: Figura humana: Fibromialgia - Áreas de dolor



En pediatría su prevalencia oscila entre el 2,2 y 6% de niños en edad escolar. En escolares argentinos hemos hallado, en un trabajo realizado en 1996, que la prevalencia de esta entidad es del 4,3% y se observó asociada significativamente a problemas sociales. Una serie de factores han sido descriptos como agravantes del dolor: cambios térmicos, hiperactividad o inactividad física, stress y sueño pobre. A pesar de que la etiología de este síndrome es desconocida, estudios en adultos implican factores neurohormonales como la alteración primaria, que explicarían los trastornos del sueño y la presencia del dolor; es importante tener presente que factores psicológicos y sociales podrían amplificarlo y, en ocasiones, precipitar este síndrome. El tratamiento en la infancia radica en una serie de medidas que intentan disminuir o controlar el dolor y mejorar la calidad del sueño. Los analgésicos como paracetamol o AINEs utilizados frecuentemente, intentan el tratamiento sintomático del dolor ya que no existe evidencia de un componente inflamatorio claro en esta entidad. Los programas de terapia física: ejercicios de elongación, aeróbicos de bajo impacto, natación y, a veces, la realización de masajes y otras medidas de fisioterapia, contribuyen a su mejoría. El abordaje y correcto manejo de los disturbios emocionales son claves e indispensables en el tratamiento.

Enfermedades onco-hematológicas que pueden debutar con DME. Estas enfermedades deben ser consideradas entre los diagnósticos diferenciales frente a un niño con DME. En niños de 1ª y 2ª infancia con artritis y/o DME inexplicable, acompañado o no de anemia y/o síndrome febril, es mandatorio descartar la posibilidad de estar frente a tumores como el neuroblastoma o leucemia linfoblástica aguda (LLA).

La magnitud del dolor no suele guardar relación directa con el grado de tumefacción articular. El 15 % de los niños con LLA pueden presentar sinovitis poliarticular de curso aditivo o migratriz. Si bien la radiología de huesos largos puede mostrar osteoporosis, rarefacción ósea, bandas metafisarias radiolúcidas, osteólisis y periostitis, un concepto a

tener en cuenta “es que el dolor esquelético en pacientes con leucemias no siempre guarda relación con la presencia de anormalidades radiológicas”. Por lo tanto, frente a un niño de 1ª o 2ª infancia con DME inexplicable, aunque el mismo no presente alteraciones hematológicas en sangre periférica ni radiológicas, si se sospecha la posibilidad de una leucemia aguda, debemos derivar rápidamente al paciente al hematólogo para realizar una punción aspiración de médula ósea.

D. Fiebre de origen desconocido (FOD o Síndrome febril prolongado)

Se denomina *fiebre de origen desconocido* (FOD) a la presencia de fiebre con un lapso superior a 3 semanas de duración (temperatura mínima $> 38^{\circ}\text{C}$), después de una semana de investigación intensiva, sin encontrar un diagnóstico evidente.

Por lo general, la aparición de manifestaciones clínicas específicas en un tiempo relativamente corto, identifica la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

En los niños, las **infecciones** y las **enfermedades autoinmunes** son las causas principales causas de FOD, aunque también deben tenerse en cuenta la eventualidad de una enfermedad infiltrativa (si bien, en general, estas entidades, no presentan fiebre como única manifestación). Aunque poco frecuente, debe considerarse también la posibilidad de fiebre asociada a la administración de drogas (fiebre medicamentosa). A veces, los síndromes febriles prolongados son el resultado de enfermedades frecuentes pero con una presentación no habitual. En ciertas oportunidades, la forma de comienzo de una FOD es típica de la entidad nosológica como sucede en los pacientes que debutan con artritis idiopática juvenil (AIJ) de forma sistémica (curva héctica: fiebre continua con picos diarios mayores a 39° , de más de dos semanas de evolución). Pero el diagnóstico definitivo sólo puede confirmarse después de un período de observación, ya que en los primeros días pueden faltar los signos típicos acompañantes en el examen físico (por ejemplo: ausencia de artritis y/o de *rash*) y el laboratorio, si bien puede estar alterado, resulta inespecífico. En la mayoría de las series pediátricas, las enfermedades infecciosas son la primera causa de FOD independientemente del grupo etáreo evaluado. En segundo término, la presencia de una enfermedad inflamatoria debe guiar la sospecha diagnóstica. La artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, con un patrón de fiebre diaria a predominio vespertino y, comúnmente, asociada a la presencia de rash asalmonado evanescente en tronco y extremidades y de artritis, y el lupus eritematoso sistémico (LES), con un patrón indistinto de fiebre aunque persistente, son las enfermedades del tejido conectivo, más frecuentemente asociadas a fiebre prolongada. Estas deben sospecharse luego de descartar causas infecciosas y tumorales.

Los **síndromes auto inflamatorios** se caracterizan por presentar episodios recurrentes pero limitados de fiebre, asociados a otras manifestaciones sistémicas, como artritis, serositis, exantemas o compromiso ocular (uveítis o conjuntivitis). También definidos como entidades que se caracterizan por brotes periódicos de inflamación sistémica que comprometen varios tejidos como articulaciones y sistemas como el gastrointestinal, el neurológico y la piel. La entidad inicialmente reportada dentro de este grupo ha sido la fiebre mediterránea familiar, conocida como poliserositis recurrente hereditaria, es un desorden de herencia autosómico recesivo. Se caracteriza por la ocurrencia de

episodios febriles recurrentes acompañados de peritonitis, sinovitis o pleuritis, lesiones en piel del tipo erisipela like, desarrollo de amiloidosis y una respuesta favorable al tratamiento continuo con colchicina.

Frente a un síndrome de FOD, el interrogatorio a la familia debe ser completo y dirigido, sin desechar detalles mínimos, aunque parezcan irrelevantes.

Deben investigarse antecedentes de contacto con animales salvajes o domésticos, viajes a zonas endémicas, incluyendo datos de ingesta de agua y alimentarios; además de inmunizaciones, medicaciones, origen étnico del paciente, área geográfica de donde proviene el paciente; por supuesto, manifestaciones sistémicas y antecedentes familiares de enfermedades febriles, lesiones recurrentes en piel (exantemas, urticaria) o aftas, así como antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias, como enfermedades intestinales e insuficiencia renal en familiares debido al desarrollo de amiloidosis.

Durante el examen físico ningún órgano o sistema debe ser olvidado. Se tratará de identificar la presencia de diversas manifestaciones: compromiso osteoarticular (tanto axial como periférico), rash, lesiones vasculíticas o úlceras, organomegalias y linfadenopatías generalizadas o localizadas, soplos cardíacos, etc.

El laboratorio a solicitar en niños con FOD depende del tiempo de evolución de la fiebre. Durante la primera semana se deben excluir las causas más comunes de fiebre, por lo tanto, se efectuarán cultivos y laboratorio de rutina. Luego de este tiempo se considerarán síndromes reactivos o posinfecciosos (bacterianos o virales). Radiografías, ecografías, TAC, centellograma óseo y RMN deben ser realizados en relación a los hallazgos clínicos y para descartar infecciones ocultas o neoplasias.

Ante la sospecha de una inmunodeficiencia primaria se realizarán los estudios correspondientes de inmunidad celular y humoral, tanto como de autoanticuerpos en el caso de una enfermedad autoinmune.

El patrón persistente o episódico de fiebre, sumado a la carga genética, a los antecedentes personales y familiares de cada paciente en particular y, por supuesto, la signo-sintomatología y datos positivos hallados en los exámenes complementarios, orientarán a diferenciar la fiebre asociada a enfermedades del tejido conectivo (ETC), de enfermedades periódicas o síndromes auto-inflamatorios.

Hemos revisado hasta aquí aquellos síndromes que permitirán al pediatra sospechar la presencia de una enfermedad reumática de origen inflamatorio o no inflamatorio; sin embargo, es importante hacer hincapié en algunos tópicos:

- La importancia de sospecha y reconocimiento temprano de estas entidades, muchas veces dentro del diagnóstico diferencial de otras, como por ejemplo infecciones o dolores músculo esqueléticos no claros.
- Solicitar ayuda al especialista para corroborar o confirmar el diagnóstico inicialmente sospechado por el pediatra, descartando otras enfermedades sistémicas que puedan simularlas.
- Derivar para su manejo integral, a aquellos niños portadores de enfermedades del tejido conectivo (ETC) y aquellos con síndromes dolorosos de evolución crónica, ya que se beneficiarán del enfoque que de estas

entidades realice el especialista pediátrico entrenado en estas patologías. El pediatra tiene un rol muy importante en la sospecha de estas enfermedades y en el planteo de los diagnósticos diferenciales y, además, como médico de cabecera, es el nexo entre el paciente y su familia y el equipo de tratamiento, a cargo del reumatólogo infantil.



HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO EN REUMATOLOGÍA INFANTIL

La historia clínica es una herramienta muy importante para orientar el diagnóstico y tratamiento. La información brindada por el niño y sus padres es aún más importante que los exámenes complementarios. Estos estudios deben solicitarse siempre dentro del contexto clínico. Es preciso tener tiempo suficiente para escuchar a la familia, al paciente y extraer datos en referencia al motivo de consulta, historia personal, familiar y realizar un examen físico completo con énfasis en el sistema músculo esquelético.

La historia clínica bien realizada debe contener varias categorías de información:

1. Datos demográficos, edad, sexo, etnia.
2. Síntomas iniciales, factores desencadenante.
3. Cronología de la enfermedad.
4. Impacto de la misma.
5. Antecedentes personales y familiares.
6. Intervenciones terapéuticas.
7. Historia ocupacional (escolaridad).
8. Historia social.

Como hemos visto al describir diferentes síndromes asociados a ER, los motivos de consulta pueden ser diversos: impotencia funcional, dolor articular con o sin rigidez matinal, inflamación articular, presencia de síntomas sistémicos o generales (poe ejemplo: síndrome febril), alteración de algún test de laboratorio.

Como hemos señalado, los antecedentes personales, enfermedades concomitantes y antecedentes familiares deben ser interrogados de rutina, así como la historia social de cada paciente. Es muy importante conocer el impacto de la enfermedad en la vida del niño y en la dinámica familiar, a fin de orientar y solicitar ayuda desde el punto de vista psicológico y social.

Además de recabar datos clínicos, se debe realizar un **examen físico** exhaustivo (exploración pediátrica general), con énfasis en el aparato locomotor, prestando especial atención a erupciones de la piel, manifestaciones oculares, síntomas intestinales, genitourinarios, datos antropométricos, tensión arterial (y sus respectivos percentilos) además de una correcta auscultación cardiorrespiratoria, búsqueda de soplos periféricos y palpación abdominal en búsqueda de visceromegalias y adenopatías.

Respecto del aparato locomotor, el examen físico debe ser sistemático, desde la cabeza, columna cervical, articulaciones temporomaxilares hasta las pequeñas articulaciones

de dedos del pie, sin olvidar el esqueleto axial (columna en toda su extensión) evitando las zonas dolorosas hasta el final del examen. Se debe observar al paciente de pie, posición de frente y perfil. Se debe explorar cuidadosamente la marcha, haciendo que el niño marche sobre los talones y en puntas de pies para observar si hay algún grado de impotencia funcional.

Respecto del **examen articular**, el mismo nos permitirá detectar cualquier grado de inflamación articular, la existencia de dolor a la palpación, dolor al final del movimiento y la presencia de limitación. Inspeccionaremos así, la marcha, los contornos articulares, angulaciones y deformidades; en la palpación investigaremos: dolor, movilidad activa y pasiva, rigidez, tumefacción, induración cutánea y presencia de nódulos; observaremos también el grado de movimiento y evaluaremos la fuerza muscular.

Exploraremos especialmente si hay molestias en las zonas de entesis (punto de inserción del tendón al hueso) en rótula, trocánter mayor, tendón de Aquiles y fascia plantar, conociendo que su presencia orienta al diagnóstico de espondiloartropatías seronegativas y, finalmente, se debe realizar un adecuado examen **neurológico** y de la **fuerza muscular**, explorando cintura escapular y pelviana, valorando la fuerza y fatiga muscular en los diferentes grupos musculares individualizados buscando, también, la presencia de tumefacción, dolor, atrofia y calcinosis.



UTILIDAD DEL LABORATORIO EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

La solicitud de exámenes de laboratorio debe ser orientada a través de los datos clínicos obtenidos y del conocimiento del significado de cada prueba solicitada. De esta forma, los análisis resultan de utilidad y se ahorra al niño la práctica de exámenes inútiles y onerosos.



Es común en nuestro medio, la solicitud de los mal llamados “reumatogramas”, “colagenogramas” o “perfil reumático” o “inmunológico”, los cuales incluyen una serie de exámenes que no ayudan ni orientan al pediatra en su evaluación; por el contrario, se produce una sobrevaloración de los mismos e inducen a error diagnóstico.

Los estudios de laboratorio pueden ayudar a confirmar el diagnóstico sospechado clínicamente, a excluir otras patologías, son útiles para monitorizar la enfermedad y su tratamiento, para predecir complicaciones, debe tenerse en cuenta que ninguna alteración serológica *per se* es patognomónica de una enfermedad determinada y que las alteraciones de laboratorio, en su mayoría, representan el compromiso individual o sistémico de los órganos afectados.

En los pacientes pediátricos con ER es frecuente hallar anemia, ya sea por el proceso inflamatorio en sí (por ejemplo: en artritis sistémica) o por anticuerpos (por ejemplo: como en el LES). La leucopenia y trombocitopenia son hallazgos frecuentes en el LES, y leucocitosis y trombocitosis en artritis sistémica.

Los reactantes de fase aguda, presentes tanto en la inflamación aguda como en la crónica, son la VSG (velocidad de sedimentación globular) y la proteína C reactiva (PCR). La VSG es una prueba sencilla de realizar, objetiva, aunque inespecífica. Uno de los inconvenientes de la misma es su falta de especificidad y que tras un empeoramiento o mejoría clínica, su aumento o normalización son lentos, a diferencia de la PCR que cambia rápidamente.

A menudo los pacientes son derivados a la especialidad por presentar valores de anticuerpos antiestreptolisina (ASTO) elevados o anticuerpos antinucleares (AAN) o FR (factor reumatoideo) positivos. Los mismos deben ser valorados en el contexto clínico de cada paciente, recordando que los ASTO elevados sólo indican infección estreptocócica previa y los otros anticuerpos (AAN y FR) pueden positivizarse en niños sanos o frente a infecciones y, por lo tanto, no deben interpretarse forzosamente como marcadores de una ETC subyacente.

La presencia de un valor de ASTO elevado no equivale a diagnóstico de fiebre reumática; es importante conocer que sus títulos varían con la edad, estación del año y área geográfica; y no cuantifican actividad reumática clínica.

Tener en cuenta que el FR (latex) es negativo hasta el 85% de niños con AIJ, y en pediatría no es marcador diagnóstico ni de actividad de ER.

De igual modo, los AAN pueden hallarse positivos en población sana, sin que ello tenga valor patológico, habitualmente en estas ocasiones los títulos son bajos. Estos anticuerpos son, en su mayoría, muy sensibles pero poco específicos. Frente a la presencia de AAN positivos hay que considerar otras patologías diferentes a las ER, tales como ingestión de fármacos (hidralacina, isoniazida, metildopa); infecciones (VIH, VHC, parvovirus B 19 y EBV), enfermedades hepáticas autoinmunes y endocrinopatías (tiroiditis autoinmunes), entre otras.



EMERGENCIAS EN REUMATOLOGÍA

El **dolor** en las extremidades con o sin fiebre y la **inflamación articular**, es motivo de consulta frecuente, aún en el departamento de urgencias.

Las emergencias son situaciones clínicas que ponen en riesgo la vida del niño o su capacidad funcional, y pueden tener compromiso uni o multiorgánico. Existen características en la infancia que hacen más difícil su diagnóstico: la edad del paciente a veces, no permite comunicar adecuadamente el síntoma emergente, la dificultad de realizar una buena anamnesis, examen físico y estudios complementarios en el contexto de la atención en emergencias (paciente dolorido, molesto, ansioso).

La artritis séptica es una urgencia en la cual el diagnóstico precoz afecta el pronóstico. Es importante tener presente algunos conceptos:

- La realización de una artrocentesis diagnóstica ante toda monoartritis.
- Las leucemias en la infancia son la primera causa de dolor músculo esquelético de origen tumoral.
- Ante todo paciente con fiebre, *rash* y artritis se debe descartar la presencia de infecciones, enfermedades linfoproliferativas, vasculitis y no olvidar

incluir en el diagnóstico diferencial a la AIJ sistémica, que aunque tiene características particulares (fiebre hética y rash evanescente) constituye un diagnóstico de exclusión frente a todo síndrome febril.

- A pesar de que el niño sea evaluado en la sala de emergencias por dolor músculo esquelético o artritis, es importante tener una sistemática de diagnóstico para evaluar la urgencia y una criteriosa solicitud de estudios.
- Las urgencias en reumatología infantil:
 - No son infrecuentes.
 - Requieren diagnóstico y tratamiento rápidos para minimizar la morbi-mortalidad y ocasionar el mínimo de secuela.
 - Pueden estar asociadas a la enfermedad de base o a consecuencias de su tratamiento, entre ellas: sepsis en inmunocomprometidos, síndrome de activación macrofágica, hemorragias pulmonar, trombosis, coma, insuficiencia renal rápidamente progresiva, citopenias severas, infarto y miocarditis, isquemia mesentérica, accidente cerebrovascular.
 - Pueden presentar afección uni o multiorgánica e ir desde un compromiso limitado e indolente hasta cuadros rápidamente progresivos.
 - Requieren de un abordaje multidisciplinario para poder valorar si el paciente requiere ser hospitalizado.



DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA (REUMATÓLOGO INFANTIL)



Es necesario derivar al especialista al niño con sospecha de enfermedad inflamatoria articular o de enfermedad multisistémica.

Es necesario derivar al especialista al niño con síntomas músculo esqueléticos sin causa aparente o con síntomas músculo esqueléticos asociados a otra patología.

Guías para referir un niño al reumatólogo (AAP-ACR)

1. Pacientes con diagnóstico "poco claro":	- Fiebre prolongada. - Pérdida de funciones físicas. - Dolor local y/o generalizado con laboratorios normales. - Sintomatología no clara con laboratorios anormales. - Hallazgos físicos sin causa aparente: artritis, fiebre, anemia, debilidad, pérdida de peso, cansancio. - Dolor músculo esquelético sin causa aparente.
2. Para confirmar diagnóstico y participar en el manejo de:	- Dolores de crecimiento. - Síndrome de hiperlaxitud. - Fibromialgia. - Distrofia simpático-refleja. - Enfermedad de Kawasaki. - Uveítis. - Fiebre reumática. - Síndrome de Raynaud. - Púrpura Schonlein Henoch. - Artritis reactivas. - Osteoporosis. - Síndrome de fiebres periódicas, enfermedades autoinflamatorias. - Anemia hemolítica autoinmune compleja. - Trombocitopenia autoinmune compleja.
3. Evaluación y manejo terapéutico a largo plazo de:	- Artritis idiopática juvenil, espondiloartropatías. - Lupus eritematoso sistémico. - Miopatías inflamatorias. - Vasculitis crónicas. - Esclerodermias localizadas y sistémicas. - Enfermedad mixta del tejido conectivo. - Síndrome antifosfolipídicos. - Vasculitis cerebral. - Sarcoidosis. - Síndrome de Sjogren. - Osteomielitis multifocal crónica recurrente. - Artritis postinfecciosa. - Vasculitis postinfecciosa. - Policondritis relapsante.
4. Segunda opinión requerida por el pediatra de cabecera:	- Mejora la adherencia al tratamiento. - Disminuye la ansiedad familiar. - Brinda mayor información sobre la enfermedad (educación).

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

A. IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Las ER en la infancia y adolescencia, no son enfermedades infrecuentes y afectan a todos los grupos étnicos, a todas las razas y en todas las áreas geográficas.

☐ V ☐ F
2. La AIJ es considerada la enfermedad más frecuente en la reumatología pediátrica: 50-60 % respecto del resto de las ER.

☐ V ☐ F
3. Las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor se hallan entre las diez prevalentes en la infancia.

☐ V ☐ F
4. La presencia de inflamación articular implica siempre diagnóstico de enfermedad reumática.

☐ V ☐ F
5. El diagnóstico de las ER se basa en el reconocimiento de “patrones clínicos” de enfermedad, establecidos, básicamente, a través de la realización de una buena historia clínica y una adecuada exploración física.

☐ V ☐ F
6. En todos los casos de monoartritis hay que realizar una artrocentesis.

☐ V ☐ F
7. Ante toda monoartritis aguda es indispensable descartar una artritis séptica.

☐ V ☐ F
8. Un valor de ASTO elevado hace diagnóstico *per se* de fiebre reumática.

☐ V ☐ F
9. No hay datos de laboratorio ni radiológicos patognomónicos de enfermedad reumática, y estos deben ser siempre solicitados e interpretados en relación al cuadro clínico que presente el paciente.

☐ V ☐ F
10. Las urgencias en reumatología infantil son infrecuentes.

☐ V ☐ F

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

B. RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. ¿Cuáles son los datos (categorías de información) que debe extraerse en la al realizar la historia clínica frente a un niño con sospecha de enfermedad reumática?

2. Defina los siguientes términos:

A) Artritis

B) Mono u oligoartritis

C) Artritis episódica

D) Fiebre de origen desconocido

3. Enumere las circunstancias en que se debe considerar la derivación al especialista en reumatología.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

C. ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS.

1. Se trata de un niño 8 años que consulta porque presenta dolor en ambos miembros inferiores, el dolor data de 3 meses de evolución. El mismo se manifiesta al final del día, inclusive lo ha despertado durante la noche. Ocurre 2-3 veces por semana y se localiza a nivel de las masas musculares y a veces se asemeja a calambres o pinchazos. Calma habitualmente en 10 minutos con masajes. El estado general del paciente es absolutamente normal, está afebril, eutrófico y su examen físico es normal.

A) Frente a este cuadro ¿qué diagnóstico sospecha ?

B) ¿Solicitaría algún estudio?

2. Se trata de Lucila, de 3 años de edad, con monoartritis de rodilla derecha de 6 semanas de evolución, según refiere su madre. Al examen físico, la rodilla se presenta con importante tumefacción, puede movilizarse sin dolor pero con limitación a la flexión. Su madre dice que la niña ha sufrido un traumatismo (caída sobre las rodillas). No ha referido ningún otro síntoma asociado.

A) ¿Qué datos le interesa obtener y aclarar desde el interrogatorio?

B) ¿En qué posibilidades diagnósticas piensa Ud. ?

c) ¿Pediría algún estudio complementario? ¿Cuál /es?



CONCLUSIONES

Es importante remarcar que las ETC son, en su mayoría, de afección multisistémica por naturaleza y crónicas en evolución. Estas características implican múltiples abordajes terapéuticos donde diferentes especialistas del equipo de salud son requeridos en su intervención a lo largo de su tratamiento.



Es fundamental que el pediatra tenga un alto índice de sospecha de estas entidades nosológicas: cuándo sospecharlas, cómo acercarse a su diagnóstico desde la clínica y cuándo derivar o consultar al especialista.

La difusión y el mayor conocimiento de estas enfermedades dependen del trabajo sostenido y de la realización de planes de educación continua en reumatología infantil, en cursos de pregrado, postgrado y residencias médicas.

La educación del niño y su familia con respecto a la enfermedad que padece y su incorporación al equipo de tratamiento es ideal para que éste sea adecuado.



LECTURAS RECOMENDADAS

- Cassidy JT, Petty RE. Introduction to the Study of Rheumatic Diseases in Children. Textbook of Pediatric Rheumatology. 5th edition, 2005.
- Espada G, Malagón Gutiérrez C, Rosé CD. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica, 1^{ra} edición, 2006.
- Davies K, Woo P. Non-Rheumatic causes of musculoskeletal symptoms in childhood. Acta Paediatr Esp 2003;61:445-458.
- Davies K, Copeman A. The spectrum of paediatric and adolescent rheumatology. Best Pract Res Clin Rheum 2006;20(2):179-200.
- Foster H, Khawajab K. When to request a paediatric rheumatology opinion. Curr Paediatr 2005;15:1-8.
- Foster H. Is the musculoskeletal history and examination so different in paediatrics? Best Pract Res Clin Rheum 2006;2:241-262.
- De Cunto C, Moroldo M, Liberatore D, Imach E. Hiperlaxitud articular: estimación de su prevalencia en niños en edad escolar. Arch Argent Paediatr 2001;99(2):105-110.
- Gedalia A, Press J. Articular symptoms in hypermobile school children: A prospective study. J Paediatr 1991;119:944-946.
- Maillard SM, Davies K, Khubchandani R, Woo PM, Murray KJ. Reflex sympathetic dystrophy: a multidisciplinary approach. Arthritis Rheum 2004;15 5.1(2):284-90.

CLAVE DE RESPUESTAS

A. IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Falso.
5. Verdadero.
6. Falso. Se encuentra contraindicada frente a un trastorno de coagulación severo y debemos ser cautos y cuidadosos cuando hay infección en piel o tejido subyacente.
7. Verdadero.
8. Falso. La presencia de un valor de ASTO elevado no equivale a diagnóstico de fiebre reumática; es importante conocer que sus títulos varían con la edad, estación del año y área geográfica; y no cuantifican actividad reumática clínica.
9. Verdadero.
10. Falso.

B. RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Datos demográficos, edad, sexo, etnia, síntomas iniciales, factores desencadenantes, cronología de la enfermedad, impacto de la misma, antecedentes personales y familiares, intervenciones terapéuticas, historia ocupacional-escolaridad), historia social y revisión de otros sistemas.
2. **A) Artritis.** Presencia de inflamación o tumefacción articular, acompañada de limitación de la movilidad y dolor a la palpación o la movilización de la articulación. La presencia de artritis puede ser expresión de diferentes procesos: inflamatorios, de origen infeccioso, inmunológico, metabólicos o invasivos del tejido conectivo. Puede ser, a su vez, la única manifestación de enfermedad, ser la manifestación predominante, o en algunas oportunidades, pasar desapercibida por su escasa repercusión clínica. El cuadro clínico del niño que consulta por síntomas articulares, una vez confirmada la presencia de artritis, puede ser inicialmente clasificado de acuerdo al número de articulaciones comprometidas

B) Mono u oligoartritis: Enfermedades que afectan una o menos de tres o cuatro articulaciones. Clásicamente, las monoartritis se clasifican en **agudas** y **crónicas** según la forma de inicio, el grado de manifestaciones inflamatorias y su duración. En forma arbitraria, cuando la duración del cuadro inflamatorio es menor a 6 semanas, se considera aguda, y si es mayor a 6 semanas se considera crónica. Obedecen a etiologías diferentes de aquellas que ocasionan compromiso poliarticular (inflamación de 5 o más articulaciones).

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

C) Artritis episódica: Se ha utilizado para describir episodios recurrentes de artritis inespecíficos en niños hipermóviles, en ausencia de enfermedad orgánica. El síndrome de hiper movilidad es una condición autolimitada, que, generalmente, mejora cuando el niño llega a la adolescencia.

D) Fiebre de origen desconocido: Se denomina fiebre de origen desconocido (FOD) a la presencia de fiebre con un lapso superior a 3 semanas de duración (temperatura mínima $\geq 38^{\circ}\text{C}$), después de una semana de investigación intensiva, sin encontrar un diagnóstico evidente.

3. Es necesario derivar al especialista al niño con sospecha de enfermedad inflamatoria articular o de enfermedad multisistémica.

Es necesario derivar al especialista al niño con síntomas músculo esqueléticos sin causa aparente o con síntomas músculo esqueléticos asociados a otra patología.

C. ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

1. **A)** Dolores funcionales o dolores de crecimiento.

B) El cuadro clínico es característico de dolores funcionales, no solicitaría estudios. Si el dolor fuera unilateral, persistente y dejara síntomas residuales (como por ejemplo, cojera), iniciaría estudios: Rx. de ambos miembros inferiores (Rx. comparativas) y una rutina de laboratorio: hemograma y reactantes de fase aguda.

2. Lucila

A)

- o conocer su forma de comienzo, si ha sido aguda o insidiosa,
- o valorar antecedentes de traumatismos (como fue, si se ha hincado algún elemento: espinas de plantas, vidrios, etc. (durante el mismo),
- o si ha padecido infecciones a distancia o relacionada con la lesión en piel por la caída o traumatismo,
- o si hay antecedentes de discrasias sanguíneas en la familia (sobre todo si necesitamos realizar una artrocentesis diagnóstica),
- o si hay enfermedades cutáneas coexistentes (por ejemplo: psoriasis),
- o si la niña ha padecido episodios previos de similares características o compromiso de otras articulaciones.

B) Por el cuadro (según cómo lo relata su madre): posibilidad de descartar presencia de infección, sinovitis por cuerpo extraño, inicio de una artropatía inflamatoria (AIJ). Una posibilidad menos frecuente, discrasia sanguínea que haya ocasionado hemartrosis debida al traumatismo (por eso es fundamental el interrogatorio de trastornos de coagulación en la familia) y menos frecuente aun tumores sinoviales.

C) Estudios complementarios: Rx bilateral ambas rodillas frente y perfil (para evaluar trastornos de crecimiento y posibilidad de ver cuerpo extraño si el mismo es radio lúcido).

Laboratorio: Laboratorio de rutina, reactantes fase aguda; estudio básico de coagulación (pre artrocentesis); artrocentesis y estudio de líquido sinovial (histoquímico y cultivos); para descartar infección articular; PPD 2 ut; FAN; Ex ocular con lámpara de hendidura.

Capítulo 2

Comportamiento suicida en niñas, niños y adolescentes

Dr. Gustavo Girard

Médico pediatra, Doctor en Medicina y Fellow de la Sociedad de Medicina de Adolescentes de los Estados Unidos de América.

Director del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas "José de San Martín", de la Universidad de Buenos Aires.

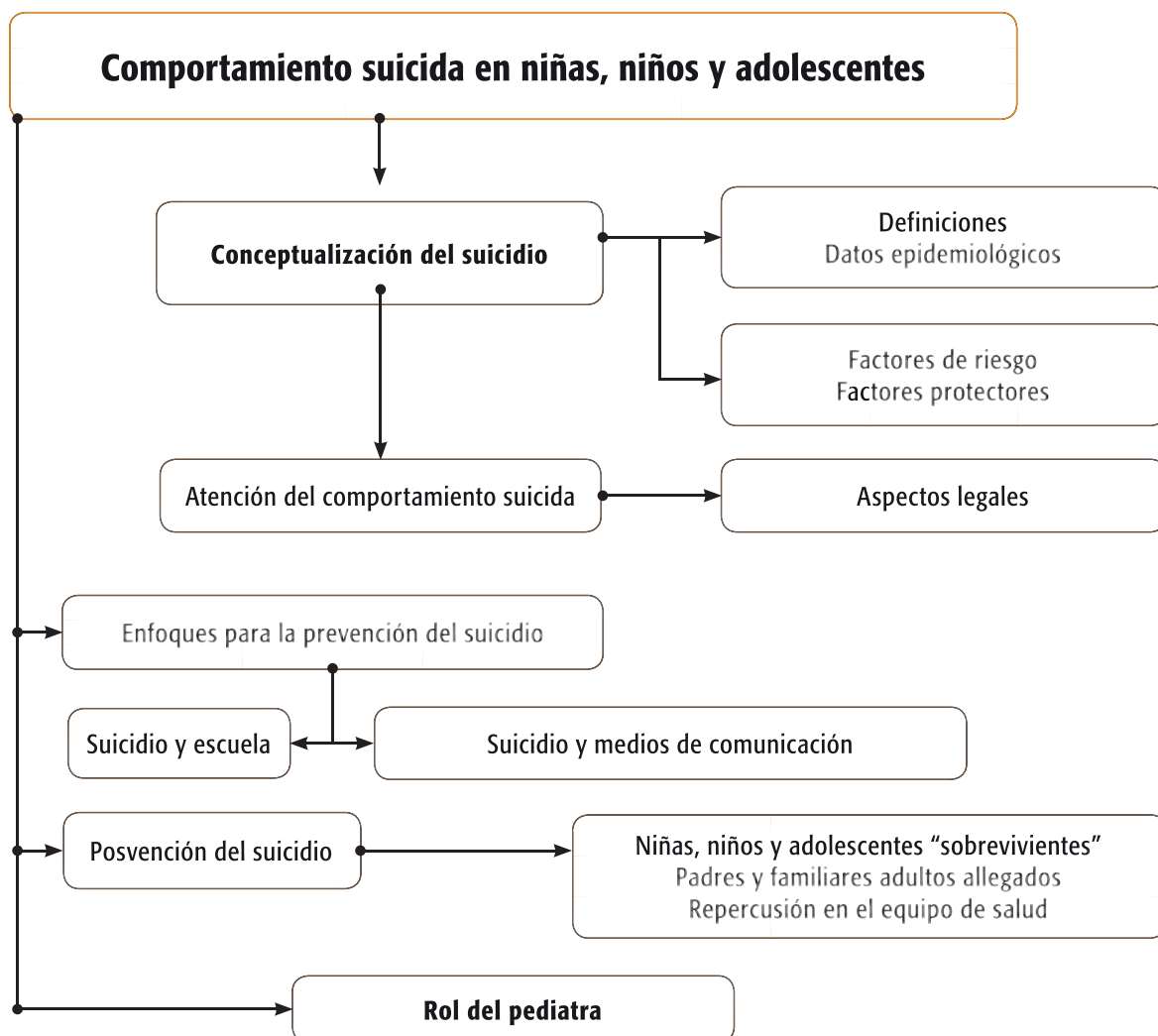
Ex Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Ha ocupado cargos directivos en los Comités de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría, de la Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia, de la Asociación Latinoamericana de Pediatría, de la Confederación de Adolescencia y Juventud para Iberoamérica y el Caribe y la Asociación Internacional de Adolescencia (IAAH).

OBJETIVOS

- Tomar conciencia que niñas, niños preadolescentes y adolescentes pueden estar involucrados en comportamientos suicidas.
- Reconocer los factores de riesgo y señales de alarma que suelen estar presentes en una conducta suicida.
- Conocer los pasos a seguir en estos casos, más allá de la derivación o interconsulta con un profesional de salud mental.
- Identificar los mitos que existen, tanto en los profesionales de la salud como en la comunidad en general, con respecto al suicidio.
- Entender que no sólo el paciente comprometido en conductas suicidas amerita la atención profesional sino también el entorno: familiar, escolar y social.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra suicidio proviene del latín de “sui” sí mismo y “caedere” equivalente a matar. Según estadísticas de diferentes países representa la 2ª y 3ª causa de muerte en la adolescencia y juventud. Considerando las diferentes edades de la vida el suicidio consumado presenta una importante incidencia en adolescentes y jóvenes y en mayores de 60 años. Otra característica epidemiológica que debe ser considerada es que existen tentativas y en algunos casos suicidios consumados, en etapas cada vez más tempranas. Están comprobados suicidios en niños de 8 y 9 años de edad. No obstante los médicos de atención primaria en general y los pediatras en particular, no suelen tener presente esta posibilidad. El hecho es aún más complejo en la medida que distintos trabajos afirman que a menor edad de quien comete suicidio o lo intenta, los aspectos psiquiátricos previos no suelen ser tan evidentes obedeciendo el hecho a una mayor impulsividad.

En niñas, niños y adolescentes es también importante la problemática de la auto agresión.

Cuando hablamos de comportamiento suicida buscamos abarcar todo aquello que está comprendido desde la ideación, intento y consumación hasta las consecuencias posteriores en familiares y allegados.

Definiciones

Antes de profundizar estos aspectos corresponde enunciar ciertas definiciones al respecto, para lo cual se tendrá en cuenta lo expresado por el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en la Guía Clínica de Recomendaciones para la atención del intento de suicidio en adolescentes, recientemente aprobada con el asesoramiento de un grupo de expertos.

Las siguientes definiciones son tomadas del glosario de dicha guía:

Conductas suicidas. Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiera finalizar en dicha acción, aún cuando no hubiera ninguna expresión manifiesta.

Intento de suicidio. Es toda acción auto inflingida, con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente acompañante. La OMS la define como “aquellas situaciones en las cuales la persona ha realizado un acto en el que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o de dar esa apariencia. Sin embargo este acto no tiene resultado de muerte”.

Ideación suicida. Pensamiento o ideación de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir. La ideación puede variar en severidad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención suicida.

Ideación de muerte. Pensamiento cuyo contenido manifiesto expresa fantasías de muerte, o aquellos en los que se infiere dicha fantasía, pero que no se acompañan de intención suicida implícita o explícita. Generalmente está asociada a la fantasía de dar por terminados diferentes estados de angustia. Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de muerte la intención de producirse un daño no se expresa ni se infiere, o a veces puede directamente negarse. Aún cuando no se exprese o no se verifique la intención de un acto para concretarlo, las ideas de muerte pueden corresponderse a fantasías inconscientes de suicidio.

Intención suicida. Expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte. Se diferencia de la ideación en que en este caso se agrega explícitamente la intención.

Suicidio consumado. Muerte auto inflingida con evidencia implícita o explícita que la persona intentó quitarse la vida. La OMS, los define como: "actos auto líticos, e incluye todas las muertes en las cuales se ha realizado un acto intencionado, auto-inflingido y que amenaza contra la vida y con resultado de muerte".

Ideación de auto agresión. Pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de auto agresión.

Conducta auto agresiva. Acto deliberado con intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte.

Conducta de riesgo. Todo comportamiento que en sí mismo o por las consecuencias inmediatas o potenciales pudiere ocasionar un daño físico.

Datos epidemiológicos

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2007, consumaron suicidio en el mundo 10.000 adolescentes.

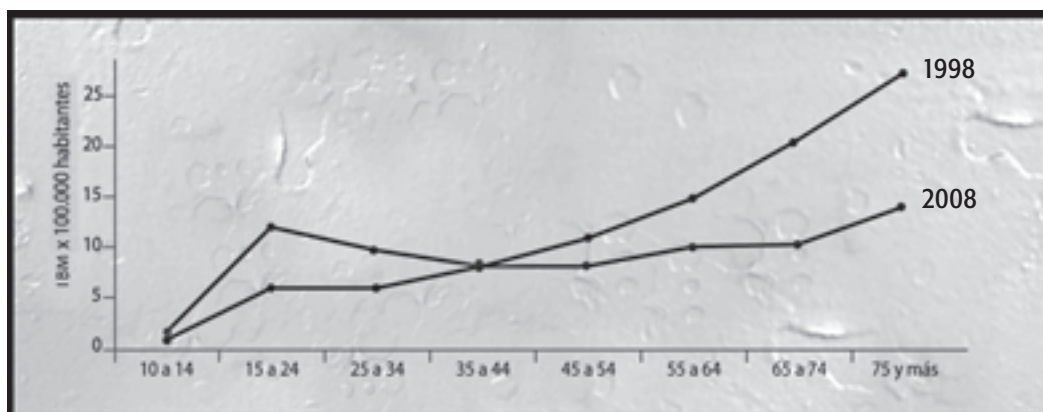
En la Argentina, en los últimos 20 años la tasa de mortalidad por suicidio creció especialmente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de edad mayores de 55 años. (Fig. 1)

Resulta significativa la tasa de suicidios en adolescentes, siendo los varones los que contribuyen principalmente a dicho aumento. Las mujeres son las que más lo intentan mientras que los varones son quienes en mayor número lo concretan. Actualmente es la segunda causa de defunción en el grupo entre los 10 y 19 años.

En los últimos 20 años la mortalidad por suicidios en adolescentes creció un 100 %.

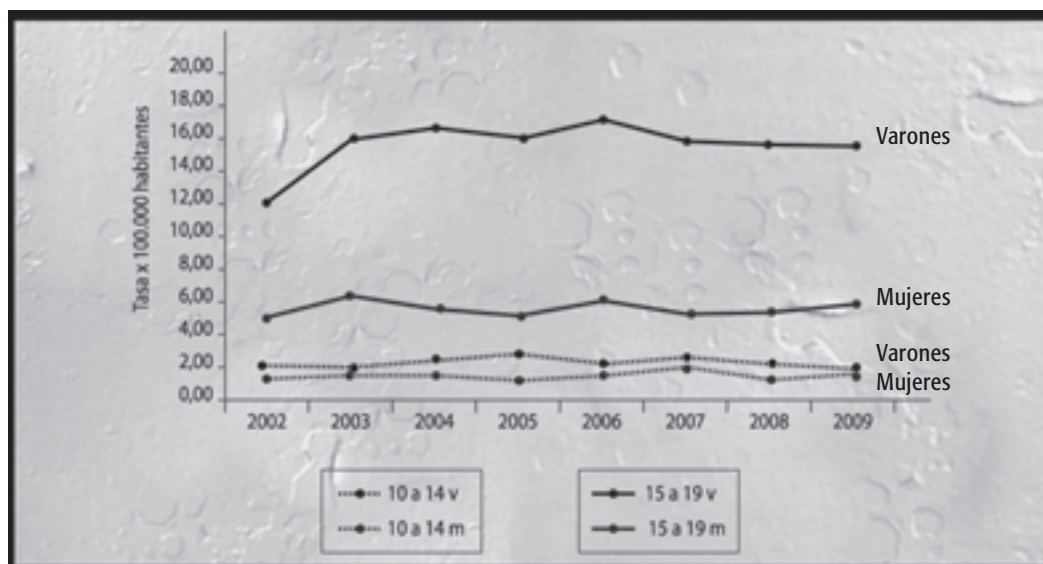
Los datos del año 2008, del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, nos informan que concretaron suicidio en esta etapa de la vida 311 varones y 110 mujeres (421 adolescentes) (Fig. 2).

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidio según edad, Argentina. Años 1988-2008



Fuente: Extraído del Boletín de Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Julio 2010.

Figura 2. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidios en la población adolescente, según sexos y grupos de edad. Argentina, 2002-2009



Fuente: Guía MSAL. Julio 2011.

Por cada suicidio consumado se calcula que existen 20 intentos, y por cada intento entre 30 y 50 ideaciones suicidas. Estos datos superan lo anecdótico para convertirse en un importante problema para la salud pública, en la medida que mediante un cálculo numérico podemos suponer que cerca de 400.000 adolescentes en nuestro país se interrogan en algún momento de su adolescencia sobre si su vida tiene sentido y para qué vivir.

En cuanto a la localización por provincias las que tienen un mayor índice son: Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy (DEIS. Ministerio de Salud de la Nación).

Los datos epidemiológicos están especialmente referidos a los suicidios cometidos pero no suelen existir estadísticas fehacientes sobre los intentos.

Según datos de diferentes países los intentos de suicidio son una de las razones más frecuentes para la admisión en los servicios de urgencia entre adolescentes y jóvenes.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO

Las investigaciones y/o publicaciones sobre el suicidio se han realizado históricamente basándose en la persona como objeto de análisis, o a través de datos más generales, como pueden ser los índices epidemiológicos, en ciudades, comunidades y/o países.

Los estudios más centrados en las personas consideran tipos de personalidad, actitudes, desempeño social y salud física y mental. Otros por el contrario hacen hincapié en aspectos sociológicos, tales como Durkheim que en el siglo XIX afirmaba que cada sociedad tiene su propia naturaleza, y como tal su propia actitud hacia el suicidio.

Tradicionalmente el suicidio se consideró, y aún hoy es considerado, como un dominio casi exclusivo de la psiquiatría. En la actualidad, sin pretender disminuir la importancia de la salud mental, se reconoce que existen múltiples elementos constitutivos que contribuyen al mismo, a tal punto que se habla de una ecología del suicidio. La conducta suicida de acuerdo a la definición ya enunciada, al decir de Edgar Morin, sería un proceso marcado por la complejidad. Ambas visiones no tienen por qué ser mutuamente incompatibles y debe buscarse una integración entre las mismas.

Hay un modelo de proceso suicida para entender la evolución hacia su concreción. El comportamiento suicida suele tener una historia, con una progresión en la que gradualmente se incrementa la gravedad en el comportamiento: del pensamiento al intento primero, y al suicidio consumado después. El proceso es muy personal y puede tomar más o menos tiempo según el individuo. Los pensamientos suicidas pueden estar ausentes por largos períodos de tiempo, pero reaparecer como respuesta a nuevas tensiones o situaciones estresantes.

Al abordar la problemática del suicidio podemos considerar una visión holística y multidimensional que contemple lo individual, lo interpersonal, lo comunitario y lo social.

En la consideración del comportamiento suicida es fundamental considerar la comunicación e interacción entre el suicida y las personas que le rodean. Deberá tenerse en cuenta la personalidad del sujeto, la importancia del entorno, el papel del estrés, las reacciones de otras personas, el apoyo psico-socio-cultural y factores de protección y de riesgo.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo varían de un país y/o comunidad a otra dependiendo de aspectos culturales, políticos, económicos, sociales, étnicos y religioso/espirituales.

Existe sin embargo un denominador común a todas esas variantes:

Factores de riesgo a nivel	
Individual:	• Desórdenes mentales: (depresión, esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad, ataques de pánico, trastornos obsesivos compulsivos (TOC), fobias, trastornos por estrés posttraumático (TEPT), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aspectos disociativos. Es frecuente que aquellas personas que cometen suicidio sufran de más de un desorden mental. El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre personas con esquizofrenia. • Enfermedades orgánicas: la presencia de enfermedades consideradas como “orgánicas” pueden desencadenar el fin de la vida por suicidio (cáncer, VIH/SIDA, esclerosis múltiple, diabetes, discapacidades y enfermedades crónicas diversas). En la actualidad gracias a los estudios e investigaciones en psiconeuroendocrinoinmunología cada vez resulta más difusa la separación del binomio mente cuerpo. Es por ello que se ha dejado de considerar ciertas enfermedades como psicósomáticas por considerar que directa o indirectamente todas ellas lo son. • Componentes endógenos (niveles bajos de serotonina, o inmadurez cerebral particularmente en el lóbulo pre-frontal). • Componentes genéticos (y con las nuevas investigaciones podríamos considerar los epigenéticos). • Personalidades impulsivas (epilepsia). • Alcohol (tanto abuso como dependencia). Se considera que del 5 al 10 % de las personas dependientes del alcohol termina su vida mediante el suicidio. El riesgo aumenta si comenzaron a beber a edad temprana. Asimismo se encuentra estadísticamente comprobado que la mayoría de las conductas suicidas se producen bajo el efecto del alcohol. • Uso abusivo de drogas. • Duelos no resueltos. • Intentos anteriores de suicidio. • Pérdida escolar. • Pobre habilidad para resolución de problemas. • Homosexualidad. (es un factor de riesgo cuando se asocia a rechazo o exclusión de grupos familiares, escolares, comunitarios y/o religiosos). • Carencia de propósito de vida, desesperanza. • Ausencia de vivencias espirituales.

Factores de riesgo a nivel	
Interpersonal:	• Abuso: psicológico, físico o sexual. • Aislamiento afectivo. • Ausencia de interlocutores adultos válidos. • Suicidio en allegados (contagio). • Historia familiar de suicidio. • Relaciones afectivas conflictivas y/o ruptura de las mismas.
Comunitario:	• Familias disfuncionales y no contenedoras. • Acoso escolar: <i>bullying</i>. • Aislamiento. • Carencia de red comunitaria de apoyo. • Comunidad religiosa rígida y no contenedora (culpa, exclusión). • Influencia de los medios de comunicación. • Acceso limitado a servicios de salud en general y de salud mental en particular.
Social:	• Desempleo y problemas económicos en la familia. • Fácil accesibilidad a elementos letales (armas, insecticidas, etc.). • Disponibilidad de alcohol y drogas. • Ausencia de presencia gubernamental: nacional o local.

Factores de protección

Los aspectos de protección o factores protectores podríamos encontrarlos en los opuestos de los factores de riesgo, pero también pueden ser considerados los así llamados pilares de la resiliencia, aunque los mismos se encuentran más referidos a un nivel individual.

Personalidad:	• Sentido de valor personal. • Confianza en sí mismo y en sus logros. • Búsqueda de ayuda cuando surgen problemas. • Búsqueda de consejo ante la toma de decisiones. • Apertura a experiencias y soluciones de otras personas. • Apertura a nuevos conocimientos. • Habilidad para comunicarse. • Posibilidad de auto-interpretar los sentimientos y/o estados de ánimo.
Familia:	• Buenas relaciones familiares. • Apoyo familiar. • Paternidad y maternidad atentas y consistentes.
Factores sociales y culturales:	• Adopción de valores y tradiciones. • Buenas relaciones con amigos, compañeros y vecinos. • Apoyo de referentes adultos válidos. • Amigos y grupos de pertenencia saludables. • Buena integración social a través de la escuela, club, deporte, parroquia, etc. • Tener un propósito de vida.

Factores ambientales:

- Alimentación adecuada.
- Descanso y sueño reparador.
- Luz solar.
- Actividad física y/o deportiva.
- Ambiente sin drogas, alcohol ni tabaco.

*La mayoría de las personas que cometen suicidio han experimentado una serie de **hechos estresantes vitales** en los 3 meses previos al suicidio.*

La disponibilidad inmediata de un método para cometer suicidio es un factor muy importante a tener en cuenta.

Los intentos de suicidio previos son importantísimos, en la medida que las estadísticas señalan que entre el 10 y el 14 % de las personas que tuvieron tentativas de suicidio terminan por suicidarse.

Atención del comportamiento suicida

Los planes referidos a la prevención, atención y posvención del suicidio encarados por diferentes países otorgan una particular importancia a los profesionales del primer nivel desde una estrategia de Atención Primaria de la Salud. No obstante, esto no es tarea fácil en la medida que la habitual y tradicional capacitación de los equipos de salud tiende a preservar, atender y restablecer la salud, dando por sentado que para ello contará con la colaboración del paciente y/o sus familiares. En las conductas suicidas no es esto lo que ocurre dado que es la muerte lo que el paciente pretende provocar.

En el año 1999, la OMS estableció el Programa SUPRE, destinado a la prevención del suicidio. En el mismo puso especial énfasis al diseño de recursos para el médico generalista y de atención primaria de la salud.

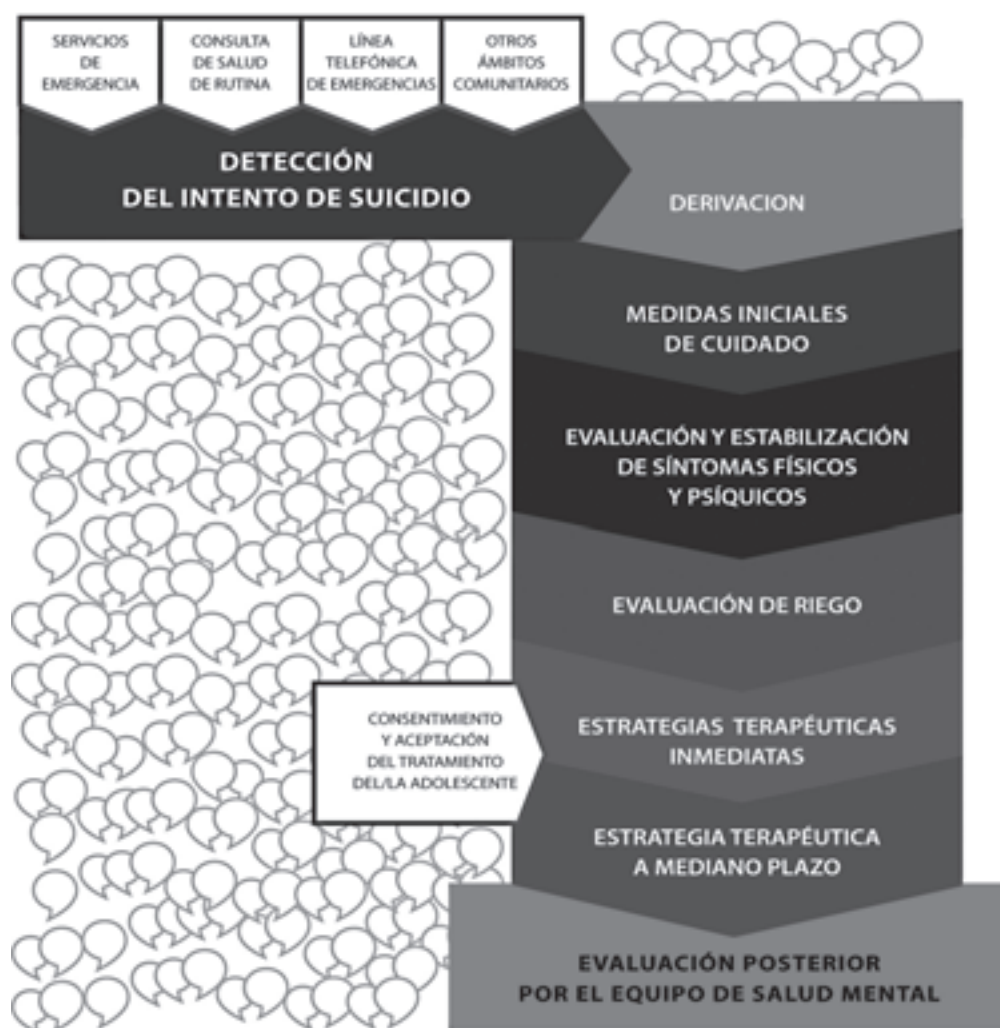
Se suele decir que, así como la sexualidad hasta bien entrado el siglo XX se consideró un tema tabú, el actual está dado por el sufrimiento, el dolor y la muerte. Los cuidados paliativos han avanzado sobre este tema, pero pese a una mayor presencia en los últimos tiempos, no han alcanzado aún una incidencia significativa en la población en general.

Si acordamos con la dificultad que representa incorporar el tema de la muerte en las capacitaciones y en la cotidianeidad de los equipos de salud, el problema es mucho mayor cuando de una muerte autoprovocada se trata.

Un importante tema en discusión es el referido a la utilización de diferentes escalas destinadas a identificar depresión. En el documento ya citado de la OMS/SUPRE al referirse a las mismas se afirma que: *“si bien existen múltiples escalas destinadas a identificar el riesgo suicida, las mismas son menos útiles que una buena entrevista clínica”*. No obstante recientes investigaciones mediante estudios multicéntricos vuelven a otorgar importancia a las escalas, en la medida que pueden ser una herramienta de utilidad en manos de profesionales no especializados en este tipo de interrogatorio.

El proceso de la atención del intento de suicidio, se inicia por la detección de dicho intento, ya sea por parte de los servicios de emergencia, por una consulta de salud de rutina, por una línea telefónica de emergencia u otros ámbitos comunitarios tales como escuelas, parroquias, centros de atención, etc. El paso siguiente está dado por las medidas iniciales de cuidado, seguido por la evaluación y estabilización de los síntomas físicos y psíquicos, la evaluación del riesgo y las estrategias terapéuticas inmediatas y a mediano plazo (Fig. 3).

Figura 3. Flujograma de atención



Fuente: Guía MSAL. Julio 2011.



ASPECTOS LEGALES

Lo primero que corresponde aclarar al respecto es que el código penal, no califica el intento de quitarse la vida como delito, por lo cual el equipo de salud no se encuentra obligado a efectuar una **denuncia** al respecto.

En caso de lesiones, si existe alguna duda sobre cómo se produjeron (porque no conocemos al paciente y su familia, porque el relato lo hace otra persona, porque el paciente no está conciente o porque surgen dudas de la veracidad del relato) se deben denunciar a los efectos de que las autoridades fiscales, legales y/o policiales investiguen a los fines de determinar si se halla configurado algunos de los delitos por lesiones previstos por el Código Penal.

En caso de que el intento de suicidio represente una vulneración o amenaza grave de derechos del niño/niña o adolescente (por ejemplo por una familia no continente) el profesional actuante deberá **comunicar** a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local.

Los adolescentes tienen el derecho a la confidencialidad en la consulta de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.061 y rigen los mismos requisitos que en el caso de la confidencialidad en los adultos. Es por esto que en caso de intentos de suicidio se deberá evaluar la situación del paciente primero y luego atender las responsabilidades de comunicar, siempre teniendo en cuenta el bien superior del niño.



CARACTERÍSTICAS PARTICULARES A TENER EN CUENTA EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Si bien múltiples características de los comportamientos suicidas son comunes en distintas edades, existen algunas que son propias de edades más tempranas. Los jóvenes suicidas suelen provenir de familias con más de un problema. Debido a un sentimiento de lealtad hacia sus padres o para no revelar secretos familiares es menos frecuente que soliciten o busquen apoyo fuera de la familia. Disfunciones familiares y/o de sus padres, como abuso de alcohol y otras sustancias, trastornos mentales, violencia familiar, inadecuado manejo de la autoridad (ya sea por exceso o defecto), expectativas desmedidas con respecto al niño o niña, negligencia y/o descuido y abandono, como así también problemas disciplinarios o temor al castigo por faltas, suelen ser frecuentes de encontrar en niñas, niños y adolescentes con comportamientos suicidas.

Hoy las neurociencias y diferentes investigaciones referidas al desarrollo cerebral nos señalan como la maduración del sistema nervioso central continúa hasta pasados los 20 años de edad. Los últimos centros nerviosos en alcanzar la madurez de la edad adulta son los localizados en el lóbulo pre-frontal, un centro relacionado con la impulsividad, que es un factor desencadenante del comportamiento suicida, especialmente en edades tempranas de la vida.

Esto explicaría por qué los estudios concuerdan en que el suicidio en pediatría presenta características tales como:

- *Menor tiempo entre el factor desencadenante y el comportamiento suicida.*
- *Menores antecedentes de desórdenes mentales.*
- *Menor número de signos previos al comportamiento.*
- *Mayor impulsividad.*

ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Uno, pero en general varios de los ya mencionados factores de riesgo suelen estar presentes en forma previa a que el comportamiento suicida se manifieste, por lo cual una temprana identificación y adecuado tratamiento puede convertirse en una eficaz herramienta de prevención.

Nuevas medicaciones para trastornos como la esquizofrenia y otras patologías psiquiátricas, con menores efectos secundarios incrementan la adherencia al tratamiento y mejoran los resultados. La reducción del estigma que aún se encuentra asociado a los pacientes con trastornos mentales, ayuda a que se pueda brindar tratamiento en forma más precoz y adecuada.

La disminución del acceso a los métodos letales, es una estrategia que se ha incluido en los planes de prevención del suicidio encarados por diversos países con resultados satisfactorios.

El tratamiento, seguimiento y control posalta de aquellos pacientes con intentos es de gran importancia, a los efectos de disminuir la posibilidad de reincidir en el comportamiento. Muchas estrategias ponen especial énfasis en estos controles que suelen ser descuidados dado que estos intentos son atendidos en las unidades de urgencias y en la mayoría de los casos se limitan a una citación posterior que no suele ser cumplida por la familia y mucho menos por el propio paciente.

Suicidio y escuela

Niñas, niños y adolescentes, pasan gran parte de su tiempo en el ámbito escolar, pero la pertenencia no sólo es significativa por el tiempo, sino por el proceso de socialización que en dichos espacios ocurre. Por ello cuando un comportamiento suicida se da en la escuela o afecta a algún miembro de la comunidad educativa es un hecho que repercute en la misma de diversas maneras.

La escuela y sus equipos docentes deben ser entrenados para detectar signos de alarma que presenten los alumnos y así convertirse en detectores precoces y/o en factores protectores de los alumnos..

Se debe propender a lograr un ambiente contenedor, amigable y no violento en la propia comunidad educativa a los efectos de posibilitar una adecuada salud mental. Hasta detalles que pueden parecer banales son dignos de destacar. Los sistemas de evaluación habituales suelen poner mayor énfasis en los aspectos no alcanzados del proceso de enseñanza aprendizaje que en los logros obtenidos. Una nota insuficiente, suele ser sinónimo para quien la recibe de ser un "mal alumno"; cuando en realidad lo único que debería significar es que los objetivos educacionales no fueron alcanzados, lo que puede ocurrir por diversos motivos.

Estos logros no alcanzados y el temor a las consecuencias que los mismos puedan tener en sus padres son causas que han desencadenado comportamientos suicidas en niños/niñas particularmente vulnerables. Esto se potencia en instituciones de alta exigencia que son las que suelen ser elegidas por padres asimismo exigentes y con grandes expectativas en el desarrollo intelectual de sus hijos/as. Las investigaciones de habilidades para la vida, se suelen basar principalmente en propender siempre a la autoestima de los educandos.

Otros aspectos que deben ser desarrollados son: promover la expresión emocional, educar en la afectividad, prevenir toda forma de violencia, discriminación y/o *bullying*, debiendo brindar información sobre **servicios de salud amigables** y receptores para niñas, niños y adolescentes. A los efectos de cumplir estos objetivos es imprescindible que haya fluidez en el proceso de comunicación entre el sector salud y el de educación.

Una vez que el suicidio se ha producido en alguno de los integrantes de la comunidad escolar, el primer paso es brindar una adecuada información tanto al personal adulto como a los propios adolescentes. El tema no debe ser ni omitido ni ocultado, resulta imprescindible favorecer la expresividad de los sentimientos de aquellos más cercanos; además del efecto protector que esto puede lograr sirve asimismo para identificar aquellos alumnos particularmente vulnerables y que se puedan encontrar en riesgo de asumir comportamientos imitativos.

Suicidio y medios de comunicación

Es muy importante la influencia tanto positiva como negativa (por reforzamiento de conductas imitativas) que los medios de comunicación ejercen en el tema de la prevención del suicidio. En tal sentido la OMS en el año 2008, publicó las siguientes recomendaciones:

- Educar al público sobre el suicidio.
- Evitar un lenguaje sensacionalista o por el contrario que lo normalice, presentándolo como solución de problemas.
- Evitar colocar las referencias al tema en un lugar destacado o la innecesaria repetición de historias.
- Evitar la explícita y detallada descripción de los métodos utilizados.
- Evitar una información detallada del lugar o sitio en que se desarrolló el intento o la consumación del suicidio.
- Especial cuidado en los titulares referidos al tema, fotos y videos.

- Poner especial atención en el suicidio de celebridades.
- Cuidado y consideración a los familiares o allegados en duelo por un suicidio.
- Proveer información sobre cómo pedir ayuda.
- Reconocer que también los mismos periodistas pueden verse afectados por historias o relatos de suicidios.

POSVENCIÓN DEL SUICIDIO

Una vez que el suicidio se ha cometido, todo pareciera indicar que ya nada más queda por hacer, no obstante muchos son los aspectos que deben tenerse en cuenta y no pocas las intervenciones factibles de realizar en los más allegados o cercanos. Distintas investigaciones concuerdan en afirmar que una vez producida la muerte por suicidio como mínimo son seis las personas profundamente afectadas por la situación. Si el hecho se produce en algún miembro de la comunidad educativa el grupo comprometido es aún mucho mayor.

En el primer paso corresponde identificar los sentimientos que el suicidio despierta en los allegados.

Así, se han descrito diferentes etapas a saber: un primer paso está dado por la confusión y devastación que el hecho produce, lo que es seguido por un sentimiento de ira y enojo. Cuando éste va cediendo da lugar a sensaciones de decepción y depresión, que luego suelen ser reemplazados por la culpa, ya sea por sentirse responsable o por haber experimentado los sentimientos descritos anteriormente, que pueden ejemplificarse con la pregunta: *¿Cómo pude enojarme con alguien que arrastraba este sufrimiento?*

Todo ello va generando sentimientos de angustia y fracaso, con un trasfondo de vergüenza, que suele surgir debido a la estigmatización que el hecho socialmente tiene.

Otras veces cuando el final estuvo precedido por una intensa y prolongada agonía, hasta puede existir una explicable y comprensible sensación de liberación; este sentimiento totalmente comprensible genera asimismo una mayor culpa, pudiéndose así generar un círculo vicioso. Esta secuencia descrita sólo persigue un fin didáctico y no siempre las etapas se van sucediendo ordenadamente unas a otras.

Los más cercanos a la persona que concreta un suicidio suelen hacerse casi siempre tres preguntas: 1. ¿Por qué lo hizo? / 2. ¿Cómo no lo pude prevenir? / 3. ¿Cómo pudo hacerme esto a mí?

Las respuestas a estas preguntas no suelen tener una respuesta racional ni lógica, en la medida que responden a sentimientos que exceden la razón.

Importa también considerar la cercanía que se tuvo con el hecho. No es lo mismo ser avisado o anoticiado de que un ser allegado murió por suicidio que estar presente en el momento en que el hecho ocurrió, ya sea viendo, escuchando o descubriendo el cuerpo y la escena; en una palabra “viviendo” el momento. En muchos de estos casos

se han descrito trastornos por estrés postraumático (ESPT) que requerirán de una atención especial.

Existen estudios que refieren diversos procesos de ESPT, por ejemplo en conductores de trenes o subterráneos, donde la conducta suicida lleva a una persona a arrojarla a las vías, siendo totalmente imposible para el conductor poder evitarlo. Esto confirma que los problemas derivados de esta situación o similares, no se pueden encarar desde estrategias meramente racionales.

La consideración por parte de los familiares de considerar que se encuentran ante un hecho vergonzante se suele transformar en un impedimento para solicitar la ayuda que necesitan.

Las cartas de despedida o de explicación suelen ser bastantes similares en los diversos casos. Pocas veces o nunca actúan como elementos que favorezcan las respuestas a las preguntas que los familiares se formulan. Suelen ser pedidos de perdón, disculpas o describiendo lo irremediable de la problemática que desencadenó el suicidio.

Niñas, niños y adolescentes sobrevivientes

Hemos analizado en este trabajo referido a niñas, niños y adolescentes cuando es este grupo el que adopta un comportamiento suicida.

También corresponde incluir los aspectos que los comprometen como familiares o allegados de alguien adulto que ha cometido o intentado un suicidio.

Suele ser frecuente que a los niños/niñas y adolescentes se les mienta o se les oculte la verdad. Esa falta de contacto con la realidad puede llevar a los padres y/o adultos a cargo a considerar que el problema ha sido superado y esto lleva a que los menores estén menos atendidos y/o contenidos que los propios adultos afectados.

En el caso de los hermanos, amigos, o novios pueden recibir en las cartas legados o herencias de bienes personales o muy queridos de quien cometió un suicidio. De más está decir el peso que representa recibir un legado en tales circunstancias.

Padres y familiares adultos allegados

Es en familiares y allegados, donde la sensación de fracaso y culpa suele evidenciarse con mayor intensidad. Siempre sienten que algo más podría haberse hecho. Hasta la culpa posterior que el sentimiento de ira despierta, debe ser atendida con especial cuidado. Investigaciones especialmente cualitativas que analizaron esta situación reiteran que aún después de transcurrido un tiempo y de haber retornado a las actividades normales persiste la sensación de que la vida ya no es la misma. Es en estos casos donde los grupos de autoayuda resultan particularmente eficaces. La Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (EEUU) afirma al respecto los aspectos que los grupos de familiares afectados trabajando adecuadamente pueden lograr:

- Aceptar los sentires como normales.
- Comprensión de las preguntas.
- Monitoreo del proceso que cada uno está viviendo.
- Sentirse parte de un viaje emocional.

Repercusión en el equipo de salud

Cuando el equipo de salud ha estado atendiendo al niño/niña y adolescente que al final consuma un suicidio, requiere también de una atención muy especial. Por más que se hayan cumplido todos los pasos que el estado del arte recomienda, siempre persiste la sensación de que algo más pudo haberse hecho.

La bibliografía proveniente de estudios e investigaciones, coincide en señalar que resulta imposible que todas aquellas intervenciones efectuadas a los efectos de prevenir un suicidio resulten capaces de prevenir el 100 % de los mismos. Reiteramos lo ya dicho en referencia a los conductores de trenes o vehículos, en los cuales pese a ser clara la evidencia de que nada podían haber hecho, no por eso dejan de sentirse culpables.

Por ello en el equipo de salud deben analizarse y elaborarse aspectos tales como: Auto-cuestionamiento de la intervención, sentimiento de culpabilidad, trastornos por ESPT, sensación de fracaso, temor a ser cuestionado y/o juzgado por “mala praxis” y finalmente síndrome de burn-out.



ROL DEL PEDIATRA

Dado que el tema del suicidio tradicionalmente siempre fue patrimonio de la psiquiatría, el rol del pediatra y de todos aquellos profesionales ajenos a la salud mental quedó desdibujado. Ya hemos analizado según la OMS el rol del médico generalista desde la estrategia de APS. Todo lo dicho allí es válido para el pediatra, pero podemos agregar que:

- El conocimiento y la relación que el pediatra suele establecer con la familia permite una visión amplia y abarcadora.
- Si conoce al niño o adolescente desde pequeño tiene sin duda una visión más completa no sólo de su paciente sino de su entorno.
- Seguramente podrá identificar uno o varios de los factores de riesgo y carencia de factores protectores.
- La derivación a un profesional de la salud mental (psicólogo y/o psiquiatra) no debe significar nunca desentenderse del proceso evolutivo y acompañamiento de su paciente, Incluso si el profesional de la salud mental no encuentra motivos de alarma esto no le debe significar al médico pediatra “bajar la guardia”. Debe permitirse ser llevado por su intuición y/o preocupación de que algo no anda bien.

- El mismo accionar del pediatra, a través de controles periódicos que signifiquen citaciones más frecuentes, su relación con el niño/adolescente y su familia, el tener en cuenta las ya citadas características especiales del suicidio en esta edad y por sobre todo un fuerte componente psico-afectivo en la relación lo convierten *per se* en un importante factor protector.
- Pese a todo lo anteriormente expresado, cuando el pediatra piensa que el paciente a su cargo se encuentra en riesgo debido a un posible comportamiento suicida, no puede ni debe asumir esta enorme responsabilidad en soledad. Muchas veces carecerá de apoyo de recursos en salud mental, que resulten eficaces en tiempo y forma. Algún otro miembro del equipo puede servir de ayuda o al menos de interlocutor válido.
- La familia **debe** ser comunicada. Pese a no tener una certeza absoluta se debe solicitar la participación del entorno familiar para el cuidado y la contención del paciente en riesgo. En caso de **sospecha** la ayuda se puede solicitar de la siguiente manera: "Me preocupa NN, no lo veo bien, necesitamos consultar con algún profesional de salud mental, pero hasta ese momento es necesario que ustedes estén atentos a sus reacciones, no lo dejen solo y deben comunicarme cualquier novedad que surja". Con diagnóstico más cercano y certero al de suicidio, se debe plantear el acompañamiento a un centro de atención en forma inmediata tal como lo indican las guías y protocolo de procedimientos. En estos casos sí se puede expresar ante los familiares la posibilidad de un comportamiento suicida.
- Ante el suicidio de algún familiar o alguien cercano al entorno del niño y/o adolescente es el pediatra el que debe propender a poder verbalizar la situación y si lo considera conveniente interconsultar con un profesional de salud mental.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

A. IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. En los últimos 20 años la mortalidad por suicidios en adolescentes creció un 100 % por lo que actualmente se lo considera un importante problema de salud pública.

☐ V ☐ F

2. Por cada suicidio consumado se calcula que existen 20 intentos, y por cada intento entre 30 y 50 ideaciones suicidas.

☐ V ☐ F

3. Cuanto menor edad del adolescente que intenta o que se suicida más evidentes es el compromiso de los aspectos psiquiátricos previos.

☐ V ☐ F

4. En la Argentina las provincias del NEA son las que presentan, en los últimos años mayor índice de suicidios.

☐ V ☐ F

5. La problemática del suicidio, es una problemática compleja y multidimensional que incluye aspectos individuales, interpersonales comunitarios y sociales.

☐ V ☐ F

6. Desde la década del 90, diferentes programas destinados al manejo de este tema ponen el énfasis en el diseño de recursos para el médico generalista y de atención primaria de la salud.

☐ V ☐ F

7. Según el código penal, los médicos que atienden este tipo de problemas se ven obligados a realizar la denuncia de suicidio.

☐ V ☐ F

8. Será necesario que frente a la sospecha o a intentos de suicidio el pediatra comunique fehacientemente el hecho a la familia cuando el adolescente sea menor de 18 años.

☐ V ☐ F

9. El suicidio en pediatría presenta menor tiempo entre el factor desencadenante y el comportamiento suicida y menor número de signos previos al comportamiento ya que responde a mayor impulsividad que en los adultos

☐ V ☐ F

10. La disminución del acceso a los métodos letales (armas, psicofármacos, tóxicos e insecticidas), es una estrategia que se ha incluido en los planes de prevención del suicidio encarados por diversos países con resultados satisfactorios.

☐ V ☐ F

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

B. RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Mencione por lo menos tres factores de riesgo a nivel

A) Individual:

B) Interpersonal:

C) Comunitario:

D) Social:

2. Mencione por lo menos tres factores protectores a nivel

A) De personalidad:

B) Familia:

C) Factores socio culturales:

D) Factores ambientales:

3. Explique al menos cinco situaciones o aspectos relacionados con el suicidio, que puedan ser abordados por el pediatra desde la atención primaria

.....

.....

.....

C. ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

1. **Carlos**, tiene 14 años y como antecedentes refiere trastornos de conducta, diagnosticados en el inicio de su adolescencia, por lo que fue tratado psiquiátricamente con risperidona. Hace dos meses él por su cuenta abandona el tratamiento. Refiere que sus padres están separados, y vive con su madre y un hermano mayor, con quien discute habitualmente.

Concurre al centro de adolescencia, referido por un amigo, pero lo hace solo.

Dice sentirse solo, angustiado y triste. Es atendido por un pediatra que está en el centro especializándose en adolescencia, y a través del interrogatorio Carlos expresa ideas de muerte. Expresa sus sentimientos y preocupaciones con claridad y crea un excelente vínculo con el profesional.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

A) ¿Qué conducta adoptaría?

B) ¿De la entrevista, cuáles serían los factores de riesgo y cuales los protectores?

C) ¿Seguiría atendiendo al adolescente o lo derivaría inmediatamente a un servicio de urgencia psiquiátrica?

2. **Cristina**, tiene 15 años. Concorre al consultorio a los efectos de completar un apto físico solicitado por las autoridades escolares. La adolescente no registra antecedentes de importancia, sus vacunas y libreta de salud están completas. Viene sola pero refiere que vive con sus padres y es la mayor de tres hermanos, todos ellos varones. Es una alumna promedio y cursa 3º año de la secundaria. Tuvo su menarca a los 13 años y cicla normalmente. No refiere trastornos del apetito ni de sueño. No fuma y refiere beber con moderación. En el examen físico el profesional encuentra en el antebrazo izquierdo de Cristina, alrededor de 5 cicatrices horizontales, de aproximadamente 6 cm cada una. El médico la interroga al respecto y después de algunas respuestas evasivas reconoce habérselas auto infligido hace aproximadamente diez días, no pudiendo precisar con claridad el motivo de esta actitud.

A) ¿Firmaría el apto físico?

B) ¿Se comunicaría inmediatamente con sus padres?

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

C) ¿Pediría una interconsulta psicológica o procedería a internarla en observación?

D) ¿Haría una interconsulta con salud mental, y en tal caso sería psicológica ó psiquiátrica?

3. Josefina de 32 años, madre de Federico de 9 años y Ángeles de 4 años concurre al consultorio del pediatra de cabecera de sus hijos, sumamente angustiada y conmovida. Le relata que su marido Jorge de 34 años que estaba en tratamiento psiquiátrico desde hacía dos años, se suicidó la semana pasada arrojándose a las vías del subte. Sus hijos están ahora con la abuela materna y ella les dijo que su papá estaba muy enfermo.

Le formula al pediatra varias preguntas y le pregunta su opinión al respecto:

A) ¿Debe decirle a los niños que su papá se suicidó o referir que fue un accidente?

B) ¿Debe informar al colegio sobre esta situación?

C) ¿Debe consultar a un profesional de la salud mental que les informe a sus hijos?



CONCLUSIONES

El suicidio en etapas tempranas de la vida, dista de ser algo excepcional.

Los médicos en general y los pediatras en particular no solemos estar preparados ni capacitados para atender estos casos, no obstante resulta cada vez más frecuente que debamos hacerlo en el desempeño de nuestro ejercicio profesional. Por eso la capacitación para un abordaje integral básico resulta imprescindible para el equipo de salud, ya sea para la atención del paciente que se encuentra en esta grave y compleja situación, como así también de su familia, la comunidad y para los mismos profesionales tratantes.

Sólo recientemente los profesionales nos estamos **dando cuenta** de la problemática del comportamiento suicida en niños, niñas y adolescentes.



El paso siguiente será tomar conciencia de esta situación para poder entonces propender a la prevención desde el surgimiento de los primeros signos de alarma.



LECTURAS RECOMENDADAS

- Better Health Centre. Supporting children after suicide. 2002. Disponible en www.health.nsw.gov.au
- Coleman MJ. Suicide Survivors. Office of Mental Health, New York, 1979.
Disponible en: www.omh.ny.gov/omhweb/savinglives/Volume2/suicide_survivors.html
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Guía Clínica de Recomendaciones para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Agosto 2011.
- OMS-Prevención del Suicidio, SUPRE. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. Ginebra, 2000.
http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf.
- Pandolfo S, Vazquez M, Más M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un servicio de urgencias. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):18-23.
- Wasserman D. Stress vulnerability and development of the suicidal process from suicidal ideation to suicide. En: Suicide: An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz, 2001.

CLAVE DE RESPUESTAS

A. IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso. Distintos trabajos afirman que a menor edad de quien comete suicidio o lo intenta, los aspectos psiquiátricos previos no suelen ser tan evidentes obedeciendo el hecho a una mayor impulsividad.
4. Falso. En cuanto a la localización por provincias las que tienen un mayor índice son: Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Falso. El Código Penal no califica el intento de quitarse la vida como delito, por lo cual el equipo de salud no se encuentra obligado a efectuar una denuncia al respecto.
8. Falso. Los adolescentes tienen el derecho a la confidencialidad en la consulta de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.061 y rigen los mismos requisitos que en el caso de la confidencialidad en los adultos. Es por esto que en caso de intentos de suicidio se deberá evaluar la situación del paciente primero y luego atender las responsabilidades de comunicar, siempre teniendo en cuenta el bien superior del niño.
9. Verdadero.
10. Verdadero.

B. RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Factores de Riesgo.

- A) Individual: Desórdenes mentales, enfermedades orgánicas, componentes endógenos y/o genéticos, abuso de sustancias (alcohol, drogas), duelos no resueltos, fracaso escolar, etc.
- B) Interpersonal: Abuso psicológico, físico o sexual, aislamiento afectivo, ausencia de interlocutores adultos válidos, suicidio en allegados, historia familiar de suicidio, relaciones afectivas conflictivas y/o ruptura de las mismas.
- C) Comunitario: Familias disfuncionales y no contenedoras, acoso escolar: *bullying*, aislamiento, carencia de red comunitaria de apoyo, comunidad religiosa rígida y no contenedora (culpa, exclusión), influencia de los medios de comunicación, acceso limitado a servicios de salud en general y de salud mental en particular.
- D) Social: Desempleo y problemas económicos en la familia, fácil accesibilidad a elementos letales, disponibilidad de alcohol y drogas, ausencia de presencia gubernamental: nacional o local.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

2. Factores Protectores.

- A) Personalidad: Sentido de valor personal, confianza en sí mismo y en sus logros, búsqueda de ayuda cuando surgen problemas, búsqueda de consejo ante la toma de decisiones, apertura a nuevos conocimientos, a experiencias y soluciones de otras personas, habilidad para comunicarse, posibilidad de auto-interpretar los sentimientos y/o estados de ánimo.
 - B) Familia: Buenas relaciones familiares, apoyo familiar, paternidad y maternidad atentas y consistentes.
 - C) Factores sociales y culturales: Adopción de valores y tradiciones, buenas relaciones con amigos, compañeros y vecinos, apoyo de referentes adultos válidos, amigos y grupos de pertenencia saludables, buena integración social a través de la escuela, club, deporte, parroquia, etc., tener un propósito de vida.
 - D) Factores ambientales: Alimentación adecuada, descanso y sueño reparador, luz solar, actividad física y/o deportiva, ambiente sin drogas, alcohol ni tabaco.
3. El conocimiento y la relación que el pediatra suele establecer con la familia permite una visión amplia y abarcadora. Si conoce al niño o adolescente desde pequeño tiene sin duda una visión más completa no sólo de su paciente sino de su entorno lo que le permitirá identificar factores de riesgo y carencia de factores protectores.

Mantener el vínculo y el acompañamiento aún cuando se plantee una derivación a un profesional de la salud mental (psicólogo y/o psiquiatra). El mismo accionar del pediatra, a través de controles periódicos que signifiquen citaciones más frecuentes, su relación con el niño/adolescente y su familia, el tener en cuenta las ya citadas características especiales del suicidio en esta edad y por sobre todo un fuerte componente psico-afectivo en la relación lo convierten *per se* en un importante factor protector.

Derivar al paciente cuando sospecha un riesgo debido a un posible comportamiento suicida. Apoyarse en el resto del equipo de salud.

Solicitar la participación del entorno familiar para el cuidado y la contención del paciente en riesgo. Con diagnóstico más cercano y certero al de suicidio, se debe plantear el acompañamiento a un centro de atención en forma inmediata tal como lo indican las guías y protocolo de procedimientos. En estos casos sí se puede expresar ante los familiares la posibilidad de un comportamiento suicida.

Ante el suicidio de algún familiar o alguien cercano al entorno del niño y/o adolescente es el pediatra el que debe propender a poder verbalizar la situación y si lo considera conveniente interconsultar con un profesional de salud mental.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

C. ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

Al ser preguntas abiertas, las respuestas también lo son, por ello pueden ser variadas.

1. Carlos

- A) Lo fundamental es que Carlos tome conciencia que está necesitado de ayuda. Hacerle ver que las ideas de muerte son suficientemente importantes como para poder afrontarlas en soledad. El profesional, apoyándose en el vínculo establecido, puede comprometerse a acompañarlo en este proceso y asegurarle: “no te voy a dejar solo” (de esta forma se trabaja en su sentimiento de soledad). La toma de conciencia implica un proceso y desde ya no es una imposición. Se debe buscar asimismo que otros adultos interlocutores válidos existen en el entorno del adolescente, a los efectos de poder recurrir a ellos. La relación con el hermano no es buena. ¿Qué pasa con la madre? y... ¿con el padre?
- B) Los factores de riesgo, están dados especialmente por la ideación de muerte y sus sensaciones de soledad, angustia y tristeza. Sus antecedentes psiquiátricos, aunque no están claros son importantes en la medida que requirieron tratamiento. La familia no parece constituir un espacio contenedor y las discusiones habituales con su hermano tampoco. Los factores protectores están dados por la relación que establece con el profesional, y por el hecho de haber concurrido solo. Al respecto surge la figura del amigo que puede ser un recurso protector a tener en cuenta.
- C) Esta pregunta podría desdoblarse en dos. La primera y más clara es que no debe existir duda en seguir atendiendo al adolescente. Los estudios demuestran que uno de los principales factores protectores en cualquier tipo de problema en la adolescencia está dado por el establecimiento de una buena comunicación con un adulto. La segunda es más compleja. Desde ya que debe realizarse una consulta con un profesional de salud mental (al respecto averiguar que vínculo existió con el anterior), pero sería mejor que la misma sea programada y personalizada y no a un servicio de urgencia.

2. Cristina

- A) No hay ningún inconveniente en que el apto físico sea firmado. De no hacerlo se produciría una situación enojosa con la adolescente sin ningún motivo. No obstante se le debería indicar y verbalizar lo referido a las lesiones auto-inflingidas. No culpabilizarla por ello pero señalarla que “al no aclarar demasiado el porqué” requiere de ayuda.
- B) La comunicación con los padres, puede darse pero no debe ser inmediata. Esto afectaría la confidencialidad. Es importante pesquisar como es la relación de la adolescente con su familia. También buscar la posibilidad de algún allegado como interlocutor adulto válido.
- C) La interconsulta psicológica sería necesaria y útil, pero no en forma perentoria. Una internación en este caso no estaría indicada de ninguna manera. Podría establecerse un “pacto” de consultas periódicas a los efectos de “acompañarla” hasta que ella misma pueda saber a qué se debió esta actitud impulsiva.
- D) De tener posibilidad de elección la consulta con un profesional de la salud mental sería psicológica.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

3. Josefina

- A) El primer paso es comunicarle a los hijos que su papá murió. “Mamá ya les había dicho que papá estaba enfermo y debido a ello es que se murió”. Se puede requerir de un cierto tiempo antes de ir revelando la manera en que la muerte se produjo. También la madre y/o los familiares requerirán de un tiempo como para poder enfrentar las preguntas de los niños. A partir de allí se debe esperar la repregunta de los hijos e ir respondiendo paso por paso. Puede ser necesario no hacerlo en conjunto en la medida que difieren mucho las edades de ambos hijos. La menor a los 4 años se encuentra en pleno procesamiento de la angustia de muerte y sin mentirle puede ser necesario que crezca hasta que se le revele la verdad. El varón de 9, podrá recibir una explicación más racional y cercana a la realidad. Se puede relacionar el proceso de enfermedad (aunque sea mental) con la consecuencia de muerte, pero explicitando que: “papá estaba muy enfermo”. Esto es importante dado que sino de aquí en adelante los niños pueden sentir que cualquier patología banal es sinónimo de muerte. Siguiendo con la repreguntas puede surgir la respuesta que fue papá que se provocó la muerte porque estaba “sufriendo mucho”. Esto puede terminar aquí pero también darse el caso de que se soliciten mas detalles al respecto.

En esos casos tener en cuenta, que el “no ocultamiento” no debe contraponerse con un detalle explícito y desgarrador de las características del método empleado, las circunstancias, etc. La respuesta puede en esos casos posponerse.

- B) El colegio debe ser informado, teniendo en cuenta las características contenedoras o no de la institución. En general es importante la comunicación a las autoridades y a los docentes de los cursos a los que los hijos concurran. Según los ambientes los compañeritos podrán estar enterados o no. El saber esta situación es importante en la medida que pueden ser ellos que pregunten a los hijos sobre que le pasó a su papá.
- C) Teniendo en cuenta las características y personalidad de la madre y demás familiares puede ser aconsejado recurrir a la intervención de un profesional que participe en la reunión y que evalúe el momento en que la revelación tenga lugar. Esta intervención profesional puede asesorar sobre el “proceso” que se debe seguir hasta la revelación completa del suicidio.

Anexo 1

Recursos para pedir ayuda en la República Argentina

En la Argentina funcionan organizaciones dedicadas a la prevención y ayuda para personas en crisis, que se encuentran en procesos suicidas o que transitan el duelo del suicidio de un ser querido. Las mismas ofrecen su teléfono, correo electrónico, direcciones de página Web. Las siguientes instituciones, sin ser las únicas, son algunas de las que tomamos como ejemplo para el trabajo:

Organización Panamericana de la Salud (Argentina)

Marcelo T. de Alvear 684, 4^{to} Piso (C1058AAH) CABA

Código de país/ciudad: 54-11

Teléfono: 43 19-4200 Fax: 43 19-4201

ONG Asociación civil “Estaciones del Alma”

Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires

Prevención, duelo por suicidio

Teléfono de consulta: 54-29 14815174

Correo electrónico: estaciones_del_alma@hotmail.com

Asistencia en Crisis COEX (Compartiendo Experiencias)

Garibaldi 648/651 (B8001GWN) Bahía Blanca

Teléfono: 54-29 1154233936

Correo electrónico: susanaacuario@yahoo.com.ar

Centro de asistencia al suicida “C.A.S”

M.T. de Alvear 2270 (C1122AAJ) CABA

Teléfono: 135 Línea gratuita

Teléfono de consultas: 54-11 4962-0660/0303

Correo electrónico: casbuenosaires@yahoo.com.ar

“CASC” Córdoba

Teléfono: Línea gratuita *135

Teléfono: 0351- 426- 5755 Leonor Fiuri, Rubén Serna

Correo electrónico: asistenciaalsuicidacba@hotmail.com

“CAS” Mendoza

Teléfono: 0800-8000135 Línea gratuita

“CAS” Jujuy

Teléfono: 0800-888-2558

Correo electrónico: casjujuy@yahoo.com.ar

Apostando a la vida

Las Heras 397 (Y4604CIG) JUJUY

Teléfono: 54-388-4258978

Correo electrónico: apostandoalavida@yahoo.com.ar

“SAS” Servicio de Asistencia al Suicida y a la Persona en Crisis

Calle 59 N° 4801 (B7630HAH) Necochea, provincia de Buenos Aires

Correo electrónico: fidelfonda@infovia.com

“CAS” Rosario

Teléfono: (0341) 472-4646

Correo electrónico: casrosario@hotmail.com

Asociación Argentina de Prevención del Suicidio

Correo electrónico: aaps@suicidologia.org.ar

www.suicidologia.org.ar

Teléfono: 54-11 4795-9519 / 54-11 4982-3299

Programa de Prevención, Atención y Posvención del suicidio

Fundación Manos Unidas por la Paz

En Buenos Aires.: Belgrano 568 (B1663NLL) San Miguel

Tel.: 54-11-4664-1936

En Jujuy: Gral. Paz 423 (Y4600CYE) San Salvador de Jujuy

Teléfono.: 54-388-4227972

Manosunidasporlapaz@image.com.ar

www.manosunidasporlapaz.org.ar

C.A.F.S (Centro de Atención al Familiar del Suicida)

Correo electrónico: cafs_ar@yahoo.com.ar

www.familiardesuicida.com.ar

TEL.: 54-11 4758-2554

Capítulo 3

Cincuenta errores frecuentes en pediatría ambulatoria

Grupo de trabajo

Coordinación: Claudia C. Ferrario.

Cristina Ciriaci, Adriana Peralta, María Ernestina Reig,
Norma Schenone, Ana María Soria, Liliana Tarico, Marcelo Aguirre.

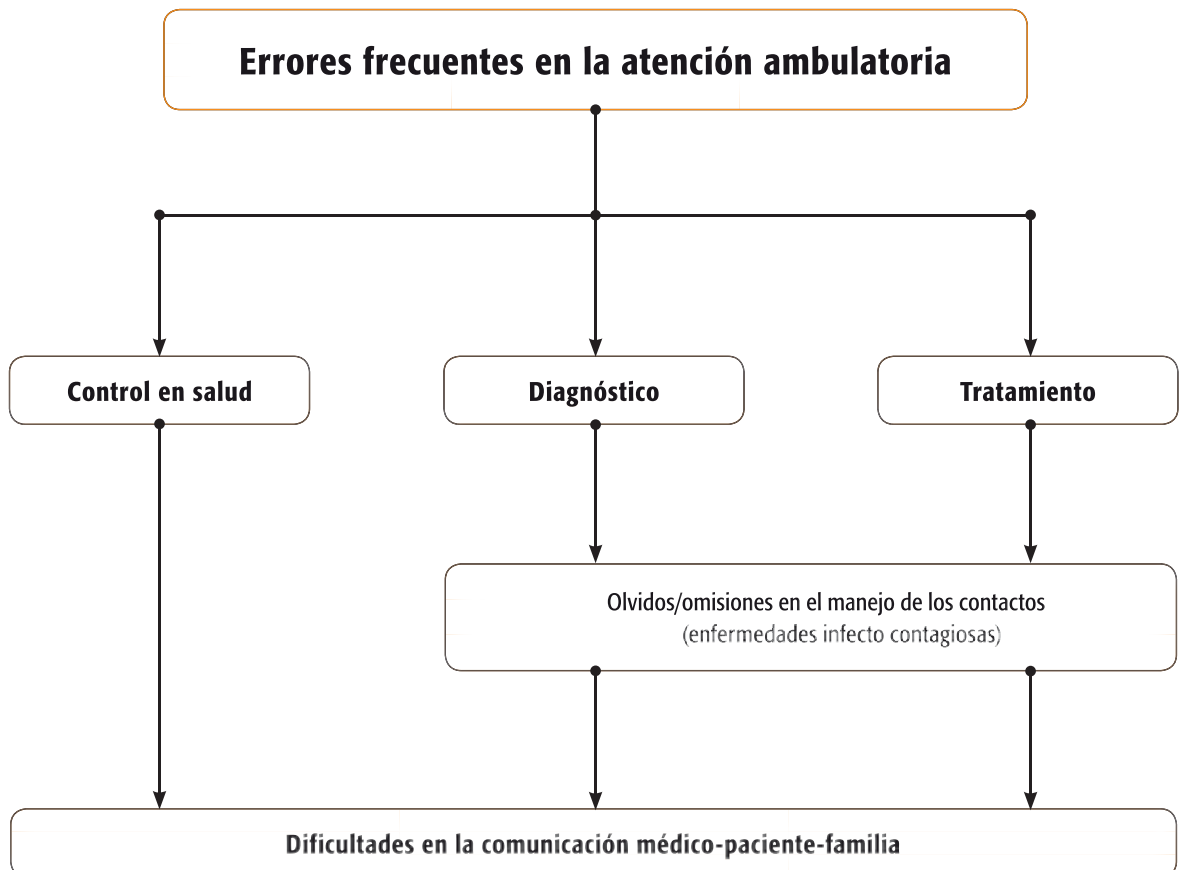


OBJETIVOS

- Modificar conductas inadecuadas en la práctica pediátrica ambulatoria.
- Identificar los errores más frecuentes según la evidencia científica disponible.
- Reconocer los propios errores y analizar los factores intervinientes para evitar su repetición.



ESQUEMA DE CONTENIDOS





INTRODUCCIÓN

La frase “error médico” es un término general que abarca todo tipo de errores que se producen dentro del sistema de salud. Los errores médicos han recibido mucha atención en los últimos años vinculándolos al tema de la seguridad de los pacientes. El error en medicina ha sido definido como la falla/incapacidad para completar una acción tal como fue planeada y/o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión a los pacientes. Los errores médicos asociados con morbilidad incrementan los costos en salud estimados en 1.900 dólares por paciente y son una frecuente causa de litigios que involucran pacientes, médicos e instituciones.

La seguridad es un aspecto prioritario en la organización del sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de la atención de las personas.



La seguridad del paciente está relacionada con la prevención de los errores que pudieran ocurrir.

En 2004, la OMS impulsó la creación de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” que propone seis áreas de acción:

1. Reto mundial por la seguridad del paciente.
2. Pacientes en defensa de su seguridad.
3. Taxonomía de la seguridad del paciente.
4. Investigación en el campo de la seguridad del paciente.
5. Soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad.
6. Notificación y el aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente.

Según Liam Donaldson, hasta en los países industrializados el error humano es solamente una parte del problema: “... la mayoría se debe a factores inherentes al sistema, como los protocolos equivocados. Por eso, si nos limitamos a castigar al personal, las posibilidades de aprender de nuestras faltas se irían a la tumba con el paciente que falleció...”

El error puede ocurrir por la acción (impericia, imprudencia) o por la omisión (negligencia).

En general, los errores tienen múltiples causas, a veces se deben a un descuido, al hecho de no haber aplicado suficiente atención y los sentidos adecuados en la realización o planificación de una acción médica. El exceso de tareas, el cansancio, una jornada laboral extensa, la excesiva confianza en la memoria, la falta de normatización, la poca accesibilidad a la información y la planificación simplista del trabajo generan situaciones en las que los individuos están más propensos a cometer errores.

Los errores son múltiples y se pueden producir en los distintos momentos del acto médico:

- El proceso diagnóstico que incluye la anamnesis y el examen físico,
- la solicitud e interpretación de los exámenes complementarios,
- la indicación de un tratamiento,
- la comunicación acerca de cómo llevar a cabo dicho tratamiento.

Ceriani Cernadas sostiene: “En una ciencia como la medicina, compleja y llena de incertidumbre, los errores ocurren muy frecuentemente y si bien sus consecuencias pueden ser menores, no raramente son severas y pueden ser catastróficas, tanto para el paciente, como para el médico” y remarca que es imprescindible adoptar una actitud crítica que incluye la aceptación de que se cometió un error y la realización de un análisis de los factores involucrados en el mismo.

En la publicación “Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes” del Ministerio de Salud de la Nación y la Comisión Nacional Salud Investiga se afirma que es necesario reconocer que “las verdaderas causas” de los errores están en el sistema y no en el individuo y que este enfoque, más que las sanciones, puede ayudar a prevenir y corregir errores. (Ver Tabla 1).

¿Por qué es tan difícil reconocer, aceptar y analizar los errores cometidos en la práctica diaria y aprender de los mismos?

Ceriani Cernadas enumera algunas causas:

- Los profesionales de la salud perciben el error como un hecho infrecuente que se asocia a la poca experiencia de los que los cometen,
- muchos errores no tienen consecuencias graves, son minimizados y negados porque culturalmente se asume que “de eso no se habla”, y
- temor latente al castigo si se acepta que se ha cometido un error.

Marlene R Millar , autora y directora de las iniciativas de calidad y seguridad en el Johns Hopkins Children’s Center en Baltimore informa: “... cada año, los errores en el hospital son responsables de la muerte de casi 4.500 niños en USA” y estos eventos podrían no haber sucedido. Los niños menores de un año y aquellos cubiertos por el Medicaid (el programa para niños pobres) son los niños que más probablemente experimenten errores médicos. El estudio fue subvencionado por la Agency for Healthcare Research and Quality, en el que se revisaron 5,7 millones de historias clínicas de altas hospitalarias de menores de 19 años en 27 estados en el año 2000.

Los investigadores estimaron que los errores en la seguridad de los pacientes pediátricos le cuesta a USA más de 1 billón de dólares (£ 551 millones, € 828 millones) anuales.

El Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización realizado en España, incluyó una muestra de 24 hospitales públicos y se analizaron 5.624 historias clínicas. Por su tamaño es uno de los estudios más grandes realizados hasta la fecha en el mundo. La revisión sistemática de las historias clínicas fue realizada por profesionales de diversos centros sanitarios y universidades: se detectaron 1.063 pacientes con eventos adversos durante la hospitalización, siendo del 9,3% la incidencia de los relacionados con la asistencia sanitaria.

Tabla 1: Supuestos en los que se basan las dos formas de encarar el error en medicina: centrada en la persona y centrada en el sistema

Supuesto	Centrada en la persona	Centrada en el sistema
Sobre el error	Todas las personas cometen errores, pero una es la culpable.	Todas las personas cometen errores.
Sobre la responsabilidad	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en factores individuales que impidieron una conducta acertada.	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en el sistema y corregidas.
Sobre los factores que operan o determinan el error	Los errores están relacionados con aspectos del trabajo de las personas tales como: - Incumplimiento intencionado - Distracciones o lapsus - Ejecución incorrecta de los procedimientos - Problemas de comunicación - Decisión de correr un determinado riesgo - Falta de formación o entrenamiento - El cansancio (especialmente en las guardias).	Los errores están relacionados con las condiciones del trabajo: - Falta de tiempo - Escasa remuneración - Falta de tiempo protegido para la actualización de conocimientos - Escaso-nulo incentivo para la mejora del desempeño - Pérdida de autonomía para las decisiones - Ambientes no seguros (edilicios, insumos, cantidad de recurso humano) - La sobrecarga de trabajo, la cantidad de pacientes a cargo, y el tiempo que se le puede dedicar a cada paciente - La falta de personal.
Sobre la notificación	El temor al castigo personal físico (la cárcel) o psicológico (el desprestigio) y económico, más que un estímulo para la prevención es un estímulo para el ocultamiento.	Los sistemas que operan en situaciones de alto riesgo y tiene baja tasa de eventos adversos (como la aviación o las plantas nucleares) ofrecen modelos útiles para la notificación del error.
Sobre el tratamiento del error	Es muy frecuente entender cuales fueron las causas de las fallas e identificar los responsables.	No es tan importante reconocer cuales fueron las causas de las fallas, sino que es mucho más importante reconocer cuales fueron las barreras de contención que fallaron.

Fuente: "Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes". Ministerio de salud de la Nación y la Comisión Nacional Salud Investiga, 2007.



TIPOS DE ERRORES

Existen dos tipos de errores:

- **Error activo:** es aquel que ocurre generalmente en la interacción del personal de salud y el sistema y cuyos efectos se observan casi inmediatamente.
- **Error latente:** es aquel que implica fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los sistemas, que lleva a errores operativos y cuyos efectos se mantienen inactivos en el sistema por períodos de tiempo prolongados.

Los errores de medicación son probablemente los errores médicos más comunes porque la prescripción de medicamentos es la intervención más común.

En los Estados Unidos, se estima que los errores de medicación matan a 7000 pacientes (adultos y niños) por año. En los hospitales del Reino Unido, la incidencia y consecuencias de los errores de medicación parecen similares a los reportados en los Estados Unidos.

En pediatría el riesgo de error en la medicación se incrementa principalmente debido a la necesidad de hacer cálculos de dosis que se basan en el peso, edad y/o superficie corporal de cada paciente en particular. Un estudio de Kaushal ha mostrado que los errores por indicación de medicamentos potencialmente nocivos pueden ser tres veces más comunes en la población pediátrica que en adultos.

Muchos medicamentos para tratar los niños no son licenciados o son prescritos fuera de los términos de la licencia de producto. A menudo los medicamentos formulados para adultos tienen que ser manipulados para satisfacer las necesidades de pequeñas dosis en pacientes pediátricos. Estas manipulaciones pueden implicar: cortar comprimidos o mezclar drogas con alimentos o bebidas. Estas prácticas están asociadas con un alto riesgo de errores ya que la biodisponibilidad de las drogas después de tales manipulaciones es a menudo desconocida e impredecible.

Factores que se asocian a los errores: los errores médicos se asocian con múltiples factores socio-legales, condiciones del paciente, características de los profesionales y/o de la institución asistencial.

Algunos ejemplos de estos factores son:

- **Sociales:** sociedad litigante, equidad social / legal, transparencia, rendición de cuentas, reconocimiento social.
- **Legales:** Leyes nacionales y provinciales de Salud.
- **Paciente:** edad, sexo, nivel socio-económico, raza, idioma, enfermedad.
- **Profesionales de la salud:** preparación, actualización, fatiga, motivación, destreza, relación médico-paciente.

- **Institución/ Hospital/ Servicio:** dinámica interna, contratos de trabajo, normas, reglamentos, rutinas, incentivos, ambiente laboral, sectores público / privado.

Los 50 ejemplos que se presentan en este capítulo fueron clasificados en 5 grupos:

- a) Errores en el control en salud del niño (en general errores por omisión).
- b) Errores en el diagnóstico.
- c) Errores en el tratamiento.
- d) Errores en el manejo de contactos de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas.
- e) Errores de la comunicación en la relación medico-paciente.

ERRORES EN EL CONTROL EN SALUD DEL NIÑO

- 1. Error:** Omitir el control de la tensión arterial (TA) de rutina en todos los niños mayores de 3 años y adolescentes, sin factores de riesgo, por lo menos una vez al año.

Fundamento: Diversos estudios han demostrado que la hipertensión arterial (HTA) a menudo comienza a desarrollarse a edades tempranas.

La salud cardiovascular en la adultez se origina en la infancia por lo que detectar y tratar la HTA traerá una considerable disminución de la morbi-mortalidad en la edad adulta.

Este error por omisión se debe no sólo a falta de conocimiento de la importancia del control de la TA, sino también a falta de instrumental, personal de enfermería entrenado, desconocimiento de la técnica.

Bibliografía

- The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004;114:555-576.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Nefrología. Hipertensión arterial en niños. Arch Argent Pediatr 2001;99(3):288.
- Diaz A y col. Control de la presión arterial y prevalencia de hipertensión arterial en niños y adolescentes de una población rural de Argentina: datos preliminares del Proyecto Vila. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):68-74.

- 2. Error:** Sobre-diagnosticar hipertensión arterial por técnica inadecuada.

Fundamento: La medición de la TA en niños y adolescentes debe realizarse previo reposo del paciente durante 2 a 5 minutos en ambiente adecuado. El brazo derecho apoyado a altura del corazón, con manguito apropiado: la vejiga neumática debe cubrir 2/3 partes del brazo y el ancho de la circunferencia del mismo. En caso de registro alto de TA se deben realizar 3 mediciones, separadas por un mínimo de 24 horas cada una, y comparar TA diastólica y sistólica según tablas de sexo, edad y talla.

El diagnóstico de hipertensión arterial se realiza con 3 mediciones en percentilo mayor o igual a 95.

Cuando la TA es mayor o igual al percentilo 90 y menor al 95 se considera prehipertensión.

Para descartar la hipertensión arterial de bata blanca se puede realizar el monitoreo ambulatorio; esta forma de hipertensión se genera por el estrés en la consulta.

Bibliografía

- The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004;114:555-576.
- Deregibus M, Haag D, Ferrario C. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Hipertensión arterial en el niño y el adolescente Arch Argent. Pediatr 2005;103(4):348-355.

3. Error: Incorporar alimentos semisólidos antes de los 6 meses de vida.

Fundamento: El momento adecuado para incorporar semisólidos a la alimentación depende de la maduración psicofísica, de la función neuromuscular y de la maduración gastrointestinal. A los 6 meses de edad, la absorción intestinal de grasa es adecuada en un 90-95% y la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto. Desde el punto de vista motor hay desaparición del reflejo de protrusión lingual, aparición de movimientos de ascenso y descenso de la mandíbula que favorecen la masticación y hay aumento de la fuerza de succión.

La Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Argentina de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la alimentación a pecho exclusivo hasta los 6 meses.

Bibliografía

- Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría. 2001.
- Guías alimentarias población infantil. Consideraciones para el equipo de salud. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 3° edición, setiembre de 2007:10-11.
- Documento OPS/OMS modificado. Alimentación complementaria del niño amamantado. En: PRONAP 2005; Módulo 4:41-80.

4. Error: Omitir la observación de la mamada en el primer control en salud del recién nacido.

Fundamento: La semiología de la lactancia materna comprende la observación completa de la mamada del bebé incluida la evaluación motora oral y el examen de las mamas.

Conviene prestar atención a los siguientes detalles: actitud y posición de la madre, actitud y posición del bebé, prensión o agarre del pezón, ritmo de succión-deglución e interacción entre ambos.

La observación de la mamada brinda la oportunidad de evaluar la técnica de lactancia y también la habilidad y la soltura con que la mamá maneja la relación corporal con el bebé; lo que evita muchos “fracasos de lactancia”.

Bibliografía

- Ageitos ML. Lactancia materna. En: PRONAP 1995; Módulo 3, 43-73.
- Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. SAP 2010: 67.
- May V. Lactancia materna en situaciones especiales. PRONAP 2004.

- 5. Error:** indicar ecografía de cadera a todos los niños y no sólo a los que presentan factores de riesgo.

Fundamento: Desde que se conoce su fisiopatogenia la enfermedad congénita de cadera cambió su nombre por enfermedad luxante de cadera porque puede aparecer con posterioridad.

Se recomienda examinar las caderas hasta la de deambulación.

La ecografía de caderas está indicada en los pacientes con Ortolani (+) y Barlow (+) y en los niños que tienen los siguientes factores de riesgo: presentación podálica, antecedente familiar de displasia de cadera, anomalías del pie, tortícolis congénita, sexo femenino (el riesgo relativo es 4,6 mayor que en varones).

Bibliografía

- Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. SAP 2010: 102.
- Parga L, Ramos S. Pesquisa de enfermedades endocrino metabólicas y patologías neonatales. PRONAP 2007; Módulo 2.

- 6. Error:** Catalogar como falla de medro al recién nacido (RN) que no recuperó su peso de nacimiento (PN) a los 10 días de vida, agregar leches artificiales y realizar estudios innecesarios.

Fundamento: El RN de término sano con peso de nacimiento adecuado puede recuperar su PN hasta los 21 días de vida y estar dentro de la normalidad siempre que tenga un examen físico y un desarrollo normal y que se haya realizado la observación de la mamada constatando una adecuada técnica y un buen vínculo madre-hijo.

Laurence define retraso de crecimiento cuando un recién nacido sigue perdiendo peso más allá del 10° día o si no recupera el peso de nacimiento a la 3° semana de vida.

Bibliografía

- Lawrence Ros. Lactancia Materna. Mosby Doyma. Madrid 1996.
- May V. Lactancia materna en situaciones especiales. En PRONAP 2004; Módulo 1,135-83.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. 2010: 63.

7. **Error:** Suspender la lactancia materna por estrías del pezón o mastitis.

Fundamento: La causa más frecuente de los pezones agrietados es una mala posición o un agarre incorrecto que permite que el bebé lo muerda o lesione; se debe enseñar a la mamá a realizar la higiene sólo con agua y un buen secado y que cambie de posición al bebé en cada toma, pero nunca dejar de amamantar.

Mastitis: al bebé no le hace daño tomar el pecho mientras su mamá cursa una mastitis; la congestión de la mama mejorará y se evacuará si se mantiene el amamantamiento. Si el dolor fuera importante e inhibiera el reflejo de bajada de leche, se aconseja comenzar con el pecho "sano" y dejar que la leche fluya de la mama afectada libremente sobre una toalla o cualquier otro paño absorbente.

De acuerdo al reporte del comité sobre Medicamentos de la Academia Americana de Pediatría, la mayor parte de los antibióticos son seguros para las madres y sus hijos; sin embargo, por temor, las madres suelen abandonar el tratamiento. La mayor parte de los antibióticos pueden eliminarse por la leche materna, aunque sea en mínimas concentraciones. Entre los antibióticos que son seguros están las penicilinas y sus derivados como la amoxicilina y ampicilina, las cefalosporinas, los macrólidos incluyendo los nuevos como la azitromicina y claritromicina.

Bibliografía

- Steven P y col. El cuidado de su hijo pequeño. Desde que nace hasta los cinco años. Ac. Americana de Pediatría Cap. 4. pag 108.
- May V. Lactancia materna en situaciones especiales. En PRONAP 2004; Módulo 1, 35-83.

8. **Error:** Omitir el control del calendario de vacunación en la consulta con adolescentes.

Fundamento: Los programas de vacunación focalizados han disminuido la ocurrencia de las enfermedades prevenibles por vacunas. Según la Academia Americana de Pediatría y Academia de Médicos Americanos, entre los 11 y 21 años la consulta para control en salud es poco frecuente, por lo tanto en las consultas por enfermedad o por certificado deportivo o escolar es importante hacer el control de la vacunación. Es habitual que no tengan esquema completo de hepatitis B, rubéola, sarampión, refuerzos de difteria, tétanos, coqueluche acelular y vacuna contra el virus papiloma humano (VPH). Se debe tener en cuenta que hay regiones del país en que se requieren otras vacunas que están incluidas en el Calendario Nacional como son las vacunas contra la fiebre amarilla y la fiebre hemorrágica argentina.

Es fundamental informar a los adolescentes sobre la importancia de la aplicación de vacunas y planificar la administración de las mismas para evitar oportunidades perdidas. (horarios flexibles).

Los adolescentes continúan siendo afectados por enfermedades prevenibles por vacunas, fundamentalmente porque no hay estrategias específicamente orientadas a mejorar sus coberturas.

Bibliografía

- Gentile A. Vacunas. En: TIPs 2008; Módulo 2:79-108.
- Ellis A. Vacunas. En: PRONAP 2002; Módulo 1:10-48.
- Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación, 2008.

9. Error: Omitir la indicación de la vacuna BCG a bebés con PN menor a 3 kilos o con ictericia.

Fundamento: Es totalmente erróneo el concepto de desaconsejar la vacunación con BCG a RN con peso menor de 3000 gramos pero todavía hay lugares en los que no se vacunan a estos bebés y tampoco a los que presentan ictericia. El bajo peso al nacer se asocia, a veces, a patologías severas que hay que descartar.

La primo-vacunación con BCG se efectuará en todo recién nacido con peso de nacimiento de 2 kg o más antes de su egreso de la maternidad.

Si bien la eficacia de la vacuna BCG continua siendo controvertida pues no parece prevenir la infección pulmonar primaria, su aplicación es importante porque protege la diseminación hematógena a partir del foco inicial previniendo las formas mas severas: meningitis tuberculosa, tuberculosis miliar y extrapulmonar.

Bibliografía

- Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación, 2008:56.
- Pérez C. Tuberculosis infantil. En: PRONAP 2002; Módulo 2:61-95.

10. Error: Omitir la indicación de las vacunas del calendario oficial, a los bebés nacidos prematuros (<37 semanas) o de bajo peso (<2500).

Fundamento: Los recién nacidos prematuros presentan mayor morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas; es importante que reciban las vacunas a la edad cronológicas tal como los niños nacidos a término y según las dosis y pautas habituales. La vacunación en prematuros es generalmente efectiva y segura, aún cuando los títulos de anticuerpos que se alcanzan en algunos casos puedan ser menores a lo logrado en niños de término. En el caso de vacuna por hepatitis B, si la primer dosis se colocó al momento de nacer deberá recibir otras dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Bibliografía

- Ellis A. Vacunas. En PRONAP 2002; Módulo 3:10-48.
- Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación, 2008:62.
- Tregnaghi M y Col. Manual de Vacunas de Latinoamérica 2005. Cap 11. Pag. 367.

11. Error: Contraindicar o postergar la vacunación por un proceso infeccioso leve o por estar tomando antibióticos o por reacciones locales leves posteriores a la aplicación anterior.

Fundamento: A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan "falsas contraindicaciones", lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud. No existen contraindicaciones para suspender las vacunas de calendario oficial en un niño con enfermedades agudas leves, como febrícula, diarrea o que se encuentren en tratamiento con antibióticos o en fase de convalecencia de enfermedades.

Bibliografía

- Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación, 2008:26-27.
- Gentile A. Vacunas. En: TIPs 2008; Módulo 2:79-108.
- Gentile, A, Bakir, J. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr 2011;109(3):219-225.

12. **Error:** Retrasar la aplicación de una vacuna que está indicada, por la administración previa, no simultánea, de otra vacuna.

Fundamento: Cualquier vacuna inactivada (DPT, Hib, hepatitis B, hepatitis A, penta-valente, doble adultos) puede ser administrada en forma simultánea y/o con cualquier intervalo de tiempo antes o después de otra vacuna también inactivada o a virus vivos atenuados.

En cambio, en el caso de las vacunas a virus vivos que se administran por vía parenteral (doble viral, triple viral, varicela) si no se aplican simultáneamente la respuesta inmune a la segunda vacuna podría estar disminuida si se administrara dentro de los 28 días de la aplicación de la primera vacuna a virus atenuados.

Para minimizar el riesgo potencial de interferencia las vacunas a virus vivos atenuados que no se administren el mismo día, deberán ser administradas con un intervalo mínimo de 4 semanas.

En relación con la vacuna contra la fiebre amarilla, el efecto de la administración no simultánea de dicha vacuna y rubéola, paperas y varicela se desconoce. La respuesta a la vacuna contra la fiebre amarilla no se afecta ante la administración de vacuna contra el sarampión entre 1 y 27 días.

Bibliografía

- Normas Nacionales de Vacunación. Ministerio de Salud de la Nación, 2008.
- General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommendations and Reports January 28, 2011 / 60(RR02); 1-60.
- CDC. Prevention of Varicella. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 2007; 56(RR04): 1-40. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>
- CDC. Yellow fever vaccine: recommendations of the immunization practices advisory committee (ACIP), 2010. MMWR 2010;59 (Nº RR-7).

13. **Error:** Omitir la pesquisa auditiva en todos los recién nacidos.

Fundamento: El *screening* neonatal universal de audición es una manera de identificar a recién nacidos con hipoacusia. La incidencia de hipoacusia congénita se estima entre 1 y 3 por cada 1.000 recién nacidos.

Un estudio realizado en el año 2007 en la Universidad de Kentucky estableció que, realizando el tamizaje solamente en niños con riesgo, no se hacía el diagnóstico en un 42 % de los niños que tenían un compromiso de audición profundo.

En Argentina, la ley 25.415 promulgada en 2001, establece el derecho de todo recién nacido a que se le estudie su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna.

Si la hipoacusia congénita no es reconocida y tratada, el lenguaje y el desarrollo cognitivo de un niño se verán severamente retrasados.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Task Force on Newborn and Infant Hearing: Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention. Pediatrics 1999;103(2):527-530.
- Ley 25415/ 2001. Creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/copine/asesoria_virtual/legales/salud/salud_ley_nacional_25415.pdf

- 14. Error:** Indicar estudios auxiliares de diagnóstico sin realizar una anamnesis y un examen físico adecuados; pasar "casi" automáticamente de los datos de filiación y breve motivo de consulta, a la indicación de exámenes complementarios.

Fundamento: Es muy frecuente que en la consulta no se indague sobre datos personales y familiares ni sobre antecedentes de enfermedad actual y que directamente se soliciten exámenes complementarios de diagnóstico. Esta conducta trae como consecuencia un aumento innecesario de los gastos en salud, agresión al niño y consumo de tiempo de la familia. Es probable que este comportamiento, tanto en el ámbito público como en el privado, se deba a la disponibilidad que se tiene en algunos medios para acceder a determinados estudios y también a disponer de menos tiempo por paciente en el consultorio (se pueden atender más pacientes en menos tiempo). También se da una cierta presión por parte de los pacientes que esperan y solicitan la indicación de estudios. En todos los casos, los estudios complementarios de diagnóstico se deben decidir a partir de los datos del interrogatorio y de la información que aporta un meticoloso examen físico.

Bibliografía

- Cossio P. Semiología médica. Editorial CTM. 2004.
- Mamondez C. La historia clínica: En: Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C (†). Pediatría. Tercera Edición, Buenos Aires, Ediciones Journal, 2011;1(9):44-57.

- 15. Error:** Omitir las acciones de prevención de las lesiones no intencionales (accidentes) en la consulta de control de niño sano.

Fundamento: Se trata de anticipar situaciones que puedan poner en riesgo la salud y/o vida del niño. Se debe hablar con la familia sobre medidas de seguridad dependiendo del contexto, nivel socio-económico, tipo de vivienda y medios de transporte. A partir de los datos del interrogatorio se debe aprovechar la situación para ampliar y apoyar los conocimientos de las familias sobre determinadas conductas específicas. Por ejemplo: la silla para el automóvil, protección en piletas de natación, desaconsejar el uso del andador, precauciones en la calefacción, etc. Medidas de seguridad en automóviles: se deben utilizar sillitas para lactantes (máximo 10 kg), de material liviano, con un dispositivo de fijación a los asientos del automóvil rígido y seguro con adaptación perfecta. Debe colocarse al niño mirando hacia atrás. Se debe sugerir que una vez colocadas en forma correcta y firme en el vehículo, se las deje instaladas en forma permanente ya que cada

maniobra apresurada de colocación implica un factor de riesgo. La cabeza del bebé debe apoyar ampliamente y cómodamente en el respaldo para evitar el riesgo de traumatismo cervical. A partir de los 10 kg. y hasta aproximadamente los 20 kg. se deben tener "asientos suplementarios" con su aparejo de cinturones correspondientes adaptado al automotor y ubicado atrás del lado del acompañante y mirando hacia adelante. No se debe poner en marcha el vehículo hasta que todos los niños estén correctamente sentados con el cinturón puesto y con las puertas trabadas.

El niño que por su tamaño ya no necesita asiento suplementario, debe viajar siempre en el asiento posterior con cinturón de seguridad y ajustado correctamente.

Bibliografía

- Nasta C. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual de prevención de accidentes. Ediciones SAP, 2001.

16. Error: Omitir el lavado de manos en la atención del paciente.

Fundamento: La OMS define claramente los cinco momentos en el cuidado del paciente en que se debe realizar el lavado de manos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una técnica aséptica.
- Después de la exposición con fluidos corporales o riesgo de contacto con fluidos.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el medio ambiente cercano al paciente.

Existe evidencia acerca de la transmisión de microorganismos patógenos de un paciente a otro y/o de una superficie contaminada a través de las manos del personal de salud.

La disponibilidad de preparaciones alcohólicas para la fricción de las manos es fundamental para fomentar prácticas eficaces de higiene de las manos, sobre todo en entornos sin acceso a agua corriente.

La higiene de las manos sigue siendo la medida primordial para reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Bibliografía

- Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/ Infectious Diseases Society of America. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 2002,51(RR-16):1-45.
- OMS. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. OMS 2005. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf



ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO

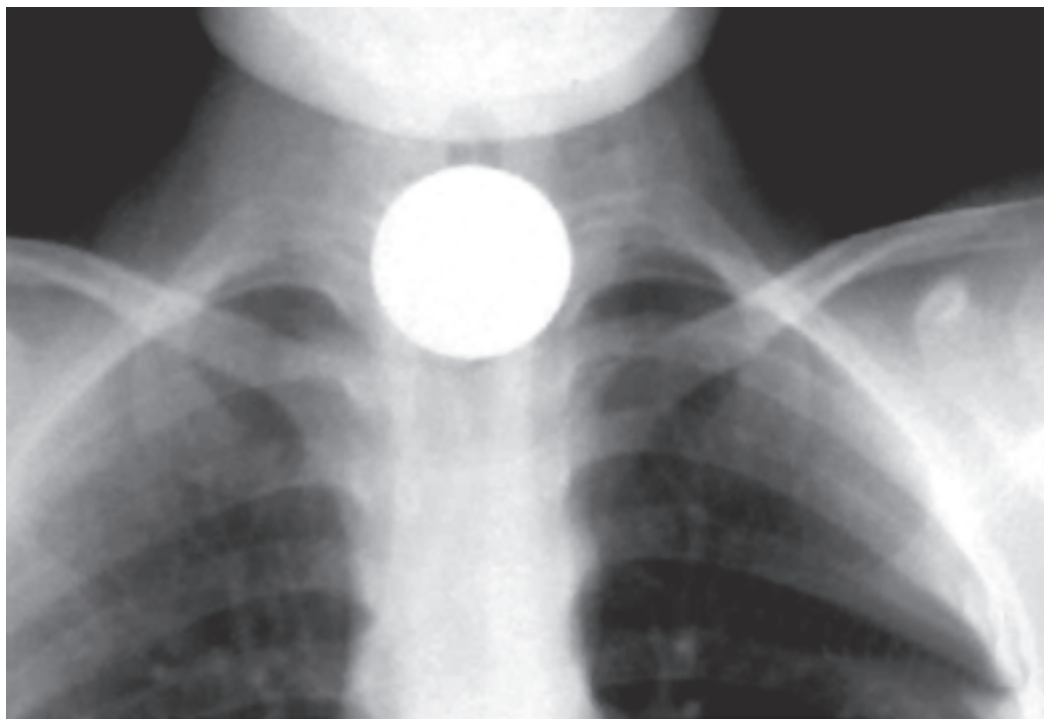
17. Error: Frente a la ingesta de un cuerpo extraño, confundir pilas con monedas en la interpretación de la radiografía.

Fundamento: En las radiografías simples, tanto de tórax como de abdomen, es frecuente confundir monedas con pilas chatas circulares. El diagnóstico diferencial se realiza en la radiografía de frente ya que la pila tiene un doble contorno traslúcido que la diferencia de la moneda y en la placa de perfil tiene mayor espesor. Cuando la pila se encuentra en el esófago, el tratamiento consiste en extracción urgente por endoscopia. El 90% de las pilas pasan al estómago donde pueden ser observadas, si no avanzan o si se complica se extraen por endoscopia.

Foto 1. Cuerpo extraño en esófago: se trata de una pila, ya que se observa doble contorno traslúcido.



Foto 2. Cuerpo extraño en esófago: se trata de una moneda, ya que la imagen es homogénea.



La mayoría son pilas alcalinas que contienen una solución de electrolitos, por lo general hidróxido de sodio o de potasio, que al estar en contacto con las mucosas provocan corrosión, con necrosis por licuefacción a las pocas horas de su ingestión. Cuando las pilas son de litio también provocan corrosión porque generan una ligera corriente eléctrica. Con sólo 5 a 8 horas de exposición de la pila en la mucosa esofágica se produce alteración grave de mucosa. Las complicaciones son erosión esofágica con perforación a tráquea, aorta, mediastinitis y posteriormente, estenosis esofágica.

Bibliografía

- Louis M. Ingestión y aspiración de cuerpo extraño. *Pediatrics in Review* en español 2010;31(1):4-10.
- Hamilton J. Severe injuries from coin cell battery ingestions: 2 case reports. *Journal of pediatrics surgery*. 2009; 44: 644-647.
- Nadan M. Petri. Esophagotracheal fistula after lithium disc battery ingestion successfully treated with hyperbaric oxygentherapy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*.2003; 67: 921-926.

18. Error: En lactantes con bronquiolitis, saturar inmediatamente después de terminar la serie de Beta 2 y al hallar hipoxemia internar al paciente por falta de respuesta al tratamiento.

Fundamento: En bronquiolitis, uno de los efectos adversos inmediatos del B2 es el aumento de hipoxemia y esto se debe al efecto vasodilatador que produce el B2 sobre el lecho vascular pulmonar, lo que genera un aumento de la perfusión en zonas mal ventiladas. El tiempo que se debe esperar es de 20 minutos aproximadamente.

Bibliografía

- Macri y Teper. *Enfermedades Respiratorias Pediátricas*. Editorial Mac Graw Hill, Mexico DF, 2003: pag.226.

- 19. Error:** Sobrediagnosticar y consecuentemente medicar otitis media aguda (OMA). El error diagnóstico lleva a un uso inapropiado del medicamento y al aumento de la resistencia bacteriana.

Fundamento: Siempre, en primer lugar, se debe calmar el dolor. La exploración del oído medio a través de la otoscopia es una práctica habitual en las consultas de Atención Primaria. De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría, la confirmación de OMA se realiza mediante la técnica de otoscopia neumática, como método diagnóstico de elección.

Una vez realizado el diagnóstico, se recomienda tratar con antibióticos a todos los niños menores de 6 meses y adoptar conducta expectante en los siguientes casos:

- a) Niños de 6 meses a 2 años, cuyo diagnóstico de OMA es incierto.
- b) Niños que presentan formas leves o moderadas, sin factores de riesgo.
- c) Niños mayores de 2 años sin enfermedad de base.
- d) Cuando existe comunicación fluida con la familia.

Bibliografía

- Ruvinsky R. Otitis media aguda. En: Sociedad Argentina de Pediatría. TIPs 2007,1:36.
- Academia Americana de Pediatría y Academia Americana de Medicina Familiar. Diagnóstico y manejo de otitis media aguda. Guía de Práctica Clínica. Pediatrics 2004;113:1451-1465.
- Ruiz-Canela, Cáceres J. Otitis media aguda: actualmente siguen siendo válidas las recomendaciones sobre su diagnóstico y tratamiento. Evid Pediatr. 2011;7:16.
- Sanders S, Glasziou P, Mar C, Rovers M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2004 Issue 1 Art no. CD000219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- 20. Error:** Subdiagnosticar coartación de aorta por falta de la búsqueda de sus signos clínicos.

Fundamento: En muchos casos aún con coartación grave, los pacientes están asintomáticos. Los pulsos radiales y femorales deben palparse siempre en forma simultánea para buscar la presencia de retraso femoral; ya que en condiciones normales el pulso femoral se percibe antes que el radial.

El signo clásico es la disparidad de la presión arterial entre los brazos y las piernas. Por lo tanto es importante tomar la TA en los cuatro miembros cuando se encuentre asimetría entre en los pulsos radial y femoral; los niños coartados mayores de 1 año tienen hipertensión sistólica en una extremidad superior por encima del P 95.

Bibliografía

- Nelson. Tratado de Pediatría 2009, 18 Edición; 2:1900-1903.
- Guerchicoff M y col. Evaluación del impacto del diagnóstico precoz de las cardiopatías congénitas. Arch Argent Pediatr 2004;102(6):445-450.
- García Guereta L Coartación de aorta e interrupción del arco aórtico. Protocolo de Cardiología. Sociedad Española de Cardiología Pediátrica, 2005.

21. **Error:** Omitir la explicación o las instrucciones sobre la forma de recolectar una muestra para un estudio de orina completa.

Fundamento: La muestra para orina completa se debe recolectar con la misma técnica de higiene local que requiere el urocultivo, dado que de esta forma aumenta su valor diagnóstico. Es recomendable que sea la primera orina de la mañana (en niños que tiene control de esfínteres) y que el examen sea de orina fresca para no alterar el sedimento. La recolección aséptica de orina es fundamental para que los cultivos positivos resulten incuestionables. Aunque aparentemente simple, este requisito es difícil de cumplir en los lactantes, particularmente cuando se efectúa con el recolector. En la mayoría de estos niños, el aseo de la zona peri uretral es complicado. Por ello, si no es exitoso, es inevitable que los gérmenes que habitualmente lo colonizan lleguen al recolector durante la micción y contaminen la orina así recogida.

También se deben examinar los genitales, descartar vulvovaginitis y secreción vaginal en niñas o balanopostitis en los varones. Si la muestra no se obtiene en la forma adecuada puede aparecer presencia de sangre, leucocituria o proteinuria, lo que origina consultas con el nefrólogo y motiva preocupación en la familia.

Bibliografía

- Grimoldi I, Amore A. Infección Urinaria. En: Nefrología Pediátrica 2ª Edición. Sociedad Argentina de Pediatría: 2008; 358.
- Laso MC. Interpretación del análisis de orina. Arch Argent Pediatr. 2002;100(2);179-183.
- Mendez, B. El recolector de orina: ¿Es un método confiable de recolección aséptica?. Rev. chil. pediatr. [online]. 2003;74 (5):487-491.

22. **Error:** Solicitar amilasemia, para sostener el diagnóstico de parotiditis urliana.

Fundamento: El diagnóstico es eminentemente clínico y consiste en observar el conducto de Stenon. Solicitar amilasa, una enzima que se origina en el páncreas, las glándulas salivares y en menor medida, en las trompas de Falopio, el músculo esquelético, el intestino, la próstata y el ovario, es un error en el procedimiento diagnóstico y sólo lleva a confusión. Esta enzima se elimina por la orina y su valor sérico normal es de 35 -115 U/l, aunque con variaciones entre laboratorios según el método de medida empleado. Se pueden determinar las isoenzimas de la amilasa para distinguir su origen: pancreático (isoenzima P, con subfracciones P1, P2 y P3) o salivar (isoenzima S, con subfracciones S1, S2, S3, S4), aunque en la práctica clínica se utiliza poco. Generalmente la determinación de amilasemia se realiza por métodos serológicos (ELISA, hemaglutinación indirecta, fijación de complemento), pero no se utilizan en la práctica diaria.

La confirmación diagnóstica se basa en el aislamiento del virus o en el aumento de los anticuerpos contra el mismo, mediante estudios serológicos.

Bibliografía

- Comité Nacional de Infectología Pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. Parotiditis. En: Libro Azul Infectología Pediátrica. 2003; capítulo 45: 438-445.

23. **Error:** Diagnosticar diarrea bacteriana por la presencia de polimorfonucleares en materia fecal.

Fundamento: La presencia de leucocitos polimorfonucleares en materia fecal, no certifica causa bacteriana de diarrea aguda. Dichos leucocitos también se observan en cuadros virales y en enfermedad inflamatoria intestinal. Hay numerosos estudios que concluyen en que solamente en un 39% de los pacientes, se encontró la presencia de leucocitos en heces, siendo la causa bacteriana.

Bibliografía

- OPS. Manual de manejo y tratamiento de la diarrea. Feb 1991:11-80.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso Nacional: diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. 2006:1-12.

24. **Error:** Diagnosticar sinusitis en edades tempranas.

Fundamento: El desarrollo de las cavidades paranasales es incompleto en el momento de nacer. Existen cuatro tipos de senos paranasales: el seno etmoidal, único que se observa desde el nacimiento y esbozo de seno maxilar y que continúan creciendo. El seno frontal: no se desarrolla hasta aproximadamente los 7 años de edad y alcanza su tamaño definitivo a los 20 años de edad. El seno esfenoidal: se desarrolla después del nacimiento hasta el 6° año de vida. La sinusitis en el niño se define como la inflamación de la mucosa de los senos paranasales, cavidades con mala aireación. La contigüidad que existe entre las mucosas de los senos y la mucosa nasal predispone a que ambas se vean afectadas siendo el diagnóstico clínico de rinosinusitis.

Bibliografía

- Castillo M, García C. Caso clínico-radiológico para diagnóstico. Revista Chilena de Pediatría, 2011;72(2):143-146. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200010&lng=es&nrm=i>. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062001000200010.
- Sibbald, A. Rinosinusitis pediátrica. Arch Argent Pediatr 2005;103(3):224-231.

25. **Error:** Solicitar radiografías de senos paranasales para diagnosticar sinusitis aguda.

Fundamento: El uso de la radiografía no está indicado en el proceso diagnóstico de sinusitis aguda. La presencia de un catarro común sin sinusitis puede provocar alteraciones radiológicas similares a las de sinusitis que permanecen hasta dos semanas después de la mejoría clínica. Además no distingue entre sinusitis bacteriana, viral o de otras causas. El diagnóstico de sinusitis aguda es clínico; se deben pedir imágenes ante dos situaciones específicas: recurrencia de sinusitis y complicación de un cuadro de sinusitis, en estos casos se debe solicitar TAC.

Recordar que sinusitis en la infancia es igual a sinusitis de cavidad paranasal maxilar y etmoidal anterior; difícilmente se encontrará sinusitis de etmoidal posterior o esfenoidal, mucho menos frontal. Recordar también que si al momento de realizarse la radiografía simple el niño estaba llorando, se encharcan de líquidos las cavidades paranasales y simula una sinusitis.

Bibliografía

- Pascual Perez JM, Callen Bleuca M y grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Sinusitis. El pediatra de Atención Primaria de la Asociación de Pediatría Española. 2006. www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
- Sibbald, A. Rinosinusitis pediátrica. Arch Argent Pediatr 2005;103(3):224-231.

26. **Error:** Omitir la aspiración de cuerpo extraño como diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas respiratorios.

Fundamento: Se debe descartar aspiración de cuerpo extraño en todo paciente previamente sano que presenta síntomas respiratorios, persistentes, con radiografía de tórax normal o patológica. El diagnóstico se basará en un interrogatorio adecuado: tanto el relato de la madre como el de un testigo del episodio de ahogo son orientadores; un estudio endoscópico es necesario para confirmar diagnóstico.

Bibliografía

- Macri y Teper. Enfermedades respiratorias pediátricas. Editorial Mac Graw Hill, México DF, 2003: 361-369.

27. **Error:** Al analizar el hemograma de un paciente, NO tener en cuenta el número de linfocitos.

Fundamento: Al analizar el hemograma de un paciente, además de valorar el número de neutrófilos, se debe evaluar el número de linfocitos. Como pediatras estamos habituados a considerar la neutropenia como un factor de riesgo para nuestros pacientes; sin embargo la linfopenia (linfocitos $<$ de 2000/mm³ en menores de un año) es tanto o más grave que la neutropenia y puede pasar inadvertida.

La linfopenia es una de las manifestaciones mas frecuente de las formas severas de inmunodeficiencias y muchas veces el primer signo de alarma que el pediatra debe pesquisar para su diagnóstico.

Algunas causas de linfopenia son:

- Infecciones, especialmente influenza.
- Efecto de tratamientos con esteroides, radiación, citotóxicos.
- Enfermedad maligna avanzada.
- Pérdida de linfocitos como en linfangiectasia intestinal, severa falla cardíaca derecha.
- Lupus eritematoso sistémico y enfermedad crónica de injerto versus huésped.

Bibliografía

- Marciano B, Elmeady P, Rosenzweig S. La historia de Pedro y el lobo de los pacientes con infecciones frecuentes e inmunodeficiencias primarias. Medicina Infantil 2007;14(1):42-45.
- Beck N. Diagnostic Hematology. University of Pretoria 2007: 312-313.

28. **Error:** Considerar la neutrofilia SIEMPRE como manifestación de infección bacteriana.

Fundamento: Siempre se debe tener en cuenta el valor normal de leucocitos y su fórmula de acuerdo a la edad del niño.

La neutrofilia, además de estar presente en las infecciones bacterianas, puede estar presente en otras situaciones tales como infecciones virales (VSR), quemaduras, cirugía, estrés, fase aguda de enfermedades autoinmunes, crisis asmática, hemorragia aguda, hemólisis aguda, intoxicación por organofosforados, cetoacidosis, necrosis tisular (infarto de miocardio), fármacos como corticoides y litio, embarazo, ejercicio físico.

Bibliografía

- Norman Beck. Diagnostic Hematology. University of Pretoria South Africa, 2009: pag 340-348
- López Almaraz R. Hematología-Oncología en pediatría extrahospitalaria y Atención primaria. Alteraciones del hemograma.actitud práctica. XXII Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria. Tenerife, 2008, pag: 60-65. http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/MR_Hematologia_oncologia_alteraciones_hemograma.pdf

29. **Error:** Subdiagnosticar miocarditis en un lactante con síntomas respiratorios.

Fundamento: La miocarditis requiere para su diagnóstico de un alto índice de sospecha.

Una forma de presentación muy frecuente son los síntomas respiratorios (lo que lleva al diagnóstico de bronquiolitis por su elevada frecuencia a esta edad).

Hay datos al examen físico que pueden orientar: pulsos débiles, taquicardia y a veces ruidos cardíacos alejados. Pueden presentarse síntomas digestivos como náuseas, vómitos y diarrea o dolor abdominal que se atribuyen a una disminución de la perfusión del tracto gastrointestinal secundaria a disfunción miocárdica.

Los exámenes complementarios que pueden ayudar son radiografía de tórax (se puede observar cardiomegalia), ECG (complejos pequeños) y TGO (elevada).

Bibliografía

- Fredman S. Pediatric Myocarditis: Emergency Department Clinical findings and diagnostic evaluation. Pediatrics 2007(120):1278-1285.
- Kuszniarz G y col. Infección respiratoria aguda por adenovirus en niños hospitalizados de Santa Fe. Arch Argent Pediatr 2007, 105(3):216-220.



ERRORES EN EL TRATAMIENTO

30. Error: En niños con deposiciones líquidas y/o vómitos, omitir la indicación de sales de rehidratación OMS como terapia de mantenimiento, para evitar la deshidratación reponiendo las pérdidas.

Fundamento: Los principios generales del manejo de la diarrea aguda en niños incluyen terapia de rehidratación oral, alimentación, suplementación con zinc y terapias adicionales tales como probióticos (aún no estandarizados).

Las sales de hidratación oral son ideales para mantener y/o corregir la deshidratación en la diarrea aguda. Se recomienda administrar 10 ml/kg luego de cada deposición líquida o vómito. Continuar con la lactancia materna, o reiniciar dieta normal apropiada para la edad luego de la rehidratación, manteniendo un aporte calórico adecuado. Deben recomendarse frutas frescas, yogurt, carnes magras, hidratos de carbono complejos y vegetales y evitarse las bebidas carbonatadas o jugos comerciales con alta concentración de carbohidratos simples.

Bibliografía

- Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Consenso Nacional 2006. Sociedad Argentina de Pediatría.
- Zulfiqar Ahmed Bhutta. Capítulo 337: Acute Gastroenteritis in Children. En: Nelson Textbook of Pediatrics, Saunders 19th Edición. Philadelphia 2007, pag: 1605-1617.

31. Error: Colocar una vía EV en pacientes deshidratados sin seguir la normativa de rehidratación de pacientes con vómitos.

Fundamento: Sólo se debe colocar una vía EV en el paciente que presenta vómitos incoercibles (4 vómitos o más en el lapso de 4 horas). Antes de colocar vía EV se debe realizar el siguiente tratamiento:

- Administrar solución hidratante oral (SHO) por gravedad a 20 ml/kg cada 20 minutos con jeringa por sonda nasogástrica.
- Si vomita: iniciar gastroclisis a 5 macrogotas/kg/minuto (15 ml/kg/h) durante 30 minutos. Si tolera este aporte inicial, continuar con 20 macrogotas/kg/minuto (60 ml/kg/h).

Las indicaciones de vía endovenosa son:

- Deshidratación grave con shock.
- Ileo.
- Depresión del sensorio.
- Dificultad respiratoria grave.
- Abdomen tenso, doloroso.
- Fracaso de la rehidratación oral.

Los riesgos de agregar una vía EV son: imposibilidad de movimiento en el niño, dolor innecesario, falta de utilización de la vía enteral (es conocida la acción de los alimentos en la activación de los enterocitos), infección, sepsis y muerte.

Bibliografía

- Consenso Nacional de Diarrea Aguda. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2003.
- Bilkis M, Montero D, Vicente F, Cheistwer A. Hidratación endovenosa en la práctica clínica: Nuevos enfoques terapéuticos para la gastroenteritis aguda. Arch Argent Pediatr 2007;105 (5):436-443.

32. Error: En pacientes con diarrea aguda, demorar el comienzo de la realimentación y/o hacerlo con dietas restringidas.

Fundamento: Las recomendaciones nutricionales actuales sobre la diarrea aguda están fundamentadas en numerosos estudios clínicos y epidemiológicos que permiten establecer los beneficios de continuar con la alimentación habitual del niño acorde a edad.

La alimentación continua puede evitar la pérdida de peso previniendo que se instale el círculo vicioso diarrea-desnutrición-infección.

Se ha demostrado que el mantener la alimentación durante la diarrea acelera la normalización de las funciones intestinales; incluyendo la digestión y absorción de nutrientes y favorecer la hidratación al proveer de transporte de sodio y agua.

Bibliografía

- Sociedad Argentina de Pediatría. Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento 2003: 1-12. <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/diarreagu.pdf>

33. Error: Indicar leches sin lactosa o de bajo contenido en lactosa en la realimentación de pacientes eutróficos y de pacientes desnutridos –leves o moderados– con diarrea aguda.

Fundamento: La mayoría de los lactantes no presentan síntomas ni signos clínicos atribuibles a la mala absorción por déficit de lactosa.

El 80% de los niños, aún los menores de 6 meses con desnutrición leve o moderada, pueden tolerar leches con contenido de lactosa normal, no aumentando el riesgo de fracaso terapéutico. Una revisión sistemática que comparó la utilización de leches con y sin lactosa en la realimentación de niños con diarrea aguda, no encontró diferencia significativa entre ambas intervenciones.

Bibliografía

- Sociedad Argentina de Pediatría. Diarrea aguda en la Infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento 2003: 1-12. <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/diarreagu.pdf>
- MacGillivray SA, Fahey T, McGuire W. Lactose avoidance for acute diarrhoea in children less than five years (Protocol). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

34. **Error:** Indicar de manera abusiva antitérmicos favoreciendo la fobia a la fiebre.

Fundamento: Es un mito que la fiebre al producir convulsiones origina meningitis con el consecuente daño cerebral o muerte. El objetivo del uso de antitérmicos es el confort del niño y no la apirexia; el uso abusivo de antitérmicos aumenta la posibilidad de sus efectos indeseables. Se debe considerar el efecto positivo de la fiebre ya que es una respuesta inmunológica natural a la infección.

Está ampliamente demostrada la incapacidad de los antitérmicos para prevenir las convulsiones febriles, ya que éstos actúan a través de su efecto sobre las prostaglandinas y las convulsiones febriles se producen por la activación del sistema reticular ascendente, donde actúan las benzodiacepinas que evitan la aparición de las mismas.

El uso de más de un antitérmico en el mismo proceso febril ha demostrado aumentar los errores de dosificación y aunque no existen datos fiables acerca de la toxicidad acumulada, podría ocurrir a nivel renal y hepático.

La indicación de utilizar medios físicos para “bajar la fiebre” debe adecuarse a la sensación subjetiva y observable del niño, atendiendo siempre al confort o displacer que esta intervención produce. No existe evidencia que los baños o paños fríos o tibios disminuyan la fiebre.

Bibliografía

- Moreno-Perez y col. Antitérmicos. Padres y pediatras ¿tenemos conclusiones para todos ellos? Evid pediatr 2006;2:16.
- Crocetti M, Moghbell N. Fever phobia revisited have parental, conceptions about fever changed in 20 years. Pediatrics 2001;107:1241-6.
- Mayoral CE. Alterating antipiretics in this an alternative? Pediatrics 2000;105:1009-12.
- Castellarnau y col. Antitérmicos en pediatría. Pediatr Contin 2006;4:115-24.
- Elmo, M. Fiebre: mitos, fobias y razón. Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. Sociedad Argentina de Pediatría. Edición 2010: 330.
- Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol para tratar la fiebre en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

35. **Error:** Utilizar antiinflamatorios no esteroides (AINES) como primera línea de antitérmicos en niños menores de 2 años.

Fundamento: El tratamiento de primera elección en menores de 2 años es el paracetamol porque carece de los efectos indeseables de los AINES, específicamente a nivel gastrointestinal y renal. Además tiene un bajo riesgo de interacciones medicamentosas por su escasa unión a proteínas.

Bibliografía

- Mario E. Fiebre: mitos, fobias y razón. Manual para supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes. SAP 2010: 327-331
- Castellarnau-figueres E. Antitérmicos en pediatría. An Pediatr Contin 2006;4(2):115-124.
- Ulinski T, Guignon V, Dunan O, Bensman A. Acute renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. Eur J Pediatr 2004;163:148-150.
- Jornadas El niño febril. Grupo de trabajo “El niño febril”. Presentación power point . URL: www.sap.org.ar
- Jornada El Niño Febril. Noticias Metropolitanas. Boletín Región Metropolitana. SAP, Diciembre 2004.

36. **Error:** Uso inadecuado de antibióticos en patología respiratoria viral (laringitis o bronquiolitis).

Fundamento: El uso inadecuado de antibióticos en patología respiratoria viral como laringitis o bronquiolitis genera presión sobre la resistencia antibiótica y promueve la aparición de serotipos de *streptococcus pneumoniae* no habituales. Además de sumar gastos innecesarios y efectos adversos de la medicación.

Un revisión sistemática publicada en Cochrane del año 2008 no halló pruebas que apoyen el uso de antibióticos para la bronquiolitis. En la misma se menciona que sería útil identificar un posible subgrupo pequeño de pacientes que presenten síntomas similares a la bronquiolitis que puedan beneficiarse de los antibióticos. Por otro lado, la investigación propone que se deberían determinar los motivos por los cuales los médicos están tan dispuestos a utilizar antibióticos para la bronquiolitis.

Bibliografía

- Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años .Arch Argent Pediatr 2000;98(3):204.
- Collard Borsotti y col. Prescripción de antibióticos en lactantes hospitalizados con neumonía por virus sincicial respiratorio. Arch Argent Pediatr 2008;106(6):515-517.
- Uso inapropiado de antibióticos y educación. Carta al editor. Arch Argent Pediatr 2009;107(2):191-192.
- Spurling GKP, Fonseka K, Doust J, Del Mar C. Antibióticos para la bronquiolitis en niños (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

37. **Error:** Indicar corticoides, descongestivos y/o antihistamínicos como parte del tratamiento de otitis media aguda.

Fundamento: La fiebre y el dolor deben ser controlados con analgésicos comunes (paracetamol, ibuprofeno) No hay indicación para el uso de corticoides, descongestivos o antihistamínicos para el tratamiento de la otitis media aguda; un estudio sistemático encontró que estos últimos solos o en combinación se asocian con un incremento de efectos colaterales y no mejoran la curación ni evitan cirugía u otras complicaciones en otitis media aguda. Además, el tratamiento con antihistamínicos puede prolongar la duración de la efusión en el oído medio.

Bibliografía

- Klein JO, Pelton S. Treatment of acute otitis media. Uptodate, dec. 2008. URL:<http://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-prevention-of-recurrence>.
- del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, García Miguel MJ, Mendez Echevarría A. Otitis media aguda. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica, 2008, pag: 64-73. Disponible en : www.aeped.es/protocolos/
- Kerschner JM. Otitis Media. En: Nelson Textbook of Pediatrics, 2009. 18th ed. Cap. 639.
- Griffin G, Flynn CA. Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion (OME) in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD003423. DOI: 10.1002/14651858.CD003423.pub3.

38. **Error:** Tratar con antibióticos la bacteriuria asintomática.

Fundamento: La bacteriuria asintomática se define como la presencia de más de 100.000 UFC/ml de un cultivo monomicrobiano, obtenido en dos muestras sucesivas, en orinas con sedimento normal, sin sintomatología, en personas sanas. Se demostró que su tratamiento aumenta el riesgo de complicaciones por la eliminación de bacterias de baja virulencia con recurrencias en el 80% y pielonefritis en el 15% de los pacientes con riñones normales.

Estas bacterias actuarían como profilaxis biológica para impedir la colonización de cepas virulentas.

Sólo se deben tratar en pacientes pediátricos con trasplante renal, previo a intervenciones urológicas o frecuentes infecciones sintomáticas. No se debe tratar a pacientes con cateterismo intermitente si no son sintomáticos.

Bibliografía

- Grimoldi y Amore. Infección Urinaria. Nefrología Pediátrica 2° Edición. SAP, 2008.

39. **Error:** Omitir la indicación de sedación y/o analgesia previa a la curación en pacientes postquirúrgicos recientes y/o quemados.

Fundamento: Los procedimientos invasivos y no invasivos generan miedo, ansiedad y dolor. Es indispensable evaluar la intensidad dolorosa que pueden ocasionar para planificar el tratamiento adecuado. La sedación y la analgesia en pediatría requiere personal, materiales y un espacio físico adecuado organizados como en un área de emergencia. El equipamiento necesario estará en relación con la naturaleza del mismo y las complicaciones que pudieran presentarse.

Como guía general para procedimientos no invasivos se recomienda el uso de midazolam oral o hidrato de cloral. En procedimientos asociados con mucha ansiedad y escaso dolor se recomienda el uso de midazolam endovenoso más un AINE o un anestésico local.

En procedimientos asociados a mucho dolor o ansiedad se puede optar entre el uso de ketamina (EV o IM) o la combinación de fentanilo y midazolam. El responsable de la sedación y analgesia debe estar acreditado en el manejo de la vía aérea.

Bibliografía

- Garcia Roig C, Caprotta G, Castro M, Germ R, Lagomarsino E. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos. Arch Argent Pediatr 2008;106(5):429-434; 106(6):524-532.
- Acute Pain Management: scientific evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists 2010.

40. **Error:** Uso inadecuado de metoclopramida en niños con síndrome diarreico agudo y otras patologías.

Fundamento: No hay evidencias suficientes para recomendar el empleo rutinario de antieméticos, en el manejo de niños con vómitos asociados a diarrea aguda; la reducción del número de vómitos no justifica su uso, porque además se asocia por su mecanismo de acción con aumento de la diarrea.

Su uso no justificado, puede impedir el diagnóstico temprano de otras enfermedades que requieren urgente resolución (meningitis, SUH, invaginación intestinal, etc.).

Bibliografía

- Alhashimi D, Alhashimi H, Fedorowicz Z. Antieméticos para reducir los vómitos relacionados con la gastroenteritis aguda en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

41. **Error:** Indicar antitusivos y mucolíticos como medicación sintomática.

Fundamento: La tos constituye un mecanismo defensivo que contribuye a la eliminación de secreciones y material extraño de las vías aéreas. El tratamiento antitusivo específico está orientado a controlar la causa (broncodilatadores en el asma bronquial, supresión de tabaquismo pasivo y contaminantes ambientales). La tos vinculada a infecciones respiratorias agudas virales es autolimitada y mejora con fluidos y humidificación.

La mayoría de los preparados farmacéuticos son combinaciones de codeína o dextrometorfano con antihistamínicos, descongestivos, expectorantes y/o antipiréticos. Las pautas de dosificación de estos fármacos se basan en extrapolación de adultos sin tener en cuenta las posibles diferencias en cuanto al metabolismo o a los efectos indeseables en los niños. Debe educarse a los padres sobre la falta de efectos beneficiosos probados y sus potenciales riesgos.

Respecto al uso de mucolíticos, una revisión sistemática muestra la eficacia real pero limitada de acetilcisteína y carbocisteína con una buena seguridad en general entre los niños mayores de dos años de edad. En cuanto a los niños menores de dos años, dadas las preocupaciones sobre la seguridad, estos fármacos sólo deben utilizarse para las IRA en el contexto de un ensayo controlado.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Pediatrics 1997;99(6):918-920.
- Icslee FK. Pediatric Cough and Cold Preparations. Pediatrics in review 2004;25:115-123.
- Yvonne CM Duijvestijn, Nadjet Mourdi, John Smucny, Gérard Pons, Martin Chalumeau. Acetilcisteína y carbocisteína para las infecciones agudas de las vías aéreas superiores e inferiores en pacientes pediátricos sin enfermedad broncopulmonar crónica (Revisión Cochrane traducida). <http://www.update-software.com>. (Traducida 2009 Issue 1 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

42. **Error:** No indicar profilaxis antibiótica en pacientes con infección del tracto urinario, previa a la realización de citouretrografía miccional (CUGM): en uropatía obstructiva hasta la corrección quirúrgica, en reflujo vesicoureteral y en las recurrencias de infección urinaria alta.

Fundamento: Con respecto a la quimioprofilaxis, en los últimos años ha sido cuestionada su utilidad, pero no ha habido hasta la fecha estudios controlados y aleatorizados que hayan aportado resultados concluyentes, especialmente sobre la población a la cual se la indica. En casos puntuales (uropatía obstructiva hasta la corrección quirúrgica, en reflujo vesicoureteral y en las recurrencias de infección urinaria alta), deben utilizarse antibióticos que alcancen buena concentración en orina y que no modifiquen la flora urogenital en la prolongación de su uso. Los antibióticos más indicados son los nitrofuranos, TMS, y las cefalosporinas de primera generación en los pacientes menores de 2 meses, en los que no pueden utilizarse los otros antibióticos.

Bibliografía

- Grimoldi I, Amore A. Infección urinaria. En: Nefrología Pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Nefrología Pediátrica. 2008. Capítulo 25: 358-374.



ERRORES EN EL MANEJO DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

43. Error: No iniciar quimioprofilaxis con isoniacida en los niños, menores de quince años con PPD negativa, que estuvieron en contacto (alto y mediano riesgo) con bacilíferos, hasta descartar viraje tuberculínico.

Fundamento: Se denominan contactos a todas las personas expuestas o relacionadas con el enfermo (caso índice). Se los considera:

- de alto riesgo si el contacto ha sido diario y mayor a 6 horas,
- de mediano riesgo si el contacto ha sido diario pero menor a las 6 horas,
- de bajo riesgo si los contactos han sido esporádicos u ocasionales.

Las personas inmunocomprometidas son consideradas como de alto riesgo independientemente de la frecuencia del contacto. En general, los contactos de alto riesgo suelen ser los convivientes domiciliarios y los de mediano riesgo los contactos laborales o escolares.

La quimioprofilaxis primaria tiene como objetivo evitar que los individuos sanos se infecten. La droga de elección es la isoniacida a dosis de 5 a 10 mg/kg/día sin sobrepasar los 300 mg. Al cabo de 8 a 12 semanas deberá realizarse nuevamente PPD y Rx de tórax para descartar viraje y suspender profilaxis, siempre y cuando la fuente se haya negativizado.

Bibliografía

- Consenso Argentino de Tuberculosis. Revista Arg Med Resp 2009;9:61-99.
- Falaschi A. Tuberculosis infantil. TIPS: Temas de Infectología pediátrica. Programa de actualización. Buenos Aires 2010. Módulo 3: 27-61.

44. Error: No administrar profilaxis a los contactos de pacientes con infección meningocócica.

Fundamento: En enfermedad invasiva por *Nesisseria Meningitidis* se indica quimioprofilaxis, idealmente dentro de las 24 hs del diagnóstico, a todas las personas que estuvieron en contacto con el enfermo en los últimos 7 días.

Se consideran contactos de infección meningocócica:

- los convivientes en el hogar,
- los niños y personal expuestos al caso índice en centros de cuidados diurnos por más de 4 horas diarias, durante 5 días de la semana (jardines maternos y de infantes, colegios, universidades y/o comunidades semicerradas),
- los que tuvieron contacto directo con las secreciones orales del enfermo

(al compartir utensilios para comer o cepillo de dientes, besos, estornudar o toser, realizar maniobras de reanimación sin protección).

La rifampicina se administra a razón de 20 mg/kg/día, en mayores de un mes y 10 mg/kg/día en el recién nacido, vía oral cada 12 hs y en adultos 600 mg cada 12 hs, durante 2 días en todos los casos. En situaciones especiales puede utilizarse ceftriaxona en monodosis (por ejemplo: embarazadas) 125 mg en los menores de 12 años y 250 mg en mayores de 12 años y embarazadas, por vía intramuscular.

La vacuna antimeningocócica es un adyuvante de la quimioprofilaxis cuando el serogrupo del brote coincide con el de la vacuna, dado que los casos secundarios pueden presentarse varias semanas después de la aparición del caso índice. En este caso se debe tener en cuenta el grupo etéreo más afectado y vacunar al mismo. Ejemplo: niños de 2 a 12 años.

Bibliografía

- Abate H. Infecciones en jardines maternos y de infantes. TIPs. Temas de Infectología pediátrica. Programa de actualización. Buenos Aires 2010. Módulo 2: 133-154.
- Comité Nacional de Infectología. Sociedad Argentina de Pediatría: Meningitis bacterianas y enfermedad meningocócica URL:<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/menig06.pdf>

45. **Error:** No realizar profilaxis a los contactos de pacientes con coqueluche.

Fundamento: Frente a un caso de coqueluche se indica quimioprofilaxis a todos los contactos familiares y personas que cumplan con la definición de contacto independientemente del estado de inmunización y edad, con el fin de limitar la transmisión secundaria.

Se considera contacto:

- a toda persona que haya tenido contacto directo, cara a cara, por un periodo no definido, con el caso sintomático,
- a quien haya compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático,
- a quien haya estado en contacto directo, sin protección, con secreciones respiratorias, orales o nasales de un caso sintomático.

Los menores de un año, los inmunocomprometidos, el personal de salud con alta exposición y los pacientes con enfermedades crónicas son considerados grupos con riesgo adicional

Los antimicrobianos recomendados para profilaxis posexposición son:

- para menores de un mes: azitromicina 10 mg/kg/día por 5 días (de elección por el riesgo de hipertrofia pilórica asociada a eritromicina a esta edad),
- para niños de 1 a 5 meses: azitromicina 10 mg/kg/día por 5 días ó eritromicina 40-50mg/kg/día en 4 dosis durante 14 días, ó claritromicina 15 mg/kg/día en dos dosis durante 7 días,
- para niños de 6 meses a 12 años: azitromicina 10 mg/kg/día dosis única el primer día (máximo 500 mg/día), luego 5 mg/kg/día desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día); ó eritromicina 40-50 mg/kg/día en 4 dosis du-

rante 14 días (dosis máxima: 2 gramos por día) ó claritromicina: durante 7 días, a 15 mg/kg/día, en 2 tomas diarias durante 7 días (dosis máxima: 1 gr/día),

- para mayores de 12 años y adultos: Azitromicina: 500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg desde el día 2 al 5; ó eritromicina 40-50 mg/kg/día en 4 dosis durante 14 días (dosis máxima: 2 gramos por día) ó claritromicina: durante 7 días, a 15 mg/kg/día, en 2 tomas diarias durante 7 días (dosis máxima: 1 gr/día).

Con respecto a la vacunación es necesario tener en cuenta que los contactos estrechos no vacunados o incompletamente vacunados deben iniciar o completar el esquema con cuádruple o DPT, según corresponda. Los niños menores de 7 años que recibieron la tercera dosis de vacuna 6 meses o más antes de la exposición deben recibir la cuarta dosis. Los menores de 7 años que recibieron su cuarta dosis tres o más años antes de la exposición debe recibir la quinta dosis.

Los contactos mayores de 7 años con esquema incompleto de vacunación para coqueluche, recibirán una dosis de vacuna triple bacteriana acelular.

Bibliografía

- Gentile A. Vacunas. TIPs. Temas de Infectología pediátrica. Programa de actualización. Buenos Aires 2010. Módulo 2:79-108.
- CDC Guidelines for the control of pertussis outbreaks. U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2000.
- Comité Nacional de Infectología. Sociedad Argentina de pediatría. Prioridades para la incorporación de vacunas al Calendario Nacional. 2011, pp: 25-37.

46. **Error:** No indicar tratamiento al grupo familiar de pacientes con escabiosis.

Fundamento: La escabiosis se contagia por contacto personal cercano y a través de ropas contaminadas. El ácaro puede sobrevivir hasta 48 horas fuera de la piel. Se debe lavar la ropa personal y de cama con agua caliente y plancharlas a altas temperaturas. La ropa que no se pueda lavar, se guardará en bolsas cerradas durante 3 días.

El tratamiento de la sarna lo realizarán el niño afectado, las personas que conviven en su misma casa y sus contacto íntimos («piel con piel») aunque sean asintomáticos. Se aplicará una capa fina de escabecida en toda la superficie cutánea, desde el cuello hasta las palmas y plantas, con especial énfasis en los espacios interdigitales, muñecas, codos, axilas, mamas, glúteos, zona periumbilical y genitales. En los niños menores de 2 años y en inmunodeprimidos también se incluirá el cuero cabelludo. Los ácaros pueden esconderse bajo las uñas, especialmente en la sarna noruega, por lo cual deben recortarse bien y tratarse exhaustivamente.

Las principales opciones para el tratamiento de la escabiosis son la permetrina, sola o asociada a butóxido de piperonilo, el azufre y la ivermectina. La permetrina se considera la droga de primera elección.

En nuestro medio el tratamiento recomendado se basa en la aplicación de un acaricida, permetrina al 5%, crema fluida, en 3 aplicaciones: días 1, 5 y 10, es decir con 5 días de intervalo entre cada topicación en todo el cuerpo, en todos los convivientes, tengan o no lesiones, dejando actuar 6 a 8 horas. En los menores de 1 año se mantiene por 4 horas. Luego, se retira con un baño. Se debe repetir la aplicación a la quinta y décima noches.

Otra alternativa es el azufre precipitado al 5-10% en una base lavable (pasta al agua) o en vaselina, que debe ser aplicado en todo el cuerpo salvo en la cabeza durante tres noches seguidas y realizar el baño a las 72 horas. Al cabo de 24 horas de completado el esquema terapéutico, el riesgo de contagio es mínimo.

Recordamos que en nuestro país, la ANMAT, en febrero de 2011, suspendió la comercialización y uso de las especialidades medicinales que contengan lindano como ingrediente farmacéutico activo (IFA), en todas sus formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones, a través de la Disposición N° 617/11.

La ivermectina puede ser utilizada en mayores de 15 kg de peso a una dosis de 200 ug/kg vía oral y repetirse a los 15 días. Su uso estaría indicado para el tratamiento de la sarna costrosa y para aquellos casos donde el tratamiento local empeoraría una enfermedad subyacente, como psoriasis generalizada, eccema atópico severo o epidermolisis ampollar. También podría considerarse su uso en pacientes con prótesis, yesos que cubran grandes porcentajes del cuerpo y en aquellas situaciones donde el baño posterior es dificultoso. No obstante, esta indicación no está aprobada por la FDA.

Bibliografía

- Abate H. Infecciones en jardines maternos y de infantes. TIPs. Temas de Infectología pediátrica. Programa de actualización. Buenos Aires 2010. Módulo 2 : 133-154.
- Consenso sobre Prevención de infecciones en jardines maternos y Escuelas. Arch Argent Pediatr 1997;95 (3):283-304.
- Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Segunda Edición Año 2007.
- Pediculosis y escabiosis. Comité Nacional de Dermatología Pediátrica . Arch Argent Pediatr 2001;99(1) / 69-74.
- Pediatría práctica .Arch Argent Pediatr 2009;107(2):171-174.
- Grupo de trabajo Dermatología Sociedad Argentina de Pediatría. Escabiosis. Disponible en: http://www.sap.org.ar/institucional_grupo_trabajo_dermatologia5.php
- Centers for Disease control and prevention. Scabies: medications. Disponible en: http://www.cdc.gov/parasites/scabies/health_professionals/meds.html

47. Error: No indicar tratamiento al grupo familiar de pacientes con oxiuriasis.

Fundamento: Enterobius vermicularis es un nematodo intestinal que se transmite por vía fecal-oral a través de las manos contaminadas. Es de distribución mundial y prevalece entre los niños preescolares y escolares. La larva se transforma en parásito adulto que vive en el ciego y colon. El parásito hembra migra al ano y allí deposita sus huevos en la región perineal. El síntoma más característico es el prurito anal. La repetición de la oxiuriasis se produce por contagio de otro individuo o por autoinfección .

La reinfección es elevada, por lo cual se recomienda tratamiento a los familiares directos y a los niños y a los adultos del Jardín de Infantes que están en contacto directo. Se administra una dosis de alguno de los siguientes fármacos: mebendazol 100 mg, o pamoato de pirantel 10 mg/kg hasta un máximo de 1 gr, o albendazol 400 mg. Como ninguno de los antihelmínticos destruye los huevos, es conveniente repetir la medicación dos y cuatro semanas después. Recomendar mantener las uñas cortas y las manos limpias.

Bibliografía

- Consenso sobre Prevención de Infecciones en jardines maternos y escuelas. Arch Argent Pediatr 1997;95(3).
- Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Infectología. Edición 2009.<http://www.cdc.gov/parasites/pinworm/>



ERRORES EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

48. Error: Redacción de las recetas con caligrafía ilegible que provoca equivocaciones entre medicamentos de nombres similares.

Fundamento: Con frecuencia se producen confusiones por la caligrafía ilegible de los prescriptores, por el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, por la cantidad de productos nuevos en el mercado, por los envases o etiquetas similares, por el uso clínico similar, por concentraciones similares y por las formas de dosificación.

En 2004, sólo en los Estados Unidos de América, había más de 33.000 denominaciones de medicamentos de marca registrada y 8.000 denominaciones comunes; en el mercado canadiense se estima que son unos 24.000 productos médicos terapéuticos. En la Argentina rige la ley N° 25649/2002 de genéricos. En el artículo 2° dice: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades"

Algunos ejemplos de medicamentos con similitud fonética en Argentina:

- a) AVASTIN® (bevacizumab) anticuerpo monoclonal recombinante. Se usa en el tratamiento del cáncer colorrectal. AVAXIM®: vacuna hepatitis A.
- b) AEROTINA® (loratadina): antihistamínico. AEROXINA® (claritromicina): antimicrobiano.
- c) TRU® (pamoato de pirvinio) : antiparasitario. TRU COMPUESTO® (mebendazol + tinidazol): antiparasitario.
- e) LOSEC® (omeprazol): antiácido. LASIX® (Fursemida): diurético.
- f) NASTIZOL® (isoefedrina, clorfeniramina) descongestivo. MICTASOL® (norfloxacin) antimicrobiano.

Bibliografía

- World Health Organization. The Joint Comisión. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos. mayo 2007; Vol 1. URL: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/lasa/pdf/soluciones_4a7.pdf
- Ley N° 25649/2002. Genéricos URL: <http://www.anmat.gov.ar/fna/25649.asp>
- Valsecia M, Figueras A. La seguridad de los medicamentos. PRONAP. Módulo 1. 2009: 8-25.

49. Error: No verificar el nivel de comprensión de las prescripciones por parte del paciente y/o familia. Utilizar técnicas de comunicación inadecuadas.

Fundamento: En la atención del paciente en la consulta ambulatoria, el pediatra indica oralmente o por escrito, cuál es el tratamiento a seguir, exámenes complementarios y/o

controles posteriores. La madre necesita tener muy claro: ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿cuánto? y ¿por qué? darle el tratamiento. El profesional debe cerciorarse acerca de la comprensión de la madre o el cuidador que acompañan al niño. Cuando se realiza una prescripción telefónica de medicamentos, se debe ser cauto respecto a la comprensión de la dosis indicada, ya que puede suceder que el profesional hable de mililitros o centímetros cúbicos y la madre no sepa a qué se refiere.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Manual de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI), Washington, D.C, 2005, pag: 177-184.

50. **Error:** Insuficiente comprensión de los problemas del paciente por parte del profesional por desconocimiento de la idiosincrasia y cultura de los distintos grupos poblacionales.

Fundamento: No se comparten los mismos códigos lingüísticos en torno al sentido y significado de las palabras; las palabras no siempre dicen lo que parecen decir (modismos); la consulta es de corta duración, incompleta semiología familiar, etc. Estas circunstancias condicionan un error de interpretación que puede llevar a un incorrecto diagnóstico y a una terapéutica equivocada.

Por ejemplo: “Ester le dice que Tomás, su niño de 11 meses, no pudo venir a los controles que usted indicó, porque tiene un **atraso**, que probablemente la repetición de sus cuadros catarrales, se deban a que el **excusado** está a una distancia que ante sus reiteradas preguntas no puede precisar más y que decidió **anucar** con la ayuda de su marido, cuando vuelva de la **desflorada**”. Usted comprende que Ester está nuevamente embarazada, que hay signos de mal trato infantil o violencia familiar y muy probablemente de abuso sexual, que todas son excusas para no realizar los controles que Tomás requiere....

Cuando en realidad Ester quiere informar que el baño está a una distancia importante de la habitación de Tomás, que toma frío y que por eso se repiten los cuadros catarrales; que ha decidido destetar al niño cuando su esposo regrese de la cosecha del algodón y que no pudo venir cuando la citó porque falleció un familiar cercano.....

Modismos: Expresión fija, privativa de una lengua, cuyo significado no se deduce de las palabras que la forman; por ejemplo, a troche y moche.

Bibliografía

- Alba JR. Comunicación gestión interna y comunicación gestión del desarrollo. Ediciones Simbioticas. Disponible en: www.edicionessimbioticas.info

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

ANALICE LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS.

1. La mamá de Pedro de 6 meses de edad lo lleva al Centro de Salud para que le apliquen las vacunas correspondientes. La persona responsable del centro de vacunación no se las aplica ya que Pedro cursa un cuadro de catarro de vías aéreas superiores y tuvo fiebre hace 48 horas. Cita a la mamá para cuando el niño haya resuelto este cuadro. ¿Es correcta la conducta de la responsable del centro de vacunación? ¿Por qué?

2. María está amamantando a Julián de un mes de edad y le diagnostican mastitis izquierda. ¿Qué le aconseja respecto a la lactancia?

3. Manuela, de 12 meses, presenta vómitos y diarrea de 48 horas de evolución. Consulta a una guardia, le administran sales de hidratación oral y vomita. ¿Cuál es la conducta a seguir?



CONCLUSIONES

En este capítulo se han presentado errores que se comenten con frecuencia durante la atención ambulatoria. Seguramente los colegas conocen muchos otros “errores frecuentes” de los que han sido testigos o protagonistas. Es importante que empecemos a ver estos errores de la práctica diaria y que los analicemos en vez de ocultarlos para evitar que se repitan. Reconocer y trabajar sobre los errores redundará en una mejor calidad de atención integral de los niños. Lucian L. Leape, profesor adjunto de la Escuela Salud Pública de la Universidad de Harvard, decía que: “Los errores pueden prevenirse diseñando nuestros sistemas de trabajo de tal manera que sean difíciles de cometer. Esta es la esencia del enfoque de sistemas para la reducción del error: poner el foco en los procesos y no en las personas”



LECTURAS RECOMENDADAS

- Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch Argent Pediatr 2001; 99(6):522-529.
- Donaldson L. La seguridad del paciente: No hacer daño. Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud 2005, Volumen 10, Número 1.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_last.htm
- Ortiz Z. Los medios y los miedos. IIE, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2007.
URL: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
- World Health Organization. Promoting safety of medicines for children, 2007.
http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Promotion_safe_med_childrens.pdf
- Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de salud de la Nación. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes”. 2007.
<http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2007/seguridad.pdf>
- Donaldson L. La seguridad del paciente: No hacer daño. Perspectivas de Salud. OPS 2005;10(1).
Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_last.htm. Visto el 4 de abril de 2011.
- Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch Argent Pediatr 2001;99(6):522-529.
- Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Nacional Salud Investiga: Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Salud Investiga. Buenos Aires. 2007.
<http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2007/seguridad.pdf> (Visto el 15 de mayo de 2011)
- Miller MR. Pediatric Patient Safety in Hospitals: A National Picture in 2000. Pediatrics 2004;113:1741-1746.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Seguridad del paciente. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.
http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_estudio_ENEAS.pdf (Visto el 2 de junio de 2011).
- Rainu Kaushal y col. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. JAMA 2001;285(16):2114-2120.
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. JAMA 1998 280(16):1444-7.

CLAVE DE RESPUESTAS

1. Pedro 6 meses: la conducta de la responsable del centro de vacunación NO es correcta ya que no existen contraindicaciones para suspender la administración de vacunas de calendario en un niño con enfermedades agudas leves, con febrícula o diarrea, que se encuentra en tratamiento con antibióticos simultáneo o que se encuentra en fase de convalecencia de enfermedades.
2. María: continuar con la lactancia mientras María cursa la mastitis. Si el dolor fuera importante e inhibiera el reflejo de bajada de leche, se aconseja comenzar con el pecho “sano” y dejar que la leche fluya de la mama afectada libremente sobre una toalla o cualquier otro paño absorbente.
3. Manuela, 12 meses: sólo se debe colocar vía EV si el paciente presenta vómitos incoercibles (4 vómitos o más en el lapso de 4 horas).
 - A) Administrar por sonda nasogástrica solución hidratante oral (SHO) por gravedad a 20 ml/kg cada 20 minutos con jeringa.
 - B) Si vomita: iniciar gastroclisis a 5 macrogotas/kg/minuto (15 ml/kg/h) durante 30 minutos. Si tolera este aporte inicial, continuar con 20 macrogotas/kg/minuto (60 ml/kg/h).

DIEZ PASOS

HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán cumplir con los siguientes pasos:

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre, inmediatamente después del nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora vida.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus hijos.
- No dar a los RN más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural a libre demanda.
- No dar a niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y referir a las madres a estos grupos.

Declaración conjunta OMS UNICEF 1989. Iniciativa Hospital Amigo 1993.

Revisión 2009 OMS UNICEF.

Adaptación Comisión Asesora LM MSN-UNICEF 2011.

SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2012

*Comprendiendo el pasado - Planificando el futuro:
Celebrando los 10 años de la Estrategia Mundial
para la Alimentación del Lactante y
Niñ@ Pequeño de OMS/UNICEF*



Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf

PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE*

La responsabilidad no siempre es de una sola persona.

La culpa esconde la verdad acerca de un error.

Las culturas deben cambiar.

Los hechos se deben documentar.

El error brinda una oportunidad de ver las debilidades en los sistemas y las personas.

Concéntrese en la prevención.

Reuna evidencia que apoye los hechos, e investigue las causas.

Preste atención cuando escuche.

El conocimiento debe compartirse.

El aprender de los errores propios y ajenos nos beneficia a todos.

Haga el esfuerzo de ver más allá de lo obvio.

Nada cambiará hasta que nosotros lo cambiemos.

Las oportunidades de encontrar soluciones se pierden si nos enfocamos en la culpa.

Una “sociedad” entre los pacientes y el equipo de salud.

El enfocarse en asignar culpa suprime la información de errores.

Piense tanto en las consecuencias desagradables como en las agradables.

Comprenda el rol de la responsabilidad.

Valore la perspectiva del paciente y su familiar.

Pregunte hasta que no pueda seguir preguntando: ¿por qué?

Por qué, por qué, por qué, por qué, por qué = cual es la causa principal?

Usted puede hacer la diferencia. Motive al equipo.

Concentrarse en la causa nos acerca a la meta de cero errores.

* Modificado por *Dra. María Luisa Ageitos de Haas D., RN y Zipperer L.*

Esta tirada de 7.400 ejemplares
se terminó de imprimir en noviembre de 2011 en



(1038) Perón 935, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
República Argentina