

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA PLATA Y GRAN LA PLATA AL INICIO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

COSTOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES PREVENIBLES EN LA INFANCIA.

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA SOCIAL Y DE SALUD MENTAL EN UNA SALA DE INTERNACIÓN CLÍNICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA.

ACTUALIZACIÓN

TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL.

SERIE DE CASOS

SOBRECARGA DE MADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA ENURESIS Y CUARENTENA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA.

SALUD DIGITAL: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA COMUNICARNOS EN MEDICINA. EXPERIENCIA DE LA OCD LUDOVICA.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

COLUMNA DE RESIDENTES

LA RESIDENCIA DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA Y SUS APORTES A LA COMUNIDAD.

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

VOL 25 #01 - JULIO 2022

SUMARIO

04 EDITORIAL ESPECIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

9 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA PLATA Y GRAN LA PLATA AL INICIO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

21 COSTOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES PREVENIBLES EN LA INFANCIA.

34 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA SOCIAL Y DE SALUD MENTAL EN UNA SALA DE INTERNACIÓN CLÍNICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA.

ACTUALIZACIÓN

42 TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL.

SERIE DE CASOS

51 SOBRECARGA DE MADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA

57 ENURESIS Y CUARENTENA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA.

62 SALUD DIGITAL: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA COMUNICARNOS EN MEDICINA. EXPERIENCIA DE LA OCD LUDOVICA.

66 COLUMNA DE ENFERMERÍA

COLUMNA DE RESIDENTES

67 LA RESIDENCIA DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA Y SUS APORTES A LA COMUNIDAD.

69 REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

STAFF

Director Ejecutivo

Hospital de Niños Sor María Ludovica

Dr. Eduardo Pucci

Presidente de Fundación Ludovica

Dr. Juan Guillermo Salas

CUERPO EDITORIAL

Comité de Gestión Editorial

Dr. Hugo Basílico

Bioq. Cecilia Girard Bosh

Dra. Miriam Pérez

Bioq. Ana Varea

Comité de Revisión de Artículos

Dra. Diana Cabanillas

Dr. Fabricio Castellano

Lic. Alejandra Dávila

Bioq. Lilitiana Disalvo

Lic. Estefanía León

Dra. María Inés Martínez

Dra. Mónica Martínez

Dr. Fernando Rentería

Dra. María Elena Ratto

Dra. Silvina Sánchez

Comité Asesor

Dr. Luis Fumagalli

Dra. Silvia González Ayala

Dr. Horacio González

Dr. Horacio Mosca

Dra. Adriana Fernández

Farm. Angélica García

Secretaría Técnica

Bibliotecaria

María Guillermina Guidoni

Diseño y Diagramación

DCV Natalia Aguerre

CONTACTO

ludovicapediatrica@gmail.com

www.fundacionludovica.org.ar

LUDOVICA PEDIÁTRICA

Vol 25 #01 – JULIO 2022 - ISSN 1514-5654

Revista científica del Hospital de Niños de La Plata Superiora Sor María Ludovica y del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) (MS/CIC PBA). Incorporada a la base de datos LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

PROPIETARIO

Fundación Hospital de Niños de La Plata.

Calle 14 N°1577 entre 64 y 65, La Plata (1900), Bs. As. Argentina.

www.fundacionludovica.org.ar - tel.: (0221) 451 8240

REGISTRO DNDA EN TRÁMITE

50° ANIVERSARIO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA “PROFESOR JUAN VICENTE CLIMENT”, SU HISTORIA.

Escribo este relato con el objetivo de que los médicos jóvenes puedan comprender los inicios del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de La Plata, con la intención de que conozcan la tesonera trayectoria profesional que llevó al Profesor Dr. Juan Vicente Climent, mi padre, a concretarla con la creación del Servicio que fue la pasión de su vida.

Un mínimo relato de su vida.

Nació en La Plata el 11 de Julio de 1917, en el seno de una familia de inmigrantes españoles analfabetos, de quienes heredó el culto al trabajo, su honestidad, humildad, responsabilidad y respeto al prójimo sin diferencias sociales. Fue prematuro y el primero de los cuatro hijos de Carmen González y Vicente Climent. Siempre recordó a los educadores que lo marcaron en su formación: la poetisa Ofelia Ocampo de Pera, su maestra de 3° grado en la Escuela N°10, que lo ayudó a confiar en su capacidad e inteligencia y el Prof. Ezequiel Martínez Estrada del Colegio Nacional, uno de los poetas más grandes de su generación. Se graduó en la Facultad de Medicina de la UNLP el 27 de noviembre de 1945, posteriormente realizó el doctorado y siempre recordó al Dr. Felipe Cieza Rodríguez (Profesor Titular de Medicina Interna). Mientras estudiaba en la facultad ayudaba a su familia, trabajando en el almacén de 48 y 19 y el Hotel de Punta Lara. En esa etapa comenzó a asistir a las funciones de Ópera y Ballet en el Teatro Argentino, uno de sus mayores placeres. Apasionado lector compraba libros con los que ampliaba su formación y llegó a tener una frondosa biblioteca literaria, además de la científica. Se casó con Esther Virginia Giovanola el 8 de mayo de 1947, maestra de la escuela primaria, que supo acompañar su actividad, reconociendo la importante función social que tenía su esposo. De esta unión nacieron sus 4 hijos: Juan Carlos, Patricia Ester, Gabriela Viviana y Claudio Sergio (todos médicos).

AUTORA:

CLIMENT, P

Correspondencia: PATRICIA ESTER CLIMENT
patriciacliment2@yahoo.com.ar

Los inicios de su actividad médica y docente

Comenzó su actividad profesional como Médico clínico en el Dispensario de la Asistencia Pública y en poco tiempo se orientó hacia la Pediatría. El Dr.

Juan José Crico, Jefe de la Sala II del Hospital de Niños le facilitó sus inicios en la Pediatría. Se inició como Médico Concurrente ad-honorem en 1945 en el Hospital de Niños de La Plata y en 1950 ingresó a la Carrera Médica hospitalaria. Complementó la actividad asistencial con la docente con el convencimiento de que ambas eran inseparables, comenzando la Carrera docente en 1950, fue Docente Autorizado de la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (1955), Profesor Adjunto de la Cátedra de Pediatría (1963), llegando a Profesor Titular en 1977. Profesor Titular Interino de la Cátedra de Puericultura de la Escuela de Obstetricia de la UNLP de 1956 a 1963. Más tarde fue designado Profesor Emérito de Pediatría por la FCM de la UNLP (24/06/88). Disfrutaba de compartir sus avances asistenciales dictando conferencias en distintos puntos del país sobre temas de interés pediátrico en Cursos de postgrado, Jornadas y Congresos a partir del año 1954 y sobre temas neonatales a partir de 1962, siempre documentadas con su experiencia asistencial e incontables diapositivas de sus pacientes y presentando las últimas actualizaciones científicas internacionales. Recibió el Premio Schweitzer (1955), otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P) por el trabajo "Nefrosis lipoidea, experiencia clínica" y en 1962 el premio 25° Aniversario de la S.A.P. por el trabajo "Megaduodeno congénito en el recién nacido".

La Investigación en la Sala V de Lactantes, el germen del Servicio de Recién Nacidos.

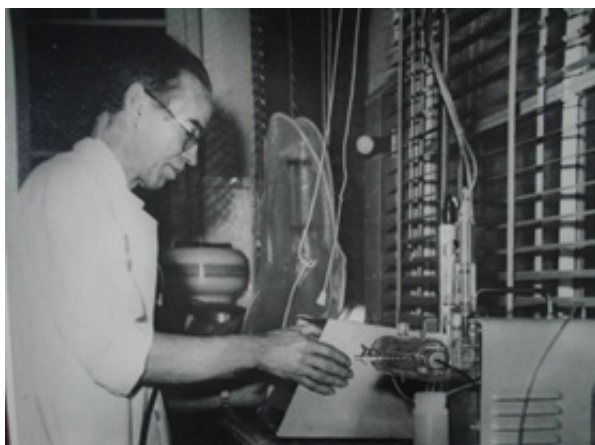
En la puerta de la Sala V mi padre dejó explícitos los pilares de toda su vida profesional: Asistencia- Investigación- Docencia.

En 1957 obtuvo por concurso el cargo de Jefe de la Sala

V del Servicio de Lactantes. Fue allí, en el fondo de la Sala V, donde se inició la atención de Recién Nacidos. La altísima mortalidad neonatal le generó un gran desafío y estimuló su pasión por la investigación. En 1960 fue becado por la Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Bs As (CICPBA) durante un año, para el estudio de las Neumopatías del Lactante, permaneciendo 8 meses en la Clínica Gaslini, dependiente de la Universidad de Génova, bajo la dirección del Prof. Dr. Giovanni Toni y visitó los Servicios de Pediatría y de Prematuros de Ginebra, Berna, Zúrich, Basilea, Viena, Zagreb, París y Barcelona. En su estadía en Europa se interiorizó de los lineamientos de organización para el Servicio de Recién Nacidos y de los programas de postgrado para la formación pediátrica y neonatológica. En 1963 comenzó su actividad como Investigador asociado de la CICPBA en Investigación clínica en Patología del Pulmón del Recién Nacido. El Dr. Isnardi de la CICPBA le otorgó una nueva Beca para visitar centros de Patología neonatal en México, EEUU y Canadá concurriendo a los Servicios de los Dres. Silverman (Nueva York), Dr. Clement Smith (Boston); Usher (Montreal); Dr. Álvarez de los Cobos (México). A su regreso en 1963 planificó una Unidad de Investigación Clínica con Laboratorio, equipos de diagnóstico en la Sala V de Lactantes.

En el año 1966 con el apoyo de la CICPBA y el aporte de la comunidad, se hizo posible la creación del sector de Terapia Intensiva Neonatal con el mínimo equipamiento necesario: las primeras cuatro incubadoras, un respirador, aparato de rayos portátil y laboratorio, el germen del futuro Servicio.

Presentó sus trabajos de investigación en Sociedades científicas, Jornadas y Congresos de Pediatría y Perina-



El Laboratorio en la Sala V con equipos para Investigación.



Incubadoras Isolette y el primer respirador "Bird" Marck 8 en la Sala V.

tología. Para el año 1969 llevaba 54 trabajos presentados. La capacitación permanente del personal médico y en especial de Enfermería, eran su obsesión y la canalizó a través de la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

Era un apasionado de la cirugía neonatal. Realizó el diagnóstico de todo tipo de malformaciones quirúrgicas y presenciaba las intervenciones quirúrgicas a cualquier hora del día y de la noche. Fue un pionero en la práctica de la autopsia y la realizaba con sus discípulos cuando un recién nacido fallecía sin un diagnóstico claro. La Asistencia Ventilatoria Mecánica y el tratamiento con C.P.A.P con máscara, un avance en su época, lo convirtieron en un pionero de la Terapia neonatal. El hospital funcionando las 24 hs. y la necesidad del trabajo interdisciplinario con distintos especialistas, que en aquella época parecían una utopía, pudo concretarlo. Se rodeó de colaboradores de muy alto nivel profesional como el Dr. Santiago Gorostigue y posteriormente el Dr. Jorge Hauri (cirujanos pediátricos), Dr. Ballina y Dr. Carlos A. Torres (cardiólogos), Dr. Ziziemsky (neurólogo), Dr. Guillermo Raglia (neurocirujano), Dr. Brusés y Dr. Francisco Unchalo (radiólogos), Dr. Gregorio Stern (endoscopista), Dr. Oscar Vidal (hematólogo); Dr. A. Actis Dato y Dr. Sarrallet (bioquímicos), Dr. Castellano (cirujano de tórax).

El Servicio de Recién Nacidos creado 27 de septiembre de 1972 y su obsesión: la asistencia médica continua.

El Dr. Climent como Encargado de Docencia del Hospital de Niños de LP creó mediante una intensa y perseverante gestión la Residencia de Pediatría en el año 1968 y posteriormente la Residencia de Neonatología en 1974.

En octubre del año 1970 el 60% de los niños internados eran menores de 1 año y el 90% de los fallecidos eran de ese grupo. Debido a esta realidad asistencial, la Zona Sanitaria Capital decidió incrementar el número de camas para lactantes. Se tomó la decisión de trasladar el Pabellón de Lactantes a los 3 pisos donde funcionaba hasta ese momento el Pabellón de Infectocontagiosas, y este último pasó a ocupar el espacio de las Salas V y VI de Lactantes. El Servicio de Recién Nacidos se construyó en el 1° piso.

Se describe la concepción original del Servicio de Recién Nacidos del Profesor DR. JUAN VICENTE CLIMENT:

La planta contaba con capacidad para 26 recién nacidos internados, entre incubadoras y cunas.

El Servicio tenía las paredes con un revestimiento sin-

tético lavable, color naranja. Las divisiones entre los sectores eran de blindex y esto permitía la visión de las incubadoras desde el escritorio médico y el confort de enfermería. Mesadas de acero inoxidable y muebles bajo mesada color naranja. Contaba con un pasillo exterior con blindex que permitía ver toda la sala. Había un circuito cerrado de TV y cámaras que giraban lentamente mostrando las incubadoras y los niños internados, con pantallas en la recepción del servicio y el pasillo central de la sala. Se instaló un sistema de oxígeno central y un grupo eléctrico.

Se organizó en 4 divisiones: ASISTENCIAL, DOCENTE, INVESTIGACIÓN, ADIESTRAMIENTO.

1) DIVISIÓN ASISTENCIAL: Asistencia de niños menores de un mes. La planta dividida en islas Asistenciales, dedicadas a Cuidado Intensivo, Alto riesgo, Quirófano para prácticas invasivas, Cuidado intermedio, Prealta y una zona dedicada a Consultorio Externo. Los pacientes eran asistidos por el Jefe de Servicio Climent J.V., 3 médicos full-time: Dra. Itarte H., Dra. Larrañaga S., Dra. Rodríguez N., además de 2 residentes de la especialidad, un Jefe de residentes, 1 hematólogo y 1 bioquímico. El Consultorio Externo permitía el seguimiento de pacientes egresados y algunos ambulatorios que no requirieran internación. Contaba además con Unidad de Transporte para pedidos de derivación.

Contaba con Sala Esterilización con Autoclave, lavador ultrasónico para biberones y material quirúrgico. Sala de preparación de alimentos con heladera de acero inoxidable con refrigeración hasta 20 grados bajo cero, Sala de radiología con un aparato portátil de alta complejidad y zona de revelado de Rx., Sala para electroencefalografía, electrocardiografía; Laboratorio para análisis de medio interno, hematología y clínicos.

2) DIVISIÓN DOCENCIA: El servicio integraba la Unidad de Pediatría, que instruía alumnos de 5° y 6° años de la Facultad de Medicina UNLP. Además, se incluyó la formación de posgrado de residentes y rotantes del interior del país que deseaban instalar salas semejantes. Curso anual de la Especialidad. Como personal docente el Dr. Climent como Profesor adjunto y 4 docentes: Dra. Herminia Itarte, Dra. Susana Larrañaga, Dr. Pérez Alzueta y Dra. Adela Rodríguez.

3) DIVISIÓN INVESTIGACIÓN: Se realizaba sobre material clínico y de necropsia de pacientes internados, era efectuada por profesionales del cuerpo estable o becarios de la Universidad bajo la dirección del Jefe de Servicio. La

Patología Pulmonar del Recién Nacido, las Infecciones intra y extrahospitalarias y temas nutricionales, fueron los temas principales de Investigación, se utilizaba para ello instalación de Oxígeno central, 17 incubadoras, 2 respiradores "Bird" Mark 8, Laboratorio con medición de pH y medio interno, un equipo de Rx portátil "Toshiba" y Anatomía Patológica. Además, incluía Laboratorio con técnicas de Inmunolectroforesis y estufa de cultivos para el sector de Bacteriología. Autoclave modular, aire acondicionado y equipo eléctrico.

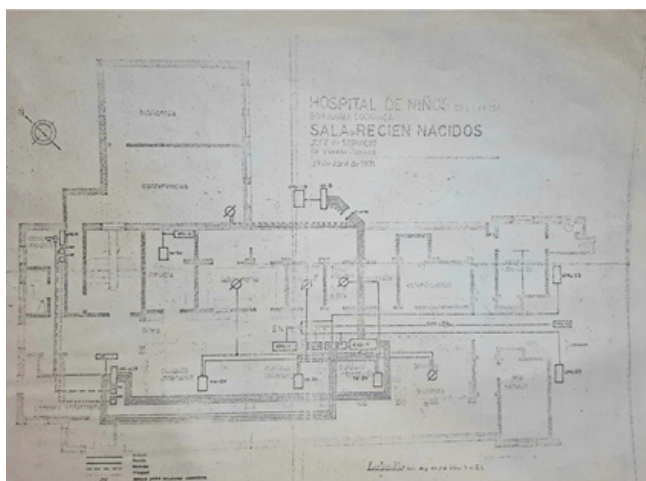
3) DIVISIÓN TÉCNICA: Secretaría, Biblioteca con 800 volúmenes, Sala de reuniones, Laboratorio, Audiovisual.

4) DIVISIÓN ADIESTRAMIENTO: Comprendía a los futuros investigadores y docentes, además de enfermeras, cuya formación estaba bajo la supervisión del Jefe de Servicio. Aquellos que deseaban formarse para realizar asistencia o investigación debían cumplir, con un pasaje por dichas unidades, para luego ingresar a la asistencia o a la elaboración de planes de investigación, iniciar proyectos o tesis de doctorado.

Fomentó la alimentación con leche humana y solía salir en su Estanciera verde con algún colaborador para recolectar la leche de las donantes, estimulando trabajos de investigación relacionados su poder antiinfeccioso.

Fue padrino de 7 Tesis de doctorado de 1963 a 1973. Colaboró con materiales para 33 tesis doctorales en toda su trayectoria docente.

En el año 1974 el Profesor Juan Vicente Climent creó la Residencia de Neonatología, a la cual ingresaron los primeros 3 residentes: Ernesto Alda, María del Carmen Cobas y Daniel Jait.



Plano original del Servicio de Neonatología, tomado del Proyecto del Profesor Dr. Juan Vicente Climent



Día de inauguración del Servicio (27/09/72)

El 11 de julio de 1977, en plena dictadura, al cumplir 60 años, mi padre llegó como cada mañana y la empleada de Personal le dijo: "Dr. No es necesario que firme la planilla, Ud., está jubilado a partir del día de hoy." Su exilio de su querido Servicio fue un golpe muy duro, encontrándolo con lucidez y gran capacidad de trabajo. Continuó con su actividad docente hasta los 65 años, siendo Profesor Titular interino y fue nombrado Consultor del Servicio de Neonatología en 1978, siendo director del hospital el Dr. Francisco Unchalo.

Recibió múltiples reconocimientos: Ciudadano Ilustre de la ciudad de La Plata, Profesor Emérito de la Cátedra de Pediatría de la FCM de la UNLP en 1988, recibió el Premio al Médico en el año 1982 y Maestro de la Medicina en 2002 por el Colegio de Médicos Distrito I.

El Servicio de Neonatología del Hospital de Niños lleva su nombre desde el 2 de diciembre de 1996, por la gestión de la Prof. Dra. Herminia Itarte de Scasso siendo Jefe del Servicio de Neonatología, con motivo de su reinauguración para el 25° aniversario. La Dra. Itarte organizó un acto de enorme reconocimiento, con la presencia del Dr. Alfredo Larguía y del Ministro de Salud Dr. Juan José Mussi. El logo del Servicio fue diseñado por su nieto Patricio Plaza a los 11 años, lo que fue vivido con mucha alegría y profunda emoción por toda la familia. Mi padre vivió con emoción ese homenaje y su mayor orgullo fue que el Servicio llevara su nombre.

Siempre recordaba a sus discípulos que continuaron la tarea en su querido Servicio y a los que crearon servi-

cios de Neonatología diseminados en distintos puntos del país.



25° Aniversario, en el que se impuso su nombre al Servicio de Neonatología

En su discurso el día de la inauguración del Servicio, el Dr. Juan Vicente Climent comenzó con estas frases que reflejan sus más fuertes convicciones: *"El Derecho al trabajo, el derecho a la salud, el derecho a la educación, constituyen derechos fundamentales de todo ser humano. El hospital inaugura un Servicio de Recién Nacidos en un acto simbólico que intenta reflejar toda una trayectoria que se ha hecho intangible a través de los años. La vida de un hombre o de una generación no tiene significado, sino por las obras y las ideas que la animaron"* *"La creación de un Servicio de tan alta complejidad sólo es posible cuando un hospital tiene la maduración que le permite por su riqueza humana enfrentar la lucha que significa la asistencia médica continua a todos los niveles. A este grado de perfección se ha podido llegar por la capacitación técnica del personal médico y paramédico obtenida a través de la Cátedra de Medicina Infantil y por la posibilidad de que la asistencia continua sea una realidad mediante el sistema de Residencias Médicas incorporado desde el año 1968."*

Este pequeño y apasionado gran hombre se constituyó en uno de los pilares de la Neonatología de nuestro país por lo que es considerado como Maestro de la Medicina y uno de los Padres de la Neonatología en la Argentina.

Profesora Titular Cátedra de Pediatría "A" UNLP.
Ex Jefa de la Sala de Docencia e Investigación
H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA PLATA Y GRAN LA PLATA AL INICIO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 expuso a los trabajadores de salud a una enorme exigencia y presión en su labor cotidiana. **Objetivo:** Evaluar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19 y su asociación con características personales, laborales, sentimientos, experiencias y conductas relacionadas a la pandemia. **Materiales y métodos:** Estudio analítico de corte transversal. Durante el mes de junio del 2020 se enviaron formularios vía e-mail y redes sociales a trabajadores de la salud del sector público de La Plata y Gran La Plata. Se evaluó el nivel de depresión, ansiedad, y estrés mediante el cuestionario DASS-21. Se relevaron variables personales, laborales, sentimientos, experiencias y conductas vinculados a la pandemia. Se analizó la asociación entre las características de los trabajadores y la presencia de síntomas psicológicos mencionados. **Resultados:** Participaron 515 trabajadores, 41 años (33;50), 83,3% femenino. El síntoma psicológico más frecuente fue el estrés (58,2 %), seguido por ansiedad (33,1%) y depresión (24,7%). Se hallaron mayores chances de presentar estos síntomas en trabajadores que percibieron sentimientos, experiencias y conductas negativas vinculados a la pandemia. Los trabajadores de enfermería y administración, y aquellos que convivían con personas de riesgo tuvieron mayores chances de presentar ansiedad. **Conclusión:** Los trabajadores de salud de La Plata y Gran La Plata presentaron diversos grados de depresión, ansiedad y estrés que se asocian a sentimientos negativos relacionados con la pandemia.

AUTORES:

Padula M¹,
Fotia Perniciaro L¹,
Carrera Ramos P¹,
Fasano V²,
Varea A²,
Méndez I¹

¹ Residencia post Básica Investigación en Salud Pública y Epidemiología.

² Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) "Prof. Dr. Fernando Viteri"; H.I.E.P. "Sor María Ludovica" La Plata / Comisión de Investigaciones Científicas (CIC).

Correspondencia: MARCELA PADULA:
padula.marcela@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

depresión, ansiedad, estrés, pandemia, personal de salud

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic exposed health workers to enormous demands and pressure in their daily work. **Objective:** To evaluate the level of anxiety, depression and stress in health workers during the COVID-19 pandemic and its association with personal and work characteristics, feelings, experiences, and behaviors related to the pandemic. **Materials and methods:** Cross-sectional analytical study. During the month of June 2020, forms were sent via e-mail and social networks to health workers in the public sector of La Plata and Gran La Plata. The level of depression, anxiety, and stress was evaluated using the DASS-21 questionnaire. Personal and work variables, feelings, experiences and behaviors linked to the pandemic were surveyed. The association between the characteristics of the workers and the presence of the aforementioned psychological symptoms was analyzed. **Results:** 515 workers participated, 41 years old (33;50), 83.3% female. The most frequent psychological symptom was stress (58.2%), followed by anxiety (33.1%) and depression (24.7%). Greater chances of presenting these symptoms were found in workers who perceived negative feelings, experiences and behaviors linked to the pandemic. Nursing and administration workers, and those who lived with people at risk had a higher chance of presenting anxiety. **Conclusion:** Health workers from La Plata and Gran La Plata presented varying degrees of depression, anxiety, and stress that are associated with negative feelings related to the pandemic.

KEYWORDS:

depression, anxiety, stress, pandemic, health personnel.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del brote de la pandemia por COVID-19, los trabajadores de salud se han enfrentado a una enorme exigencia y presión en su labor cotidiana debido a la exposición a un alto riesgo de contagio, al exceso de trabajo que implica la atención de los pacientes en situaciones de saturación del sistema sanitario, a una inadecuada protección contra la infección, frustración, aislamiento, discriminación, agotamiento y falta de contacto con sus familias ^{1,2}.

Se ha señalado con anterioridad, que la incertidumbre y falta de conocimiento que genera el surgimiento de un nuevo brote a nivel mundial, con inciertas consecuencias de alcance potencialmente mortal, desafían las herramientas y a los trabajadores de la salud lo que puede contribuir con el estrés laboral ³. Sumado a esto, durante esta pandemia, han sido testigos del contagio y fallecimiento tanto de compañeros como del deceso de pacientes en la soledad, así como víctimas de agresión y estigmatización social ⁴⁻⁶.

Estudios realizados en diversas partes del mundo, han revelado que esta situación puede provocar en los trabajadores de la salud, respuestas psicoló-

gicas que generan sufrimiento, tales como estrés, ansiedad, depresión, miedo, angustia, insomnio, ira, incertidumbre, síntomas de estrés postraumático, negación y aumento de consumo de sustancias, afectando la atención, la comprensión y la toma de decisiones ⁷⁻¹⁰.

Las alteraciones de la salud mental en trabajadores sanitarios se han asociado a la exposición al SARS-CoV-2, a la preocupación por la infección y por ser una posible vía de contagio para otros ⁵.

Conocer el estado de salud mental de los trabajadores de la salud en pandemia podría ser útil para diseñar estrategias acordes de tratamiento, así como la planificación de políticas de prevención y promoción, que puedan implementarse en el caso de presentarse una nueva crisis sanitaria. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de depresión, ansiedad y estrés y su asociación con características personales, laborales, sentimientos, experiencias y conductas, en trabajadores de salud de la ciudad de La Plata y Gran La Plata, durante los primeros meses de la crisis sanitaria y aislamiento obligatorio por la pandemia de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y muestra: Se realizó un estudio analítico de corte transversal. El muestreo fue por conveniencia. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario autoadministrado, mediante un formulario de Google que fue enviado vía e-mail y por redes sociales a trabajadores que se encontraban desempeñando labores profesionales o no profesionales en hospitales, unidades sanitarias y otras instituciones del sistema público de salud de La Plata y Gran La Plata. Los formularios se enviaron durante el mes de junio de 2020 y se aceptaron todas las respuestas remitidas hasta el 31 de julio de 2020.

Variables: Se midieron las siguientes variables:

Síntomas psicopatológicos:

- Depresión, ansiedad y estrés: Se evaluó la presencia y nivel de depresión, ansiedad y estrés mediante el cuestionario DASS 21. La escala de depresión evalúa disforia, desesperanza, devaluación de la vida, autodesprecio, falta de interés/implicación, anhedonia e inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autonómica, los efectos sobre el músculo esquelético, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés es sensible a los niveles de excitación crónica inespecífica, evaluando la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y la facilidad para enfadarse/agitarse, irritarse/reaccionar excesivamente e impaciencia ¹¹⁻¹⁴. De acuerdo al puntaje obtenido (rango 0 a 42) se categorizó en:
 - Depresión normal (0-9), depresión leve (10-12), depresión moderada (13-20), depresión severa (21-27) y depresión extremadamente severa (28-42).
 - Ansiedad normal (0-6), ansiedad leve (7-9), ansiedad moderada (10-14), ansiedad severa (15-19) y ansiedad extremadamente severa (20-42).
 - Estrés normal (0-10), estrés leve (11-18), estrés moderado (19-26), estrés severo (27-34) y estrés extremadamente severo (35-42).

- Personales: Sexo, edad, estado civil, nivel educativo, uso de psicofármacos y convivencia con menores de 16 años y/o personas de riesgo (adultos mayores, embarazadas y/o personas que presentaran comorbilidades). También se relevó la presencia de factores de riesgo personales de manifestaciones severas de enfermedad por COVID-19: enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, EPOC/asma, inmunodeficiencias (cáncer, HIV, trasplante de órgano).

- Laborales: Institución de trabajo, antigüedad (años), cantidad de horas de trabajo, trabajo en otras instituciones, contacto con pacientes con COVID-19 y la profesión o área de trabajo.

- Sentimientos, experiencias y conductas vinculadas a la pandemia: Se indagó la autopercepción de soledad, aburrimiento, encierro, incertidumbre, confusión o malestar por exceso de información, aislamiento, miedo al contagio, estigmatización e injuria moral, así como hábitos asociados a conductas impulsivas (consumo de alcohol y tabaco). Además, se incluyó una pregunta abierta para que los participantes pudieran expresar otros sentimientos o preocupaciones vinculados a la pandemia.

Análisis estadístico: El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico R versión 4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Las variables cuantitativas fueron estudiadas para normalidad mediante el test Kolmogorov-Smirnov y se informan como media \pm desvío estándar o mediana (IQR: rango intercuartílico) según corresponde. Las variables cualitativas se informan como frecuencia y porcentaje.

Los niveles de depresión, ansiedad y estrés se agruparon y se clasificaron de forma dicotómica en trabajadores con nivel normal y trabajadores con algún nivel de depresión, ansiedad y estrés (leve, moderado, grave o muy grave). Se utilizó el test de Fisher o Chi-cuadrado para analizar la asociación entre la presencia de depresión, ansiedad y estrés con las características personales, laborales y sentimientos relacionados a la pandemia y mediante regresión logística se calculó el OR; (95% IC). En todos los casos se consideró significativo un p-valor $< 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (C.I.R.P.I.) del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata. El formulario enviado contó con información clara de los alcances y objetivos del estudio y una carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se registraron 515 respuestas al formulario online. La mediana de edad de los participantes fue de 41 años (33;50). La encuesta fue contestada mayoritariamente por mujeres (83,3%).

El 46,4% desempeñaban sus labores en el H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", mientras que el resto se distribuyó en hospitales zonales e interzonales (de agudos

y crónicos) y en centros de salud de la ciudad de La Plata y Gran La Plata. Las características personales y laborales de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1:
Características personales y laborales
de los trabajadores del sector público de salud
de La Plata y Gran La Plata (n=515)

VARIABLE	PORCENTAJE (n)
CARACTERISTICAS PERSONALES	
Edad (años)*	41 (33; 50)
Sexo	
Femenino	83,3 (429)
Masculino	16,3 (84)
No contesta	0,04 (2)
Estado civil	
Casado/unido	52,6 (271)
Separado/divorciado	13,6 (70)
Soltero	32,4(167)
Viudo	1,4 (7)
Vive acompañado	83,1 (428)
Vive con personas de riesgo para COVID19	19,4 (100)
Posee al menos un FR para COVID-19 severo	20,0 (103)
Enfermedad cardiovascular	2,5 (13)
Hipertensión arterial	7 (36)
Obesidad	4,7 (24)
Diabetes mellitus	2,1 (11)
EPOC/Asma	6,8 (35)
Inmunodeficiencia (Cáncer, HIV, Trasplante)	1,2 (6)
Toma psicofármacos	12,6 (65)
CARACTERISTICAS LABORALES	
Lugar de trabajo	
HIAEP† "Sor María Ludovica"	46,4 (239)
HIGA† "General San Martín"	10,7(55)
HIEAyC‡ "Dr. Alejandro Korn"	5,4 (28)
HZGA* "San Roque"	4,9 (25)
HIGA† "Dr. Rodolfo Rossi"	4,5 (23)
HZGA† "Dr. Horacio Cestino"	3,3 (17)
HIEAyC‡ "San Juan de Dios"	2,3 (12)
HZGA* "Dr. Ricardo Gutiérrez"	2,1 (11)
HZGA* "Dr. Mario V. Larraín"	2,1 (11)
Unidades Sanitarias (Berisso, Ensenada, La Plata)	3,7(19)
Contacto con pacientes	80,4 (414)
Trabaja en otra institución sanitaria	45,6 (235)
Antigüedad†	10 (5; 20)
Trabaja más de 8 horas	24,7 (127)
Área/actividad de trabajo	
Médico/a	42,7 (220)
Enfermero/a	18,3 (94)
Personal administrativo	8,9 (46)
Otros	26,6 (137)

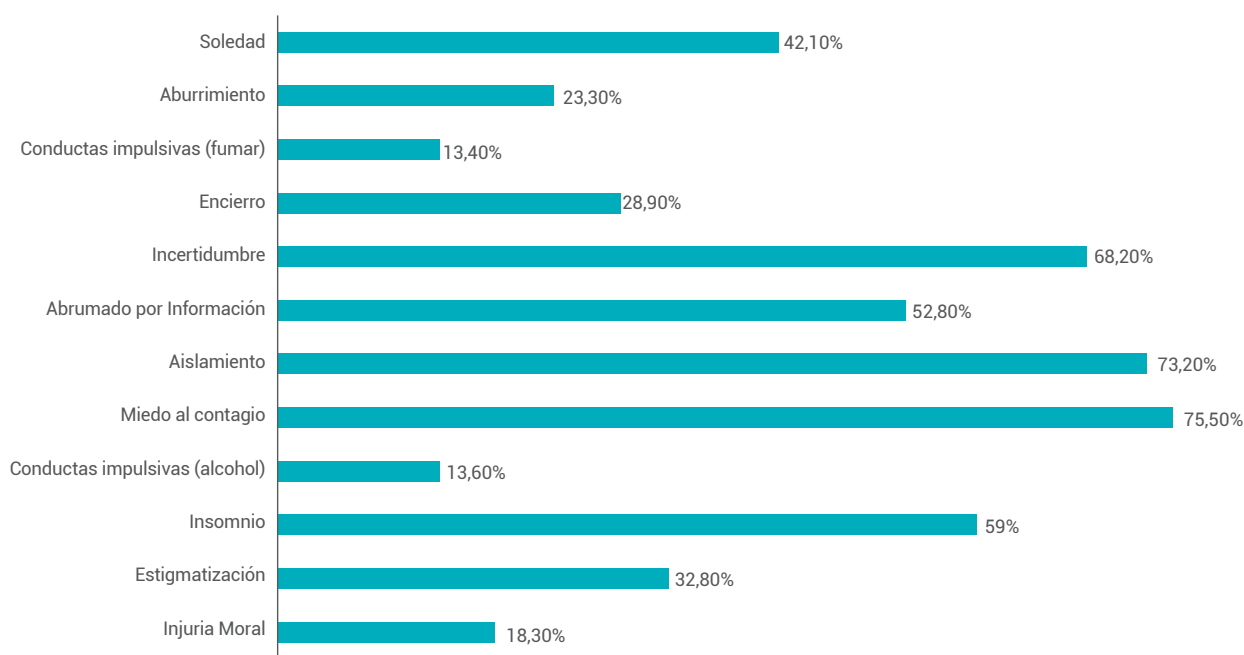
* mediana e intervalo intercuartílico (IQR) **

† HIAEP: Hospital Interzonal de Agudos
Especializado en Pediatría

* HIGA: Hospital Interzonal General de Agudos

Más del 70% de los trabajadores refirieron experimentar miedo al contagio y sentimientos de aislamiento. También se hallaron frecuencias elevadas de sentimientos de incertidumbre e insomnio. Por el contrario, los hábitos asociados al aumento de consumo de cigarrillos y de alcohol fueron los reportados con menor frecuencia (Gráfico 1).

GRÁFICO 1: Porcentaje de trabajadores que experimentaron sentimientos, experiencias y conductas vinculados a la pandemia.



Por otra parte, el 40,5% de los participantes expresaron otros sentimientos y preocupaciones siendo las más frecuentes las relacionadas con la economía tanto a nivel personal, familiar y del país (31,1%) y con la disponibilidad de elementos de protección personal (EPP) y la adherencia a protocolos (21,0%).

Los resultados de los niveles de depresión, ansiedad y estrés medidos con la escala DASS 21 se presentan en la Tabla 2. La mayoría de los encuestados presentó niveles normales para las tres categorías.

Tabla 2:: Nivel de depresión, ansiedad y estrés de los trabajadores del sector público de salud de La Plata y Gran La Plata. Escala DASS 21

SÍNTOMA	CATEGORÍAS % (N)				
	Normal	Leve	Moderada	Grave	Extremadamente grave
Depresión	75,3 (388)	10,9 (56)	9,3 (48)	2,1 (11)	2,3 (12)
Ansiedad	67,0 (345)	6,8 (35)	14,6 (75)	4,9 (25)	6,8 (35)
Estrés	48,2 (248)	29,9 (154)	14,2 (73)	5,4 (28)	2,3 (12)

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis de la relación entre depresión, ansiedad y estrés, y las características personales y laborales. Se halló que los trabajadores con edad mayor a la mediana (41 años) presentaban una disminución pequeña pero significativa de chances de presentar algún nivel de estrés [OR=0,97(0,95; 0,99)], mientras que los trabajadores masculinos mostraron menores chances de presentar ansiedad [OR=0,38 (0,21; 0,68)] y estrés [OR=0,54(0,33; 0,87)]. La convivencia con personas de riesgo se asoció a un aumento en las chances de ansiedad [OR=1.80 (1.15; 2.81)] mientras que aquellos que tenían otro trabajo presentaron menores chances. Comparado con el personal médico, se halló un aumento en las chances de ansiedad en enfermeros y el personal administrativo.

Tabla 3: Asociación entre depresión, ansiedad y estrés y características personales y laborales de los trabajadores del sector público de salud de La Plata y Gran La Plata

VARIABLE	ALGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN		ALGÚN NIVEL DE ANSIEDAD		ALGÚN NIVEL DE ESTRÉS	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Edad > 41 años	0,98	(0,96; 1,00)	0,98	(0,96; 1,00)	0,97	(0,95; 0,99)
Género (M)	0,80	(0,37; 1,20)	0,38	(0,21; 0,68)	0,54	(0,33; 0,87)
Vive acompañado	0,63	(0,39; 1,06)	1,56	(0,93; 2,70)	0,95	(0,60; 1,52)
Convive con personas de riesgo	0,96	(0,57; 1,57)	1,80	(1,15; 2,81)	1,51	(0,97; 2,36)
Posee factores de riesgo COVID 19	1,11	(0,67; 1,80)	1,31	(0,83; 2,04)	0,93	(0,61; 1,44)
Atiende en hospital pediátrico	0,81	(0,54; 1,21)	0,84	(0,58; 1,22)	0,76	(0,53; 1,07)
Contacto con pacientes	1,06	(0,65; 1,80)	1,02	(0,65; 1,63)	1,02	(0,66; 1,57)
Posee otro trabajo	0,71	(0,47; 1,07)	0,51	(0,35; 0,74)	0,83	(0,59; 1,18)
Antigüedad menor a 10 años	1,17	(0,79; 1,76)	1,38	(0,95; 2,00)	1,26	(0,89; 1,78)
Trabaja más de 8 horas	0,93	(0,57; 1,47)	1,00	(0,65; 1,53)	0,97	(0,65; 1,44)
Área de trabajo						
Médico/a	1		1		1	
Enfermero/a	1,26	(0,71; 2,21)	3,37	(1,99; 5,77)	1,24	(0,75; 2,07)
Administrativo/a	1,10	(0,51; 2,28)	2,60	(1,33; 5,12)	1,10	(0,57; 2,12)
Otra	0,92	(0,57; 1,49)	0,98	(0,62; 1,57)	0,87	(0,58; 1,30)

OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza

Todos los sentimientos, experiencias y conductas vinculadas a la pandemia relevados se asociaron a mayores chances de presentar algún nivel de depresión, ansiedad o estrés, excepto las conductas relacionadas con beber más de lo habitual que se halló significativamente asociada solo a mayores chances de estrés [OR=1,96 (1,17; 3,38)].

Entre los sentimientos, experiencias y conductas autopercibidas, vinculadas a la pandemia, la soledad y el insomnio se asociaron con mayor fuerza a presentar algún nivel de depresión y ansiedad, mientras que insomnio e injuria moral se asociaron con algún nivel de estrés. Tabla 4.

Tabla 4: Asociación entre depresión, ansiedad y estrés y sentimientos y experiencias vinculados a la pandemia.

VARIABLE	ALGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN		ALGÚN NIVEL DE ANSIEDAD		ALGÚN NIVEL DE ESTRÉS	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	IC 95%)
Soledad	5.26	((3.41; 8.25)	3.49	(2.39; 5.15)	3.11	(2.17; 4,51)
Aburrimiento	2.95	(1.90; 4.58)	1.71	(1.12; 2.61)	2.33	(1.53; 3,62)
Hábitos						
tabaco	3.67	(2.07; 6.52)	2.44	(1.41; 4.25)	1.89	(1.09; 3.32)
alcohol	1.56	(0.88; 2.69)	1.67	(0.99; 2.79)	1.96	(1.17; 3.38)
Encierro	1.81	(1.18; 2.76)	1.57	(1.05; 2.33)	1.98	(1.35; 2.95)
Incertidumbre	2.42	(1.51; 4.03)	2.96	(1.91; 4.71)	2.49	(1.71; 3.67)
Abrumado por Información	2.62	(1.72; 4.06)	2.71	(1.84; 4.01)	2.27	(1.60; 3.25)
Aislamiento	1.79	(1.10; 2.98)	1.91	(1.23; 3.03)	2.60	(1.74; 3.92)
Miedo al contagio	1.63	(1.00; 2.76)	3.33	(2.02; 5.73)	2.74	(1.81; 4.21)
Insomnio	4.25	(2.64; 7.10)	4.89	(3.18; 7.72)	5.17	(3.54; 7.62)
Estigmatización	2.50	(1.66; 3.79)	2.99	(2.03; 4.41)	2.33	(1.60; 3.43)
Injuria moral	2.35	(1.44; 3.81)	3.46	(2.17; 5.57)	3.44	(2.08; 5.89)

OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza

DISCUSIÓN

En la población encuestada en este estudio la manifestación más frecuente fue el estrés (58,2%), seguido por ansiedad (33,1%), siendo la menos frecuente la depresión (24,7%). Las manifestaciones extremadamente graves fueron poco frecuentes, siendo la más notoria ansiedad en un 6,8% de los trabajadores. Previo a la pandemia, un estudio realizado en residentes de cardiología en Argentina, halló que un 48% poseía síntomas de depresión, así como, un mayor puntaje de estrés comparado con un grupo control ¹⁵. En trabajadores de un hospital pediátrico en Chile se reportaron síntomas depresivos en un 35% y estrés elevado en un 25% de los trabajadores ¹⁶. La diferencia en las herramientas empleadas dificulta estimar el posible impacto de la pandemia sobre la carga de estos padecimientos. Por otro lado, un estudio que aplicó la escala DASS en 1037 parteras profesionales en Australia, sumando las manifestaciones moderadas, severas y extremas, los autores hallaron un 17% de depresión, 20,5% ansiedad y 22% de estrés ¹⁷.

Durante la pandemia, es posible que la manifestación de dichos padecimientos mentales dependa de características propias de la población, el estado basal y el momento de la medición. Dos estudios realizados en abril de 2020 en trabajadores del sector salud que utilizaron la escala DASS-21 reportaron resultados diversos. En 421 profesionales de la salud españoles se hallaron frecuencias similares de estrés (46%), ansiedad (37%) y depresión (27,4%) a nuestro estudio, mientras que en Egipto y Arabia Saudita se reportó mayores frecuencias de depresión (69%), ansiedad (58,9%) y estrés (55,9%)^{18,19}.

Nuestro estudio también refleja que existen diferencias en la frecuencia de la presentación de dichos padecimientos de acuerdo a las características

personales y laborales de los trabajadores. El personal de enfermería y administrativo, adultos más jóvenes (<41 años), mujeres y aquellos que conviven con personas de riesgo tuvieron mayores chances de presentar algún nivel de ansiedad y/o estrés. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores ^{18,20}. Un estudio realizado en China que evaluó la presencia de síntomas depresivos, ansiedad, insomnio y angustia; reportó que estos síntomas fueron significativamente más graves en mujeres, personal de enfermería y trabajadores de primera línea ⁹. Según la Organización internacional del trabajo (OIT), en Argentina más de 760.000 trabajadoras sanitarias dieron pelea a la pandemia al tiempo que enfrentan mayores riesgos, desigualdades vinculadas a factores económicos, laborales y profesionales, y déficits de protección social ^{21,22}. A esta situación se suman multiplicidad de posibles causas ligadas a la construcción del rol femenino de larga data en la sociedad, previamente relevadas por otro autor ²³.

Otro hallazgo de este estudio fue que las personas que poseían otro trabajo en el ámbito sanitario presentaron menores chances de padecer ansiedad. El aspecto económico como un determinante social de la salud mental ha sido señalado como un factor de riesgo psicosocial ^{21,24}. Un alto porcentaje de participantes en nuestro estudio (40,5 %) manifestó otras preocupaciones siendo la más frecuente la economía (personal, familiar y del país), lo cual ha sido reportado en otro estudio local ². La importancia de este dato evidencia el peso que los determinantes sociales adquieren en la salud mental de la población, y el alcance que tienen particularmente en nuestro país en la actualidad ²⁵. Además, los trabajadores refirieron como otras preocupaciones la disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) y la adherencia a protocolos, coincidiendo con necesidades fundamentales manifestadas por personal sanitario de varias zonas del mundo al inicio de la pandemia ^{2,26}. En Turquía, el 75,9% de los trabajadores consideraba que las medidas protectoras eran parcialmente suficientes o insuficientes ²⁰. Esta preocupación en relación al EPP y la adherencia a protocolos, además de afectar su bienestar psicológico, podría alterar su desempeño profesional en la atención directa de los pacientes y en la toma de decisiones ⁴.

Basado en reportes previos, nuestro estudio indagó acerca de la percepción de sentimientos, conductas y experiencias negativas vinculadas a la pandemia, hallando frecuencias elevadas para la mayoría de estas afecciones. Es de destacar que todos estos sentimientos se encuentran fuertemente asociados a un aumento significativo de presentar algún nivel de depresión, ansiedad y estrés especialmente insomnio, soledad e injuria moral. Aunque no es posible determinar la relación causal entre la exposición a la pandemia y depresión, ansiedad y estrés en nuestro estudio, las asociaciones halladas consistentemente con estas percepciones subjetivas refuerzan esta hipótesis.

Entre las limitaciones de nuestro estudio es importante considerar que los datos fueron recolectados durante los meses de junio y julio de 2020 en trabajadores de La Plata y Gran La Plata. Desde entonces, la realidad en la provincia de

Buenos Aires (y del mundo) ha cambiado. Sumado a la aplicación masiva de vacunas y protocolos de seguridad, se ha garantizado la continuidad laboral de residentes de la Provincia de Buenos Aires, se han retomado las licencias y en gran medida las tareas regulares. Aún así, el impacto de la pandemia en el personal de salud a largo plazo no debe ser subestimado y requiere ser estudiado. Por otro lado, una proporción elevada de participantes del estudio trabajaba en un hospital especializado en pediatría. Este sesgo muestral podría subestimar la carga de padecimientos de los trabajadores, ya que es probable que el impacto haya sido mayor en los hospitales de adultos, donde la demanda asistencial de pacientes con COVID-19 es mayor. Sumado a esto la naturaleza transversal de nuestro estudio no permite estimar si la carga es diferente a periodos pre pandémicos, aunque establece una línea de base para futuras comparaciones.

Múltiples sociedades y organizaciones han señalado la necesidad de abordar las problemáticas relacionadas con la salud mental del personal hospitalario a causa de la pandemia por COVID-19 ²⁷⁻²⁹. Este estudio provee evidencia sobre la alta frecuencia de afecciones como depresión, ansiedad y estrés en grupos que deberían ser considerados de riesgo, como el personal sanitario. Estos padecimientos repercuten en su labor diario a la hora de tomar decisiones en los tratamientos de los pacientes. De esta manera, los resultados de este estudio resaltan la necesidad de crear dispositivos para el acompañamiento y apoyo psicosocial del personal. Discutir con el personal de salud la percepción de ciertos sentimientos, experiencias y conductas vinculadas con la pandemia podría ser útil dado su asociación con depresión, ansiedad y estrés. La gestión de políticas públicas que tengan en cuenta la importancia de la salud integral (física y mental), así como los aspectos psicosociales, podrán reducir de manera considerable el padecimiento psíquico de los trabajadores de salud antes, durante y después de una crisis sanitaria.

CONCLUSIÓN

Al inicio de la pandemia COVID-19, los trabajadores de salud de La Plata y Gran La Plata presentaron diversos grados de depresión, ansiedad y estrés que se asocian a sentimientos negativos relacionados con dicha pandemia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922.
2. Ruiz-Frutos C, Gómez-Salgado J. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2021;24(1):6-11.
3. Griffiths A, Stavroula L, Tom C. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Organización Mundial de la Salud. 2004 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42756>.
4. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020; 368:m1211.
5. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res*. 2020; 293:113441.
6. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Rev Cari Psicol* 2020;4(2):143-52.
7. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health).
8. Stuijffand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin CT, Jaques C, Elmers J et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1230.
9. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
10. Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-. *J Psychosom Res*. 2020; 133:110102.
11. Daza P, Novy DM, Stanley MA. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002; 24:195-205.
12. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: Psychology Foundation; 1995.
13. Gloster AT, Rhoades HM, Novy D, Klotsche J, Senior A, Kunik M et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *J Affect Disord*. 2008;110(3):248-259.
14. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998;10(2):176-181.
15. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry*. 2009;33(4):296-301
16. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chil*. 2015;143(1):47-55.
17. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):13.
18. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021 ;14(2):106-112.
19. Arafa A, Mohammed Z, Mahmoud O, Elshazley M, Ewis A. Depressed, anxious, and stressed: ¿What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *J Affect Disord*. 2021; 278:365-371.
20. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Tosun N, Işık O, Tengilimoğlu O. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. *Leg Med (Tokyo)*. 2021; 48:101811.
21. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Llamamiento mundial a la acción para una recuperación centrada en las personas de la crisis causada por la COVID-19 que sea inclusiva, sostenible y resiliente. OIT. Argentina 2021. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_806097.pdf.
22. Organización Internacional del Trabajo (OIT) Argentina. ONU Mujeres. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Trabajadoras de la salud: entre la emergencia sanitaria y las brechas de género. Informe técnico. OIT Argentina. 2020. Disponible en: https://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_754650/lang-es/index.htm.
23. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1999; 77(5):1061-72.
24. OPS. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias.

BIBLIOGRAFÍA:

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington DC. 2016. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
25. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):2447-2456.
26. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J, Zhang Z. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4):e15-e16.
27. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recomendaciones para equipos de salud mental en el cuidado de la salud mental de los trabajadores, profesionales y no profesionales en hospitales generales. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Mayo 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/10-COVID-19-2021-Recomendaciones-equipos-salud-mental-en-cuidado-salud-mental-trabajadores-en-hospitales%20FINAL.pdf>.
28. Naciones Unidas. Informe de políticas de las Naciones Unidas: la covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. Mayo 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf.
29. Organización Panamericana de la Salud (OPS). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Washington, D.C., 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>.

COSTOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES PREVENIBLES EN LA INFANCIA.

RESUMEN

Introducción: La infección respiratoria aguda baja, el asma y la enfermedad sibilante bronquial, la gastroenteritis y las causas externas son grupos de enfermedades agudas de posible prevención en la infancia y, en particular, de hospitalizaciones totalmente evitables. Una de las causas fundamentales del número creciente de consultas y egresos hospitalarios de estos grupos de enfermedades es la estrategia deficitaria de la promoción y prevención en salud, generando un mal uso de recursos. **Objetivo:** Describir los costos de las internaciones de niños y adolescentes por enfermedades de hospitalización prevenible en el H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata (HNLP) y como objetivo específico relacionar el costo de las hospitalizaciones prevenibles con el nivel de cobertura del seguro de salud y el lugar de residencia del paciente en el año 2015. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La población de base fueron los egresos por infección respiratoria aguda baja (IRAB), causas externas, gastroenteritis (GEA) y asma con sibilantes bronquiales recurrentes (SBR). Muestreo aleatorio estratificado de 30 pacientes por patología. Se analizaron variables costo hospitalario y cobertura del servicio de salud, utilizando los nomencladores públicos nacional, provincial y de la obra social de la Pcia. Bs. As. Los costos fueron analizados por paciente y por día de internación. **Resultados:** Los egresos por enfermedades de hospitalización prevenibles correspondieron al 41,2%. El asma fue el 16,8, las causas externas 12,2%, IRAB 7,8% y la GEA 4,4%. El 64% de los egresos de EP fueron internados en las salas de baja complejidad, el 33 % en terapias intermedias y el 3% en alta complejidad. El total de días de internación por enfermedades de hospitalización prevenible 23.123. El 72% no tenían un seguro de salud y residían en el 2do cordón del conglomerado. El valor promedio de los tres nomencladores por nivel de complejidad de un día de internación fue 212 dólares en baja complejidad, 299 dólares en complejidad intermedia y 497 dólares en alta complejidad. **Conclusión:** Hubo un alto porcentaje de egresos por enfermedades de hospitalizaciones prevenibles. La

AUTORES:

Merlino R¹,
Carruitero P².

¹ Servicio de Área Programática. Sala de Epidemiología

² Oficina de economía y gestión de la Salud. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", La Plata. Pcia Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: PATRICIA CARRUITERO
patriciabelenc@gmail.com

baja complejidad y los pocos días de internación refuerzan su previsibilidad. La baja condición socioeconómica por lugar de residencia y falta de seguro de salud son factores de riesgo asociados. Los altos costos demostrados por hospitalizaciones prevenibles pueden aminorarse con políticas certeras de promoción y prevención en salud especialmente en poblaciones vulnerables.

PALABRAS CLAVES:

prevención, atención primaria de salud, hospitalización, costos

ABSTRACT

Introduction: Acute lower respiratory infection, asthma and bronchial wheezing disease, gastroenteritis and external causes are groups of acute diseases of possible prevention in childhood and, in particular, of totally avoidable hospitalizations. One of the fundamental causes of the growing number of consultations and hospital discharges of these groups of diseases is the deficient strategy of health promotion and prevention, generating a misuse of resources.

Objective: Describe the costs of hospitalizations of children and adolescents for preventable hospitalization diseases at the "Sor María Ludovica" Children's Hospital in the city of La Plata (HNLP) and as a specific objective to relate the cost of preventable hospitalizations with the level of health insurance coverage and the patient's place of residence in 2015. **Methodology:** Retrospective cross-sectional, observational, descriptive study. The base population was discharges for acute lower respiratory infection (IRAB), external causes, gastroenteritis (GEA) and asthma with recurrent bronchial wheezing (SBR). Stratified random sampling of 30 patients by pathology. Variables hospital cost and health service coverage were analyzed, using the national, provincial and social work public nomenclators of the Pcia. Bs. As. Costs were analyzed per patient and per day of hospitalization. **Results:** Discharges for preventable hospitalization diseases were 41.2%. Asthma was 16.77%, external causes 12.2%, IRAB 7.8% and GEA 4.4%. Sixty four percent of these discharges were hospitalized in low complexity rooms, 33% in intermediate therapies and 3% in high complexity. The total number of days of hospitalization for preventable hospitalization diseases was 23,123. Seventy two percent did not have health insurance and reside in the 2nd cordon of the conglomerate. The average cost, according to the three nomenclators, per level of complexity of a day of hospitalization is \$212 in low complexity, \$299 in intermediate complexity and \$497 in high complexity. **Conclusion:** There was a high percentage of discharges for potentially preventable diseases. The low complexity and the few days of hospitalization reinforce its predictability. Low socioeconomic status by place of residence and lack of health insurance are associated risk factors. The high costs demonstrated by preventable hospitalizations can be reduced with accurate health promotion and prevention policies, especially in vulnerable populations.

KEYWORDS:

prevention, primary health care, hospitalization, costs

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria aguda baja, el asma y la enfermedad sibilante bronquial, la gastroenteritis y las causas externas son grupos de enfermedades agudas de posible prevención en la infancia y, en particular, de hospitalizaciones totalmente evitables. Los costos de estas enfermedades aumentan a medida que se saltean los niveles de complejidad de atención¹. Una de las causas fundamentales del número creciente de consultas y egresos hospitalarios de estos grupos de enfermedades es la estrategia deficitaria de la promoción y prevención en salud².

El primer eslabón luego de la auto-atención, sostenida por las condiciones de vida, es la prevención en salud, en base a la educación poblacional y la estrategia de la atención primaria de la salud (APS)³. Esta fue jerarquizada hace ya más de 40 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1978, en Alma Ata⁴. La APS es para este trabajo el punto más débil de la red de atención en relación a la hospitalización prevenible, por tener conexión directa e inmediata. Se suma a la falta de jerarquización de la APS las condiciones socioeconómicas de la población que se relaciona directamente con la falta de seguros de salud y la problemática de acceso a los centros de atención.

Uno de los primeros estudios que relacionan el aumento de hospitalizaciones con la atención primaria deficitaria en poblaciones de bajos ingresos es el estudio realizado por Billings en la ciudad de Nueva York en 1988 que compara las tasas de hospitalización entre áreas geográficas de mayores y menores ingresos donde los cuidados ambulatorios se diferencian en disponibilidad y tiempo⁵. En este trabajo se definieron tres categorías para los criterios de admisión hospitalaria, por un lado aquellas admisiones que no cambian por su atención ambulatoria adecuada, aquellas que cambian sensiblemente por atención ambulatoria adecuada "ambulatory care sensitive" (ACS) y las que necesitan cirugías específicas, que sin el cirujano especialista, no se lograrían atender. También se plantea la necesidad de profundizar el abordaje de las barreras de acceso considerándolas "cajas negras" que requieren conocimientos económicos, estructurales y culturales para entender los cuidados de salud y sus efectos en la admisión hospitalaria. En ese estudio se concluye que las barreras de acceso a la atención médica primaria son de mayor costo para aquellos usuarios que no tienen seguro de salud.

Un estudio llevado a cabo por Alazraqui M, y col. sobre las desigualdades en salud y desigualdades sociales, utiliza indicadores sociales y de salud a nivel local en el municipio de Lanús combinando métodos epidemiológicos y de referencia geográfica mostró una relación entre indicadores sociales y su distribución en vacunación en niños de edad escolar, embarazo adolescente y tumores de mama en mayores de 40 años⁶.

Es importante explicar el déficit de nuestra administración en salud en relación con las hospitalizaciones innecesarias, que deterioran la calidad de vida de la población infantil asistida y la de sus familias.

Existen muy pocos trabajos locales publicados sobre costos de hospitaliza-

ción de enfermedades prevenibles en la infancia. Gentile A. y col. estimaron el costo de internación en pacientes pediátricos con diagnóstico de Coqueluche, en el marco de la actualización de políticas de vacunación por *Bordetella pertussis*. Los resultados de la cohorte del 2010 al 2012 de pacientes con diagnóstico confirmado, mostró que los costos promedio por paciente fueron desde 1800 a 2700 dólares, correspondiendo el 96% a gastos médicos directos y el resto a gastos familiares de bolsillo o indirectos ⁷. Giglio y col. en la provincia de Jujuy, calcularon el costo total promedio asociado a días de internación por diarrea por rotavirus en la etapa previa a su vacunación, en el periodo correspondiente a el brote epidémico del año 2013, encontrando que el costo médico directo, los gastos de bolsillo y el lucro cesante sumaban un total de 650 dólares por evento ⁸. Lu y col. en Estados Unidos en el año 2006 analizaron los cargos hospitalarios de enfermedades prevenibles según *Ambulatory care sensitive condition* (ACSC) en hospitalizaciones pediátricas en 3739 hospitales de la comunidad y 45 hospitales exclusivos de pediatría, concluyendo que las enfermedades respiratorias representan el 46% de hospitalizaciones prevenibles con un gasto evitable de 1.96 billones de dólares ⁹. El objetivo de nuestro estudio es describir los costos de las hospitalizaciones de niños y adolescentes por enfermedades prevenibles en el H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata (HNLP). Como objetivo específico nos hemos propuesto relacionar el costo de las hospitalizaciones prevenibles con el nivel de cobertura del seguro de salud y el lugar de residencia del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue observacional, descriptivo, transversal de tipo retrospectivo. Se consideró como población universo al total de egresos del año 2015, de pacientes según los siguientes diagnósticos: Infección respiratoria aguda baja (IRAB), causas externas (CE), gastroenteritis (GEA) y asma con sibilantes bronquial recurrente del HNLP. Estos fueron extraídos del programa de cuasi historia clínica digital Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHEOS) y asimilados a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) ¹⁰.

Se excluyeron pacientes no hospitalizados o retenidos en emergencias fuera de sala de emergencias y a los recién nacidos hospitalizados en las salas de neonatología.

Se decidió utilizar un muestreo aleatorio estratificado de la cantidad de pacientes, dado que la población bajo estudio se puede dividir en k grupos disjuntos o estratos, donde los miembros difieren en cierta característica de interés para el estudio ¹¹.

En cuanto al tamaño muestral se eligió obtener muestras de 30 pacientes por patología, que es el número mínimo para obtener una muestra grande en términos estadísticos ¹².

Se procedió a realizar el muestreo aleatorio y se obtuvo un total de 10 muestras de 10 pacientes según complejidad y patología.

Se analizaron como variables el costo de internación hospitalaria y la cobertura del servicio de salud.

Para calcular el costo hospitalario de internación de los pacientes se utilizó el valor monetario de los siguientes nomencladores de facturación de prestaciones médicas: el "Nomenclador de Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO)"¹³, el "Nomenclador de Prestaciones Médicas y Sanatorias vigentes para IOMA"¹⁴ y el "Nomenclador para Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD)"¹⁵.

Los costos fueron analizados por paciente, aplicándose las normas de facturación establecidas, considerando en cada internación los análisis clínicos, de laboratorio, estudios complementarios, procedimientos especiales y/o quirúrgicos realizados. El monto obtenido se dividió por el número total de días de internación para obtener el costo por día para cada paciente de la muestra.

Para determinar la cobertura del servicio de salud del paciente se utilizó su documento nacional de identidad (DNI) y el de sus padres o tutores, para realizar su búsqueda en los padrones de beneficiarios de las obras sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud, del "Instituto de Obra Médico Asistencial" (IOMA), que es la obra social estatal de la provincia de Buenos Aires y del programa de salud nacional "Programa SUMAR"¹⁶⁻¹⁸, usando el criterio legal¹⁹.

Para analizar la variable cobertura del servicio de salud se decidió utilizar una segunda muestra de pacientes ampliando por tres el tamaño de la muestra original, obteniendo así muestras de 30 pacientes por diagnóstico y por nivel de complejidad. Esta segunda muestra se creó también a través de un muestreo aleatorio estratificado.

También se relevó el diagnóstico de internación, el nivel de complejidad del lugar de internación, el número de egresos hospitalarios, el número y días de internación y el lugar de residencia del paciente. Con respecto a esta última variable se diferenció entre casco urbano y periferia a través de porcentajes, y se describió mediante mapas de Google® e imágenes satelitales²⁰ el domicilio propiamente dicho.

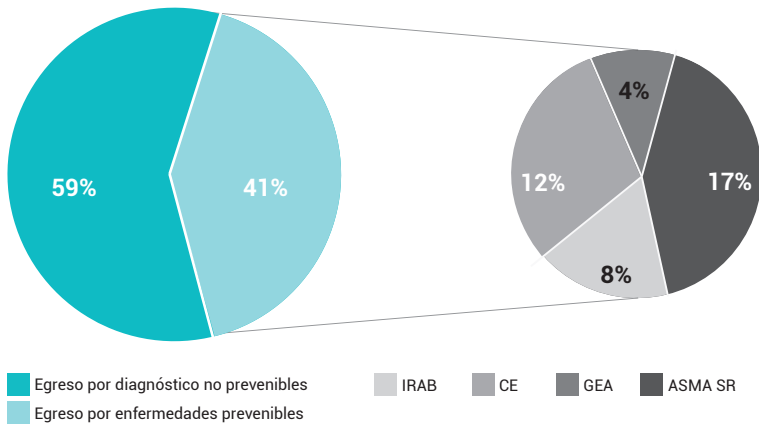
El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático Microsoft Excel.

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) de ética del HNLP en septiembre de 2017.

RESULTADOS

En el año 2015 hubo 13.500 egresos en el HNLP. De estos, 1.055 fueron por IRAB (neumonías, neumonitis, bronquiolitis, coqueluche, otras IRAB no clasificadas), 1.648 egresos por causas externas, 594 egresos por diarrea y 2.264 por asma y sibilante bronquial recurrente típico. Estos cuatro grupos de enfermedades representaron el 41,2% del total de internaciones. Gráfico 1.

GRÁFICO 1: Porcentaje de Egresos por Diagnóstico. Año 2015

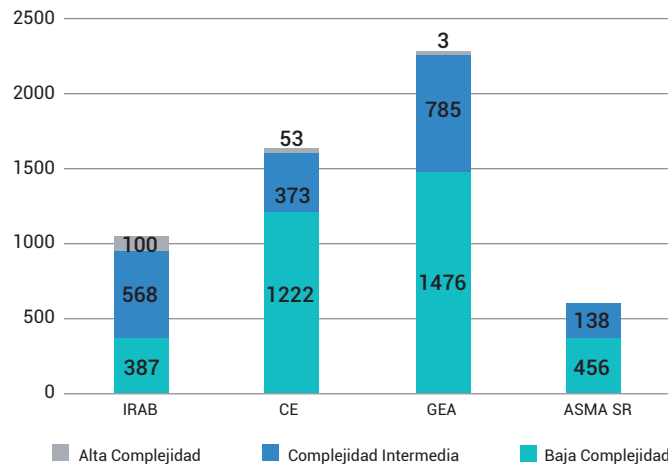


Referencias: IRAB: Infección Respiratoria Aguda Baja, CE: Causas Externas, GEA: Gastroenteritis Aguda, SR: sibilante recurrente.
Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Sala de Epidemiología del HNLP

El 64% de los egresos de las enfermedades de hospitalización prevenibles fueron internados en las salas de baja complejidad, el 33% en terapias intermedias y el 3% en salas de alta complejidad.

Los egresos por estas enfermedades durante el año 2015 demandaron al hospital un total de 23.123 días de internación. De ellos, 8.073 días correspondieron a los pacientes con IRAB, 6.133 días a los pacientes con causas externas, 7.415 días a los pacientes con asma y enfermedad sibilante y 1.502 días a los pacientes con diarreas. Gráfico 2.

GRÁFICO 2: Número de Internaciones por diagnóstico y complejidad. Año 2015



Las internaciones más prolongadas, en promedio, fueron por IRAB con un rango entre 3,9 y 14,9 días de duración y las de menos días de internación, las de GEA entre 1,7 y 5,3 días. No se pudo obtener una muestra para las internaciones de alta complejidad para los diagnósticos de asma y GEA por no tener egresos suficientes de estas salas.

El análisis de los lugares de residencia de los pacientes de la muestra mostró que el 5% correspondía al casco urbano y el 95% a la periferia al casco urbano, incluyendo los pacientes que pertenecían a otros partidos diferentes al conglomerado de La Plata, Berisso y Ensenada. Se encontró, a su vez, que el 21% pertenecían a otros partidos por fuera del conglomerado de La Plata, Berisso y Ensenada y 79% son del propio conglomerado.

Se realizó una extensión del casco urbano hasta calles periféricas de la ciudad de La Plata correspondiente a 15 cuadras al norte, sur y oeste y se aumentó a 33% los pacientes del casco urbano extendido y 67% de la periferia. Al usar los mapas de Google® y las imágenes satelitales no se encontraron domicilios pertenecientes a villas de emergencia o asentamientos, pero sí se encontraron casas con imágenes de precariedad.

Para determinar la cobertura del servicio de salud de los pacientes se utilizó la segunda muestra y se halló que el 72% no tenía cobertura. Lo mismo se observó al considerar el diagnóstico de internación Tabla 1.

Tabla 1: Condición de la cobertura de los pacientes según el diagnóstico (n=300)

COBERTURA	DIAGNÓSTICO				
	ASMA	CE	GEA	IRAB	TOTAL
PACIENTES SIN OBRA SOCIAL	45	61	39	72	217
PACIENTES CON OBRA SOCIAL	15	29	21	18	83
TOTAL	60	90	60	90	300

Referencias: IRAB: Infección Respiratoria Aguda Baja, CE: Causas Externas, GEA: Gastroenteritis Aguda
Fuente: Elaboración propia.

Del total de pacientes con cobertura, 35% tenía IOMA y el 65% restante se distribuyó en más de 20 obras sociales.

En la Tabla 2 se muestran los costos promedio de un día de internación según la patología del paciente, el nivel de complejidad y el nomenclador utilizado a precios corrientes del año 2015.

Los valores que le otorgan los nomencladores de SAMO y de HPGD al día de internación aumentaron a medida que se incrementó el nivel de complejidad de atención, a diferencia de lo que sucedió con el nomenclador de IOMA.

En la Tabla 3 se muestran los costos de cada una de las muestras por nomenclador, sin tener en cuenta el diagnóstico. Los desvíos estándar de los costos por internación de los nomencladores de SAMO variaron entre 7 y 16% y los de HPGD entre 7 y 33%, lo cual está indicando que no hay diferencias según el diagnóstico en cuanto al coste de un día de internación y según el nivel de complejidad. Con el nomenclador de IOMA la dispersión de valores fue más elevada, especialmente en las internaciones de baja e intermedia complejidad.

Tabla2: Costos promedios por día de internación por enfermedad, por nivel de complejidad y por nomenclador a valores corrientes del año 2015, en pesos.

Nivel de Complejidad	Nomenclador	Diagnóstico			
		IRAB	CE	ASMA	GEA
Baja	SAMO	\$ 511,13	\$ 667,18	\$ 517,29	\$ 514,89
	HPGD	\$ 959,80	\$ 977,25	\$ 966,50	\$ 979,11
	IOMA	\$ 3.831,25	\$ 4.124,11	\$ 4.144,00	\$ 5.412,28
Intermedia	SAMO	\$ 1.995,63	\$ 2.370,35	\$ 1.989,44	\$ 1.989,44
	HPGD	\$ 2.689,95	\$ 1.951,46	\$ 1.578,57	\$ 1.669,58
	IOMA	\$ 3.485,79	\$ 5.102,25	\$ 3.838,67	\$ 4.640,89
Alta	SAMO	\$ 3.720,41	\$ 3.799,15	s/d	s/d
	HPGD	\$ 4.014,57	\$ 3.660,30	s/d	s/d
	IOMA				

Referencias: IRAB: Infección Respiratoria Aguda Baja, CE: Causas Externas, GEA: Gastroenteritis; SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada, HPGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada; IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial. s/d sin datos
Fuente: Elaboración propia

Tabla3: Costo promedio por día de internación (pesos argentinos), según el nivel de complejidad y nomenclador a valores corrientes. Año 2015.

NOMENCLADOR	NIVEL DE COMPLEJIDAD EN INTERNACIÓN		
	BAJA	INTERMEDIA	ALTA
SAMO	\$ 529 ± 84	\$ 2.086 ± 278	\$ 3.760 ± 266
HPGD	\$ 977 ± 78	\$ 1.972 ± 658	\$ 3.837 ± 277
IOMA	\$ 4.452 ± 1643	\$ 4.309 ± 1453	\$ 6.216 ± 1081

Referencias: SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada, HPGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada; IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial.
Fuente: Elaboración propia

Los valores asignados por cada nomenclador al costo de un día de internación también presentaron diferencias. En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de aumento/disminución del costo promedio de los nomencladores de IOMA y HPGD con respecto al que le otorga el nomenclador de SAMO. En todos los casos, el nomenclador de IOMA fue el que otorgó mayor valor al costo de un día de internación, presentando las diferencias más elevadas en las internaciones de baja complejidad.

Teniendo en cuenta los valores hallados, el costo de un día de internación de las enfermedades de hospitalización prevenible analizadas fue, en promedio, de 212 dólares en una sala de baja complejidad, de 299 dólares en una sala de complejidad intermedia y 497 dólares si se hospitaliza en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) (Tipo de cambio promedio del año 2015 U\$S 1=\$ 9.27) ²¹.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados de hospitalizaciones potencialmente prevenibles del año 2015 en el HNLN dan cuenta de un alto porcentaje de los egresos, llegando

Tabla 4: Porcentajes de variación del costo de un día de internación de los nomencladores con respecto al de SAMO.

Nivel de Complejidad	Nomenclador	Diagnóstico			
		IRAB	CE	ASMA	GEA
Baja	HPGD	88%	46%	87%	90%
	IOMA	650%	518%	701%	951%
Intermedia	HPGD	35%	-18%	-21%	-16%
	IOMA	75%	115%	93%	133%
Alta	HPGD	8%	-4%	s/d	s/d
	IOMA	39%	91%	s/d	s/d

Referencias: IRAB: Infección Respiratoria Aguda Baja, CE: Causas Externas, GEA: Gastroenteritis; SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada; HPGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada; IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial.
Fuente: Elaboración propia

a 41%. Debido a que el 64% egresan de los servicios de baja complejidad y el promedio de estadía fue de 2,5 días, podemos inferir las posibilidades de evitar gran parte de estas hospitalizaciones.

De los cuatro diagnósticos evaluados, los que presentaron más internaciones fueron el asma y la enfermedad sibilante con un 40%. Estas patologías son de las más prevenibles de hospitalizar con tratamiento y seguimiento adecuados^{22,23,24}. Tanto es así que puede funcionar como indicador de atención primaria de la salud deficiente en sí misma. El 65% de ellas son egresos de baja complejidad junto a la media de internación de 2,2 días.

Las causas externas fueron el segundo motivo en frecuencia de ingresos prevenibles, representando un 30% del total. En su mayoría estuvieron relacionadas con lesiones no intencionales en el hogar que con anterioridad eran llamados accidentes. La educación y el nivel socioeconómico juegan un papel muy importante junto con el déficit de formalización de acogimiento de los infantes en ausencia de adultos². Considerando que el 74% de los pacientes egresaron de unidades de baja complejidad y su promedio de estadía fue de 3 días, es probable que esta prolongación de tiempo de se deba muchas veces a la cantidad de exámenes complementarios como tomografías que suelen realizarse especialmente en los traumatismos de cráneo que son una de las causas externas más frecuentes en nuestra presentación.

Con respecto a IRAB y GEA representaron el 30% de los ingresos prevenibles; correspondiendo 19% a IRAB y 11% a GEA. Las IRAB se destacaron por tener un alto porcentaje de ingresos en salas de mediana complejidad (54%); esto se explica por la epidemia invernal que es más frecuente y grave en menores de 6 meses². Es la patología que más días de internación acumuló de las 4 enfermedades y de los 3 niveles de complejidad, con un promedio de casi 9 días de estadía en unidades de mediana complejidad. Esto evidencia la gravedad de esta enfermedad y en gran parte podría deberse a que nuestro hospital recibe los grupos sociales más vulnerables, con condiciones de vida inadecuadas, aún más para la evolución de una IRAB.

En el caso de la GEA, el mayor porcentaje de internaciones y de días de internación, se dio en la baja complejidad, 77% y 51% respectivamente. La media de días de estada fue de 1,7. Según datos actuales disponibles se redujo más del 28% por la vacuna para rotavirus desde el año 2015 ² y pensamos que es de reducibilidad absoluta cuando mejoren las condiciones socio-sanitarias de la población infantil, junto con los controles bromatológicos alimenticios correspondientes; de esta forma los ingresos deberían ser excepcionales.

En este estudio se evidencia claramente la relación directa entre días de estadía y complejidad: una media de internación de 14,9 días en alta complejidad versus 1,7 días en la baja complejidad; asimismo una relación inversa entre frecuencia y complejidad, con 64% en baja complejidad versus 3% en alta complejidad, lo que deposita aún más la responsabilidad en la red de atención.

El HNLP está situado en el conglomerado de La Plata, el cual está formado por un centro urbano y una periferia, que crece en forma centrífuga, así como su infraestructura sanitaria. Esto genera algunas zonas con gran déficit de estructura urbana situadas fuera del casco urbano ^{6,28}. En este estudio se observó que el 95% de los pacientes internados por los cuatro diagnósticos de enfermedades de hospitalización prevenibles residía en la periferia del casco urbano.

La falta de un sistema interno de costos del HNLP, nos llevó a utilizar los nomencladores del sistema SAMO y de otras obras sociales. En este estudio se encontró que el costo de un día de internación difiere según el nomenclador que se utilice y comparado con otros estudios realizados suelen ser muy inferiores. Gentile y col.⁷ estimaron el costo de un día de internación en pacientes pediátricos con coqueluche en 1.150 dólares en salas clínicas y 4.157 dólares en UCI. Giglio y col.⁸ calcularon que el costo total promedio asociado a días de internación por diarrea fue 459 dólares en la provincia de Jujuy. Lu y col.⁹ encontraron para Estados Unidos en el año 2006, que los cargos hospitalarios de enfermedades prevenibles según ACSC por un día de internación fue de 3.124 dólares en promedio.

Las internaciones pediátricas por enfermedades de hospitalizaciones prevenibles en el año 2015 en el HNLP totalizaron un costo estimado promedio de 6.345.198 dólares. Desde la evaluación económica, si le sumamos el costo de oportunidad de estas internaciones y los gastos implícitos y de bolsillo de las familias de los pacientes internados no calculados ^{29,30}, el mismo es aún mayor.

En nuestro estudio el costo de oportunidad de esas internaciones son las que se podrían haber realizado corresponden a pacientes sin cobertura de salud y la mayoría de los recursos fue dirigido a los beneficiarios del sistema público de salud, aunque para realizar un análisis más consistente de la población objetivo del gasto social se deben utilizar otros indicadores más robustos como puede ser el de las necesidades básicas insatisfechas y/o el nivel de ingreso, entre otros ³⁰⁻³³.

Es evidente la necesidad futura de realizar un costo de las internaciones pediátricas aplicando un sistema interno de costos para mejorar la gestión en la administración de los recursos^{34,35} y así fortalecer la recuperación de fondos financieros bajo el sistema SAMO, como ocurre en otros países³⁶⁻³⁸.

Por lo tanto, los altos costos demostrados por hospitalizaciones prevenibles pueden aminorarse con políticas certeras de promoción y prevención en salud especialmente en poblaciones vulnerables.

CONCLUSION

Este trabajo muestra un alto porcentaje de ingresos hospitalarios prevenibles desde la atención médica primaria. La enfermedad respiratoria es la de mayor frecuencia de previsibilidad especialmente la enfermedad asmática y los identificados como sibilantes recurrentes. Le siguen las causas externas y la GEA. La enfermedad de menor reducibilidad es IRAB en menores de 1 año hasta que las inmunizaciones progresen.

A su vez esos ingresos hospitalarios prevenibles provienen en su mayor parte de pacientes sin cobertura del seguro de salud y residentes de zonas periféricas, mostrando que las condiciones de vida son determinantes.

Se encontró un alto costo monetario y humano con alto sufrimiento para el paciente y su familia dependiendo del nivel de complejidad de atención, llevándose gran parte del presupuesto provincial en salud.

La reducción de los ingresos hospitalarios prevenibles depende de las acciones municipales y provinciales sin dejar de responsabilizar a la gestión hospitalaria para actualizar y evaluar los protocolos vigentes de atención.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C., Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int* 2011; 33 (1): 7-11.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. Salud infantil y medio ambiente. 2002. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/factsheets/fs284/es/>.
3. Gadomski, A.; Jenkins P., Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care provider and Preventive Care on pediatrics hospitalization. *Pediatrics* 1998; 101 (3):E1
4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978: Alma-Ata, URSS) World Health Organization & UNICEF (1978) Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 / patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39244>.
5. Billings J., Zeitel L., Lukomnik J., Carey T., Blank A., Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in new york city. *Health affairs*. 1993; 12:162-173. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.12.1.162>.
6. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(1):1-1.
7. Gentile A., Salgueiroa A., García Bournissenb F., Romanina V., Bulgheroni S., Gaianoc A., et al. Costos de la enfermedad por Bordetella pertussis en hospitales terciarios de la Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2013; 111(4):295-302.
8. Giglio N., Caruso M., Castellano V., Choque L., Sandoval S., Miconic P. et al. Costos de hospitalización por diarrea en niños durante el período de circulación de rotavirus en el Noroeste Argentino. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115 (6):527-532.
9. Lu S., Ms, Kuo D., MD, MHS Hospital Charges of Potentially Preventable Pediatric Hospitalization. *Acad. Pediatr*. 2012, 12(5):436-444.
10. OMS. Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición.
11. Newbold, P. "Estadística para los Negocios y la Economía" Ed. Prentice Hall, Madrid 1997. 645-652.
12. Mendehall, W, Wackerly D., Scheaffer, R. "Estadística Matemática con aplicaciones". Segunda Edición. México: Grupo Editorial Iberoamérica S.A. 1994. 296-304.
13. Nomenclador Samo 2015. Dirección de Recuperación de Costos. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Disponible en: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
14. Nomenclador IOMA-SAMO. Hospitales Provinciales. 2015. IOMA. Disponible en: Sede Central de IOMA La Plata, Bs.As.
15. Nuevos aranceles Modulares y Normas de Facturación-Aprobación. Resolución Ministerial N° 60/2015. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Oficial N° 33.063, pág. 29-41 (3 de Feb 2015) Disponible en: www.sssalud.gob.ar/
16. Padrón de Beneficiarios de las Obras Sociales (Internet). Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud (actualizado al 1 junio 2018; citado 1 agosto 2018). Disponible en: <https://www.sssalud.gob.ar>.
17. PUCO (Internet). Argentina. Programa Sumar (actualizado 1 junio 2018; citado 1 agosto 2018). Disponible en: <http://programasumar.com.ar/consultas>.
18. Padrón de IOMA (Internet) Argentina. I.O.M.A. (actualizado 1 Agosto 2018, citado 1 Agosto 2018) Disponible en: <http://www.ioma.gba.gov.ar/>
19. Obras Sociales. Ley N° 23.660. Pub. Boletín Oficial (5 de enero, 1989) Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/>
20. Tella G. VIVIENDA La Revista de la Construcción. Revista Vivienda SRL CABA [Internet] Agosto 2018.[2/8/18] Disponible en: <http://www.revistavivienda.com.ar/destacadas/villas-y-asentamientos-en-la-ciudad>.
- 21-Principales variables monetarias y financieras (Internet) BCRA (citado 01 agosto 2018) Disponible en: [http://www.bcra.gov.ar/PublicacionesEstadisticas/Principales variables.asp](http://www.bcra.gov.ar/PublicacionesEstadisticas/Principales%20variables.asp).
22. Gené R. La situación en la Argentina: Asma bronquial. En: Encrucijadas, no. 35. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: diciembre 2005.
23. Salmun N. Prevalencia del Asma Bronquial en la Población escolar argentina. Estudio Multicéntrico. *Archiv. Argent. Alerg. Inmunol*. 1994. Vol.25.6.;276.
24. Programa PROBAS de prevención y tratamiento de ASMA infantil 2004. Disponible en: [/www.ms.gba.gov.ar/sitios/probas/](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/probas/)
25. Modificado de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008.
26. Moreno L. y F. Ferrero. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Infectología y Comité de Medicina Interna. 2015. Disponible en: www.sap.org.ar/uploads/consensos/versi-oacuten-completa.pdf
27. Degiuseppe J., Giovacchini C., Stupka J. Vigilancia epidemiológica de rotavirus en la Argentina: 2009-2011. *Arch. Argent. Pediatr*.

BIBLIOGRAFÍA:

- [Internet]. 2013 Abr [citado 2018 Feb 27]; 111(2) Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.148>.
28. Czeresnia D., Ribeiro A. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. [Internet] *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*. 2000. 16(3): 597. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n3/2947.pdf>
29. Rowensztein H., Demirdjian G., Rodríguez J. Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(1):5-11
30. Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2004-2005. INDEC. Disponible en: www.indec.gob.ar
31. Baly Gil A., Toledo M.E., Rodríguez Jústiz F. La Economía de la Salud, la Eficiencia y el Costo de Oportunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):395-8. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi14401.pdf
32. Come Casulo J., Cárdenas Rodríguez J, Miyar Abreu R. Economía y Salud: Conceptos, retos y estrategias. Serie Desarrollo de la Presentación OPS/OMS. Cuba Vol. No.22 .Noviembre, 1999.
33. Feres J., Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. Serie de Estudios Estadísticos. CEPAL. Chile. Febrero, 2001.
34. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal.2013. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
35. Horngren C T, Datar Skirant M, Foster G. Contabilidad de costos: un enfoque gerencial. 12da Edición. Mexico: Pearson Prentice Hall; 2007
36. Morgenstern M., Pereiro A., Insúa M, Breitbart G., Altuna J. Desarrollo de una nueva metodología para la medición y valoración de prestaciones sanitarias: las Unidades de Esfuerzo Relativo (UER). Antecedentes teóricos y su factibilidad de aplicación empírico-práctica, en el contexto de ponderación cuali-cuantitativa de valoración de bienes y servicios sanitarios en Argentina" Serie de Estudios N° 2. ISALUD.2007
37. Duque Roldán MI, Luis F. Gómez Montoya LF, Osorio Agudel JA. Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. RIIC [Internet]. 2009(citado 01/08/2017); 5(21):495-525. Disponible en: http://www.revistaic.org/articulos/num5/articulo21_esp.pdf
38. Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. Ministerio de Salud de Chile (Minsal), 2009.

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA SOCIAL Y DE SALUD MENTAL EN UNA SALA DE INTERNACIÓN CLÍNICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, existe un notable incremento en las patologías relacionadas con problemáticas sociales y de salud mental. La problemática social da cuenta de la existencia de situaciones familiares que ponen en riesgo a los niños, como situaciones de maltrato, violencia u omisión de cuidados de los mismos. Los problemas de salud mental hacen referencia a niños que padecen desordenes mentales que los llevan a la psicosis, intentos de suicidio, depresión, o trastornos del ánimo y del humor. Estas patologías son susceptibles de comorbilidades clínicas como la obesidad ya que las características familiares, las psiquiátricas y los aspectos psicológicos, entre ellos la ansiedad, han sido descritos en la producción y mantenimiento de la misma. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de pacientes hospitalizados en una sala de internación general del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata con problemática en cuanto a patología Social y de Salud mental, durante un periodo de 18 meses. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron 61 historias clínicas de ingresos

AUTORES:

PÉREZ F¹,
ORLANDI M^{1,2},
AMADI MA^{1,2},
BROGIOLO O^{1,2},
GOLDARACENA P^{1,2}.

¹ Servicio de Clínica Internación General

² Sala 3 - Clínica Internación General

H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", La Plata. Pcia Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia:

FEDERICO E. PÉREZ
fedeperez68@hotmail.com

por patología de salud mental y problemática social en la sala 3 de Clínica Pediátrica durante un periodo de 18 meses. **Resultados:** El 78,6% fueron de sexo femenino y el 80 % mayores de 10 años. La mayoría provenía del Gran La Plata (90%). El 85% ingresaron en buen estado general o alcanzaron la estabilidad clínica en las primeras 72 horas de internación. Estas internaciones fueron prolongadas comparadas con el promedio de internación hospitalaria general. En ellas intervinieron múltiples servicios (promedio de 3 servicios por paciente y de 2 a 6 interconsultas). En un porcentaje importante (88%) se caracterizó a la familia como disfuncional o de riesgo. **Conclusión:** Se evidenció un predominio de hospitalizaciones por cuestiones sociales o de salud mental en pacientes de sexo femenino y del grupo de adolescentes. Los diagnósticos clínicos de ingreso se superpusieron a la problemática social y de salud mental demostrando la complejidad de estas patologías y la necesidad del trabajo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVES:

niñez, salud mental, riesgo social, familia

ABSTRACT

Introduction: Currently, there is a notable increase in pathologies related to social problems and mental health. The social problem accounts for the existence of family situations that put children at risk, such as situations of abuse, violence or lack of care for them. Mental health problems refer to children who suffer from mental disorders that lead to psychosis, suicide attempts, depression, or mood and mood disorders. These pathologies are susceptible to clinical comorbidities such as obesity since family characteristics, psychiatric and psychological aspects, including anxiety, have been described in its production and maintenance. **Objectives:** To describe the epidemiological characteristics of patients hospitalized in a general hospitalization room of the Sor María Ludovica Children's Hospital of La Plata with problems in terms of Social pathology and mental health, during a period of 18 months. **Material and methods:** Descriptive-retrospective study. 61 medical records of admissions for mental health pathology and social problems were analyzed in room 3 of Clínica Pediátrica during a period of 18 months. **Results:** 78.6% were female and 80% were older than 10 years. The majority came from Gran La Plata (90%). 85% were admitted in good general condition or achieved clinical stability in the first 72 hours of hospitalization. These hospitalizations were prolonged compared to the average general hospital stay. They involved multiple services (average of 3 services per patient and 2 to 6 interconsultations). In a significant percentage (88%) the family was characterized as dysfunctional or with social risk. **Conclusion:** A predominance of hospitalizations for social or mental health issues was evidenced in female patients and in the adolescent group. The admission diagnoses were superimposed on the social and mental health problems, demonstrating the complexity of these pathologies and the need for interdisciplinary work.

KEYWORDS

childhood, mental health, social risk, family

INTRODUCCIÓN

Con los adelantos de la vida moderna, las leyes sobre protección y derechos del niño ^{1,2} y la evolución de la sociedad, hoy los niños deberían estar más protegidos que nunca en la historia de la humanidad. En muchas ocasiones, el Estado y la familia parecieran no poder desarrollar adecuadamente la protección y cuidado de muchos niños incrementando su vulnerabilidad.

La vulnerabilidad social es definida como una situación latente caracterizada por la convergencia de circunstancias que aumentan la probabilidad de las personas y hogares de sufrir contingencias que disminuyan dramáticamente su bienestar ³. Se consideran situaciones de riesgo social aquellas en las que, por circunstancias personales o socio familiares, se ven obstaculizados el desarrollo integral del niño o adolescente y el ejercicio de sus derechos ⁴. Estos factores nos deben poner en alerta para la prevención y detección de las familias en riesgo caracterizadas por estructuras familiares que reúnen condiciones favorecedoras del proceso de exclusión o marginación social que a su vez son proclives a generar situaciones de maltrato infantil ⁵.

En la actualidad, existe un notable incremento en las patologías relacionadas con problemáticas sociales y de salud mental ^{6,7}. La problemática social da cuenta de la existencia de situaciones familiares que ponen en riesgo a los niños, como situaciones de maltrato, violencia u omisión de cuidados de los mismos. Los problemas de salud mental hacen referencia a niños que padecen desordenes mentales que los llevan a la psicosis, intentos de suicidio, depresión, o trastornos del ánimo y del humor. Estas patologías son susceptibles de comorbilidades clínicas como la obesidad ya que las características familiares, las psiquiátricas y los aspectos psicológicos, entre ellos la ansiedad, han sido descritos en la producción y mantenimiento de la misma ^{8,9}.

Los niños ingresan a los hospitales donde esta problemática es abordada por equipos interdisciplinarios en los que interactúan pediatras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, toxicólogos, ginecólogos, neurólogos, traumatólogos, cirujanos, abogados, entre otros. Sus internaciones suelen ser prolongadas y reiteradas, con múltiples procesos administrativos que generan desgaste y frustración en las familias y en el equipo de salud. Las resoluciones de estas situaciones son frecuentemente demoradas, tortuosas y muchas veces frustrantes, en lo que se refiere a cambiar la realidad de esos niños y sus familias ^{3,5}.

Este escenario fue vislumbrado hace 30 años por el Dr. Carlos Gianantonio, referente pediátrico nacional, quien advertía sobre una nueva morbilidad de crecimiento insidioso e incesante que desplazaría a las enfermedades clásicas como motivos de internación ¹⁰. Esta nueva morbilidad se instaló en forma permanente y está en constante incremento, se conoce insuficientemente y requiere nuevas estrategias y trabajos multidisciplinarios para su abordaje.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por problemática social y de salud mental, en una sala de internación general del H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo y transversal.

Población: Se incorporaron todos los pacientes entre 1 mes y 18 años ingresados a Sala 3 de Clínica Pediátrica por patología relacionada a problemática social y de salud mental (intento de autoeliminación, intoxicaciones, psicosis, trastornos de conducta y alimentación, riesgo social) durante un periodo de 18 meses (desde el 1° de mayo de 2017 al 31 de octubre de 2018).

Variables: Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, características del grupo familiar (familia disfunción y/o de riesgo), diagnósticos y estado general al ingreso, días de estada hospitalaria, especialidades intervinientes en su atención.

Se consideró familia disfuncional o de riesgo si existía presencia de padres separados, violencia intrafamiliar, personas privadas de la libertad, con adicciones, patología psiquiátrica, padres ausentes o fallecidos, niños cuidados por abuelos o en hogares de abrigo, madre solas con varios hijos de diferentes padres y sin sustento económico, trabajo infantil y explotación sexual.

Se consideraron como diagnósticos interrelacionados la presencia de Intento autoeliminación (IAE), ideas suicidas (IS), riesgo social (RS)/ Síndrome maltrato infantil (SMI) /abuso sexual infantil (ASI)/ Lesiones (Les), Trastorno de la conducta alimentaria y del humor (TCA y H), Psicosis (Psi), Excitación psicomotriz (EPM), Intoxicación (ITX)

También se evaluó la presencia de obesidad como comorbilidad definida como índice de masa corporal \geq Pc 95.

Recolección de datos: Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes y fueron anonimizados para asegurar la confidencialidad de los mismos y preservar en forma anónima la identidad de los pacientes de acuerdo a la ley de Protección de Datos Personales (ley 25.326).

Análisis estadístico: Las variables cualitativas se resumieron mediante porcentajes y la cuantitativas mediante la media y desvío estándar para las de distribución normal y mediana y rango intercuartilo para las de distribución no normal. Los datos se incorporaron y analizaron a través de planilla de Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 61 pacientes por problemática social y de salud mental. El sexo fue femenino en el 78,6% de los casos. La distribución por edad se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Distribución de los pacientes según edad (n=61)

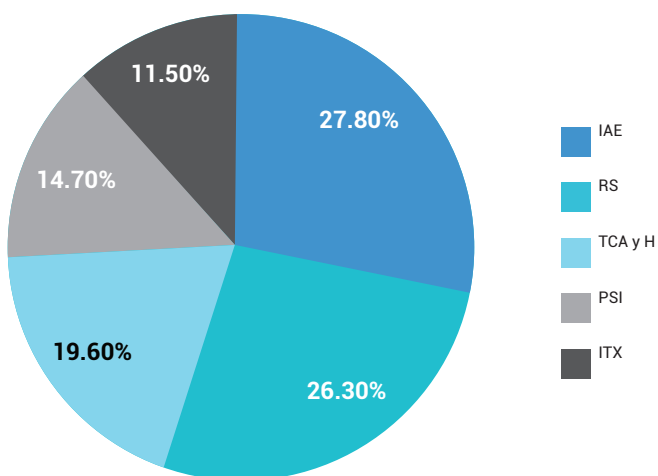
Edad (años)	N de pacientes (%)
1 a 5	5 (8,2%)
>5 a<10	7 (11,5%)
>10	49 (80,3%)

El 90,1% (55/61) de los pacientes procedía de La Plata y Gran La Plata (Ensenada, Berisso).

Respecto de las características del grupo familiar, el 88,5% (54/61) correspondió a familias disfuncionales y/o de riesgo.

En el Gráfico 1 se presentan los motivos de ingreso y en la Tabla 2 su distribución por sexo, edad, diagnósticos interrelacionados y presencia de obesidad.

GRÁFICO 1: Diagnóstico al ingreso de la población hospitalizada por problemas de salud mental y sociales (n=61)



IAE: Intento autoeliminación, RS: riesgo social* (incluye Síndrome maltrato infantil; abuso sexual infantil y lesiones), TCA y H: Trastorno de la conducta alimentaria y del humor, PSI: Psicosis, ITX: Intoxicación

Tabla 2: Diagnósticos interrelacionados según sexo, edad y presencia de obesidad

	IAE (n= 17)	RS (n=16)	TCA y H (n=12)	PSI (n=9)	ITX (n=7)
SEXO fem	100%	75%	100%	66%	57%
Edad > 10 años	100%	43%	100%	100%	57%
Diagnósticos interrelacionados	IAE+IS: 23,5% IAE+RS 5,8%	RS +SMI 50% (ASI 62% Les 38%) RS +ITX 43,75% RS +IAE 6,25%		PSI + EPM 66% PSI+IS 33%	ITX +EPM 28,6% ITX +RS 100%
Obesidad	36%	18,7%	16,6%	23%	14%

IAE: Intento autoeliminación, IS: ideas suicidas, RS: riesgo social /SMI: Síndrome maltrato infantil /ASI: abuso sexual infantil/Les: Lesiones, TCA y H: Trastorno de la conducta alimentaria y del humor, PSI: Psicosis, EPM: Excitación psicomotriz, ITX: Intoxicación

De los 17 casos de autoeliminación, el 76 % fueron por ingesta de fármacos siendo el 70% por benzodiazepinas. El restante 24% correspondieron a lesiones autoinflingidas.

Dentro de las internaciones por riesgo social los SMI incluidos los ASI representaron la mitad de dichas internaciones. Las intoxicaciones representaron el 44%.

Entre los diagnósticos interrelacionados, 7 pacientes presentaron ideas suicidas, 4 en el subgrupo de intento de autoeliminación y 3 en el de psicosis. La excitación psicomotriz estuvo presente en 8 pacientes, 6 en el subgrupo de Psicosis y 2 en el de intoxicaciones. Tabla 2.

En cuanto a la situación clínica al ingreso, el 33% (20/61) presentó un buen estado general no teniendo una cuestión clínica que ameritase la internación en un hospital de alta complejidad.

El promedio de internación de las patologías relacionadas con problemática social y de salud mental fue de 15,7 días con un rango de 5 a 77 días. El 85% de los pacientes estuvo en condiciones clínicas de egreso en las primeras 72 horas. El resto prolongó su estadía debido a cuadros psiquiátricos no estabilizados, o al requerimiento de soporte y cuidados hospitalarios.

El promedio de servicios intervinientes en la atención de estos pacientes fue 3 (rango de 2 a 6). Servicio social y Salud mental fueron consultados en el 100% de los casos y Toxicología en el 33% (20/61).

DISCUSIÓN

Las patologías referentes a la problemática social y de salud mental tienen la particularidad de solaparse y superponerse. Sus abordajes son complejos, multifactoriales, con múltiples aristas, diversos actores, precisando un enfoque interdisciplinario y de diferentes instituciones.

En nuestro relevamiento encontramos que el sexo predominante de los pacientes fue el femenino y la edad, en general, correspondió a mayores de 10 años, en concordancia con lo publicado por otros autores ^{4,11,12}.

La procedencia de los pacientes fue predominantemente de La Plata y Gran La Plata (Ensenada, Berisso), consideración pertinente para la futura implementación de una red de atención en estos casos.

En coincidencia con otros estudios ⁵, la mayoría de las familias fueron disfuncionales y/o de riesgo. García Munitis, refiriéndose a la salud de los niños en situación de calle, señala que el niño en dicha situación suele retirarse del medio hospitalario, en algunos casos sin ser atendido y en otros, sin completar la atención, lo que agrava el riesgo descrito en nuestro trabajo.

Los diagnósticos fueron variados sobreponiéndose la patología social con la de salud mental (ej. intento de autoeliminación y riesgo social) o presentaron problemas múltiples (ej. síndrome de maltrato infantil (SMI) riesgo social. psicosis-ideas suicidas-excitación psicomotriz) que motivaron la hospitalización ^{6,11}. Esto se encuentra en concordancia con lo citado por Rosetti al referirse a internaciones prolongadas por causas mentales en la infancia en Córdoba ¹².

Los días de estadía hospitalaria triplicaron en promedio a los días de internación de las patologías clínicas. Al respecto, tal como señala Rosetti al realizar

el análisis de los determinantes en las internaciones de larga duración en salud mental, hay variables socioeconómicas que intervienen y se constituyen en determinantes de la externación ¹².

Con respecto al estado clínico al ingreso, más de la tercera parte de los pacientes presentó un buen estado no existiendo una cuestión clínica que exija la internación y la mayoría de ellos alcanzó la estabilidad clínica en las primeras 72 horas. En concordancia a lo citado por el mencionado Rosetti ¹², las internaciones se prolongaron por diferentes circunstancias, principalmente por no tener una familia continente, una red de atención multidisciplinar extrahospitalaria y las dificultades existentes con las instituciones y organismos que intervienen en la atención y seguimiento luego del egreso.

El alto número de interconsultas expresado en los resultados de este trabajo, refleja la demanda y complejidad que tienen este tipo de pacientes tal como mencionan en sus publicaciones Munitis y Dahan ^{5,6}, además de referirse a las limitaciones que tienen las instituciones en los egresos y seguimientos de estos niños cuyas familias suelen ser poco continentales.

Este estudio refleja la importancia del equipo interdisciplinario. La intervención habla de su complejidad y de la necesidad de un trabajo multidisciplinario.

CONCLUSION

Este trabajo evidenció un predominio de hospitalizaciones por cuestiones sociales o de salud mental en pacientes con mayor prevalencia del sexo femenino y en el grupo de adolescentes. El promedio de días de internación fue alto, hubo predominio de familias disfuncionales y los resultados fueron insatisfactorios. Los diagnósticos de ingreso se superpusieron a la problemática social y de salud mental demostrando la complejidad de estas patologías y la necesidad del trabajo conjunto con los profesionales de Servicio Social y Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Leyes provinciales N° 13298 y 13634.
- 2- Convención de 20 de Noviembre de 1989 sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 44/25).
- 3- Thomasz E, Castelao Caruana ME, Massot M, Eriz M. Riesgo social: Medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. Cuadernos del CIMBAGE 2014;16:27-51.
- 4- Mesa Raya C. El concepto de riesgo y la protección social a la infancia en Aragón. Un análisis socio-jurídico. *Revista Aragonesa de Administración Pública* 2008.
- 5- García Munitis P, Lascano C, Cano MJ. La salud de los niños en situación de calle: Una problemática de hoy. *Ludovica Pediátr* 2009;11(1):14-18.
- 6- Dahan M, Estanga G. Intervenciones en la urgencia de psicopatología infanto juvenil. Efectos y riesgos. *Ludovica Pediátr* 2008;10(4):112-115.
- 7- De Andrés S, Díaz S, Tortarolo A. Vulneración de derechos de niños y adolescentes: violencia en sus diferentes manifestaciones. *Ludovica Pediátr* 2013;10(2):43-53.
- 8- Díaz-Encinas D. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2007; 24: 22-26.
- 9- Miller J, Gold SM, Silverstein J. Pediatric overeating and obesity: An epidemic. *Psychiatric Annals*. 2003;33: 94.
- 10- Gianantonio C. La nueva morbilidad. *Arch Arg Pediatr*, 1991:89.
- 11- Agüero G, Medina V et al. Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(6):394-401.
- 12- Rossetti M., Decca M., Bella M. Internaciones prolongadas por causas mentales en la infancia en Córdoba: Un análisis desde la salud pública y el enfoque de derechos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 2019.

TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL.

RESUMEN

El Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico, del neurodesarrollo con una prevalencia de 5,29% en la población pediátrica. Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención que conducen a un deterioro funcional en el desarrollo social, familiar y escolar.

Si bien en los últimos años ha habido un aumento en su reconocimiento, la heterogeneidad clínica y la alta comorbilidad pueden obstaculizar su diagnóstico. En el presente trabajo se revisarán diferentes aspectos de la presentación clínica y del abordaje terapéutico de este trastorno.

PALABRAS CLAVES:

trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), infantojuvenil, clínica- tratamiento

ABSTRACT

The attention hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic neurodevelopmental disorder with a prevalence of 5.24% in pediatric population. The clinical presentation includes symptoms of hyperactivity, impulsivity and inattention with a functional impairment in social, family and scholar development. Even though in the last years it has been well recognized, its clinical heterogeneity and high comorbidity hampers its diagnosis. In this article different aspects of the clinical presentation and therapeutic approach of this disorder will be reviewed.

AUTORES:

MOLINARI MJ¹,
CRUZ E²,
IVELI MF³.

¹ Médica. Unidad de Salud Mental. Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca. EPSIRE (Equipo especializado en psicofarmacología infantojuvenil y reproductiva)

² Médico. Servicio de Salud Mental del H.I.A.E.P. Sor María Ludovica. EPSIRE

³ Doctora en Medicina- Especialista Jerarquizada en psiquiatría infantojuvenil. EPSIRE.

Correspondencia: MARIA JOSEFINA MOLINARI
josemolinari@hotmail.com

KEYWORDS

attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), children, adolescent, clinic- treatment

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones del trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) se remiten a 200 años con las observaciones del médico alemán Heinrich Hoffmann. Durante el siglo XIX el TDAH recibió distintas denominaciones como síndrome hiperactivo, hiperkinético y disfunción cerebral mínima. Este último término, se construyó bajo el concepto etiológico de un "daño cerebral" con síntomas de hiperactividad y disfunciones motoras sutiles ^{1,2,3,4}.

Sin embargo, esta patología tal como es conocida hoy en día, es el resultado de un avance sustancial en su investigación en los últimos 35 años. En la década del 70, un grupo de investigadores antepusieron los síntomas de inatención a los de hiperactividad siendo los trabajos de Virginia Douglas decisivos para acuñar el término de trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad el cual fue incluido 10 años después en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatría ^{1,5}.

En la actualidad, el TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas persistentes de impulsividad, inatención y/o hiperactividad con un nivel de interferencia significativo en el funcionamiento escolar, social y familiar del niño ^{6,7,8}.

Algunos estudios realizados en familiares de pacientes con TDAH demuestran una heredabilidad del 74% la cual posee un carácter poligénico ^{3,9,10}. Dentro de los polimorfismos más estudiados se encuentran las variaciones genéticas de los receptores de dopamina D4, D5 y los transportadores de dopamina y serotonina ^{11,12}. Por otro lado, distintos factores ambientales tales como la exposición prenatal al alcohol, al tabaco, bajo peso al nacer, el parto prematuro, exposición a toxinas y condiciones psicosociales desfavorables interactúan por mecanismos epigenéticos contribuyendo al desarrollo de dicho trastorno ^{11,13,14,15}.

Si bien los síntomas del TDAH suelen estar presentes desde la primera infancia, la edad media en la que se realiza el diagnóstico es a los 7 años siendo un tercio de los casos identificados antes de los 6 años ^{16,17}. Durante la niñez y la adolescencia el TDAH posee una prevalencia hombre-mujer 3:1 en ensayos clínicos. Sin embargo, en estudios epidemiológicos esta relación es 4:1, evidenciándose que los niños son más propensos que las niñas a ser diagnosticados lo que asociaría a una mayor sintomatología hiperactiva e impulsiva, alteraciones en el comportamiento y en el aprendizaje ^{3,18,19}.

En el año 2007 se realizó el primer metaanálisis de prevalencia mundial del TDAH. Este estudio incluyó muestras de niños y adolescentes de 35 países distribuidos en los 6 continentes y reportó un valor de 5,29% (95% CI= 5,01–5,56), cifra que lo ubica dentro de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la población infantojuvenil. Análisis posteriores concluyeron valores similares con baja variabilidad entre los distintos países cuando se controlan los algoritmos diagnósticos, resultados que apoyarían la validez del diagnóstico y refutaría la hipótesis de que el TDAH es un constructo cultural limitado a Estados Unidos o a alguna cultura específica ^{6,20,21,22}. Por otro lado, un estudio realizado en el año 2007, en el cual se analizaron 300 niños argentinos en edad escolar, reportó una prevalencia de 9% (95% CI= 6–14,8)²³.

La Asociación Americana de Pediatría ha referido que más de la mitad de los niños con TDAH son diagnosticados por un médico de atención primaria o por un pediatra para quienes suele representar un desafío diagnóstico. Por otro lado, el inicio precoz y el carácter crónico de este trastorno requerirá que el médico acompañe al niño y al adolescente durante su desarrollo sabiendo que se trata de una condición que afecta no solo al aprendizaje sino también a la

autoestima, la sociabilidad y el funcionamiento familiar¹⁶.

El objetivo del presente trabajo es actualizar sobre las manifestaciones clínicas del TDAH pediátrico y revisar los tratamientos disponibles.

CLÍNICA

Si bien los criterios diagnósticos del TDAH se han modificado a lo largo del tiempo, la herramienta para su evaluación sigue siendo la entrevista clínica con el niño y con sus padres. Durante la misma se debe indagar sobre los antecedentes perinatales y familiares junto con un detallado análisis de desempeño a lo largo del desarrollo en los dominios cognitivo y conductual considerando el nivel de interferencia que provocan en distintos contextos como el escolar, el recreativo y el familiar. Dado que los síntomas están presentes en distintos ámbitos, es necesario contar con información aportada por docentes u otros referentes^{3,6}.

Si bien la utilización de escalas como las escalas de Conners pueden ser útiles, el diagnóstico no debe basarse únicamente en las mismas⁶.

La exploración física permitirá descartar causas somáticas que justifiquen la sintomatología comportamental como pueden observarse en la epilepsia, trastornos del sueño, hipertiroidismo, maltrato infantil, entre otros^{3,16}.

Las pruebas de inteligencia o estudios neuropsicológicos son de utilidad cuando se sospecha discapacidad intelectual o trastornos específicos del aprendizaje. En la actualidad, no existen análisis complementarios para el diagnóstico del TDAH, teniendo el electroencefalograma y los estudios de neuroimágenes un nivel de evidencia insuficiente^{6,16}.

La última versión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5)²⁴ define al TDAH en niños como la presencia de seis o más síntomas de inatención y/o hiperactividad e impulsividad los cuales deben estar presentes antes de los 12 años, por un período mayor a seis meses. Tabla 1.

Tabla 1: Criterios diagnósticos DSM 5

INATENCIÓN
No logra prestar atención a detalles, o comete errores en las tareas escolares u otras actividades.
Presenta dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
No sigue las instrucciones, no logra terminar las tareas escolares o en el hogar.
Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
Evita iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
Pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
Se distrae con facilidad ante estímulos externos
Se olvida las actividades cotidianas.
HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
Mueve en exceso las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
No puede permanecer sentado.
Corre o salta en situaciones en las que no resulta apropiado.
Es incapaz de jugar o de ocuparse de forma tranquila de actividades recreativas.
Esta "ocupado" actuando como si "lo impulsara un motor" (p.ej. es incapaz de estar quieto)
Habla excesivamente.
Responde antes de que haya concluido una pregunta.
No puede esperar su turno.
Interrumpe conversaciones, juegos o actividades.

Es de destacar que las manifestaciones clínicas varían ampliamente entre los individuos, heterogeneidad que radica en que el TDAH posee tres presentaciones las cuales son a predominio desatento, hiperactivo e impulsivo y combinado^{25,26}.

Los síntomas del TDAH varían en función de la edad. En preescolares el subtipo hiperactivo e impulsivo es predominante debido a que la sintomatología propicia una conducta disruptiva más fácilmente detectable. Sin embargo, estos síntomas tienden a disminuir con los años y reducirse en la adolescencia a un sentimiento interno de inquietud. Por otro lado, la desatención es más difícil de identificar a edades tempranas, pero con el inicio de la escuela primaria se pone en evidencia debido al aumento de las exigencias pedagógicas, incrementando la prevalencia del subtipo combinado la cual vuelve a disminuir en la adolescencia cuando los síntomas de hiperactividad e impulsividad disminuyen. Por el contrario, la prevalencia del subtipo desatento es del 23% en la edad preescolar y tiende a aumentar en la edad escolar a 45%, llegando en la adolescencia a representar el 75% de los casos y el subtipo más frecuente en el adulto^{22,26}. Estudios longitudinales prospectivos han demostrado una reducción continua de los síntomas a lo largo de la vida con una tasa de remisión del 50% en el adulto^{3,27}.

Un estudio naturalístico con seguimiento a 16 años conocido como Multimodal Treatment Study (MTA) determinó que los predictores infantiles más significativos en la persistencia del TDAH en adultos eran la gravedad de los síntomas iniciales, la comorbilidad y la presencia de patología psiquiátrica en los padres²⁸.

Los niños y adolescentes con TDAH poseen déficit en las funciones ejecutivas involucradas en la adecuada sistematización de tareas necesarias para alcanzar un objetivo. Este proceso neurocognitivo incluye la atención voluntaria la cual permite focalizar la atención en presencia de distractores y poder sostenerla en el tiempo sin pérdida en su rendimiento, el procesamiento temporal y espacial en la respuesta a estímulos relevantes, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo^{10,29}. Los niños con TDAH a predominio desatento tienen un mayor riesgo que los niños con subtipo combinado de presentar deficiencia en la velocidad de procesamiento la cual se corresponde con la capacidad de procesar información y generar una respuesta correcta dentro de un tiempo determinado³⁰.

El modelo etiológico de déficit ejecutivo de Barkley es uno de los más citados. El mismo postula que el déficit central en el TDAH se encuentra en la inhibición del comportamiento el cual se compone de tres procesos interrelacionados como la capacidad de inhibir una respuesta automática, la capacidad de retrasar una respuesta ya iniciada y la capacidad de permanecer enfocado en la respuesta sin distraerse con estímulos que interfieren. Según este autor, la alteración en la inhibición de la respuesta interrumpe directamente cuatro procesos ejecutivos los cuales son la memoria de trabajo, la capacidad de mantener y manipular información en la conciencia, la autorregulación y la motivación; generando así dificultades en el control motor, la fluidez y la sintaxis implicadas en la ejecución de acciones complejas dirigidas a objetivos. Por otro lado, este funcionamiento propicia que los individuos con TDAH tomen decisiones subóptimas estando condicionados por la búsqueda de recompensas inmediatas^{31,32,33}.

Gran parte de la heterogeneidad del TDAH también se debe a su alta comorbilidad. Se ha reportado que el 75% de las personas con TDAH poseen un diagnóstico psiquiátrico adicional y el 60% presenta múltiples comorbilidades las cuales afectan negativamente la evolución y el pronóstico^{34,35}.

Las comorbilidades varían a lo largo de la vida. En la niñez se presenta con mayor frecuencia el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje, trastornos del sueño, la discapacidad intelectual, los trastornos en el control de esfínteres, los trastornos por tics y el trastorno del espectro del autismo. Un me-

taanálisis en donde se analizaron 21 estudios con población de ambos sexos encontró que los pacientes con TDAH poseen diez veces más riesgo de presentar trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante, cinco veces más de presentar trastorno depresivo mayor y tres veces más de presentar trastorno de ansiedad, comparados con niños sin TDAH ^{34,36,37}. En adolescentes, existen otros diagnósticos asociados como trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar. Este último, presente en el 10% de los pacientes con TDAH, es una patología grave y de difícil diagnóstico diferencial con síntomas que muchas veces se superponen con los presentes en el TDAH ^{36,37,38}. El desarrollo de trastorno de conducta aumenta el riesgo de abuso de sustancias y de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la adolescencia o en la adultez. ^{34,39} Por otro lado, comorbilidades como depresión, trastorno de conducta y abuso de sustancias, así como la presencia de familias disfuncionales se han asociado al aumento del riesgo de suicidio ^{34,40}. Los síntomas principales del TDAH en la adolescencia a menudo quedan ocultos bajo las manifestaciones de la comorbilidad obstaculizando el proceso diagnóstico. Es de destacar que los trastornos simultáneos que frecuentemente se presentan en los pacientes con TDAH tienen una influencia significativa tanto en la evolución, el pronóstico, así como en la elección y la respuesta al tratamiento ^{15,34}.

TRATAMIENTO

El tratamiento del TDAH es individual y multimodal e incluye la farmacoterapia y los abordajes no farmacológicos, como la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual y las intervenciones escolares ^{40,41}.

Si bien hay un amplio consenso de que todo niño o adolescente con TDAH debe recibir tratamiento esto no siempre se refleja en la práctica. Según datos de una encuesta nacional realizada en Estados Unidos en menores de 17 años, dos tercios de los pacientes con TDAH se encontraban recibiendo tratamiento farmacológico mientras que un cuarto no recibía ningún tipo de tratamiento ¹⁶.

Una revisión de prevalencia de tratamiento del TDAH en distintos países de Latinoamérica reportó que solo el 7% de los niños diagnosticados recibía farmacoterapia y el 23% tenía abordaje psicosocial lo que podría estar relacionado con distintas barreras de accesibilidad al tratamiento como la falta de cobertura y los prejuicios, entre otros ^{42,43}.

Antes de iniciar el tratamiento, el primer paso debe ser su planificación considerando tanto las necesidades psicológicas, comportamentales y educacionales del niño como la edad, la severidad de los síntomas y el nivel de interferencia que el trastorno provoca en la vida cotidiana ⁴⁰. Es necesario informar a los padres sobre las características y las dificultades que produce el TDAH y las opciones terapéuticas incluyendo un análisis riesgo-beneficio. La disponibilidad y las preferencias tanto del niño como de su familia deberán ser consideradas ya que tienen un rol fundamental en la adherencia ⁴⁴.

Las intervenciones no farmacológicas suelen ser suficientes en niños pequeños o con síntomas leves. Las mismas incluyen los programas de entrenamiento para padres los cuales tienen como objetivo modificar la conducta del niño interviniendo sobre el ambiente. Para ello, los padres deben comprender la naturaleza del trastorno, identificar los desencadenantes de las conductas disruptivas y aprender los principios del refuerzo positivo/negativo que permiten la aparición de los comportamientos deseables y evitan los disfuncionales ⁴⁴.

La terapia cognitivo conductual es efectiva en el tratamiento de las comorbilidades y en la adquisición de las habilidades sociales. Sin embargo, no ha demostrado efectividad en los síntomas principales del TDAH ³.

Las intervenciones en la escuela pueden estar dirigidas a las condiciones del aula, como por ejemplo que el niño se siente cerca del pizarrón para minimizar los distractores o en la adaptación de los métodos de enseñanza en los que se considere la fatiga atencional, incorporando descansos o tiempo de examen adicional. También se tendrá que promover la autonomía y la inclusión social^{6,19}.

En preescolares las intervenciones psicosociales se recomiendan como primera línea de tratamiento dado que a edades tempranas los niños poseen menor respuesta farmacológica y mayor probabilidad de experimentar efectos adversos^{27,40}.

Existen diversos fármacos indicados para el tratamiento del TDAH que han demostrado eficacia y seguridad en ensayos clínicos controlados y aprobados por las agencias reguladoras gubernamentales de distintos países. Estos medicamentos se clasifican en estimulantes (metilfenidato y anfetaminas) y no estimulantes (atomoxetina, guanfacina, clonidina y viloxazina) 3. En nuestro país los fármacos disponibles son el metilfenidato y la atomoxetina.

Previo al inicio del tratamiento farmacológico es necesario contar con una historia clínica detallada en la que se incluya el registro de peso, la talla, la presión arterial y una evaluación cardiovascular con electrocardiograma. Se deberá contar con la opinión de un cardiólogo en aquellos pacientes con antecedente de muerte súbita en un familiar de primer grado, presión arterial por encima del percentil 95 para su edad, cardiopatía congénita o cirugía cardíaca previa⁶.

El metilfenidato se encuentra aprobado por la agencia encargada de regulación de medicamentos Food and Drug Administration (FDA) a partir de los 6 años a una dosis recomendada de 0,5 a 1 mg/k/día. La gran mayoría de las guías de práctica clínica lo recomiendan como fármaco de primera elección ya que el 71% de los pacientes con TDAH responden favorablemente. También posee el mejor perfil riesgo beneficio con una magnitud de efecto alta 0.78 (95% CI = 0.93-0.62) con relación a su eficacia y buena tolerabilidad^{45,46}.

El metilfenidato inhibe los transportadores de noradrenalina (NET) y dopamina (DAT). De este modo, aumenta la concentración de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico con el consiguiente aumento de la eficacia en la función de la corteza prefrontal mejorando la atención y las funciones ejecutivas de los pacientes con TDAH^{33,41}.

El metilfenidato se administra vía oral encontrándose en presentaciones de liberación inmediata, liberación prolongada y liberación osmótica las cuales tienen una duración de acción de 4, 8 y 12 horas respectivamente. Las fórmulas de larga duración tienen menor probabilidad de provocar efecto rebote y poseen mayor adherencia⁴¹.

El metilfenidato se ha asociado a efectos adversos leves y/o transitorios como la disminución del apetito, alteraciones del sueño, leve aumento de la presión arterial con poca relevancia clínica, irritabilidad, cefalea y dolor abdominal. Existe un debate controvertido de si los estimulantes producen efectos adversos serios como el suicidio. Estudios recientes sugieren que el tratamiento con metilfenidato disminuye el riesgo suicida en pacientes con TDAH^{41,47}.

En un metaanálisis en donde se evaluó la asociación entre exposición a tratamiento farmacológico para el TDAH y efectos adversos cardíacos, no se encontró correlación entre tratamiento con metilfenidato y muerte súbita, arritmia, accidente cerebrovascular e infarto de miocardio⁴⁷.

En el estudio MTA la utilización de metilfenidato se asoció a una reducción modesta de la talla (1,29 +/-0.55 cm p<0.01, d=0.21) en comparación al grupo control. Según algunos autores, este efecto podría atenuarse con suspensiones transitorias del fármaco durante los fines de semana y vacaciones²⁸.

La atomoxetina es un fármaco no estimulante que inhibe el NET en la corteza prefrontal. Dado

que en esta región los DAT son escasos, los NET son responsables tanto de la recaptación de noradrenalina como de dopamina. De esta manera, la atomoxetina aumenta la concentración de ambos neurotransmisores en el espacio intersináptico. Este fármaco se encuentra aprobado por la FDA para el tratamiento del TDAH a partir de los 6 años en una dosis recomendada de 0.6 a 1,2 mg/kg/día. Posee una magnitud de efecto moderada 0.56 (95% CI = 0.45-0.66) con relación a su eficacia para controlar los síntomas del TDAH por lo que en la mayoría de las guías de práctica clínica se encuentra como segunda o tercera línea de recomendación ⁴⁵. El riesgo de efectos adversos cardíacos es extremadamente raro. Sin embargo, el tratamiento con atomoxetina se ha asociado al aumento del gasto cardíaco y de la presión arterial. Otros efectos adversos reportados son la somnolencia al inicio del tratamiento, alteraciones gastrointestinales y disminución del apetito. A pesar de ser infrecuente, este fármaco cuenta con la advertencia de la FDA sobre el riesgo de incrementar la ideación suicida ^{3,16}. El tratamiento del TDAH ha demostrado mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno al controlar los síntomas nucleares y disminuir el riesgo de accidentes, conducta delictiva, abuso de sustancias y suicidio ⁸.

CONCLUSIÓN

El TDAH es un trastorno crónico del neurodesarrollo que posee una alta prevalencia en la población pediátrica y conduce a un deterioro funcional en el desarrollo social, familiar y escolar. Si bien en los últimos años ha habido un aumento en su reconocimiento, la heterogeneidad clínica y la alta comorbilidad pueden obstaculizar su diagnóstico. El pediatra frecuentemente cuenta con la posibilidad única de realizar su identificación precoz y orientar un tratamiento oportuno el cual debe ser planificado para cada paciente y tener un abordaje multimodal que incluya la psicoeducación, la terapia psicológica y el tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mahone EM, Denckla MB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a historical neuropsychological perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2017;23(9):916–29.
2. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010;2(4):241–55.
3. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021.128:789-818.
4. Fernandes SM, Blanco A, Vázquez-Justo E. Concepto, evolución y etiología del TDAH. 2017.
5. González MIN, Villamizar DAG. El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*. 2010;31(4):23–36.
6. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315–35.
7. Holbrook JR, Bitsko RH, Danielson ML, Visser SN. Interpreting the prevalence of mental disorders in children: Tribulation and triangulation: Tribulation and triangulation. *Health Promot Pract*. 2017;18(1):5–7.
8. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 2017. 114(9):149.R.159.
9. Arnsten AF. The emerging neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: the key role of the prefrontal association cortex. *The Journal of pediatrics* 2009;154(5).
10. Mueller A, Hong DS, Shepard S, Moore T. Linking ADHD to the neural circuitry of attention. *Trends Cogn Sci*. 2017;21(6):474–88.
11. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology* 2009;57(7–8):579–89.
12. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*. 2019;24(4):562–75.
13. Montagna A, Karolis V, Batalle D, Counsell S, Rutherford M, Arulkumar S, et al. ADHD symptoms and their neurodevelopmental correlates in children born very preterm. *PlosOne* 2020;15(3): e0224343.
14. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2011;45(2):150–5.
15. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Sibley MH, Molina BSG, Swanson JM, et al. Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: Results from the MTA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(11):937-944.
16. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, Lynch RL, Bax A, Redwine ST, et al. ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. *Pediatrics*. 144(4):e20191682.
17. Visser SN, Zablotsky B, Holbrook JR. National Health Statistics Reports, No 81: Diagnostic Experiences of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. National Health Statistics Reports. 2015;81.
18. Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P, Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(4):481–9.
19. Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1–27.
20. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942–8.
21. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434–42.
22. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490–9.
23. Michanie C, Kunst G, Margulies DS, Yakhkind A. Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina. *Journal of Attention Disorders*. 2007;11(3):363–7.
24. Guha M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Reference Reviews. 2014.
25. Krasner AJ, Turner JB, Feldman JF, Silberman AE, Fisher PW, Workman CC, et al. ADHD symptoms in a non-referred low birthweight/preterm cohort: Longitudinal profiles, outcomes, and associated features. *J Atten Disord*. 2018;22(9):827–38.
26. de la Peña IC, Pan MC, Thai CG, Alisso T. Attention-deficit/hyperactivity disorder predominantly inattentive subtype/presentation: Research progress and translational studies. *Brain Sci*. 2020;10(5):292.

BIBLIOGRAFÍA:

27. O'Neill, Rajendran S, Mahbubani K, Halperin SM. Preschool predictors of ADHD symptoms and impairment during childhood and adolescence. *Current psychiatry reports*. 2017;19(12):1–15.
28. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(6):663–78.
29. Simone AN, Bédard A-CV, Marks DJ, Halperin JM. Good holders, bad shufflers: An examination of working memory processes and modalities in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2016;22(1):1–11.
30. Adalio CJ, Owens EB, McBurnett K, Hinshaw SP, Pfiffner LJ. Processing speed predicts behavioral treatment outcomes in children with attention-deficit/hyperactivity disorder predominantly inattentive type. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46(4):701–11.
31. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65–94.
32. Pievsky MA, McGrath RE. The neurocognitive profile of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of meta-analyses. *Arch Clin Neuropsychol*. 2018;33(2):143–57.
33. Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018; 87:255–70.
34. Taurines R, Schmitt J, Renner T, Conner AC, Warnke A, Romanos M. Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2010; 2 (4): 267-289.
35. Erskine H., Norman R, Ferrari AJ, Chan G, Copeland WE, Whiteford HA, Scott J. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2016; 55 (10): 841-850.
36. Ogundele MO, Ayyash HF. Review of the evidence for the management of co-morbid Tic disorders in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *World journal of clinical pediatrics*. 2018;7(1).
37. Tung I, Li JJ, Meza JI, Jezior KL, Kianmahd JSV, Hentschel PG, et al. Patterns of comorbidity among girls with ADHD: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;138(4).
38. Sandstrom A, Perroud N, Alda M, Uher R, Pavlova B. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in people with mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;143(5):380–91.
39. Meyer SE, Carlson GA, Wiggs EA, Martinez PE, Ronsaville DS, Klimes-Dougan B, et al. A prospective study of the association among impaired executive functioning, childhood attentional problems, and the development of bipolar disorder. *Dev Psychopathol*. 2004;16(2):461–76.
40. Jensen CM, Steinhausen H-C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27–38.
41. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther*. 2021;(107940):107940.
42. Palacio J, Botero D, Muñoz C, Vásquez R, Carrozosa M. Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009; 38:84–7.
43. Palacio JD, La Peña-Olvera D, Palacios-Cruz L, Ortiz-León S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009; 38:35–65.
44. Scandar M, Bunge E. Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adolescentes. *Rev Argent, de Clin Psicol*. 2017; XXVI(II).
45. Childress AC, Komolova M, Sallee FR. An update on the pharmacokinetic considerations in the treatment of ADHD with long-acting methylphenidate and amphetamine formulations. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2019;15(11):937–74.
46. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727–38.
47. Liu H, Feng W, Zhang D. Association of ADHD medications with the risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(10):1283–93.

SOBRECARGA DE MADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

RESUMEN

El cuidado de niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo implica altas demandas físicas, financieras y emocionales y puede asociarse con el surgimiento de sobrecarga parental. Como consecuencia, aumenta la frecuencia de empeoramiento conductual del menor y de trastornos depresivos y de ansiedad en el adulto responsable. Se describen los casos de tres madres de pacientes con trastornos del desarrollo que presentaron sobrecarga parental para aumentar la visibilización de esta problemática en ámbitos pediátricos. Todos los hijos estaban recibiendo plan psicofarmacológico por la presencia de alteraciones conductuales y solo uno tenía acompañante terapéutico. La detección temprana y derivación de los padres con sobrecarga es imprescindible para mejorar la calidad de vida de los niños y los adolescentes con trastornos del neurodesarrollo y sus familias.

AUTORES:

LEÓN, E.

Servicio de Salud Mental. H.I.A.E.P. Sor María Ludovica. La Plata.

Correspondencia: ESTEFANIA ADELA LEON:
17estefanialeon@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

sobrecarga, madres, trastorno del neurodesarrollo, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Introduction: The care of children and adolescents with neurodevelopmental disorders involves high physical, financial and emotional demands, and it may be associated with the emergence of parenting stress. As a result, there is an increase in the frequency of minor behavioral worsening and depressive and anxiety disorders in the responsible adult. The cases of three mothers of

patients with developmental disorders are described in order the visibility of this problem in pediatric settings. All the children were receiving psychotropics for the presence of behavioral alterations and only one had a therapeutic companion. Conclusion: Early detection and referral of parenting stress is essential to improve the quality of life of children and adolescents with neurodevelopmental disorders and their families. **Objectives:** to describe the initial clinical findings of patients with CVID diagnosed at Hospital de Niños Sor Maria Ludovica, between 1981 and 2019. 19 patients were included, 14 were male (74%). All Patients Had a history of recurrent infections, most frequently pneumonia (74%) and acute otitis media (42%). 9 patients suffered from chronic diarrhea (47%), with associated malabsorption in 6 of them. Thirty-two presented with severe malnutrition and 1 patient with gastric metaplasia. One Patient Had Splenomegaly and 1 had Evans' syndrome. Bronchiectasis were found in 42% of patients at the time of diagnosis. Early suspicion of CVID from pediatricians is essential in order to arrive at a proper diagnosis.

KEYWORDS

overload, mothers, neurodevelopment disorder, depression, anxiety.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo (TN) implica altas demandas físicas, económicas y emocionales que repercuten ampliamente en el funcionamiento familiar y, en algunos casos, puede asociarse con el surgimiento de estrés parental^{1,2}.

El mismo está relacionado a múltiples factores como son la angustia ante el diagnóstico, la implementación de rutinas centradas en las necesidades terapéuticas del niño, la restricción de oportunidades sociales y laborales, los costos económicos, el estigma social, los cambios en las relaciones sociales, los sentimientos de aislamiento y falta de apoyo social. También a características de los niños como gravedad de los síntomas, los comportamientos disruptivos y las alteraciones en las habilidades cognitivas, comunicativas y adaptativas³⁻⁵.

Los padres de los niños con TN están cada vez más involucrados en los tratamientos. Una revisión Cochrane encontró resultados positivos en las intervenciones mediadas por padres. Sin embargo, diferentes estudios han registrado que su estrés y su falta de tiempo son barreras para la implementación de intervenciones terapéuticas en el hogar⁶.

El objetivo de este trabajo es presentar tres casos de sobrecarga parental de madres de niños y adolescentes con TN para aumentar la visibilización de esta problemática en ámbitos pediátricos.

PRESENTACION DE LOS CASOS

Se incluyeron tres madres de pacientes con TN del Servicio de Salud Mental H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" en La Plata durante el año 2018.

Las madres debieron completar cinco cuestionarios autoadministrados: para evaluar a los niños se utilizó escala de trastornos del sueño infantil modificada⁸, mientras que su evaluación se hizo a través de el Test de carga del cuidador de Zarit⁹, el Inventario de Ansiedad de Beck¹⁰, el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP)¹¹ y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)¹².

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Niño (N1), de 8 años, con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y discapacidad intelectual (DI) grave, realizó la primera consulta a un psiquiatra infantil a los 3 años por presentar el retraso del desarrollo del lenguaje, la presencia de dificultades en la interacción social y de autoagresiones ante cambios en la rutina.

Su madre (M1) comenta que su hijo presenta conductas auto y heteroagresivas ante la puesta de límites y ante cambios de rutina. Requiere asistencia para vestirse y bañarse. Concorre a escuela especial, pero se encuentra suspendida su asistencia a centro terapéutico debido a que se niega a concurrir realizando crisis conductuales cuando va a buscarlo el transporte.

M1 dice que no tiene tiempo para dedicar a su otra hija y mucho menos a ella. Comenta que no sabe hasta cuándo podrá cuidar bien a su hijo, sobre todo, por el esfuerzo físico que le genera. Añade que tiene dolores crónicos a causa de su trabajo de cocinera por los cuales se automedica y no busca atención médica por "falta de tiempo".

Hace seis meses se separó del papá de sus hijos y, a partir de allí, N1 duerme con ella refiriendo no poder sacarlo de su cama y empezó a negarse a concurrir al centro terapéutico.

CASO 2

N2, de 9 años, con diagnóstico de TEA. Presenta frecuente irritabilidad y conductas de auto y heteroagresión ante la puesta de límites y cambios de rutina. No concurre a centro terapéutico porque se niega presentando crisis conductuales al momento de ingresar.

Su madre (M2) concurre a tratamiento psiquiátrico y psicológico. Los profesionales tratantes le transmitieron que tenía "principios de depresión" e "insomnio de conciliación" y le indicaron paroxetina y clonazepam. La señora asocia su angustia a la enfermedad de su hijo y refiere que fue muy duro para ella recibir el diagnóstico del niño. Relata que, en esos tiempos, hace aproximadamente 2 años, estuvo internada "por qué no podía moverse", le dijeron que era de causa emocional

Comenta que ella tiene fibromialgia, que suele sentirse agobiada y que descuida su propia salud por el tiempo que le lleva cuidar a su hijo. Agrega que ningún familiar ni amigos acceden a compartir el cuidado.

Por otra parte, expresa que se despierta varias veces en la noche para verificar que se encuentre durmiendo bien y expresa gran temor por el futuro de su hijo.

CASO 3

Concurren al Hospital N3, de 14 años, con diagnóstico de DI grave junto a su mamá M3 de 51 años.

M3 consulta por primera vez a los 5 años por presentar retraso de las pautas del desarrollo, trastorno del sueño, auto y heteroagresividad e inquietud derivado por neurología. Por sus antecedentes de epilepsia está medicado con ácido valproico. Al momento de la consulta presenta auto y heteroagresividad restringida a los horarios de comidas en los cuales su madre intenta que cumpla la dieta indicada por su nutricionista ya que padece de obesidad. Se le suspendió la escolaridad por sus trastornos conductuales. Además, concurre a centro terapéutico tres veces por semana ya que solo quiere ir en remis y la familia no puede costear este medio de transporte diariamente.

M3 comenta que su hijo tiene ansiedad de separación, que duerme con ella y que presenta ronquidos y apneas de sueño. Esto altera notablemente su calidad del sueño. A su vez, dice

que a la noche se pone nerviosa y que lo asocia al "estrés" por la situación de N3. En las Tablas 1 y 2 se resumen las características de los niños y sus madres.

Tabla 1: Características de los niños

	N 1	N 2	N 3
Edad	8 años	9 años	14 años
Diagnóstico	TEA y DI grave	TEA	DI grave
Escolaridad	Suspendida	Accede con retención	Suspendida
Centro terapéutico	Se niega a concurrir	Se niega a concurrir	Concurre 3 veces por semana
Acompañante terapéutico	No	Si	No
Plan psicofarmacológico diario	Aripiprazol 20 mg, risperidona 0,5 mg y topiramato 50 mg	Risperidona 4,5 mg, topiramato 150 mg, oxcarbamacepina 900 mg, clotiapina 10 mg	Clotiapina 30 mg y biperideno 4 mg
Sueño	Trastorno del sueño (61 puntos), con alteraciones en el inicio y mantenimiento (22 puntos) y excesiva somnolencia diurna (18 puntos)	Trastorno del sueño (44 puntos), con alteraciones en el inicio y mantenimiento (15 puntos) y excesiva somnolencia diurna (13 puntos)	Trastorno del sueño (74 puntos), con alteraciones en el inicio y mantenimiento (25 puntos), con problemas respiratorios (15 puntos), desórdenes del arousal (5 puntos), hiperhidrosis (5 puntos)

Tabla 2: Características de las madres

	N 1	N 2	N 3
Edad	43 años	36 años	53 años
Sobrecarga	Intensa (59 puntos)	Leve (47 puntos)	Leve (47 puntos)
Depresión	Mínima (10 puntos)	Leve (15 puntos)	Leve (19 puntos)
Ansiedad	Leve (10 puntos)	Leve (9 puntos)	Moderada (29 puntos)
Sueño	Mala calidad del sueño (5 puntos)	Mala calidad del sueño (14 puntos). Medicada por presentar insomnio de conciliación	Mala calidad del sueño (9 puntos)

Las madres de los tres niños presentaban factores de riesgo tales como angustia ante el diagnóstico, bajo sostén social ya que no contaban con gran acompañamiento familiar y de sus amigos para cuidar a sus hijos, los costos económicos y la estigmatización. También compartían características de sus hijos como la gravedad de los síntomas, los comportamientos perturbadores y las alteraciones de competencias cognitivas, comunicativas y adaptativas. Ninguna de ellas concurría a programas de psicoeducación

DISCUSIÓN

En una investigación publicada en 2015, Valicenti-McDermott M. *et al.* compararon dos grupos de pacientes, uno con TEA (n=50) y otro con otros TN (n=50), detectando que el 45% de los padres del primer grupo presentaron estrés parental en comparación al 22% del segundo grupo. Resultados similares fueron reportados por Al-Farsi *et al.* (2016)^{5,12}.

En un estudio realizado por Atiqul Haque M *et al.* (2021) en el cual incluyeron 906 cuidadores de niños con TN, señalaron que el estrés parental es significativamente mayor en las madres en comparación a los padres. A su vez, la frecuencia se incrementaba en aquellas

que eran desempleadas y con bajos niveles educativos¹³.

Por otra parte, Al-Farsi et al. (2016) encontraron que el 45,9% padres de niños con autismo presentaban ansiedad (n=220) y un 41,8% en padres con niños con discapacidad intelectual (n=109)¹². De las madres de los casos por nosotros reportados, dos tenían ansiedad leve y una moderada.

Dos de las madres del trabajo presentaban depresión leve. Al respecto un estudio publicado en el año 2015 reportó que la prevalencia de depresión en el 16,4% de los padres de niños con TEA (n=68)¹³. Diversos estudios reportan otras prevalencias con frecuencia del 48,6% en padres de niños con TEA y del 41,3% en padres de niños con discapacidad intelectual¹². Todas las madres presentaban mala calidad del sueño. En la bibliografía, se encontró una mayor prevalencia de mala calidad de sueño en padres de niños con TN. Meltzer et. al. (2008) señalaron que los padres de niños con TEA presentaron puntajes PSQI más elevados en comparación a padres de niños con desarrollo típico (66% vs. 40%, p =0 .05.)¹⁴.

El riesgo incrementado de alteraciones del sueño de estos padres está relacionado a las altas demandas de la crianza y a la incidencia incrementada de alteraciones del sueño en estos niños. Según reportes publicados, se estima que dicha prevalencia oscila entre el 13-85%¹⁵.

CONCLUSION

La detección temprana y derivación de los padres con sobrecarga, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y otros trastornos de la salud mental son imprescindibles para mejorar la calidad de vida de los niños y los adolescentes con TN y sus familias.

Ante los casos clínicos presentados se evidenció la necesidad de considerar incluir a las familias en programas de psicoeducación y de propiciar investigaciones sobre esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hayes S, Watson S. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2013; 43: 629–642.
2. Tervo, R. Developmental and Behavior Problems Predict Parenting Stress in Young Children with Global Delay. *Journal of Child Neurology* 2012; 27(3): 291-296.
3. Anat Zaidman-Zait A, Mirenda P, Duku E et. al. Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism* 2016;21(2):155-166.
4. Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with asd: the mediating role of stress proliferation). *J Autism Dev Disord* 2006;36(5):685–695.
5. Valicenti-McDermott M. Parental Stress in Families of Children With Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal of Child Neurology* 2015; 30 (13): 1728- 1735.
6. Cochrane Central Register of Controlled Trials. Comparative Efficacy of Self-directed & Therapist-assisted Telehealth Parent Training Intervention for Children With ASD. Disponible: <https://clinicaltrials.gov/show/nct02721381>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Disponible: http://www.guiasalud.es/egpc/TSue%C3%B1o_infado/resumida/documentos/anexos/ane_xo6.pdf
8. Pedraza A.; Rodríguez-Martínez C.; Acuña R. Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. *Biomédica* 2013;3.
9. Cibersam. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. Disponible: <http://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=104>
10. Jiménez-Genchi; A.; Monteverde-Maldonado E.; Nenclares-Portocarrero A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx* 2008; 144 (6):491-496
11. Sanz, J.; Perdigón, A.; Vázquez, C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* 2003; 14 (3):249-280.
12. Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbaty MM, Al-Adawi S. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; 12:1943-1951.
13. Haque MA, Salwa M, Sultana S, Tasnim A, Towhid Mill, Karim MR, Abdullah Al Mamun M. Parenting stress among caregivers of children with neurodevelopmental disorders: A cross sectional study in Bangladesh. *J Intellect Disabil.* 2021; 22:17446295211002355.
14. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatrics & Child Health.* 2004;9(8):589-598.
15. Meltzer LJ; Brief Report: Sleep in *Parents of Children* with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Pediatric Psychology* 2008; 33 (4): 380–386.

ENURESIS Y CUARENTENA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ARGENTINA.

RESUMEN

La enuresis es un problema que afecta a un porcentaje importante de la población pediátrica desde los 5 a los 16 años, e incluso a adultos jóvenes, teniendo causas multifactoriales tanto desde el punto de vista de su origen, como de su perpetuidad en el tiempo. La pandemia COVID-19 motiva como herramienta de control al aislamiento social, una cuarentena que afecta los hábitos generales de los niños y niñas, produciendo un descontrol del ritmo circadiano, a partir de la desregulación horaria y la ansiedad secundaria. Esto atenta contra la evolución favorable de la enuresis y, a medida que la cuarentena se prolonga, es peor. En Argentina la cuarentena superó los 100 días, sin poder todavía mensurar el impacto desde el punto de vista de la enuresis. Proponemos herramientas para intentar disminuir los efectos del aislamiento y la cuarentena con el fin de no profundizar el problema o evitar las recaídas.

AUTORES:

TOBIA GONZÁLEZ, SG ^{1,2}

¹ Servicio de Urología, H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata

² Cátedra de Urología, Fac. de Cs. Médicas - UNLP

Correspondencia:

SEBASTIÁN TOBIA GONZÁLEZ:

sebastian.tobia@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

enuresis, cuarentena, COVID-19, pandemia

ABSTRACT

Enuresis is a problem that affects a significant percentage of the pediatric population from 5 to 16 years of age, and even young adults, having multifactorial causes both from the point of view of its origin and its perpetuity over time. COVID-19 Pandemic motivates social isolation as a control tool and, in certain countries, a quarantine that affects boys and girls general habits, producing circadian rhythm lack of control, based on time dysregulation and anxiety in high school. This undoubtedly threatens enuresis favorable evolu-

tion and, as quarantine continues, it is worse. In Argentina, quarantine exceeded 100 days, especially in the geographic region with highest population density, without being able to measure the impact in terms of enuresis. That is why we propose tools to try to reduce the isolation effects and quarantine in order not to deepen the problem or avoid relapses.

KEYWORDS

enuresis, quarantine, COVID-19, pandemic.

INTRODUCCIÓN

El término médico “enuresis” denomina la circunstancia de aquella persona que no es capaz de controlar voluntariamente la emisión de orina durante la noche. Es esencial definir los tipos de hábitos evacuatorios y la presencia de síntomas concomitantes diurnos para discriminar la Enuresis no Monosintomática de la Enuresis Monosintomática. La *enuresis nocturna o Enuresis Monosintomática (EM)* es la micción involuntaria que ocurre generalmente por la noche, durante las horas del sueño, en niños mayores a 5-6 años, luego de la edad en que debería ser capaz de controlar en forma voluntaria la vejiga^{1,2}.

¿Qué es la enuresis?

La mayoría de nosotros pensamos que mojar la cama es algo que les ocurre a los niños pequeños, cuando en realidad afecta alrededor del 15-20% de los niños mayores de 5 años y del 2% de los adultos jóvenes. Sin embargo este problema puede afectar entre 1 y 2 de cada 100 adolescentes³.

Tradicionalmente, se reconocen tres mecanismos fisiopatológicos que están involucrados en el desarrollo de la EM: poliuria nocturna, trastornos funcionales vesicales e incremento del umbral de excitación al despertar⁴.

Las alteraciones en el ritmo circadiano intrínseco renal también parecen desempeñar un papel fisiopatológico de la enuresis, particularmente los niños con poliuria nocturna resistente a la desmopresina. Hipotéticamente, estas alteraciones podrían causar un aumento de la presión arterial nocturna por alteraciones en el sistema nervioso autónomo con la posterior supresión de la vasopresina y las hormonas reguladoras del sodio, así como un aumento de filtrado renal glomerular, lo que resulta en un incremento de la excreción renal de solutos y agua⁵⁻⁷. Dado que hasta el momento actual no se ha podido detectar como únicos responsables directos de la EM la poliuria nocturna y los trastornos funcionales vesicales, se ha puesto la atención en los mecanismos y trastornos del sueño como posibles responsables adicionales. Los niños enuréticos presentan una fuerte asociación con las alteraciones del sueño, como trastornos respiratorios del sueño y parasomnias⁸⁻¹⁰.

La enuresis es una condición frecuente que, si bien es transitoria y de resolución espontánea, puede ser muy molesta para la vida familiar y perjudicial para la esfera social del niño. Las condiciones de comorbilidad pueden ser la causa de resistencia a la terapia inicial de la EM y, entre las más importantes, se deben identificar la constipación y los desórdenes del comportamiento y del sueño⁸⁻¹⁰.

En los niños enuréticos refractarios a la primera línea terapéutica, es necesario reevaluar la presencia de sintomatología diurna y comorbilidades⁸⁻¹⁰.

Enuresis en Argentina y pandemia COVID-19

En Argentina, se realizó una encuesta sobre la prevalencia de la EM, en la que se interrogó a padres de niños que visitaron distintos hospitales de Capital Federal por condiciones no

urológicas. Se encuestaron padres de niños mayores de 5 años de edad y se pudo extraer de los datos registrados que el 8,14 % de los encuestados mojaba la cama a una edad media de 5,5 años y el 3,7 % presentaba enuresis secundaria². En el año 2010, la Capital Federal, sumado al llamado conurbano bonaerense (AMBA), que involucra a 40 municipios, contaba con 14.839.026 habitantes, y es la que constituye la mayor concentración urbana de la Argentina¹¹.

La pandemia generada por el COVID-19 es una situación inusual y desconocida, de carácter incierto y que genera estrés en toda la población. El miedo y la ansiedad por una enfermedad desconocida y con alta tasa de contagio pueden ser abrumadores y causar emociones intensas en adultos, adolescentes y niños. Las respuestas al estrés no se manifiestan de la misma manera en los diferentes grupos etáreos. Algunos cambios comunes a tener en cuenta incluyen la reiteración de comportamientos que ya habían sido superados en el tiempo (por ejemplo, enuresis).

Desde el 20 de marzo de 2020 Argentina entró en cuarentena. La situación actual de aislamiento provocada por la pandemia COVID-19 ha eliminado nuestros "sincronizadores" sociales habituales. La ausencia de horarios escolares que implican levantarse a horas tempranas de la mañana, así como de contacto social presencial con compañeros y profesores, horarios de comedor escolar, etc, hacen que el ritmo de "el reloj interno" se vea afectado. La cantidad y calidad del sueño es fundamental para que los niños duerman bien y tengan un descanso reparador.

Todavía no sabemos cómo impacta esta situación en los pacientes enuréticos o en aquellos que ya habían superado el problema, ya que aún no hemos terminado el período de cuarentena en el área de mayor densidad poblacional de la Argentina.

Herramientas de manejo

Seguir algunas rutinas horarias les ayuda a nuestros hijos a tener patrones correctos de sueño. Por eso, desde la Sociedad Española de Sueño (SES) se anima a las familias a utilizar estos largos días de confinamiento social, en los que tanto tiempo se va a pasar en casa conviviendo con los hijos, "para aprender todos juntos a organizar mejor nuestros tiempos"¹².

El reloj biológico, el sueño y el estado de ánimo de nuestros hijos se beneficiará si somos capaces de trabajar con ellos en la consecución de tres objetivos complementarios:

- El primero es el de mantener unas mismas rutinas respecto a los horarios de sueño (especialmente del despertar), de comidas, de actividad física, de los momentos dedicados al trabajo escolar y al ocio. Además, la situación en la que no hay un horario rígido establecido de entrada al colegio, los horarios de sueño se pueden adaptar ligeramente a las tendencias naturales de vuestros hijos (de dormirse antes o más tarde dependiendo de si tienen un cronotipo de alondras o búhos), manteniendo siempre un horario estable y razonable todos los días de semana.

- El segundo objetivo es el de potenciar el contraste entre las actividades del día y el reposo nocturno. Las pilas del reloj biológico se cargan con el reposo nocturno para optimizar la energía durante la actividad diurna. En este sentido es conveniente:

a) Reservar un tiempo para el sueño nocturno según lo que necesite el niño; el tiempo medio de sueño suele ser 11-14 horas para los niños de 1 a 2 años, de 10-13 horas para los de 3 a 5 años, de 9-12 horas para los de 6 a 12 años y de 8-10 horas para los adolescentes.

b) Exponerse a luz natural durante al menos dos horas al día (por ejemplo, desayunando o jugando junto a una ventana bien iluminada).

c) Durante el día, evitar tareas pasivas (ver la TV, usar el móvil). En estas horas es mucho me-

por activar el cuerpo fomentando actividades que requieran una activación intelectual (hacer tareas, lectura o pasatiempos) o de ocio compartido y movimiento.

d) Al menos una hora antes de acostarlos es conveniente crear una rutina relajante para "desconectar del día" (contar un cuento, ejercicios de relajación compartidos) en un ambiente con poca luz y ruido.

e) Es fundamental desayunar y evitar la ingesta entre comidas, bebidas y comidas excitantes como el chocolate o los refrescos de cola, sobre todo en horas de la noche cercanas a irse a dormir.

- El tercer objetivo ha de estar orientado a la sincronización de sus horarios con el día a luz natural. Esto lo podemos conseguir con unas medidas muy sencillas, como son:

a) Dormir a oscuras: Un rato antes del despertar es recomendable subir las persianas del cuarto para que amanezcan con la luz natural del día.

b) Siestas: En niños de 2-4 años continuaremos con la rutina que tuvieran en la guardería o el colegio, que se reduce a una siesta después de comer. Es importante que tanto la duración, como la hora en que se realice dicha siesta siempre sea la misma, por la importancia ya comentada, de mantener rutinas y horarios de sueño. Sin embargo en adolescentes, al igual que en el adulto, no recomendamos la realización de una siesta después de comer y en caso de hacerla será de corta duración (máximo 30 minutos) y nunca más allá de las 17 horas.

CONCLUSIÓN

La situación actual de pandemia y confinamiento, la prolongación de la cuarentena, agregada a la situación socio-económica Argentina, es una situación excepcional y no fácil de manejar por las diferentes contingencias y contextos familiares. La cantidad de horas que pasamos en casa, junto a nuestros hijos, tal vez nos ayuden a aprender a organizar los tiempos y conseguir de esta manera que el COVID-19 no perjudique la situación de los niños que presentan enuresis o a evitar las recaídas.

AGRADECIMIENTOS

A la Prof. Dra. Ana María González, la Dra. Graciela Reyes y el Dr. Juan P. Corbetta, en el apoyo en el proceso de elaboración de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Enuresis. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/comunidad/ENURESIS1.pdf>.
2. Sager C, Ormaechea E, Martina S, Alconcher L, et al. Adaptación en español de la "Guía de enuresis monosintomática". *Arch Argent Pediatr* 2018; 116 Supl 5:S92-S108.
3. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD004668.
4. Rittig S, Knudsen UB, Nørgaard JP, et al. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am J Physiol*. 1989;256(4 Pt 2):F664-71.
5. Hunsballe JM, Hansen TK, Rittig S, et al. The efficacy of DDA VP is related to the circadian rhythm of urine output in patients with persisting nocturnal enuresis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998;49(6):793-801.
6. Vulliamy D. The day and night urine output of urine in enuresis. *Arch Dis Child*. 1959;31(160):439-43.
7. Läckgren G, Nevéus T, Stenberg A. Diurnal plasma vasopressin and urinary output in adolescents with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Acta Paediatr*. 1997;86(4):385-90.
8. Dossche L, Walle JV, Van Herzeele C. The pathophysiology of monosymptomatic nocturnal enuresis with special emphasis on the circadian rhythm of renal physiology. *Eur J Pediatr*. 2016;175(6):747-54.
9. Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA. Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys: clinical implications. *Acta Paediatr*. 1997;86(4):381-4.
10. Azevedo Soster L, Alves R, Fagundes SN, et al. Sleep disturbances associated with sleep enuresis: A questionnaire study. *Eur J Paediatr Neurol*. 2016;20(2):282-5.
11. Censo 2010, Argentina. INDEC. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar>
12. Albares J, Estivill E, Merino M et al. Que el Coronavirus no te quite el sueño. Sociedad española del sueño (SES). Disponible en: <https://ses.org.es>.

SALUD DIGITAL: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA COMUNICARNOS EN MEDICINA. EXPERIENCIA DE LA OCD LUDOVICA*

La telemedicina es la prestación de servicios de medicina a distancia, para la que se emplean las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC).

Es importante entender que la telemedicina es un proceso, no una tecnología. Sin embargo, este proceso ha sido más factible y viable en los últimos años gracias a los avances tecnológicos. Se puede efectuar una consulta y obtener un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado. También puede emplearse en casos donde el paciente o profesional que lo asiste busca una segunda opinión médica, asistencial o legal.

Tener una segunda opinión médica siempre puede ser muy importante.

En el caso de una provincia o de una zona alejada de las grandes urbes muchas veces los equipos de salud se enfrentan a enfermedades que tienen "baja probabilidad de ocurrencia", es decir, que no se ven mucho, porque la población es pequeña en relación a lo que sucede en las grandes ciudades donde se ven patologías de distinta índole a diario.

Según la OMS la telemedicina es el suministro de Servicios de Atención Sanitaria en la que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las TICs con el objetivo de intercambiar datos para hacer diagnósticos, mejorar e indicar tratamientos y prevenir enfermedades, así como para la actualización permanente de los profesionales de la salud y en actividades de investigación y evaluación con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en las que viven.

*Forma en la que se denomina dentro del ámbito hospitalario a la Oficina de Comunicación a Distancia del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

AUTORES:

ALFANO C,
MARTINELLI F,
ALOI E,
HERRERA G.
PEREDO O.

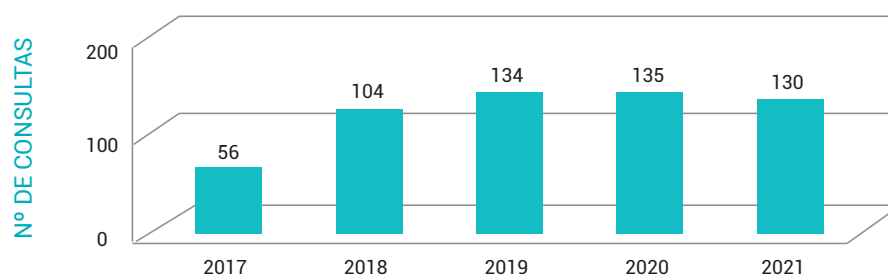
Correspondencia:

OFICINA DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA:

ocdludovica@gmail.com

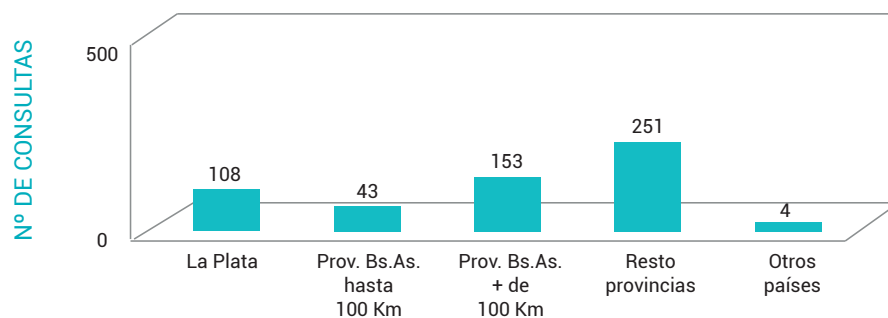
La OCD en nuestro Hospital se constituye en agosto del año 2017 dando comienzo a la utilización de la Telemedicina, recibiendo el personal la capacitación necesaria, tanto administrativa como médica, en el Hospital de Pediatría Garrahan. Dentro de la estructura hospitalaria, funciona como una Unidad que depende de la Sala de Docencia e Investigación. Actualmente, somos referentes pediátricos en la provincia de Buenos Aires y única en la ciudad de La Plata hasta la fecha y ya se efectuaron 559 gestiones que corresponden a consultas, segunda opinión y contra referencia. La distribución anual se presenta en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1: Consultas anuales OCD Ludovica (2017-2021)



Un alto porcentaje de los pedidos solicitados corresponden a localidades situadas a más de cien kilómetros de distancia de nuestro Hospital. Gráfico 2.

GRÁFICO 2: Procedencias de las consultas OCD Ludovica (2017-2021)



Las consultas se dividen en asincrónicas, que son aquellas que se resuelven de manera diferida por medio de una plataforma creada para dejar constancia de la consulta (Historia Clínica Electrónica aún no incorporada en la ley digital Argentina) y sincrónicas, que se tramitan en tiempo real, con las videoconferencias como herramienta prioritaria.

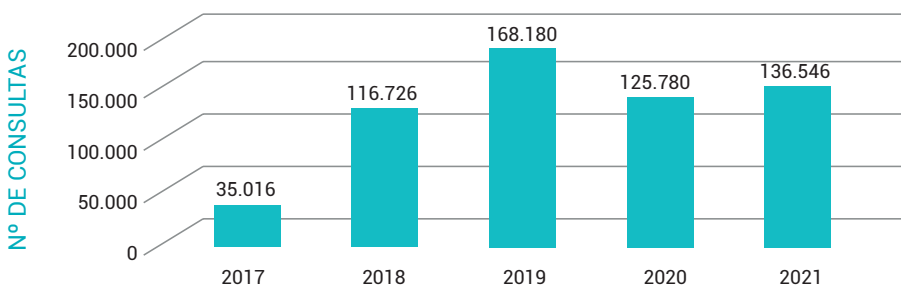
Cuando se requiere realizar prestaciones adicionales, como laboratorios de alta complejidad o la reevaluación de una biopsia, tampoco es necesario que viajen los niños o niñas, con una autorización y un consentimiento, basta para tomar la muestra en el lugar de residencia, que luego se envía para su análisis al Garrahan, del cual somos Hospital asociado en Telesalud por un convenio firmado en el año 2018.

Estamos dentro del marco Salud Digital, trabajamos en Red y desarrollamos tres niveles:

- 1. ASISTENCIAL
 - Teleasistencia
 - Consultas a distancia
 - Consultorio Virtual - Videoconferencia
 - Teleseguimiento de pacientes
 - Telediagnóstico
- 2. DOCENTE
 - Teleeducación
- 3. GESTION
 - Telegestión

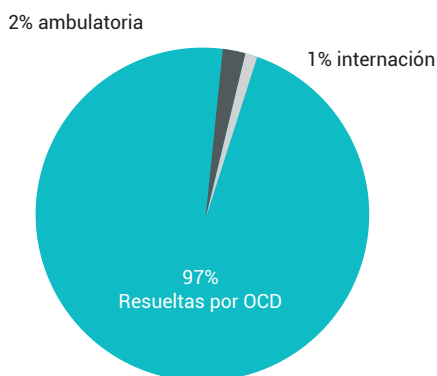
Con resultados muy satisfactorios tanto en calidad, eficacia y equidad, evitamos el desarraigo familiar, ahorrando a los pacientes kilómetros y horas de traslado, permitiendo el acceso equitativo a la salud y la formación permanente de todos los profesionales. Gráfico 3

GRÁFICO 3: Estimación de kilómetros ahorrados anualmente (2017-2021)



De las 559 consultas que se han realizado sólo requirieron traslado el 3% (15 pacientes): 10 tuvieron que concurrir por consultorio externo en forma ambulatoria y 5 fueron derivadas para su internación. Gráfico 4.

GRÁFICO 4: Impacto de las consultas a OCD Ludovica (2017-2021)



En síntesis, la telemedicina, como proceso de atención médica a distancia producto de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, además de accesibilidad, suma posibilidades de capacitación y actualización permanente a los profesionales más allá de los territorios. Una computadora y una conexión a Internet acortan distancias y minimizan los recursos de manera significativa.

Esta tecnología tiene una multiplicidad de ventajas entre las que se destacan:

- Se evitan largos viajes y los gastos que estos insumen.
- Se evita la separación de las familias.
- Permite que todos los actores estén involucrados en la consulta: paciente, especialista, especialistas interconsultantes, familia, que de otro modo insumiría que viajaran todos.
- Permite acelerar los tiempos de diagnóstico.
- Disminuye la posibilidad de mala praxis.
- Los pacientes no tienen que viajar a centros de referencia pediátrica para hacer la consulta con el especialista.

Nuestras debilidades y desafíos a futuro son:

- Lograr una mayor participación de todos los Servicios del Hospital.
- Mejorar la conectividad en todas las áreas.
- Gestionar la educación desde la escuela hospitalaria para que los niños puedan continuar estudiando en casa.
- Gestionar el seguimiento de aquellos niños con enfermedades crónicas en domicilio.
- Integrar y promover la creación de OCD en el resto de los hospitales de la Provincia, logrando que desde el Ministerio de Salud se gestione la formación de las mismas.

Nuestras vías de comunicación:

- Plataforma Nacional de Telesalud.
- Mail: ocdludovica@gmail.com
- Web: www.docenciasormarilu.wixsite.com/informacion/telesalud-ocd
- Teléfonos: 0221-4535901 al 06 interno 1769

Estamos muy agradecidas primeramente por brindarnos la oportunidad de dar a conocer por este medio el trabajo de enfermería que se viene realizando hace muchos años. Recuerdo haber comenzado en mis inicios en aquel 2011 cuando una colega que ya venía haciéndolo me animó a que me sumara al equipo de enfermeras y enfermeros y de allí este rol de educador a las familias cautivó mi corazón. Realizamos hasta la actualidad talleres de educación para el alta que incluyen:

- Reanimación cardiopulmonar
- Cuidados del recién nacido
- Prevención de enfermedades respiratorias bajas agudas

Recuerdo también que no contábamos con un espacio físico pero nada de eso nos impedía llevarlos a cabo. Pedíamos permiso y los pasillos de las salas del Servicio de Neonatología, por mucho tiempo, fueron nuestro espacio de encuentro para realizar dichos talleres.

Siempre estaba la disposición de cada uno de los que integraban el equipo: Solo hacía falta un requisito y era que digamos sí y hacerlo con mucha profesionalidad y una mirada holística de cada familia. Hemos recibido también mucha gratitud de dichas familias, eso no tiene precio.

Para avanzar un poco más, también queremos contarles que en el año 2015 nos propusieron hacer un resumen acerca de "Talleres y padres" para mostrar el trabajo que estábamos realizando hasta ese año. Fue presentado a concurso representando a nuestro hospital y tuvimos la sorpresa de ser elegidos ganadores. El premio otorgado al reconocimiento, compromiso y permanencia de los talleres, fue una beca para un congreso de SIBEN (Sociedad Iberoamericana de Neonatología) en Costa Rica.

En la actualidad seguimos realizando los talleres, a pesar de que no todo fue fácil y hubo sinsabores, a veces éramos pocos y otras algunos más pero seguimos trabajando. Hoy podemos decir que somos un equipo sólido integrado por enfermeras de sala 11 y sala 12, y residentes de enfermería neonatal. Llevamos registro de datos de los talleres realizados: por ejemplo en 2018 compartimos 31 encuentros donde se educaron a 115 familias de nuestro Servicio de Neonatología. En pandemia fue más escaso pero no impidió que se realicen individualmente, se registraron 44 talleres cubriendo 225 familias. Nuestro objetivo es capacitar a familias y cuidadores para que puedan estar preparados y contar con las herramientas necesarias para poder brindarles un cuidado oportuno y adecuado en el hogar a sus niños luego de ser externados, y así reducir el índice de reinternaciones por factores prevenibles.

¿Por qué educamos los profesionales de enfermería? Porque necesitamos establecer un modelo de cuidado donde la educación sea una intervención ineludible.

Queremos agradecer a las autoridades de este hermoso Hospital de Niños por brindarnos apoyo, y la posibilidad de contar nuestra experiencia en esta columna de enfermería.

AUTORES:

GEBRUERS LA.

Servicio de Neonatología. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica"

Correspondencia: LAURA ADRIANA GEBRUERS.
lauragebruers@hotmail.com

LA RESIDENCIA DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA Y SUS APORTES A LA COMUNIDAD.

La Residencia de Enfermería en Neonatología, con más de veinte años en el Hospital Sor María Ludovica, se formó con la intención de capacitar profesionales en el área de salud. Responde a las necesidades de la comunidad, busca mejorar la calidad del cuidado con una participación activa y transmitiendo nuestros conocimientos a los futuros especialistas para brindar una mejor atención y contención a los pacientes y sus familias.

Dentro del área de Neonatología, se encuentran pacientes derivados de otras instituciones de menor complejidad, con patologías complejas (onfaloceles, gastrosquisis, síndrome asfíctico perinatal, atresia de esófago, cardiopatías, mielomeningoceles, hidrocefalias, malformaciones ano rectales, hernias diafragmáticas, recién nacidos pretérmino de peso menor a 1500 gr, fisuras labiopalatinas, etc.) a los fines de un tratamiento oportuno como la cirugía, entre otros.

Nuestra residencia está conformada por una coordinadora docente y una jefa de residentes, quienes nos acompañan y motivan a participar de múltiples proyectos para no solo adquirir conocimientos, sino también brindar instrumentos a la sociedad.

Con este propósito, desde el año 2011, se iniciaron los talleres de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) para las familias de los pacientes internados en las salas 11, 12 y 50 con el objetivo de capacitarlas y brindarles herramientas necesarias para actuar en situaciones de emergencia, que no solo son útiles para sus hijos sino también para compartir en su entorno familiar.

Desde ese año se han realizado numerosos talleres, aún durante la pandemia COVID-19 pudimos encontrar la forma de capacitar a cientos de padres. En el periodo enero a diciembre de 2021 se han desarrollado 44 talleres de RCP

AUTORES:

MENDOZA P,
ROZADILLA R,
REYES C,
SANTILLÁN C.

Residencia de Enfermería en Neonatología.
H.I.A.E.P Sor María Ludovica. La Plata.

Correspondencia: ROSARIO ECHANDIA
roechandia@hotmail.com

incluyendo a 225 madres, 18 padres y 1 abuela de manera presencial, con los protocolos vigentes instalados por el Ministerio de Salud.

Estos talleres, donde participan las familias, se realizan en el salón de usos múltiples (SUM) de la institución, lugar amplio para realizar la escucha y práctica de manera segura. Estas actividades son libres y gratuitas, están dirigidas principalmente a los padres, cuidadores y/o tutores de los bebés de alto riesgo, recién nacidos prematuros o con diferentes patologías como las antes mencionadas, que egresan del servicio hacia sus hogares.

Nuestra meta como residentes, es sumar otros talleres para que las familias adquieran más conocimientos respecto a gastroenteritis, lactancia materna e insuficiencia respiratoria agudas baja (IRAB), ofreciendo promoción, prevención y detección de pautas de alarma para poder actuar oportunamente.

Queda abierta la invitación a los diferentes efectores de salud de nuestra institución para hacer sus aportes en estos talleres y trabajar de manera multidisciplinaria logrando así un enriquecimiento mutuo.

La inserción del psicólogo en las diversas salas médicas para generar un trabajo interdisciplinario. Por su parte, el consultorio externo ofrece un sinfín de presentaciones que el residente tiene oportunidad de asistir; problemáticas signadas por el malestar de nuestra época: niños inquietos, desafiantes, deprimidos, descompensados, niños que padecen de trastornos de la conducta alimentaria, niños con graves alteraciones en la conducta, ansiedad, bullying, etc.

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

LUDOVICA PEDIÁTRICA es una publicación científica oficial semestral con arbitraje del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Superiora Sor María Ludovica de La Plata. El fin de la revista es divulgar la actividad científica, docente y asistencial del Hospital y la región. Se publicarán trabajos relacionados con la Salud materno-infantil, Pediatría y sus áreas específicas, y otras áreas afines de la Salud Pública.

Se seleccionarán para publicación artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, presentación de casos clínicos y otros que cumplan los criterios de solidez metodológica, originalidad y sean actuales y oportunos.

El proceso de revisión de manuscritos constará de una primera evaluación por el Comité Editorial que decidirá la aceptación del manuscrito según los criterios de selección expresados arriba y una segunda etapa que será realizada por dos revisores independientes especialistas en el tema del manuscrito y/o en metodología de la investigación. Se mantendrá en forma confidencial la identidad de autores y revisores. El dictamen podrá ser de aceptación, rechazo, o condicionamiento a las modificaciones sugeridas por los revisores. Toda decisión se comunicará a los autores en un plazo de dos meses a partir de la fecha en que se reciba el original. Si el trabajo resultase condicionado, la nueva versión deberá enviarse en un plazo máximo de treinta días.

El envío de los manuscritos deberá hacerse por correo electrónico a ludovicapediatria@gmail.com. En el "asunto" colocar la leyenda "Manuscrito para Ludovica Pediátrica". En el cuerpo del mensaje indicar el título del trabajo, el tipo de artículo y el nombre del primer autor.

CONDICIONES GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN.

Los artículos deben ser inéditos o publicados previamente sólo en actas de congresos u otras reuniones científicas. Todos los trabajos aceptados quedarán como propiedad permanente de la revista y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso expreso.

Los manuscritos deben redactarse con procesador de texto (MS Word), tamaño de hoja A4, márgenes 2,5 cm, fuente Arial 12, interlineado 1,5 justificado, sin sangría ni espacios entre párrafos. La extensión de los manuscritos se indica en las condiciones particulares de cada sección. En la primera página deben constar los datos básicos del/de los autor/es (nombre y apellido; profesión; lugar de trabajo; e-mail). Además se debe especificar el e-mail del autor responsable de la correspondencia.

Los artículos deberán ser escritos en el idioma oficial de la publicación, que es el español. El resumen y palabras claves deberán presentarse en español y en inglés.

Las notas de los artículos deberán enumerarse correlativamente al pie de página.

Las referencias bibliográficas se señalarán según el orden de aparición en el texto y deberán seguir el formato Vancouver para los trabajos clínicos. Se recomienda consultar los sitios: Citing Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. y https://biblioteca.unizar.es/sites/biblioteca.unizar.es/files/documentos/estilo_vancouver_resumen_con_rrss.pdf

En el caso de trabajos presentados desde las Ciencias Sociales y Humanas, se deberá utilizar las normas de la American Psychological Association (APA), última versión. Las unidades de medida deberán ser expresadas según el Sistema Internacional de Unidades.

Toda palabra extranjera utilizada en el texto deberá ir en bastardillas.

Las siglas deberán aclararse en su primera mención en el texto. Las tablas, gráficos y figuras deberán presentarse en hojas aparte, uno por hoja y ordenados con números arábigos. Llevarán un título en la parte superior, al lado del número, y un epígrafe al pie, para asegurar que el contenido sea comprensible sin necesidad de leer el texto. Las unidades de medida deberán ser referidas en el texto y en las tablas, gráficos y figuras.

Debe evitarse la repetición de datos presentes en el texto. Las imágenes deben ser en formato Jpg de alta resolución y deberán ser adjuntadas al cuerpo del mail.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores deberán declarar todo lo referente a fuentes de financiamiento, los potenciales o reales conflictos de intereses y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación, lo cual será de presentación obligatoria para el proceso de evaluación. No se publicarán protocolos de investigación y/o resultados de estudios que estén en proceso de evaluación o que hayan sido rechazados por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI). Los trabajos de otras instituciones deberán tener la aprobación del Comité de Ética de la institución de la que provienen o del Comité que subrogó el trabajo.

En caso de incluir material de otras publicaciones, los autores serán responsables de citar la fuente correspondiente, y obtener los permisos necesarios, en caso de ser solicitados por el Comité de Gestión Editorial.

Se considerarán autores sólo quienes hayan contribuido intelectualmente con el desarrollo del trabajo, es decir quienes hayan participado:

- 1- en la concepción y realización del trabajo que resulta en el artículo en cuestión;
- 2- en la redacción y revisiones del texto;
- 3- en la redacción final presentada para publicación.

En la sección de agradecimientos, al final del artículo podrán incluirse:

- a) las colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican la autoría, tales como el apoyo general del jefe de Servicio, Sala o Unidad;
- b) la ayuda técnica recibida;
- c) el agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo;

d) las personas que colaboraron intelectualmente pero cuya participación no justifica la autoría. Pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración. Por ejemplo, "asesor científico", "revisión crítica de la propuesta para el estudio", "recolección de datos", "participación en el ensayo clínico".

CONDICIONES PARTICULARES PARA CADA SECCIÓN EDITORIAL

Espacio de reflexión y opinión del cuerpo de editores y/o de autores invitados, sobre cuestiones referentes a los trayectos formativos del Hospital como centro de referencia para la pediatría. Incluye diferentes aportes sobre temas o problemas de actualidad. Tendrán una extensión máxima de 1300 palabras (excluyendo las referencias). Las citas bibliográficas no deberán superar las diez (10).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aquí se incluyen resultados de investigaciones originales sujetas a un diseño específico tales como: estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas.

Al inicio de cada trabajo se incluirán los resúmenes y las palabras clave, tanto en español como en inglés. La extensión del resumen deberá ser de 250 palabras, y deberá estructurarse de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Conclusión. Las palabras clave deberán figurar al pie de cada resumen, siendo su número máximo cinco (5). Se deberán utilizar los términos que aparecen en el Medical Subject Headings, MeSH, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) o los Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

El texto deberá respetar la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. La extensión máxima del texto no deberá exceder de 2700 palabras (sin incluir el resumen, las tablas y la bibliografía). El número máximo de citas bibliográficas permitido será cuarenta (40).

Introducción: Deberá incluir los antecedentes que fundamentan el estudio y los objetivos del trabajo.

Material y Métodos: deberá incluir el diseño del estudio, la selección de la muestra y pacientes e identificación de los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle como para permitir su reproducción. Deberá incluir los procedimientos éticos seguidos, indicar si se ha uti-

lizado un consentimiento informado y si el protocolo fue aprobado por el CIRPI o por el Comité de Ética institucional que corresponda. Si se trata de un estudio de una intervención (medicación nueva, placebo, etc.) deberán mencionarse los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos matemáticos y los métodos estadísticos deberán describirse en detalle.

Resultados: se presentarán siguiendo una secuencia lógica, tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí solo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número máximo de cuadros y figuras (entre ambos) es de cinco (5).

Discusión: en esta sección se resaltarán los aspectos más novedosos e importantes del estudio. Los datos presentados en la sección de resultados deberán comentar se en forma resumida y compararse con los hallazgos de estudios similares.

Conclusiones: deberán evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas por los resultados de la investigación que se presenta.

CASOS CLÍNICOS

Se refiere a la presentación de pacientes o serie de pacientes con una enfermedad inusual o con un cuadro clínico poco frecuente, cuya descripción tenga importancia en la práctica pediátrica o de la salud materno-infantil.

Resumen: en castellano y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deberá incluir palabras clave (hasta cinco).

Relato: deberá tener una extensión máxima de 1400 palabras de texto (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras), con no más de cuatro (4) ilustraciones (tablas, gráficos o fotografías). Deberá contar con una breve introducción que destaque la importancia del tema, señalando las experiencias similares publicadas. Luego se deberá describir la observación o el cuadro clínico del paciente y finalmente se realizará una discusión o comentario.

Bibliografía: no debe incluir más de quince (15) citas.

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Descripción, revisión crítica y análisis, sobre diversas experiencias de trabajo llevadas adelante por grupos de profesionales de una misma disciplina o de manera interdisciplinaria, con presentación de resultados. No es

necesario que incluya un resumen, la extensión máxima deberá ser de 1500 palabras, y el número de citas no deberá exceder las quince (15).

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

Comprenden una amplia y completa revisión acerca de un tema de importancia incluyendo principalmente los avances de los últimos años. Los autores no deben ser más de dos (2). La estructura deberá incluir:

Resumen: en castellano y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deben incluir palabras clave (hasta cinco).

Texto: debe incluir una introducción, el desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si es pertinente, incluir un apartado de discusión o comentarios de relevancia. El texto deberá tener una extensión máxima de 2700 palabras (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras). Cuando se justifique, quedará a criterio de los editores aceptar una mayor extensión.

Bibliografía: deberá ser lo más completa y actualizada posible, sin límite establecido para el número de referencias, siempre que las que se incluyan sean realmente importantes para quien quiera ampliar los conocimientos sobre el tema o acercarse a la experiencia de otros autores y, asimismo, que su búsqueda sea accesible.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA O DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

Se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, con especial interés en aspectos diagnósticos, terapéuticos o normas de procedimientos de la práctica diaria. El manuscrito deberá tener una extensión que no supere las 3500 palabras. La estructura del manuscrito deberá incluir:

Resumen: debe destacar aspectos relevantes del documento, con una extensión no mayor a 150 palabras, en castellano e inglés. Deberán incluir hasta 5 (cinco) palabras clave.

Introducción: debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

Descripción de la metodología: incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

Discusión: destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

Bibliografía: deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

COLUMNA DE RESIDENTES

Comunicación de experiencias de las diversas unidades de residencia que funcionan en el Hospital. Son aplicables las mismas de la sección de Cartas al Editor.

ARTÍCULOS ESPECIALES

Espacio reservado para trabajos de interés en pediatría y/o salud materno- infantil que no se puedan incluir en las demás secciones, como informes de comisiones y grupos de trabajo del Hospital. Son aplicables las mismas normas que la sección de Cartas al Editor. Introducción: debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

Descripción de la metodología: incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

Discusión: destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

Bibliografía: deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

CARTAS AL EDITOR

Se admitirán para la discusión de trabajos publicados y la aportación de observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no deberá superar las diez (10). Se admitirá hasta una tabla y una figura.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

Presentación de acciones específicas del Departamento de Enfermería. Comunicación de actividades científicas y/o docentes. Son aplicables las mismas normas de la sección de Cartas al Editor.

Entre todos lo hacemos posible



FUNDACIÓN LUDOVICA
Fundación Hospital de Niños de La Plata



Teléfono: (0221) 451-8240. Dirección: calle 14 # 1577 (entre 64 y 65). La Plata.



fundacionludovica.org.ar



Fundación Ludovica