



NOTICIAS *Metropolitanas*



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

**Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Capital Federal • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: metropolitana@sap.org.ar**

EDITORIAL

Abordaje de la negligencia infantil: una función de los Pediatras

La negligencia es la forma más frecuente de maltrato infantil. El porcentaje es alto: negligencia médica 2,2%, maltrato físico 16%, abuso sexual 8,8 %, maltrato psicológico 6,6%. Ocho de cada 1000 niños sufren negligencia, tasa que ha permanecido estable en los últimos 20 años.

Con frecuencia esta situación no se observa, no se detecta ni se denuncia y es probable que su incidencia real sea mucho mayor. Los Pediatras pueden encontrarse con muchas formas de negligencia: crianza y afecto inadecuado, abandono, higiene inadecuada, vestido inadecuado, negligencia educacional. Algo que vemos a menudo, el impacto del humo de cigarrillo, especialmente en los que presentan enfermedades pulmonares; la actitud de los padres que dejan armas al alcance de sus hijos.

La negligencia social se refiere a la insatisfacción de las necesidades de los niños, a causa de servicios, políticas y programas inadecuados y discontinuados. Por ejemplo, las necesidades de salud mental con frecuencia no se satisfacen.

La negligencia en asistencia dental es generalizada: 49% de los niños de 4 años de edad tenían caries y menos del 10% estaban tratados adecuadamente y no hablemos de la asistencia dental urgente. La negligencia de la asistencia sanitaria es frecuente. ¿Cuántos centros de salud, hospitales, realizan prótesis?

Una alimentación inadecuada puede ocasionar un retraso en el crecimiento. Los estudios longitudinales han encontrado vínculos entre la negligencia infantil (así como el maltrato y otras experiencias infantiles negativas) y la salud del adulto, con distintos riesgos: cardiopatía isquémica, asma, etc. (Dr. Howard Duvowitz, Clínicas Pediátricas de Norteamérica 2009, Vol. 56, n° 2). También hay efectos cognitivos, académicos, psicosociales (problemas emocionales y conductuales).

Satisfacer las necesidades de los niños debe verse como asunto de "derechos humanos", como está establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, ratificada por el Congreso Argentino en Septiembre de 1990, instituyéndola como Ley Nacional N° 23.849 y en Agosto de 1994 la Convención Constituyente la incorporó al artículo 75 de la nueva Constitución de la Nación Argentina. La Ley Nacional 26.061 de "Protección Integral de la Infancia", promulgada el 26 de octubre de 2005 dice: "... para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente...". La ley Nacional de Protección Integral se hace efectiva en nuestro país 82 años después de haberse redactado la Declaración de los Derechos del Niño. A partir de esta concepción se pasa a considerar al niño como un *sujeto de derecho*, una persona con necesidades, potencialidades y capacidades propias. También es cierto que la sociedad se ha visto cambiada por el incremento de las manifestaciones de violencia en los escenarios escolares, estos hechos deben entenderse a partir de la mayor fragmentación y desigualdades sociales que se han instalado en nuestro medio en las últimas décadas. La ausencia de un sentido de pertenencia, va de la mano con el declive de las instituciones familiares y sociales, entre estas últimas se halla la escuela. (Lic. Analía Kornblit).

El Dr. Carlos Luzzani, Presidente de las IX Jornadas de la Región Metropolitana, cuyo tema central es "Violencia en el ámbito infanto juvenil", en su mensaje nos habla de compromiso; también que es un problema en aumento y por lo tanto "una realidad que nos preocupa" y que debe ser encarada por todos los sectores de la sociedad. Los esperamos a las Jornadas donde se tratará, con destacados especialistas, esta problemática en aumento. ▀

Dr. Gustavo Bardauil
Director Titular

SECCIONES

- Editorial 1
- Actividades de la Región..... 3
- Entrevista a la
Dra. Aída Barbato 4
- Boletín Bibliográfico 8
- IX Jornadas de la Región
Metropolitana de la SAP 10
- Curiosidades 13
- Reflujo gastro-esofágico 15

Publicidad Clamoxol Bio (Cassara)
1 página

“El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”

**GRUPO EDITORIAL
REGIÓN METROPOLITANA**

Editores de Revista

Noticias Metropolitanas:

Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico:

Director: Dr. Ricardo Straface

Colaboradores:

Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,

J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez

ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

► Curso de Actualización de Pediatría 2011

Directores: Dr. Alberto Rodríguez Pérez, Dra. Lilian Sosa.

Coordinadora: Dra. Marta Chorny. **Secretario:** Dr. Gabriel Zapata.

Día: Del jueves 7 de abril hasta jueves 3 de noviembre 2011, de 11 a 14 horas.

Duración: 87 horas docentes, con evaluación final.

Inscripción: Alem 339, Barrio Unión Ferroviaria, Ezeiza. Tel: 4439-1215/ 4439-1217.
liliansos@gmail.com , ezeizap@gmail.com

► Actualización en desarrollo infantil: una mirada interdisciplinaria. Año 2011

Directora: Dra. Gladys Convertini.

Población destinataria: Médicos Pediatras. Médicos Generalistas.

Fecha de comienzo: jueves 7 de abril 2011.

Fecha de finalización: jueves 4 de agosto de 2011. **Horario:** 19- 22 hs.

Sede: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito III, Buen Viaje 554, Morón.

Inscripción: 4629-1611 / 4628-3035.

Este Curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y le corresponden 6 créditos.

► CAMINO AL CENTENARIO

Con la mirada puesta en Francia y Alemania, los primeros pediatras de América Latina, iniciaron su camino.

Ya en la segunda edición en 1905 del texto *“Traite des maladies de l’ enfance”* de J. Granchert y J. Comby, participaron pediatras argentinos en la versión de sus cinco volúmenes. Colaboraron el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro (Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, Jefe de Servicio del Hospital Ramos Mejía y presidente de la SAP) y el Dr. Ángel M. Centeno (Profesor de Pediatría de la UBA, director del Hospital Pedro de Elizalde y primer presidente de la SAP).

La Sociedad Argentina de Pediatría fue fundada en 1911. Agrupa a la mayoría de los pediatras argentinos y otros integrantes del equipo de salud, sumando 15.000 miembros. Ha mantenido siempre su compromiso *“Por un niño sano en un mundo mejor”*.

En Argentina fue un grande, el Dr. Carlos Gianantonio, quien humanizó la pediatría. Describió por primera vez el Síndrome Urémico Hemolítico y creó la residencia pediátrica.

Preocupados por los temas importantes otros

maestros: Garrahan, Escardó, A. Larguía, Albores, Murtagh, Nocetti Fassolino, Sires, P. de Elizalde, F. de Elizalde, Ceriani Cernadas, Ageitos, Roccatagliata, Blanco, Exeni, Repetto, Puga, Grenoville, Lejarraga y tantos otros, hicieron de la familia pediátrica una tradición de unidad, capacitación y responsabilidad, involucrada en honrar a los mayores y mantener vigente los derechos del niño, la participación comunitaria y el desarrollo de APS. Esta es la plataforma que nos impulsa a perseguir nuevos logros.

El 20 de octubre de 2011 la SAP cumplirá 100 años y en la **Ciudad de Buenos Aires** se realizará, del **13 al 16 de septiembre de ese año, el “Congreso del Centenario”**.

“Nuestro es el futuro por prepotencia de trabajo” nos decía nuestra actual presidenta, la Dra. Margarita Ramonet en el comienzo de su gestión. Adherimos a esa idea desde la Región Metropolitana. Allí estaremos, celebrando también la democrática y humana apertura, que llevó por segunda vez a la presidencia de la SAP a una mujer.

Dr. Gustavo Bardauil
Director Titular



ENTREVISTAS

a quienes nos muestran el camino

Dra. Patricia Cirigliano

Dra. Aída Barbato



Con un perfil inquieto y netamente creativo, Aída Barbato no se cansa de impulsar, siempre en equipo, proyectos innovadores. Hoy, con el grupo APS de nuestra Región Metropolitana, planifica el Curso "Formación Profesional en el cuidado de la salud familiar y comunitaria", que por tener modalidad a distancia estará disponible para profesionales de todo el país ligados al equipo de salud.

Con la aprobación de la SAP, el estudio interactivo, próximo a ser lanzado, contará con aulas virtuales, tele conferencias y posibilidad de intercambios con especialistas de primer nivel en el campo científico, técnico y legal.

Egresada de la UBA en 1964, la Dra. Aída Barbato pronto calificó su carrera en Medicina al especializarse en Pediatría y Neonatología, con títulos del Ministerio de Salud Pública de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires. Su interés por lo comunitario la llevó a titularse Médica Higienista y Diplomada en Salud Pública, en la UBA, en Argentina y Master en Salud Pública en la Universidad de Chile. Miembro Titular y Honorario de la Sociedad Argentina de Pediatría y coordinadora, zona oeste, de la Región Metropolitana de la SAP, es también Miembro de la Academia Americana de Pediatría y presidente de AMEJU de Provincia de Buenos Aires. Es miembro fundador de la Asociación Neonatológica del Conurbano Bonaerense y de la Sociedad Argentina de Parasitología.

Su espíritu se inclinó desde el principio por la medicina ampliada y una gestión pública de salud abarcativa para todo el país, con contactos internacionales.

En su actividad docente dictó 45 talleres en las regiones de N.O.A., N.E.A., Litoral, Cuyo, Centro y Patagonia, permitiendo así el acceso al saber actualizado a cientos de profesionales de la salud. Hizo la carrera docente en la UBA y fue

docente de grado y postgrado. La Dra. Barbato participó en los libros: *Pediatría Práctica* (Dr. Kofman, 1978); *Avances en Neonatología* (Dr. Passarino, 1980) y en *Salud Materno Infantil* (Dr. Carlos Ray, 1988). Los títulos de sus contribuciones evidencian el múltiple interés de Aída Barbato por: "*Morbimortalidad Infantil, análisis*

regional y por patologías", "*Shock Séptico y Coagulación Intravascular Diseminada*", "*Prevención de Patologías Prevalentes*" y "*Calidad de Atención Perinatal*".

Buscando, como expresa, "mi espacio en la Pediatría", investigó y presentó más de 60 trabajos científicos en Congresos, Seminarios y Jornadas, en aspectos de variada casuística neonatal e infantil, metodología, normas de Pediatría y Perinatología y líneas de acción con una marcada inclinación hacia APS, desde los '80. Barbato ha tenido a su cargo no sólo la creación de programas de salud, sino también la planificación, conformación de grupos de trabajo, coordinación, implementación y evaluación de resultados.

RN: ¿Lograste armonizar profesión y hogar?

AB: Si, tuvimos tres hijos con mi esposo Alberto Capparelli, que era pediatra. Daniel, el primogénito, es abogado y ejerce en su estudio; Mariel es médica pediatra especializada en Epidemiología, y Silvia, también abogada, está en la carrera judicial. Tengo 4 nietos: 2 hijos de Mariel: Marco y Lucas, de 7 (uno quiere ser médico y el otro policía) y 2 de Daniel: Matías, de 2 años y Nicolás, de 5, que nos sorprendió a todos cuando le preguntamos "¿qué te gustaría para Reyes, un juego de Dr. como tiene la abuela?" Dijo: "No. Como el del Dr. Cervetto" (José Luis es su pediatra).

RN: Aída ¿qué es lo más importante en tu carrera?

AB: Profesionalmente el ejercicio en pediatría y neonatología. En todos los ámbitos que uno puede y debe sembrar. Sin embargo el broche de oro

en mi carrera llegó haciendo política sanitaria.

RN: *¿Qué te inclinó decididamente a APS?*

AB: En Neonatología trabajé mucho en shock séptico neonatal con el Dr. Eduardo Dibar (una eminencia) ahora consultor en Atlanta, que vino al Hospital Italiano. Tratábamos con Reptilase a los chicos con Coagulación Intravascular Diseminada, con sepsis generalizada. No los salvaban ni las transfusiones. Lo hablábamos con Murtagh. Lo intentamos nosotros y también ellos, sin éxito.

Investigamos (trabajo premiado en un Congreso en Perú) sobre niños de muy alto riesgo, que habían estado internados en el servicio de Neonatología y dados de alta después de un tratamiento que habíamos considerado exitoso. Les hicimos un seguimiento hasta los 5 años. En Matanza, se mueven mucho. Los seguimientos son a veces difíciles o impracticables. Algunos tenían trastornos, habían desequilibrado al grupo familiar, cosas muy trágicas, eran chicos que no tenían malformaciones. Eran causas evitables.

Los daños se producían en las tres etapas: en el embarazo, en el parto y en el parto y había muchas veces responsabilidades compartidas. Por negligencia individual, por desidia, falta de materiales... No voy a juzgar. Errores...a veces en los cambios de guardia... En fin... El residente va a aprender del médico, no a reemplazarlo. De los que realizamos el trabajo, cinco quedamos tan mal que no seguimos siendo Neonatólogos. Aún no había hecho la Diplomatura, que me abrió una mirada diferente. Me bajó un poco del caballo. Entendí que los médicos actuábamos al final, en lugar del principio. Si nacía un niño con Apgar muy bajo, que lo intubáramos, que le pusiéramos oxígeno y que al minuto tuviera un Apgar bueno... nos hacía sentir dioses... Salís de la sala de parto y no te cabe el corazón. Sin embargo, ¿la reanimación le sirvió al niño? No sólo que uno se sienta bien sino que se sienta bien el niño. Hace muchos años que es ésa la orientación en Neo.

RN: *De lo hecho, ¿qué creés es lo más perdurable?*

AB: Lo más perdurable fue llevar a la práctica los objetivos de APS. Con las acciones que impactaron drásticamente en la mortalidad infantil. Fue la actividad nacional sobre las enfermeda-

des diarreicas que tuvo una gran repercusión, un efecto global.

RN: *¿Cómo nació la idea?*

AB: En 1980, de una conferencia en Mar del Plata "Prevención y tratamiento de la diarrea", los Dres. Juan Urrutia y Pizarro fueron los primeros en traer a Argentina el enfoque diferente en el tratamiento de la diarrea. Me llamó la atención lo que hacían. Pensé que era imposible desde el punto de vista biológico. Yo tenía muchas dudas si los chicos, con tanto sodio, harían edemas. Después analizándolo, organizamos una experiencia piloto en el Hospital de Niños de San Justo, con 60 chicos a los que hicimos muchos controles. Investigamos en la Guardia. Tomamos 48 hs. para el control de esos niños. Hacíamos el examen electrolítico, se lo repetíamos a las 6 hs. (hematocrito, ácido base, potasio, sodio).

El resultado nos dió vuelta completamente: si estaban acidóticos, mejoraban. No sólo lo hacían clínicamente sino hemodinámicamente. Era fundamental no aplicar en vena. El ingreso por vía oral, cambió todo. Ahora está en la Currícula como algo normal, como darle "ibu" a un niño con fiebre. Por supuesto que en 2 o 3 casos de 100 se necesita vía endovenosa.

RN: *¿Cómo se logró pasar de las campañas al programa?*

AB: Se me ocurrió proyectarlo cuando en nuestro país APS se hacía con las famosas campañas de las diarreas infantiles que duraban cuatro meses. Todos los pediatras las hacíamos. La mortalidad era muy alta, altísima. Muchas veces se morían en la propia guardia, era tremendo. Fue creando una metodología innovadora que se conformó un programa regular. Tenía objetivos y metas. Un enorme trabajo en equipo, que coordiné. Aunque algunas provincias son muy grandes no tuve problemas. Había que estar de las 8 de la mañana a las 6 de la tarde. A los médicos a veces se nos hacía la una de la madrugada haciendo recorrida de Sala (a nadie se le pagaba más que un viático, hubo mucha generosidad profesional). Luis Voyer, nefrólogo, estaba internado en el grupo, trabajando en las provincias hasta las 12 de la noche.

Recuerdo cuando fuimos con Alejandro O'Donnell a Chaco. La guardia estaba llena de chicos. Terminada la capacitación de una sema-

na, para médicos y enfermeras, preguntamos: ¿hay algún niño con diarrea? El primer chico que entró tenía diarrea, lo tratamos y a las 3 ó 4 horas ya estaba hidratado. En menos de 3 hs. habíamos hidratado a más de 6 chicos en el hospital de la Madre y el Niño. Con Ageitos en la SAP ¡Rompi-mos! Eso fue una explosión.

La innovación fue la metodología de trabajo. Había que capacitar, fundamentalmente, al equipo de salud. Lo primero que hay que hacer en salud es respetar al otro, y eso es escucharlo. Mejorar la comunicación, es básico. La gente te abre los ojos.

En La Rioja, un cartel decía: “Si su hijo tiene diarrea vaya corriendo al médico” y tenía un dibujo con la madre corriendo con el niño en brazos. Una señora de zona rural nos interrogó: “¿a dónde corro por el médico...?” Tenía toda la razón del mundo. A partir de ahí todas las comunicaciones de diarrea las hacía la gente del lugar. La ventaja es que el Programa Diarrea de APS contaba con el apoyo técnico y económico. ¡Siempre había fondos! Yo llegaba a las provincias y decían “¡viene el cheque!”. Pero venía el compromiso y la capacitación. ¡A trabajar primero!, y después... tocábamos desde el Ministro al Gobernador.

Dicen que yo era muy rígida (aunque creo que no, porque la gente que trabajaba bien, estaba satisfecha). Hubo provincias que asombraron, como Jujuy. A un excelente Jefe de Programa, el doctor Celaya, le propuse hacer una planta potabilizadora con fondos de APS. Dijo que sí. Traje de Washington a un consultor de APS para que nos asesorara. Hay que comprometer a todos. Cuando inauguramos vino hasta el gobernador. El “yanqui” estaba anonadado –“Es como trabajar en mi país”– nos dijo. Esas pequeñas cosas tienen resultados duraderos. Cuando llegó el cólera tocó lugares que no tenían agua potable. Allí no. Esto es con respecto a las acciones que uno puede aplicar en un Programa y a los resultados en un Proyecto. Lo importante es poder evaluar resultados. Cuando son tan positivos como los que logramos, eso sí deja huella.

RN: ¿El Proyecto fue evaluado?

AB: Sí. Después de la evaluación internacional de OMS (de la que fui responsable) en Salta, Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Santa Fe, Río Negro y Jujuy, todo cambió. El cambio se produ-

jo en forma gradual los dos primeros años, pero no llegaba al impacto que ¡gracias a Dios!, tuvo al cuarto. Entonces fue ya directo, porque se obtuvo el descenso dramático de la mortalidad.

En cuatro años pasamos de una mortalidad de más de 3.000 en el 80, a menos de 500 chicos en el 85. La mortalidad infantil cayó de 30,4 en el 84 a 26,2 en el 85 (c/1.000) y la de 1 a 4 años de 124,3 a 99 (c/100.000). A partir del impacto del Programa en morbilidad no se hicieron más campañas en Argentina. No se concedía a la prevención su enorme importancia.

RN: ¿Esa mentalidad cambió?

AB: Hubo, años después, aceptación y entusiasmo ampliando los alcances de los Programas a la salud infantil en general. Se empleó esta metodología, global y participativa, desde 1996 en un Municipio del conurbano bonaerense con resultados ampliamente satisfactorios. Nuestro programa decía: queremos bajar la mortalidad que tiene dos dígitos. Logramos mucho más de lo que yo pensaba. En un año, logramos bajar la mortalidad infantil en 4 puntos. ¡Vinieron de APS de la provincia de Buenos Aires para ver como lo habíamos hecho!

RN: ¿Tu intercambio con autoridades te aportó algo al gestionar la Secretaría de Salud en Hurlingham?

AB: Me sirvió para saber lo que no había que hacer. No proclamar “nosotros vamos a hacer”. Y para trabajar pensando en grande y haciendo en pequeño. Había estadísticas altas y malas, pero no creíbles, de mortalidad. Las teníamos 3 ó 4 años después, no como ahora. Transformamos obstáculo en incentivo. Siempre hay ayuda en el camino que querés hacer. La encontré en la Escuela de Enfermería de la UBA. En la Licenciatura, los alumnos hacen una práctica. La cumplieron en Hurlingham.

Descubrimos gente que no tenía PAMI y debía tenerlo y quién la tenía y no debía. Capacitamos enfermeras en 3 días sobre las vacunas que debían tener los niños. Hacíamos el relevamiento y atrás venían las vacunadoras. El “Hospitalito” céntrico en Hurlingham tenía guardia de 24 hs. Radiología por la mañana, consultorios externos de todas las especialidades. Como no teníamos Hospital, debíamos hacer convenios. Los hicimos con el Posadas, con el de Haedo, con el

Boccalandro. También con los establecimientos que considerábamos eran de excelencia en ciertas cosas. Así para las internaciones por accidentes, para las embarazadas de alto riesgo, para pediatría. En un sistema de salud ambulatorio, me incliné por fortalecerlo y concentrar esfuerzos en la prevención.

Por mortalidad infantil nos invitaban a hablar, a La Plata. En provincia de Buenos Aires nos invitaron al programa C.A.R.M.E.N. El Programa comenzó con la capacitación del personal de salud. Se trató de formar equipos. Si no hay médicos, enfermeras, camilleros, cada cual cumpliendo el rol que le toca aisladamente. Alguien una vez por mes debe decir ¡qué bien!, o qué cosa no está bien... Yo lo llamo monitoreo. Mi papá decía: "el ojo del amo engorda el ganado". Cuando se dieron cuenta del control empezaron a actuar de otra manera. En nuestro país se emplea aquella metodología. Se habla aún hoy en los organismos nacionales e internacionales inclusive. En APS hice mucha docencia, seminarios, congresos panamericanos...

RN: *¿Cómo te integraste a AMEJU?*

AB: En la facultad jamás se me ocurrió que podía tener una veta gremial. Si bien AMEJU no es un gremio, es el grupo de Médicos jubilados de la provincia de Buenos Aires. Dependemos de la Caja de Médicos (hablamos de dinero). Cobramos una jubilación por lo que pagamos años. Resulta que me encuentro discutiendo balances para cobrar mejor, mis colegas y yo. Debo hacerlo bastante bien porque me nombraron Presidente por dos períodos seguidos. El año pasado me pusieron en una lista representando AMEJU ante la Caja de Médicos activos. Tuve que aprender de números (no me gustan), de balances...

RN: *¿Innovaste también allí?*

AB: ¡Eso dicen! Recién jubilada, fuí a la primera reunión y no pensaba volver. El presidente me volvió a llamar. Le dije que volví estresada. Se habló de enfermedades y muerte. Sí, hay enfermos o internados.

Le propuse: armemos una red social, para que algunos vayan y los visiten, inventemos algo. Vino gente a dar charlas para 3ª edad, armamos recreación y arte y algunos viajes. Cosas divertidas. Fuimos a Brasil, a jornadas de AMEJU. Nos reunimos en las quintas, hacemos asado, se

canta... todos médicos, hablamos de las mismas cosas.

RN: *¿Cómo surge la revista?*

AB: La mitad de los 7.000 médicos jubilados son socios a AMEJU. Publicamos para llegar a todos. Empezamos para distribuir en Matanza, Echeverría y Merlo. El año pasado ampliamos la difusión cuando nos invitaron al almuerzo en La Plata.

RN: *¿Y tu participación con empresarias?*

AB: Me interesó muchísimo el enfoque. Fui al encuentro en Australia y el año pasado a Viena. Ahí me di cuenta que el sector Salud está por debajo, que nos pasan por arriba. A veces haría falta una mirada más "marketinista" para la salud, que nosotros no tenemos.

RN: *¿Qué esperas de este Curso?*

AB: Aprender metodología y transmitir conocimiento. Lo que nosotros sabemos de violencia de familia y hacerlo no sólo en forma personal, sino a través de la red. Y llegar a todo el país con una capacitación de avanzada.

RN: *¿Te queda algo pendiente, o "misión cumplida"?*

AB: Me gustaría ver a las enfermedades respiratorias agudas, por la cantidad de muertes, seguir el mismo camino que anduvimos con las diarreas y trabajar en conjunto.

El Sector Salud necesita a otros (Educación, Obras Públicas, Hacienda) y lógicamente, a la población. A veces hablar de comunidad es una mentira. Sin cosas en común, no hay comunidad, es población. Para tener algo en común tuviste que reunirte, decir lo que se piensa, escuchar lo que piensan los demás. La comunidad te responde. Asombra lo que la gente puede hacer en conjunto. Puede conformar redes informales para contener.

Una vez un señor mayor solo, 80 años, humilde (que tenía jubilación) se cayó. Nos avisaron. Mientras pensábamos donde internarlo... los vecinos ya habían resuelto todo. Nosotros les dimos las herramientas. Participando, encontraron soluciones. ¡Habían conformado una red!

Cuando algo funciona bien se mantiene si se trabaja constantemente, para que no se deshaga. Es muy difícil volver a construir. ▀



1) USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN NIÑOS CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO DE ORIGEN DESCONOCIDO

La cápsula endoscópica (CE) es un dispositivo que permite examinar el intestino delgado. La cápsula es impulsada por la peristalsis a lo largo del tubo gastrointestinal y proporciona imágenes de video que son transmitidas por telerradiometría y captadas por una red de antenas adheridas al cuerpo. La cápsula puede detectar lesiones intestinales en pacientes con enfermedad de Crohn, con enfermedad celíaca, tumores malignos, alteraciones por el uso de antiinflamatorios no esteroideos y síndromes que cursan con pólipos, malformaciones vasculares y hemangiomas.

En el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México, de enero 2008 a marzo 2009 se realizó un estudio prospectivo no aleatorizado, en pacientes con sangrado de tubo digestivo de origen desconocido, cuyos estudios con panendoscopia y colonoscopia eran normales.

Además de los parámetros habituales se registraron el diagnóstico inicial, el diagnóstico final, el tratamiento médico, el quirúrgico (o ambos) y la evolución. Fueron 8 pacientes entre 9 y 15 años de edad (media de 12). Seis masculinos y dos femeninos. Dos pacientes tenían hiperplasia linfoidea; un paciente tenía un hemangioma a 25 cm del Treitz. Dos pacientes, enfermedad de Crohn; un paciente pólipos en la porción media del íleon; un caso normal.

En todos los casos excepto en el que el estudio fue normal, se resecaron las lesiones y se tomó una biopsia. La evolución fue satisfactoria en todos. La cápsula endoscópica es útil para detectar sangrado del intestino.

Se usa cuando la colonoscopia y la panendoscopia son negativas y el paciente continúa sangrando; proporciona una imagen de certeza y permite evaluar la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico.

R. Hipólito Cifuentes, P. Espinoza Rosas, P. S. Jiménez Urueta, L. A. Waller González, R. A. Castañeda Ortiz. *Acta Pediatr Méx*, 2010;31(2):55-59.

2) MEDICACIÓN, CONDUCTA Y TRATAMIENTOS COMBINADOS PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (DAHA)

El MTA es un estudio clave acerca de la efectividad de la medicación y los tratamientos conductuales para el DAHA. Se trató de un estudio multicéntrico, auspiciado por el US National Institute of Mental Health, aleatorizado y controlado que comprendió casi 600 niños con DAHA que estaban recibiendo tratamientos de última generación.

Los individuos fueron asignados al azar para recibir tratamiento con medicación intensiva (grupo MED), tratamiento conductual intensivo (grupo BEH) o una combinación de ambos (grupo COMB) o a un grupo de control que fueron derivados nuevamente a sus comunidades para el tratamiento habitual (grupo de cuidado comunitario [CC]).

El análisis de los datos luego de 14 meses mediante diversos métodos estadísticos mostró que los síntomas habían mejorado en todos los grupos. El grupo COMB mostró las mayores mejorías. Tanto los grupos COMB y MED mostraron mejorías significativamente mayores que los grupos BEH y CC en las medidas de los síntomas, a partir de múltiples observadores (observación directa, padres y maestros; valores de p 0,001-0,003).

Sin embargo, estos grupos no mostraron un beneficio superior en términos de otras evoluciones.

Intervención conductual: incluyen el entrenamiento de la conducta de los padres, los programas de habilidades sociales e intervenciones de la conducta escolar (para toda la escuela o dentro de la clase). El entrenamiento de los padres es el tratamiento de conducta más comúnmente aplicado. Los programas pueden ser modificados para cumplir las necesidades de las familias. Los sistemas de manejo escolar se basan en el costo-respuesta y la construcción sobre los tipos de sistemas de conducta que todavía se usan en las clases. Un componente clave es la comunicación entre el hogar y la escuela, utilizando una hoja de comunicación diaria. Se basa en conductas problemáticas que son identificadas por la maestra y los padres como causantes de la alteración. Típicamente, se proponen objetivos de mejoría de aproximadamente el 33% durante la semana siguiente.

En el MTA, el tratamiento para los grupos BEH y

COMB incluyó un programa de tratamiento de verano. Este es un programa similar a un día de camping que dura 6-9 semanas, en el cual los niños con DAHA aprenden habilidades sociales apropiadas en un marco natural que incluyen deportes, entrenamiento de habilidades deportivas, práctica grupal de habilidades sociales, interacciones entre pares, tiempo de clase y tiempo de computadora. En una reciente revisión, Evans discutió algunas de las evoluciones no deseables de las intervenciones psicosociales, incluyendo un entrenamiento desviado, prácticas de conductas mal implementadas que hacen que la familia suspenda la intervención psicosocial, la necesidad de implementar tratamientos durante períodos prolongados de tiempo, recompensas inapropiadas que tienen consecuencias negativas no intencionadas y el fracaso para adherir a los programas.

Medicación: se ha documentado, durante muchos años, que la medicación tiene efectos beneficiosos en el DAHA.

Es importante recordar que, en el momento del estudio, el régimen de medicación era con metilfenidato (MPH) tres veces por día, siete días por semana (significativamente más intenso que la dosis típica matinal y al mediodía).

Dado que el tratamiento médico y de conducta combinados, mostró mejorías mínimas en el alivio de los síntomas respecto del tratamiento de medicación intenso solo en el estudio MTA original, muchos médicos cambiaron su afiliación a la medicación como tratamiento de primera línea. Sin embargo, existen razones para considerar la utilidad de los tratamientos psicosociales. Un grupo menor de niños que fueron asignados inicialmente al grupo BEH estaban tomando medicación, pero a menor dosis que los grupos MED y COMB. Sin embargo a los 36 meses las evoluciones de los grupos MED, COMB y BEH fueron similares. Cuando se preguntaba, más padres preferían los tratamientos conductuales que cualquiera de las otras terapias.

Tratamientos combinados: diversos estudios muestran la eficacia de los tratamientos combinados para el DAHA. Un meta análisis de ocho estudios aleatorizados y controlados mostró importantes efectos para las características centrales de la afección y también las habilidades sociales, aunque no así una asociación con las capacidades académicas. Para

explorar el aspecto de la efectividad, el centro de los presentes autores está realizando un estudio que incluye la dosificación de la intervención conductual en el marco de la escuela y del hogar.

Por intermedio de médicos, clínicas de salud mental, escuelas y publicidad a través de correos electrónicos y radios, se seleccionó un total de 150 niños sin medicación estimulante de 5-6 años de edad que habían sido diagnosticados con DAHA. Ellos fueron asignados al azar a recibir una intervención conductual estándar en la escuela y el hogar, una mayor intervención conductual en la escuela y en el hogar o el monitoreo durante 3 años. Los datos de los padres y de los maestros son revisados en forma bisemanal.

Si la conducta del niño cumple los criterios establecidos para una intervención ulterior y las intervenciones de la conducta disponibles para la familia ya han sido utilizadas, entonces se le ofrece a los padres la elección de ensayar una medicación en dosis baja (MPH IR a 0,15 mg/kg/dosis). Los resultados preliminares muestran que sólo una minoría de familias en todos los grupos ha elegido la medicación. Esto puede ser una función del sesgo de reclutamiento o puede deberse al estrecho seguimiento profesional. Un segundo estudio de efectividad de las intervenciones de la conducta y farmacológicas está en marcha para tratar el aspecto de las secuencias de los tratamientos basados en la evidencia.

La población de estudio comprendió a 150 niños de 5-12 años de edad (tres cohortes de 50 niños, cada una seguida durante un año escolar). Estos niños habían sido asignados al azar a recibir inicialmente una intervención conductual o medicación.

Un hallazgo preliminar importante que corrobora la experiencia empírica, es que las familias que recibieron primero la medicación tenían mucho menos probabilidades de concurrir posteriormente al entrenamiento familiar que aquellas familias que recibieron primero el entrenamiento de la conducta, lo que indica que al menos para la intervención con medicación, hubo un significativo efecto de secuenciación.

M. T. Hoffman, md (Department of Pediatrics, University at Buffalo School of Medicine and Biomedical Science, Buffalo, NY, EE.UU). Pediatrics, Vol 2, N° 1, 2010.

ADENDUM

Con el puño cerrado no se puede intercambiar un apretón de manos.

Indira Gandhi

Agéndelo:



Cuando finalizaron las VIII Jornadas, en 2008, decidimos que en las próximas abordaríamos un tema central, convocante, preocupante y que lo trataríamos lo más profundamente posible, para luego repicar las conclusiones en toda nuestra Región.

Así surgió (dado la lamentable frecuencia de presentación en consultorios, hospitales, centros de salud, escuelas) tomar como tema la violencia, abuso, maltrato en la infancia. Las estadísticas muestran que los casos van en franco aumento y debe considerarse que su incidencia es mucho mayor que la que se conoce, si se tiene en cuenta que sólo se denuncian dos de cada diez casos.

Si bien siempre fue un problema importante y presente, los últimos cambios, de diferente tipo, acaecidos en nuestra sociedad, han provocado una mayor frecuencia de presentación. Se manifiesta en todos los ámbitos, pero se ejerce predominantemente sobre los más débiles y un grupo de riesgo de padecerla, es el de los niños, niñas y adolescentes, quienes son, finalmente, los destinatarios de nuestros esfuerzos.

Podríamos minimizar la cuestión diciendo que es inevitable, que no se puede hacer nada. Pero creemos que la violencia tiene fuentes identificables, que se desarrolla en la familia y en la sociedad siguiendo un proceso que debemos investigar, denunciar, erradicar. O por lo menos darle a los que la padecen, elementos para su detección, contención y tratamiento.

Lo que ocurre en la infancia sigue teniendo efectos importantes años más tarde. Depresión, abuso de drogas, repitencia de conductas violentas, etc. son sólo algunas de las secuelas. Pero su relación con el maltrato infantil, queda oculto por la vergüenza, el secreto y los tabúes sociales.

La erradicación de la violencia en la infancia requiere que se implique toda la sociedad y aunque correspondería especialmente a los poderes públicos, estamos todos involucrados, o para dejar que el problema crezca o para buscar soluciones.

*Por ello, **los invitamos a participar activamente de estas Jornadas**, que son, al igual que las ocho anteriores y que las futuras, el momento y el lugar para manifestar las inquietudes y trabajos de todos, de los más de 6.500 Pediatras que componen la Región Metropolitana.*

Dr. Carlos Luzzani
Presidente IX Jornadas

IX JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Violencia en el ámbito infante juvenil Una realidad que nos preocupa

Abril de 2011

Viernes 8 (de 8 a 16 hs) y sábado 9 (de 9 a 14 hs)

Sede

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"
Salguero 1242 - C. A. B. A.

Objetivos

Establecer el origen de una verdadera enfermedad emergente en nuestra sociedad (reconociendo la multicausalidad del mismo), exponer los actuales medios de detección y tratamiento, trabajar en talleres sobre el impacto del tema en los diferentes ámbitos y la elaboración de propuestas de cambio, buscando finalmente conclusiones que permitan sugerir un modo de acción realista y unificado en Capital y Conurbano, para el tratamiento y la contención de los afectados.

Temario preliminar

- ▶ *Origen de la violencia en nuestra sociedad*
 - ▶ *Violencia familiar*
 - ▶ *Violencia juvenil*
 - ▶ *Medios de comunicación y violencia*
 - ▶ *Tratamiento jurídico*
 - ▶ *Indicadores de detección*
 - ▶ *Situaciones de violencia en la escuela*
 - ▶ *Redes actuales y proyectos*
 - ▶ *Presentación de casos*
-

Disertantes

Dra. Eva Giberti, Dr. Nelson Castro, Dr. Cándido Roldán,
Comité de Familia de la S.A.P. (Secretaria: Dra. Alejandra Semisa), Dra. Maria Kuitca,
Dr. Javier Indart de Arza, Dra. Dora Pagliuca, Lic. Claudia Badía, Dr. Carlos Burger,
Comité de Violencia Juvenil de la Zona V del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires
(Lic. Susana Di Mauro, Dr. Guido De Nicotti)

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Sociedad Argentina de Pediatría • Entidad Matriz

Av. Coronel Díaz 1971 (C1425DQF) Ciudad de Buenos Aires

Telefax: (011) 4821-8612 • E-mail: congresos@sap.org.ar • Web: www.sap.org.ar



CURIOSIDADES

Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”

Dr. Carlos Luzzani
Médico Pediatra

Cuando Juan Manuel de Rosas fue gobernador de Buenos Aires adquirió las tierras que circundaban el arroyo Maldonado. Esa zona se conocería como “Palermo de San Benito” y “los alfalfares de Rosas”. Tierras con buenas pasturas para la hacienda vacuna y la caballada del Restaurador. Esos predios correspondían a lo que hoy es Belgrano. “El bañado de Palermo” fue el bajo Belgrano. En 1855 *Valentín Alsina* fundó el pueblo que recuerda al prócer Manuel Belgrano. El sitio elegido fue el Camino Real o del Alto (hoy *Avenida Cabildo*) en el cruce con la calle La Pampa

A fines del siglo pasado, aunque no suficientemente poblado, Belgrano estaba constituido por una extensa zona surcada por los arroyos Vega y Medrano. Esos escasos vecinos –que iban aumentando en número– necesitaban una posta médica, una sala de primeros auxilios, destinada a enfrentar las afecciones agudas y los accidentes de la peonada de las quintas y del turf. Una ordenanza municipal del 6 de noviembre de 1889, autorizó la adquisición de un terreno para fundar la Casa de Socorro de Belgrano. El intendente Francisco Seeber se lo compró a los hermanos Francisco y Tomás Chas. Pero como tantas veces ocurrió en nuestro país, no fue fácil. Desavenencias, deliberaciones, largas charlas y poca ejecutividad, empantanaron los buenos propósitos. Finalmente, ante la gestión del intendente Pinedo que nombró una comisión y la Sociedad de Beneficencia local, transcurridos varios años, se colocó la piedra fundamental el 26 de agosto de 1894. El presidente Luis Sáenz Peña y su esposa apadrinaron el acto. El nuevo barrio, incorporado pocos años atrás al distrito de la Capital Federal, era tomado muy en cuenta por las autoridades.

La construcción comenzó por lo que constituye el frente actual del Hospital Pirovano, sobre la calle Monroe. Hasta ese momento se llamaría Hospital de Belgrano, señalando claramente a la población que serviría. Pero en 1895, el doctor Juan B. Señorans, en ese entonces director de la Asistencia Pública, gestionó el cambio de nombre: se denominaría Dr. Ignacio Pirovano, en homenaje

al distinguido cirujano argentino, fallecido poco tiempo antes, el 2 de julio de ese año. En 1896, año de fundación del hospital Pirovano, la zona contaba con siete escuelas fiscales, dos líneas de ferrocarril, un tranvía al centro, un templo monumental, biblioteca pública e industrias. El número de habitantes era de 11.268. El 13 de julio de 1896, el Hospital Pirovano, que constaba del pabellón de Administración y dos salas designadas Martín García y González Catán, fue inaugurado. Tenía una capacidad de poco menos de medio centenar de camas: 20 para hombres, 20 para mujeres y seis para niños. Su primer director fue Arturo Billingham, su clínico jefe Nicolás Ramallo y su primer cirujano Miguel Juan Petty. Estos dos últimos médicos asistieron en la Estación Sanitaria de Belgrano a los enfermos de la epidemia de fiebre amarilla de 1896. Belgrano se vio acosada por la peste y el primero en morir fue Santiago Saccone, de 42 años, que vivía en la calle Primera (actualmente Arribeños) 1.571 que enfermó el 23 y murió el 27 de febrero.

En 1897, es decir un año después, la necesidad creciente obligó a anexar dos barracas de madera que se habían desarmado en el Hospicio de las Mercedes. Cuesta creer que apenas ha pasado un siglo de tal precariedad. Esto justifica que 50 años después, parte de Belgrano tuviera ese tono orillero. Con estos dos pabellones de madera, el Pirovano aumentó su capacidad a 136 camas. En 1904, estas dos barracas fueron retiradas y destruidas. En ese año comenzaría a trabajar el primer practicante: Arturo Soldini. Dos años después se inauguraron nuevos pabellones que configuraron las salas III, IV, V y VI, el pabellón de las hermanas de caridad, la cocina y un anfiteatro. Los servicios estaban a cargo de los siguientes médicos: Sumblan, sala I; Nicolás Ramallo, II; la sección ginecología, Marcelo Viñas y obstetricia Enrique Pardo, III; Fortunato Canevari, IV; Juan Emina, V y Aquiles Pirovano, la VI.

Con los 10.000 pesos que donó Rosa V. de Bancalari se agrandó la sala V, que así quedó convertida en el pabellón de cirugía con todas

sus dependencias y el material quirúrgico que brindó el mismo Emina. Por su parte, la otra sala de cirugía –la VI– fue favorecida por el material quirúrgico que donó la señora de Ignacio Pirovano. Cuando en 1907 Zubizarreta ocupó la jefatura de oftalmología, otorgó al hospital todo el instrumental necesario para el desarrollo de su especialidad. En 1909, Elías Aráuz inauguró el consultorio de otorrinolaringología que desde esa fecha tuvo eminentes médicos como jefes de sala. Por esa época se establecen los servicios cloacales, tan necesarios en la vida de un hospital por razones obvias que no hace falta mencionar. Paso a paso, disciplinadamente, el Pirovano creció con su gente. Aumentó la población y, en proporción directa, se engrandeció el hospital o bien –cosa que también influye en el progreso– se perfeccionaron sus servicios y se los aprovechó al máximo. En 1906, se incorporó el Laboratorio Central (ampliado en 1926). En 1911, se nombró el primer odontólogo: Pedro de la Torre. En 1914, se inauguró la maternidad y, en la mitad de la sala que había quedado liberada por ese traslado, se conformó una sección de pediatría, nombrándose jefe a Juan Passicot, con Mariano Etchegaray como encargado. En 1922, los odontólogos empezaron a trabajar en el pabellón Jockey Club, recién habilitado. Hasta ese momento lo habían hecho en el pabellón de la Administración. En 1928, se inauguraron las salas XI y XII, y los servicios de oftalmología (funcionaban solamente los consultorios externos) y de piel y sífilis.

El 30 de septiembre de 1931, con el liderazgo de Fortunato Canaveri, Enrique Boero y Antonio Cantó se fundó la Asociación Médica del Hospital Pirovano –el primero de los nombrados fue designado presidente– que unos años más tarde habilitó una biblioteca que reunió 6.000 libros, cuatro salones de lectura, un salón de actos y un aparato de proyección. Estaba –en ese entonces– suscripta a 325 revistas científicas del país y del exterior. La comisión de homenaje al Dr. Emina entregó 369 libros para el salón de la misma bautizado con su nombre. En la década del 40, con el clínico Fortunato Canevari como director, el Hospital Pirovano tenía una importante construcción edilicia: en el predio de dos manzanas delimitadas por las calles Monroe, Pedro Ignacio Rivera, Roque Pérez y Melián, se alineaban –en dos filas– 10 pabellones; en su frente se hallaban la Administración –en el centro–, la sala de Guardia y la de vacunaciones; en la parte posterior cerraba el edificio un pabellón

de tres plantas que se extendía por toda la cuadra. Solamente en 1940 se habían efectuado casi 288.000 consultas y unas 5.000 intervenciones quirúrgicas. El número de internados había llegado a 8.566 enfermos. En ese mismo año los jefes de las diversas salas eran: Luis Resio, Cándido Patiño Mayer, Juan B. Cestino, Gerardo Segura, Pedro O. Bolo, Domingo H. Brevaggi, Aquiles Pirovano, Octavio Pico Estrada, Adolfo Muschietti, Fortunato Canevari, Amadeo Natale, Daniel A. Rojas, Narciso D. Lugones, Juan de la Cruz Correa y Carlos Piccardo.

Actualmente el hospital Pirovano atiende un área programática de casi 500.000 personas y dentro de sus barrios de influencia están Belgrano, Coghlan, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Colegiales, Núñez, Saavedra y parte de Palermo, además de la zona norte del conurbano bonaerense.

Dr. Ignacio Pirovano

Nació el 23 de agosto de 1844, en Buenos Aires, más precisamente en el barrio de Belgrano. Era hijo de Aquiles Pirovano y Catalina Ayeno. Si bien su abuelo y bisabuelo habían ejercido la medicina en Europa, su padre era un platero italiano que había emigrado a la Argentina pero que no había logrado desarrollarse económicamente. Pirovano debió costearse sus estudios trabajando en una farmacia y como farmacéutico en el Hospital General de Hombres.

Si se trata de forjar la imagen del Pirovano médico, se presenta la figura de un hombre soberbio, seguro de sí mismo, reservado al lado del paciente, bondadoso, dulce en su trato. Distinto es el Pirovano adolescente quien, según relata Wilde en “Tiempo perdido”, era un pilluelo que aterrorizaba a los vecinos del barrio de Belgrano y a quien, luego, sus compañeros de facultad reconocían como brillante alumno. Además, por su costumbre de gastar bromas pesadas, era un honor contarle como “asesor” en el conocido como “comité de mortificación pública”. Estas “habilidades” de Pirovano están gráficamente descritas en un cuento de “Manucho” Mujica Láinez. Fue, además, practicante del célebre Dr. Francisco Javier Muñiz en la guerra contra el Paraguay, en 1865 y también en las epidemias de cólera de 1867 y de fiebre amarilla de 1871. Muñiz fue ejemplo de decenas de médicos de la época. Una vez que obtuvo el título de farmacéutico, y luego el de médico, se doctoró con la tesis “La herniotomía” (sobre el tratamiento de hernias, que

presentaba un adelanto en relación a los métodos de la época) en 1872, cuando contaba 28 años.

Es muy descriptivo lo que de él dijo un compañero de estudios, Eduardo Wilde, poco después de graduado: *“tiene todas las cualidades físicas para el trabajo, y todas las aptitudes intelectuales para ser un médico notable. Es bondadoso, de carácter reservado, meditador y pacienzudo; parece muy dúctil, aunque siempre por hacer lo que le da la gana, tiene una gran facilidad para hacerse querer de sus maestros, sabe evitar que lo envidien sus condiscípulos...”*. Habiendo obtenido ya un principio de reconocimiento y prestigio como cirujano, partió ese mismo año a París becado por el Gobierno de Buenos Aires. Conoció y frecuentó en sus lugares de trabajo a Claude Béarnard y a Louis Pasteur, y conoció a Joseph Lister, uno de los principales impulsores de las modernas medidas de asepsia para las salas y prácticas quirúrgicas. Este contacto con Lister le daría a Pirovano los fundamentos de los métodos antisépticos que introduciría en el país. También participó de las sesiones quirúrgicas de Auguste Nélaton y Jules Pean. Regresó a Buenos Aires tres años después con el título de Doctor de la Facultad de Medicina de París. Inmediatamente fue designado profesor titular de la cátedra de Histología y Anatomía Patológica. Las autoridades debieron ceder ante la exigencia de que le compraran un microscopio (que hasta su llegada no existía en la institución, desarrollando su uso sistemático) y lo dotaran de un laboratorio adecuado. Él quería no impartir una enseñanza práctica, “ya que lo contrario sería ofender a la ciencia”. La vestimenta en el quirófano era un largo guardapolvo de mangas cortas, hábito que también usaban sus discípulos, supliendo así el anacrónico y sucio chaqué con que se operaba en la época.

En 1879 ocupó la cátedra de *Medicina Operatoria* y en 1882 la de *Clínica Quirúrgica*, tras la muerte del Profesor Manuel Augusto Montes de Oca, siendo el sexto de la serie de profesores que la ocuparon desde su creación. Si Manuel A. Montes de Oca había introducido, sin mucha convicción, la antisepsia, Pirovano fue quien perfeccionó su aplicación, la extendió al medio hospitalario y la defendió a pesar de los resultados que muchas veces distaban de lo ideal. ¿En qué consistía este método antiséptico? Los ambientes se preparaban con pulverizadores o vaporizadores de ácido fénico, el instrumental se sumergía en recipientes con igual solución y las manos de los cirujanos y

las heridas operatorias se irrigaban permanentemente con solución fenicada. Las operaciones se realizaban sobre una mesa generalmente de pino, preparada especialmente en los casos extrahospituarios, recubierta de un colchón y un impermeable y el campo operatorio se limitaba con una sábana de goma con una ventana ovalada del tamaño adecuado en el centro.

Practicó sobre todo la cirugía de la cabeza, cuello y de las extremidades. Su fama hizo que centralizara la mayoría de las operaciones de Buenos Aires y hasta del resto del país. El número y la calidad de discípulos que formó lo hacen acreedor al título de Padre de la Cirugía Argentina: Alejandro Castro, Antonio Gandolfo, Enrique Bazterrica, Andrés Llobet, Juan B. Justo, Diógenes Decoud, Pascual Palma, José Molinari, Daniel J. Cranwell, Marcelino Herrera Vegas, Nicolás Repetto, Alejandro Posadas, David Prando y Avelino Gutiérrez. Ignacio Pirovano tuvo además una gran clientela y una extensa práctica profesional. Un porte distinguido contribuía a realzar su figura de médico y catedrático. Practicaba la traqueotomía, operación frecuente en esa época, en un solo tiempo. Convencido y seguro de su técnica, no dudó en aplicarla en un momento de suma urgencia en una paciente muy especial: su propia hija. Pero en determinado momento desapareció de la escena. El motivo fue un cáncer de la base de la lengua que él mismo se diagnosticó y envió las biopsias a Péau sin decir quién era el paciente. Dice que éste contestó telegráficamente: *“Cáncer. Caso perdido”*. Estoicamente padeció su enfermedad, y su vida se apagó en Buenos Aires, el 2 de julio de 1895, con 50 años de edad. En sus exequias, Carlos Pellegrini dijo: *“Sentimos que algo nos falta, algo así como el centinela armado que velaba por nuestra vida contra el ataque de enemigos invisibles, y por eso, sobre su tumba hasta el egoísmo llora”*.

Bibliografía

Breve historia del Hospital Pirovano

Dr. Federico Pégola.

El barrio de Belgrano y su hospital Pirovano. Dres. I. Grinszpan, I. Mytnik, M. Aisenberg, A. Siverino, M. Siverino y M. Cesarsky.

Wikipedia, enciclopedia libre. Internet
Beti Sicardi; Dr. Alfredo Buzzi.



REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO

Dra. María Corina Fierro

Médica Pediatra - corifierro@yahoo.com.ar

Se define como el pasaje del contenido gástrico al esófago, lo cual puede ser un proceso fisiológico en muchos lactantes, pero cuando este mecanismo es capaz de producir una alteración patológica en algún órgano, pasa a ser un evento que recibe el nombre de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

FISIOPATOLOGÍA

El reflujo se produce por relajación transitoria del esfínter esofágico inferior (EEI). El esófago corto, con un volumen limitado de los lactantes y el decúbito en el que permanecen gran parte del tiempo facilitan el reflujo del contenido gástrico.

Además, el vaciamiento gástrico lento y el aumento de la presión abdominal contribuyen a la producción de RGE.

En condiciones normales, la gran mayoría de los episodios de reflujo ocurren durante las relajaciones espontáneas del EEI y, por lo tanto, están definiendo el reflujo gastroesofágico fisiológico, la percepción de estos episodios depende del sistema nociceptivo de la mucosa.

Así, puede haber reflujo esofágico *no erosivo* sintomático o reflujo esofágico *con erosión* de la mucosa, asintomático, que depende del sistema nociceptivo. La ERGE describe cualquier trastorno sintomático o alteración histopatológica, consecuencia de episodios de RGE.

Algunas publicaciones sugieren la asociación del locus (13q14) del cromosoma 13 con la ERGE pediátrica grave.

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha determinado que la incidencia de ERGE en lactantes y niños es de aproximadamente 8%. De éstos, sólo el 0,1 a 0,3 % expresa síntomas significativos de enfermedad.

Un estudio epidemiológico de RGE sintomático en lactantes indica que el 60% de ellos estará libre de síntomas entre los 18 y 24 meses de vida, el 30% de los niños continuará con síntomas hasta los 4 años y, en ausencia de tratamiento, el 10% restante podría tener complicaciones graves.

MANIFESTACIONES DEL REFLUJO

La forma de presentación del reflujo puede ser diferente según la edad. El síntoma más frecuente en los lactantes es la eliminación de alimento por la boca en forma de vómito o regurgitación*. Aparece en los primeros meses de vida y continua en forma ostensible hasta los 8-10 meses. Con frecuencia en este momento desaparece, sin que signifique mejoría de la enfermedad.

Afortunadamente, sólo unos pocos lactantes sufren ERGE con complicaciones, tales como retardo de crecimiento, irritabilidad, disfagia, odinofagia y arqueamiento de la espalda durante la alimentación. Los lactantes con ERGE pueden sufrir eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE), hiperreactividad de las vías respiratorias, neumonía por aspiración recurrente y tos crónica.

Raras veces la ERGE produce movimientos reiterados estereotípicos de arqueamiento y estiramiento que se pueden confundir con convulsiones atípicas o distonía, entidad conocida como Síndrome de Sandifer. Los preescolares con ERGE pueden presentar vómitos intermitentes, rechazo del alimento o complicaciones respiratorias. Los niños mayores tienen probabilidad de manifestar síntomas semejantes a los del adulto, tales como pirosis, regurgitación, disfagia o atascamiento del alimento.

Una inflamación más intensa puede causar hemorragia crónica con anemia y hematemesis. Muy raras veces la inflamación crónica genera la entidad premaligna conocida como esófago de Barrett.

DIAGNÓSTICO

Como en todo proceso biológico, la desviación patológica de un fenómeno fisiológico es difícil de establecer.

En la mayoría de los lactantes y niños con RGE, la anamnesis y el examen físico son suficientes para diagnosticar con certeza RGE fisiológico.

Los exámenes complementarios se deben reservar para el niño que manifiesta complicaciones o cuando se plantea el diagnóstico de ERGE.

Ningún método de diagnóstico aislado permite toda

* **Vómito:** expulsión *forzada* del contenido gástrico e intestinal a través de la boca.

Regurgitación: expulsión por la boca, *sin esfuerzo*, de pequeñas cantidades de alimentos.

la información necesaria para diferenciar niños con RGE patológico de los niños normales.

Dado que la simple demostración de la presencia de episodios de reflujo no es sinónimo de ERGE, se requiere de una anamnesis precisa y una combinación de los métodos mencionados para poder establecer un diagnóstico certero de esta patología dinámica y compleja.

• RADIOGRAFÍAS CON CONTRASTE

La seriada esofagogastroduodenal (SEGD) es un método habitual para evaluar el tubo digestivo superior. No permite distinguir entre reflujo fisiológico y patológico. Consiste en la ingesta de bario y la visualización radioscópica de su pasaje desde la boca hacia el duodeno. Debe hacerse con cambios de posición para poder establecer la existencia o no de malformaciones como estricturas, dilatación esofágica, o hernia hiatal, así como obstrucción del tracto de salida gástrico (síndrome pilórico, anillo antral).

El reflujo se clasifica en grados de acuerdo a la altura que alcanza la columna de bario en la imagen radiológica: grado I: cuando el bario refluye hasta el EEI hasta grado IV: cuando alcanza la carina (reflujo carinal).

Aunque es útil, debe tenerse en cuenta que el daño tisular o la ERGE no están dados simplemente por la altura que alcanza el RGE sino por el número de episodios o duración.

Por otro lado, el mayor grado de reflujo puede estar dado por el volumen excesivo durante el estudio o por una dificultad en el vaciamiento gástrico.

Por lo tanto, la SEG D debe realizarse siempre que se sospeche ERGE para descartar anomalías anatómicas, pero debe ser seguida de un método más específico para el diagnóstico.

• pHMETRIA

Mide la frecuencia y la duración de los episodios de reflujo ácido en el esófago mediante la introducción a través de la nariz de microelectrodos que detectan de manera continua la presencia de ácido.

Cuando se sospecha apnea, es necesaria la correlación simultánea de los esfuerzos respiratorios con los movimientos de la pared torácica.

Los elementos que deben considerarse para establecer la diferencia entre reflujo fisiológico y ERGE son: 1) número de episodios de reflujo en 24 hs; 2) duración del episodio más prolongado; 3) número

de episodios de más de 5 minutos y 4) porcentaje del tiempo total con ph menor de 4.

• ENDOSCOPIA

Permite la evaluación macro y microscópica (mediante la toma de biopsias) del esófago y del tubo digestivo superior. Se debe realizar cuando los síntomas son sugestivos de esofagitis, como pirosis, epigastralgias, disfagia y dolor torácico.

• IMPEDANCIA INTRALUMINAL MULTICANAL

Es una nueva técnica que permite la detección del reflujo, sin medir el ph.

Detecta cambios en la impedancia eléctrica entre electrodos durante el pasaje del bolo alimenticio. Detecta la dirección en que se mueve el bolo y así permite diferenciar entre el bolo que se traga y el que se regurgita. Se incluye un sensor de ph como canal adicional. Actualmente, la importancia de esta técnica es la correlación de eventos, especialmente los respiratorios, con el reflujo no ácido. La pHmetría ha sido por años el Patrón Oro para el diagnóstico de reflujo. Actualmente, la impedanciometría-pH metría es reconocida por muchos como el Patrón Platino. Mediante la misma tenemos la posibilidad de detectar reflujos ácidos y no ácidos, como así episodios líquidos, gaseosos o mixtos y correlacionar todo con la sintomatología del paciente.

• CENTELLOGRAFÍA

Tiene como base el consumo de un alimento marcado con Tc y permite medir el vaciamiento gástrico, detectar el reflujo ácido o no ácido y puede detectar la aspiración en imágenes a los 60 minutos o más.

COMPLICACIONES DE LA ERGE

Respiratorias: asma, bronquitis, apnea, ALTE, tos crónica y neumonía recurrente por aspiración. Las complicaciones ORL son ronquera, laringitis, sinusitis, erosiones dentales y otitis media recurrente.

No respiratorias: la exposición crónica del esófago al ácido puede generar inflamación seguida de esofagitis por reflujo, estenosis esofágica, esófago de Barrett y adenocarcinoma. En los casos crónicos graves, puede haber hemorragia del tubo digestivo superior y anemia.

LA ERGE EN EL PACIENTE CON DEFICIENCIA NEUROLÓGICA

La ERGE es más frecuente en los niños con deficiencia neurológica que manifiestan un reflujo a menudo resistente al tratamiento médico habitual y frecuentemente necesitan tratamiento quirúrgico con fundoduplicatura.

PRONÓSTICO:

El RGE de los lactantes tiene buen pronóstico porque en la mayoría de los casos los síntomas tienden a desaparecer cerca de los 12 meses de vida. Los niños con deficiencia neurológica, prematuridad, obesidad, atresia esofágica o antecedentes familiares de ERGE grave complicada tienen mayor riesgo de complicaciones y peor pronóstico.

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento de los niños con ERGE es eliminar los síntomas, curar la esofagitis y tratar y prevenir las complicaciones.

En el reflujo fisiológico, tranquilizar y contener a la familia puede ser, a veces, la única intervención necesaria para este trastorno, generalmente autolimitado.

Cuando los síntomas iniciales son típicos, el diagnóstico se debe basar en la anamnesis y es improbable que otros estudios complementarios afecten el pronóstico o el tratamiento.

Cuando el tratamiento farmacológico está justificado, la mayoría de los pacientes responden a los antiácidos, por lo tanto, una prueba terapéutica, puede ser coste-eficaz.

Es necesaria una evaluación diagnóstica inmediata para todos los pacientes que se presentan con complicaciones atípicas o graves, como vómitos, retardo del crecimiento, disfagia o complicaciones respiratorias graves.

Se justifica la investigación diagnóstica cuando los pacientes no muestran respuesta terapéutica o su evolución es atípica. No hay un estudio único adecuado para todos los pacientes con presunta ERGE. El estudio a indicar depende del cuadro clínico y de los interrogantes para los que el pediatra necesita respuesta. Los cambios en los hábitos de vida pueden ser útiles para los niños con enfermedad leve. Se recomienda tratamiento farmacológico para el niño con ERGE importante, especialmente cuando existen complicaciones.

Debido a que los niños con deficiencia neurológica

sufren ERGE con mayor frecuencia y tienen probabilidades de padecer complicaciones, pueden necesitar tratamiento más intensivo.

ASESORAMIENTO Y CAMBIOS EN LOS HABITOS DE VIDA

La historia natural del RGE fisiológico de la mayoría de los lactantes es su desaparición a medida que el esfínter esofágico inferior madura. Tranquilizar e informar a la familia sobre este trastorno son conductas claves. Para el lactante sano no son necesarios exámenes complementarios ni intervenciones terapéuticas.

En los niños con alimentación complementaria o suplementaria, espesar la leche o fórmula láctea con agentes como el arroz no mejora las puntuaciones de los índices de RGE, pero puede disminuir los episodios de vómitos. Espesar la fórmula láctea con espesantes aumenta la densidad calórica del alimento, lo que puede ser útil para los lactantes de bajo peso con RGE.

Sólo se considera el decúbito prono para dormir cuando el riesgo de ERGE supera el posible riesgo de síndrome de muerte súbita.

Pocos datos sugieren que evitar la cafeína, el chocolate y las comidas picantes, que provocan síntomas, puede ser útil.

OPCIONES FARMACOLÓGICAS

- **ANTIACIDOS:** los antiácidos que neutralizan el contenido ácido del estómago, se pueden indicar para el tratamiento a corto plazo a fin de aliviar los síntomas. Los antiácidos con aluminio se deben administrar con cautela en los lactantes por la posibilidad de efectos adversos, tales como neurotoxicidad, anemia y osteopenia

- **ANTAGONISTAS DE LOS RH2:** inhiben los receptores de histamina de las células parietales (Ej: Cimetidina, Famotidina y Ranitidina).

- **AGENTES PROCINETICOS:** aumentan la presión del esfínter esofágico inferior, mejoran la depuración esofágica y el vaciamiento gástrico.

El Cisapride puede favorecer la prolongación del intervalo QT, y por ende, las arritmias ventriculares. Debido a este riesgo potencial, su utilización se ha restringido. Dosis: 0,2 mg/kg/dosis hasta 4 veces por día. Asimismo debe evitarse la asociación con

medicamentos que compartan el citocromo P450 en su metabolización hepática. Tampoco debe administrarse en niños que cursan enfermedades metabólicas, diarrea o enfermedades cardíacas.

Antes de iniciar el tratamiento con este fármaco debe realizarse un ECG con medición del intervalo QT-QTc.

Es conveniente que después de algunos días se efectúe un control con un nuevo ECG para verificar que continúe normal.

La domperidona es un antagonista dopaminérgico periférico, que se utiliza a una dosis de una gota/kg/dosis c/ 8 hs. La domperidona puede también alterar el QT. Pero, como con el uso del cisapride,

es fundamental la no asociación con drogas o alimentos que potencien sus efectos adversos.

- **AGENTES DE SUPERFICIE:** el sucralfato actúa al adherirse a las lesiones pépticas y proteger así la mucosa de la acción ácida o de los efectos de las enzimas digestivas.

- **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP):** su eficacia está relacionada con la capacidad de mantener un pH gástrico más alto durante un tiempo prolongado e inhibir la secreción ácida inducida por los alimentos si esto no se logró con los bloqueadores RH2. Los IBP están indicados

Fármaco	Dosis p/niños	Dosis p/ adult. y adolesc.	Efectos adversos
Cimetidina	40mg/kg/día, c/ 8 hs	400mg c/ 24 o 200 mg c/ 12 hs	Hipotensión, ginecomastia, disminución del metabolismo de otros fármacos, neutropenia, agranulocitosis y trombocitopenia
Ranitidina	7-8 mg/kg/día c/ 8-12 hs	150 mg c/ 12 hs	Cefalea, mareos, fatiga, irritabilidad, exantema, constipación, diarrea, trombocitopenia, aumento de transaminasas
Omeprazol	1 mg/kg/día c/ 12 hs hasta 20 mg/día	20 mg/día	Cefalea, diarrea, dolor abdominal, nauseas, exantema, deficiencia de vit B12, constipación
Lanzoprazol	15 mg/día (peso < 30 kg) o 30 mg/día (> 30 kg)	15-30 mg/día	Cefalea, nauseas, constipación, diarrea, dolor abdominal, proteinuria, hipotensión, aumento de transaminasas
Esomeprazol	No disponible	20 mg/día	Cefalea, diarrea, nauseas, dolor abdominal, flatulencia
Cisapride	0,2 mg/kg c/ 6 a 8 hs hasta 0,8 mg/kg/día	Hasta 20 mg/día	Prolongación del intervalo QT
Domperidona	1 gota/kg c/ 6 a 8 hs	30 a 50 gotas c/ 6 a 8 hs	Prolongación del intervalo QT
Sucralfato	No existe dosis específica	1 gr. c/ 6 hs	Constipación, sensación de boca seca.

cuando la ERGE es resistente al tratamiento con los bloqueadores RH2. La inhibición de la secreción ácida gástrica se asocia con menores volúmenes gástricos, lo que facilita el vaciamiento del estómago y disminuye el volumen del reflujo. La dosis eficaz de los IBP es de 0,5 a 3,3 mg/kg/día.

En el cuadro de la página 18 se intenta resumir las terapias farmacológicas diferentes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: está indicado en los niños que sufren complicaciones importantes de la ERGE y no respondieron al tratamiento médico adecuado. Quizás es una opción atractiva porque puede ser curativo y evita la necesidad de medicamentos durante un tiempo prolongado, pero tiene una alta tasa de fracaso en el control de los síntomas y se informa una alta tasa de morbilidad y ocasionalmente mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marina Orsi, Jorge Herrera. Reflujo gastroesofágico. *Enfermedades Respiratorias Pediátricas* 2002;45:465-470.
2. Roque Emiliani, Carlos D. Quintana. Reflujo gastroesofágico. *Gastroenterología en Clínica Pediátrica* 1997;3:14-41.
3. Esteban Busto, Ricardo Casella. Atlas de pHmetrías esofágicas. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires* 2006;217:85-100.
4. Sonia Michail. Reflujo gastroesofágico. *Pediatrics in Review* 2007;7:253-263.
5. Nelson. Reflujo gastroesofágico. *Tratado De Pediatría* 2001;323:1233-1235.

Publicidad Neumocort (Cassara)
1/2 página

Publicidad Flutivent (Cassara)
1 página