



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

Tres años de gestión

La Región Metropolitana nace en 1984 y desde esa época militamos en la misma. Nos reunimos el segundo sábado de cada mes para tratar temas inherentes a la Región y cumplimentar las Jornadas de la misma, que fueron nueve hasta la fecha. Estamos en contacto permanentemente, en reuniones semanales con la Comisión Directiva, los grupos de trabajo, algunos presentes en todos los congresos y hasta en la publicación de libros.

Durante estos tres años de gestión se publicaron ocho revistas *Noticias* de la Región Metropolitana y a partir de la n° 44 fueron incrementándose sus páginas.

Medio Ambiente y sus consecuencias, fue una de las editoriales, donde se resignificó la importancia de la familia en desorden como causa de enfermedad y de ahí la *Semiología Ampliada* (C. Gianantonio, M. Rocatagliata, A. Pérez). El ambiente ecológico, tiene que ver con el neurodesarrollo.

El verdadero componente estratégico de la **APS**, es el recurso humano y con este se puede lograr la salud para todos en la medida que se priorice su Educación Continua, en ningún momento reñida con la investigación, de la que nos nutrimos.

La **violencia, el abuso y el maltrato en el ámbito infanto-juvenil** son otro problema actual que altera el crecimiento y la maduración, siendo una problemática no resuelta aún y tratada exhaustivamente en las IX Jornadas de la Región Metropolitana.

La **negligencia** también es un hecho a tener en cuenta, se refiere a la insatisfacción de las necesidades de los niños, sea a nivel familiar por omisión o a nivel de servicios.

Satisfacer las **necesidades de los niños** debe verse como un asunto de "derechos humanos". Convención de los Derechos del Niño, ley Nacional 26.061-26-10-2005.

La **inmunización universal** es un derecho y un compromiso de la Región, hemos vacunado a miles de niños en forma de campañas en comunidades alejadas de centros de salud. Este compromiso fue explicitado en la *Revista Noticias* N°1 (1994) por los Dres. Angel Plaza y Jorge Buraschi.

Todos los esfuerzos de la Región, de la SAP Entidad Matriz, Ministerio, otras entidades científicas, ONG, etc. son insuficientes, sino se mejora la educación básica universal, la prestación de la asistencia médica a todos los niños, y la justicia social.

No hay dos niños ni dos familias con una biografía idéntica y, por lo tanto, no puede concebirse una pediatría esquemática y doctrinaria que pretende que los niños se ajustan, cuando enfermos, a normas medicas preestablecidas. En realidad la visión longitudinal de la salud del niño es lo que interesa a la pediatría contemporánea (Dr. C. Gianantonio). El niño es un ser extraordinario, decía el Dr. Florencio Escardo, y a él nos debemos los pediatras de todo corazón y si no te ponés en el lugar del otro, como diría Paco Maglio, en "La dignidad del otro", no podes ser pediatra (Médico de cabecera del niño y del adolescente).

El Dr. Longo, nos decía "nuestra meta será seguir trabajando en busca de la mejor y más calificada atención pediátrica y de reconocimiento a quienes la ejercen".

Aunque deje la Dirección de la Región seguiré trabajado en pos de la felicidad de los niños y de la relación **médico paciente-familia**. Es un compromiso compartido por todos los colegas que a diario trabajamos **por un niño sano en un mundo mejor**.

Dr. Gustavo Bardaui
Director Titular

Director Titular

Dr. Gustavo Bardaui

1er. Director Asociado

Dr. Saúl Gleich

2do. Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

Coordinadores:

Distrito Sur:

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /
Dr. Clara Massola de Muiños / Dra. Mariana
Rodríguez Ponte / Dr. Rubén Porto

Distrito Oeste:

Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /
Dra. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis
Marsicovetere / Dra. Débora Rocca Huguet

Distrito Norte:

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /
Dra. Miriam Vasalo / Dra. Mirta Vázquez

Asesores ex Directores:

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /
Dr. Domingo Longo

SECCIONES

• Editorial	1
• Entrevista al Dr. Straface	4
• Síndrome Urémico	7
Hemolítico	
• Ecos de las	11
IX Jornadas	
• Curiosidades	16
• Boletín Bibliográfico	18

CLAMOXOL BIO

Amoxicilina 400mg/5ml - Ácido Clavulánico
Lactobacillus helveticus - Lactobacillus rhamnosus

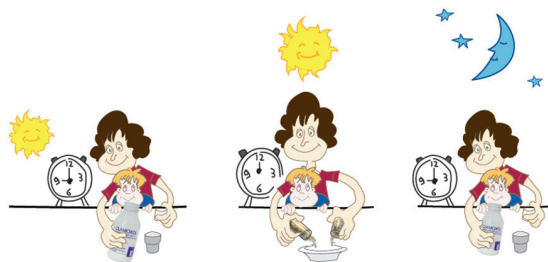
NUEVO

Primer antibiótico con probióticos

Administración:

- Suspensión antibiótica cada 12hs.
- Cápsula probiótico una vez al día.

Ante imposibilidad de ingerir cápsulas, se deben abrir y mezclar con alimento o líquidos fríos



Minimiza el principal efecto adverso de los inhibidores de la betalactamasa



CLAMOXOL BIO, Polvo para preparar suspensión extemporánea

Fórmula: Cada 5 ml de suspensión contiene; Amoxicilina (como Amoxicilina trihidrato) 400 mg; Ácido Clavulánico (como Clavulanato de potasio) 57 mg. Cada cápsula contiene Lactobacillus rhamnosus $1,9 \times 10^9$ UFC; Lactobacillus helveticus $0,1 \times 10^9$ UFC.

Indicaciones: CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS está indicado para tratamiento de infecciones producidas por gérmenes susceptibles. Prevención de la diarrea asociada al uso de Amoxicilina-Ácido Clavulánico.

Acción Terapéutica: CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS es la combinación de un antibiótico de amplio espectro y un inhibidor de la betalactamasa con un probiótico restaurador de la flora intestinal.

Presentación: CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS se presenta en envases conteniendo 1 frasco con polvo para preparar 70 ml de suspensión extemporánea + 10 cápsulas de probiótico.


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

“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*

Camino al Centenario 1911 2011
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

**El 20 de Octubre
del corriente año
la Sociedad Argentina de Pediatría
cumplirá 100 años
y en la Ciudad de Buenos Aires
se realizará,
del 13 al 16 de Septiembre
el Congreso del Centenario.**

¡¡¡Los esperamos a todos!!!!



ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. RICARDO STRAFACE

El Dr. Ricardo Straface alcanzó su doctorado en medicina seis años después de su egreso en la UBA. Recibió el certificado de especialista como médico pediatra en la Sociedad Argentina de Pediatría y validó su especialidad en el Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires.

Interesado desde joven en la investigación, ha publicado numerosos trabajos científicos. Participó como disertante y panelista en numerosos congresos. En su labor docente dictó cursos y se desempeñó como profesor adjunto en la UBA.

Multipremiado, Ricardo Straface recibió entre otros reconocimientos: Glucagon (1968); Albores (1978); Primer premio Perinatología (1982); Montes de Oca (1982); Harriet (1995) y SAP (1998). La actividad hospitalaria le acompañó a lo largo de su fructífera y dilatada carrera que desplegó en el Hospital Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna) y el Hospital Larcade, de San Miguel, provincia de Buenos Aires.

El Boletín Bibliográfico es de su creación, que utilizando nueva tecnología, realizó durante cinco años, colocando a disposición de los colegas una afinada selección científica de materiales y publicaciones de todo el mundo.

En el ámbito societario disfruta de singular aprecio y respeto de sus pares. Miembro del COEME (Consejo de Evaluación Médica) allí se desempeñó también como secretario.

Miembro de SAP, fue vocal del Consejo de Evaluación Pediátrica y elegido primer Director de nuestra Región Metropolitana entre 1990 y 1993. Analizando las presentaciones realizadas por colegas que destacan los valores personales y profesionales de quienes son propuestos como ejemplo y referentes, la SAP lo designó en Asamblea y por unanimidad, miembro Honorario Nacional en 2009.

Quizás nadie resume mejor la trayectoria de



Straface que el Dr. Gustavo Bardauil: "Ricardo dió la vida por los chicos y la Pediatría".

RN: ¿Cuándo decidiste que ibas a ser médico?

Dr. RS: La decisión fue rápida, antes de terminar el secundario, quizás porque mi padre no lo pudo ser por razones económicas, pese a haber estudiado.

RN: Me decías que no te cuestionaste mucho el tema. Había libros en casa ¿quizás de los estudios frustrados de papá?

Dr. RS: Sí... los leía, sin prestar demasiada atención. Creo que porque no entendía.

RN: ¿Cómo fueron tus años de estudiante?

Dr. RS: Fueron buenos. Se interrumpieron un año por el servicio militar obligatorio, pero después se reanudaron bien. Cumplí 54 años de ejercicio profesional.

RN: Hablemos de la familia.

Dr. RS: Tuvimos 3 hijos: Fátima de 50, Guillermo de 53 y Ricardo de 51 años.

RN: Hoy me atendió gentilmente tu esposa, Noly. ¿Sigue siendo esta misma unión?

Dr. RS: Sí, claro.

RN: ¿De profesión mamá y esposa?

Dr. RS: Mamá a full... maravilla de mujer...

RN: Es lindo escucharte decir esto después de tantos años. Hoy día, en que hay tanta desunión en las familias...

Dr. RS: Sí, yo no entiendo eso... pero es la época en que vivimos.

RN: ¿Cómo pudiste hacer una carrera, tan importante y nutrida y además conservar esta familia?

Dr. RS: El secreto fue siempre tener metas cortas. Me planteaba, por ejemplo, qué quería hacer este año...

RN: *Esto casi es un consejo ¿no?. Porque la tuya fue una experiencia exitosa.*

Dr. RS: Sí. No hacer castillos en el aire. Vuelvo a repetir: metas modestas y cortas.

RN: *Tuviste un desempeño importante en el orden hospitalario...*

Dr. RS: Sí. En esa época no existía la residencia.

RN: *Directamente al ruedo.*

Dr. RS: Claro, al hospital, a Casa Cuna como se llamaba en ese momento. Estuve ahí veinticinco años.

RN: *¿Y cómo fue ese trayecto?*

Dr. RS: Bien, pero con un inconveniente serio: yo vivía en San Miguel. Entonces tenía tres horas de viaje, entre ida y vuelta, por día. Eso me permitía leer bastante. Mérito del Ferrocarril San Martín...

RN: *¿Cómo comenzó la actividad hospitalaria?*

Dr. RS: Como practicante. Era por concurso. Fui practicante menor y después mayor. Mayor no tanto, porque me recibí antes, y estaba vedado. Después seguí como médico honorario, hasta que se realizó el primer concurso, unos dos ó tres años después. Entonces pasé a médico rentado y después Médico de los Hospitales.

Me presenté a Jefe de Servicio en toda la Capital y así entré. Aunque simultáneamente y antes de poder asumir, me ofrecieron organizar la pediatría hospitalaria en San Miguel. Bueno, lo estuve pensando... me empujó mi mujer que estaba espantada por los viajes. Y acá estamos.

Hasta entonces había un servicio más simbólico que real, pero se dió un hecho que yo creo es único y fundacional: que el Intendente de esa época me ofreció traer de Buenos Aires a gente con residencia cumplida y vinimos diez y ocho. Toda gente con muy buena formación.

RN: *O sea que se habrá hecho un equipazo ahí.*

Dr. RS: Sí, se pudo hacer bien. Teníamos tres pediatras de guardia todos los días y una patología de asombro. Evidentemente las necesidades sanitarias en este cordón externo del Conurbano superaban lo que uno veía en el Elizalde. Allá no llegaban. El viaje es de una hora y pico.

RN: *Un servicio que hasta hoy está muy bien conceptualizado.*

Dr. RS: Sí, sí, fue una semilla que felizmente germinó.

RN: *Se habla tanto hoy en día del “burnout” del médico, de la insatisfacción del pediatra, ¿te tocó vivir algo de eso?*

Dr. RS: No particularmente. Siempre tuvimos, en ese sentido, una gran vocación. Pudimos llegar hasta jubilarnos.

RN: *Claro, con las mismas ganas...*

Dr. RS: Sí, sí.

RN: *Con respecto a la formación, vos interviniste también como profesor además de hacer esta labor docente, organizando y formando equipos.*

Dr. RS: Sí. Fui el primer profesor adjunto de Pediatría del Conurbano. Y pude traer la Unidad Docente a San Miguel, donde obligábamos a los alumnos a hacer guardia y otra cosa: los sacábamos a los Centros de Salud bien periféricos. Y eso redundaba en la formación de los chicos: ver otras realidades y abordarlas.

RN: *Tu actividad societaria también ha sido muy intensa.*

Dr. RS: Sí, otra vez metas cortas. Tuve la suerte que primero el Dr. Nochetti Fasolino, y después el Dr. José Raúl Vázquez me incorporaran al Comité de Educación Médica. Pude llegar a ser secretario del COEME y después también estuve en el Consejo de Evaluación Pediátrica, acompañando a colegas prestigiosos. Tuve mucha suerte.

RN: *¿Cuándo ingresaste como miembro de la SAP?*

Dr. RS: En el año 1961.

RN: *O sea que has acompañado a la SAP en gran parte de su historia.*

Dr. RS: Y, sí, como cincuenta y tantos años...

RN: *¡Creaste una verdadera novedad!: el Boletín Bibliográfico.*

Dr. RS: Para mí era un hobby. Publicaba cada quince días, hasta que me enfermé y entonces ya me fue imposible. Había una tarea, digamos quincenal, pero eso lo hacía en los huecos libres del consultorio, que me permitía desarrollar esta tarea.

Ahora lo siguen los muchachos de la Región Metropolitana, con otra frecuencia, pero lo siguen.

RN: Fuiste también el primer Director de nuestra Región.

Dr. RS: Efectivamente.

RN: Ricardo, el Dr. Gustavo Bardauil, nuestro actual Director Titular, nos cuenta: "Al Dr. Straface lo conocí en el Hospital de Morón, por el año 85, en una de sus visitas para hablar sobre los pacientes. En 1990 después de varias reuniones, preparó un programa amplísimo para dictar el Curso Superior Universitario de Especialización en Pediatría, que duró tres años, organizado y auspiciado por la Universidad Nacional de La Plata (Dres. Morano y Cusminsky), el Colegio Médico de la provincia de Buenos Aires Distrito V y la Sociedad Argentina de Pediatría.

En 1991 el Dr. Straface comienza a trabajar en el niño febril de 1 a 24 meses. Me entrega los primeros borradores, para interesarme en el proyecto y comienzo a colaborar.

En 1998 se realiza la Junta Ejecutiva de Evaluación de Especialistas en Clínica Pediátrica. El grupo de trabajo del Niño Febril obtuvo el Premio Sociedad Argentina de Pediatría.

En la Región, Ricardo trabajó arduamente para la integración de los Distritos. Su labor culmina con el libro editado por Fundasap".

Dr. RS: Bueno, han tenido la deferencia de premiarlo y se publicó en 2006: "Fiebre en Pediatría".

RN: Un trabajo que fue un verdadero hito.

El Dr. Jorge A. Buraschi en el prólogo expresa: "No

es frecuente en nuestro medio que un grupo de investigación numeroso y procedente de diversos centros de atención perdure muchos años tras un objetivo tan ambicioso, se reúna regularmente, consulte una importante bibliografía, registre y procese una casuística numerosísima, haga presentaciones, organice reuniones científicas y publique sus hallazgos. Mérito indudable de un grupo formado científicamente, inteligente, tenaz, convencido de lo valioso de la tarea emprendida, dirigido por el talento científico y organizativo del Dr., Ricardo Straface. Un amigo entrañable al que conozco desde el inicio de nuestros estudios secundarios."

También es interesante lo que decías en el prefacio de la publicación: "En estas páginas procuraremos acordar entre los médicos, para luego transmitir a las familias lo moderno que sea correcto y eficaz.

Así opondremos a la falsa prioridad de bajar la fiebre, la real necesidad de averiguar por su causa, lo antes posible, velando siempre por el confort del niño.

En estas páginas, a veces encontraremos algunas opiniones discordantes, como la forma de obtener orina en los niños pequeños o el mejor modo de medir la temperatura, pero es valioso mantener estos puntos de controversia para alentar el trabajo futuro sobre éstos y otros que el lector pueda descubrir."

Una gran apertura para una investigación que continúa. Realmente humildad y modestia son atributos que te destacan. Como dicen muchos de tus colegas: "bajo perfil".

Dr. RS: (Se ríe) no te creas. No soy ni humilde ni modesto.

FE DE ERRATAS del número anterior (Noticias N° 50):

El Dr. Ángel Plaza ejerció durante nueve años el cargo de Tesorero de la SAP, y tuvo el orgullo de participar como Miembro del Comité Ejecutivo del XIV Congreso Internacional de Pediatría, realizado en 1974, en el cual fue también Director de la Secretaría y Miembro de la Comisión de Promoción al interior. Fue un evento memorable por su calidad científica y convocatoria.



SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)

Dr. Horacio A. Repetto

Médico pediatra-nefrólogo infantil

DEFINICIONES

Síndrome: conjunto de síntomas y signos producido por lesiones y/o alteraciones funcionales similares que permiten inducir un diagnóstico inicial.

Enfermedad (entidad nosológica): alteraciones de la salud generadas por una causa (etiología) común y mecanismos (patogenia) comunes que producen una lesión similar.

Urémico: implica compromiso renal. En examen de orina: hematuria, proteinuria, cilindruria. Función: oliguria o anuria, aumento creatinina sérica (CrS).

Hemolítico: Anemia micro angiopática: 1. hemólisis extraeritrocitaria (hematíes fragmentados: esquistocitos) (*Figura 1*); 2. trombocitopenia.

Las distintas enfermedades que se presentan clínicamente como SUH tienen una lesión común: **Microangiopatía trombótica (MAT):** Trombos plaquetarios en arteriolas y capilares (*Figura 2*). Hipo perfusión y microinfartos en múltiples órganos.

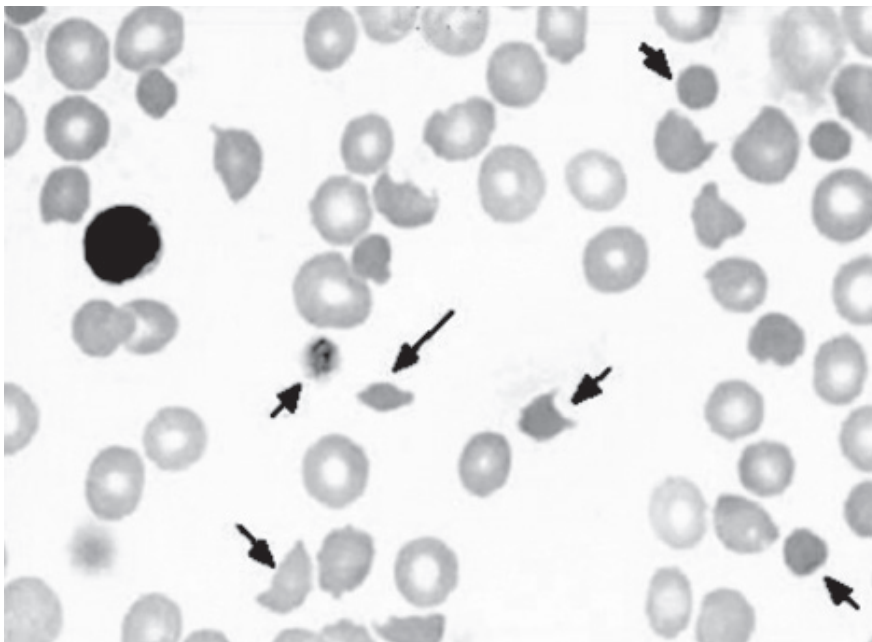
CLASIFICACIÓN NOSOLÓGICA (*Tabla 1*)

Teniendo en cuenta la etiología y el mecanismo patogénico esta clasificación cubre la mayoría de las entidades que pueden presentarse con el SUH. En edad pediátrica la mayoría son de causa infecciosa y, en países con alta incidencia de infecciones por enterobacterias productoras de toxina shiga [ST] (verotoxina) como la Argentina, constituye el 95% de los casos [D +].

Sin embargo, dentro de las otras enfermedades, algunas pueden tener diferente tratamiento, evolución y pronóstico, por lo que es necesario conocerlas y hacer precozmente el diagnóstico diferencial.

Una vez diagnosticado el SUH (importante obtener muestra de orina inicial, examinando al niño con bolsita de recolección, ya que la micción que se pierde durante el examen puede ser la última antes de la anuria) se debe evaluar al paciente clínicamente como una insuficiencia renal aguda (IRA) y documentar la infección por *Escherichia Coli* Enterohemorrágica [EHEC] o la existencia de la ST. Si el paciente no presentó diarrea disenteriforme [D -] ó no encuentran rápidamente marcadores de

Figura 1



SUH típico se deben hacer los estudios iniciales para diagnosticar las formas atípicas. Éstas pueden ser producidas por otros agentes infecciosos, por activación de la vía alterna del complemento (generalmente mutaciones de los genes que codifican proteínas que inhiben la activación: FH, FI, MCP o proteínas hiperactivas: FB, C3) o por la actividad de multímeros del factor Von Willebrandt no clivados por la proteasa (ADAMTS 13) que reduce su tamaño y evita el desarrollo de MAT. El síndrome puede también ser desencadenado por tóxicos (drogas, radiaciones, etc.), enfermedades inmunológicas (LES, anticardiolipinas, rechazo

agudo de trasplante renal) o hipertensión maligna. Es un ejemplo de enfermedad transmitida por alimentos: ETA. El SUH había sido descrito en 1955 por Gasser y *col.* en Suiza. Probablemente ninguno de los pacientes tuvieron SUH típico de acuerdo a la descripción clínica (Ninguno tuvo diarrea, presentaron recurrencias, uno tuvo un empiema pleural que hace sospechar neumococo, etc.). Fue el Dr. Carlos Gianantonio quien notó la alta incidencia de este síndrome en niños en Argentina, y mencionó un grupo de ellos en una publicación sobre el tratamiento de la insuficiencia renal aguda [IRA] en 1962.

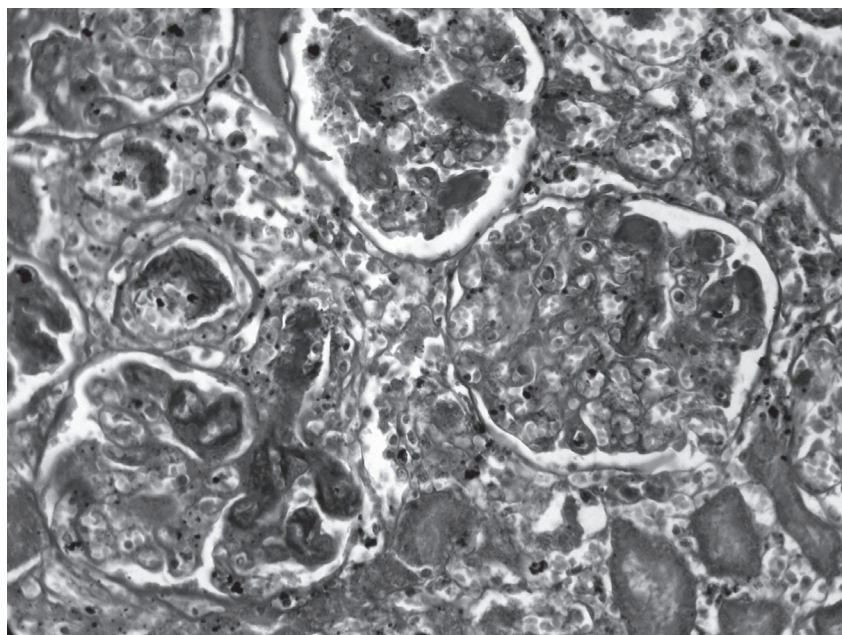
En 1964 publica la experiencia con más de 50 niños con SUH D+, estableciendo que es la forma más frecuente en nuestro país (15 cada 100.000 niños menores de 15 años y a partir de registros adecuados en la década del '90 una incidencia anual de más de 400 nuevos casos) y la causa más frecuente de IRA en pediatría. Estudios posteriores en nuestro país establecieron que es la entidad que más frecuentemente lleva a la insuficiencia renal crónica y terminal luego de las uropatías y displasias. La búsqueda de un agente etiológico intestinal tardó 25 años, hasta que Karmali demostró la asociación de la enfermedad con un grupo de *E. Coli* llamados enterohemorrágicos (EHEC). Se los denominó *E. Coli* productores de "verocitotoxina" (VTEC) o toxinas "shiga" (STEC), caracterizados por adherirse a la mucosa intestinal e inyectar, a través de un aparato (sistema de secreción tipo III), toxinas [STs] que circulaban y entraban en contacto con células

Tabla 1

<p>Típico Asociado a toxina EHEC: Toxina Shiga (verotoxina).</p>
<p>Atípico Neumococo (neuraminidasa). Vía alterna del complemento. F von willebrandt (proteasa).</p>
<p>Secundario Tóxicos. Enfermedad sistémica.</p>

SUH típico, clásico, D+, asociado a toxina de enterobacteria.

Figura 2



endoteliales y epiteliales a través de un receptor específico (globootriossil-ceramida [GB3]). En las células endoteliales inhiben la síntesis proteica y estimulan la apoptosis. En las epiteliales interfieren con la función de proteínas de membrana y estimulan la generación de citoquinas que contribuyen a la trombosis (Figura 2).

Estas toxinas pertenecen al grupo de las producidas por la *Shigella dysenteriae* (de allí su nombre) que había causado una epidemia de SUH en Asia (Bangladesh). Esta entidad tiene las siguientes características principales:

- Predominio estacional: verano.
- Edad: 2 meses a 10 años, media de 14 meses. 96% < de 5 años.
- Factores de riesgo de infección: consumo de carnes poco cocidas, leche y jugos de frutas no pasteurizados, frutas, verduras y aguas contaminadas.
- Se ha documentado el contagio persona a persona y animales a humanos.
- Diarrea en 93%. Comienza líquida y se hace sanguinolenta en 70%. El SUH se manifiesta clínicamente entre 3 a 7 días de evolución de la misma.

PREVENCIÓN

Depende del control de la infección por EHEC. Debido a que el principal reservorio en Argentina es el ganado vacuno, debe comenzar con medidas de control a nivel del animal (diversos métodos para disminuir la colonización están siendo estudiados) y del faenamiento, de distribución de sus productos y de locales de alimentación.

A medida que se fue estudiando la epidemiología surgieron otras fuentes de contagio. La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP, Comité de Nefrología) y la ONG "lucha contra el SUH" (LUSUH) tienen recomendaciones para la población en sus respectivos sitios de "Internet".

Algunos estudios han demostrado que el tratamiento con algunos antibacterianos por vía oral aumenta el riesgo de desarrollar el SUH, por lo que en un medio con alta incidencia de EHEC no deben indicarse para tratamiento de una diarrea disenteriforme sin certificación bacteriológica. También es desaconsejable el uso de inhibidores de la motilidad intestinal.

Tratamiento

Una vez desencadenado el SUH, el tratamiento es el de la insuficiencia renal aguda. Si el paciente ingresa con contracción de volumen debido a la diarrea, debe asegurarse una adecuada reposición

de agua y electrolitos, teniendo en cuenta que es posible que el riñón no se pueda adecuar al manejo de los mismos con el riesgo de una sobre-expansión (insuficiencia cardíaca, edema de pulmón, hipertensión arterial). Un resumen de las cuatro áreas a controlar en esta etapa figura en la siguiente tabla:

- General (aislamiento y nutrición).
- Anemia (transfusiones gr).
- SNC (convulsiones).
- Renal (insuficiencia renal aguda, hta).

Los datos de 1965 fueron recopilados por Gianantonio, contactando a los principales centros de Nefrología Pediátrica. Desde la década del '90 se obtienen del registro de la SAP.

La disminución significativa ha sido consecuencia del uso precoz de diálisis y el mejor control de infecciones intercurrentes y de la nutrición (administración por sonda cuando es necesaria para mantener balance calórico y proteico). Los pacientes que fallecen en la etapa aguda tienen en general formas multisistémicas con compromiso grave del SNC y/o intestino. Superada esta etapa aproximadamente un tercio de pacientes tienen alguna secuela. Poco frecuentes son las del SNC e intestinales. Son raras las pancreáticas, cardíacas y hepáticas.

Aproximadamente 30% pueden tener cicatrización renal como consecuencia de la destrucción neuronal producida por la MAT inicial. Factores de predicción en la etapa aguda de riesgo de secuela renal son: a) la existencia de anuria y su prolongación; b) la necesidad de realizar diálisis y su prolongación; c) la persistencia de la hipertensión arterial una vez controlada la expansión de volumen, y d) la magnitud del compromiso extrarrenal, evidencia de una mayor lesión microangiopática sistémica. Debido a la sobrecarga de estos "nefrones restantes" y la necesidad de crecimiento de la masa funcionante, se genera un proceso de fibrosis progresiva (el SUH D+ es probablemente el modelo clínico más claro de este mecanismo, tan bien estudiado en varios modelos animales). Esta "sobrefiltración" de los nefrones funcionantes conduce a la filtración de macromoléculas que puede expresarse en el laboratorio por proteinuria.

Conociendo este riesgo, el seguimiento de estos niños requiere:

1. Examen físico: especialmente crecimiento y presión arterial.
2. Laboratorio: hemoglobina, CrS, y (durante el período posagudo inmediato y hasta la normalización de ésta) ionograma y estado ácido-base para controlar posible secuela de disfunción tubular. Luego de normalizar la depuración de Cr (puede

controlarse con tablas para sexo y edad ó por la fórmula que utiliza la talla en cm x factor / CrS (Schwarz) F: 0,55; lactantes 0,45; varones desde 13 años 0,7; si la Cr es determinada por método colorimétrico. Con la determinación enzimática los valores de creatinemia son más bajos, por lo que F: 0,46 debe seguirse con examen de orina para detectar desaparición de proteinuria (negativa por tiras reactivas ó <0,2 mg/mg del cociente proteína/creatinina en la primera orina de la mañana) o aún la reaparición de ésta luego de haberse normalizado. La detección precoz de este estado permite intervenir con tratamientos que pueden frenar la progresión de la fibrosis que lleva a la IRC, controlando el efecto deletéreo de la hiperfunción de la angiotensina.

El seguimiento de niños que padecieron el SUH (vale para cualquier entidad que lo haya desencadenado) debe hacerse con el pediatra nefrólogo. Si el paciente llegara a la IRC terminal se puede indicar el trasplante renal, ya que en el caso del SUH asociado a ST no se han registrado recurrencias en el injerto, que en cambio son frecuentes en los SUH atípicos.

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

Este grupo incluye las enfermedades que se presentan con el SUH y no han sido precedidas con diarrea con sangre o en las que no se ha podido demostrar la EHEC o las STs.

Entre ellas en edad pediátrica, figura el SUH asociado a neumococo, en el que el mecanismo se debe a la actividad de una enzima (la neuraminidasa) que, al clivar el ácido acetil-neuramínico en las células endoteliales, hematíes, plaquetas y linfocitos, deja en descubierto un antígeno (Thomsen- Friedenreich), que genera autoanticuerpos lesionales y producen una MAT. Son formas graves, con alta mortalidad y con importante número de secuelas. El tratamiento consiste en terapia agresiva de la infección bacteriana y evitar infusión de plasma o sangre que pueden contener los anticuerpos. Deben administrarse glóbulos rojos lavados.

Dentro del grupo atípico se han demostrado otros dos mecanismos productores de MAT:

1. Activación de la vía alterna del complemento que genera lesión endotelial:

Debe sospecharse en niños que presentan disminución del C3 y C4 normal. Sin embargo algunos tienen valores normales de complemento. Se han encontrado alteraciones de proteínas que regulan la vía alterna evitando su activación: Factor H, Factor I, proteína constitutiva de membrana [MCP]. En el caso del Factor H se documentó también la existencia de mutaciones que codifican una proteína inactiva, por lo que se encuentra concentración normal del Factor H con actividad aumentada de la vía alterna. Se describió también la presencia de autoanticuerpos inactivadores del Factor H. En algunos pacientes con SUH por activación de la vía alterna se han descrito, por el contrario, mutaciones en genes que codifican las proteínas activadoras (Factor B y C4) produciendo hiperactividad de las mismas.

2. Presencia de multímeros del factor Von Willebrandt (vW):

Esta proteína de la cascada de la coagulación es almacenada en las células endoteliales y las plaquetas. Al ser liberada en forma de multímeros de gran tamaño, es clivada por una enzima circulante (ADAMTS 13) evitando el efecto de agregación de plaquetas y lesión del endotelio: MAT. La alteración de la enzima (genética en niños o por la presencia de autoanticuerpos en la denominada púrpura trombocitopénica trombótica [PTT] en el adulto) puede desencadenar una MAT y presentarse como SUH. El diagnóstico se hace determinando la presencia de los multímeros vW, la actividad de la ADAMTS 13 y, en el caso de la PTT, los anticuerpos.

La conducta ante el diagnóstico de SUH está resumida en la tabla siguiente:

Tabla 2

Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer etiología. No medicar con antibióticos (vía oral) diarrea con sangre. Tratamiento intensivo sin infección neumocócica. • Si stec + tratamiento de sostén. • Si (D-) y sospecha de atípico iniciar infusión de plasma. • Se Ac. antiproteasa (PTT): plasmaféresis e inmunosupresión. • Si MCP suspender plasma.



ECOS DE LAS IX JORNADAS

Los días 8 y 9 de abril del corriente año, se realizaron las IX Jornadas de la Región Metropolitana, bajo el lema “*Violencia en el ámbito infanto juvenil. Una realidad que nos preocupa*”. Prestigiosos disertantes nos dejaron enseñanzas que queremos volcar en este número de Noticias.

Los que siguen son resúmenes de algunas de las conferencias y mesas redondas.

CONFERENCIA

El rol del pediatra ante los cambios sociales

Dr. Cándido Roldán

Pediatra. Especialista en adolescencia. Magíster Internacional en Drogadependencia. Ex Secretario del Comité de Estudios de la Adolescencia. Presidente de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente. Director de Posgrado del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Fundación Héctor Barceló

La función del médico pediatra responsable de la salud del niño y el adolescente es desafiada permanentemente ante los cambios que se suceden en los escenarios sociales donde están insertos. Profundos cambios ocurren en el campo de la medicina como en las áreas económicas, sociales, políticas y en el contexto ambiental. Los continuos avances tecnológicos, los progresos en biología molecular y genética, están transformando la práctica médica.

Así también y en paralelo aparece en el escenario el paradigma de la salud como una construcción social. Esto obliga permanentemente a los integrantes del equipo de salud a capacitarse y dar respuestas más allá del modelo aprendido en nuestras respectivas formación de grado.

El interés por este tema “el rol del pediatra ante los cambios sociales”, nace a partir de hallazgos encontrados en una investigación realizada con motivo de la elaboración de mi tesis en la Maestría Internacional en Drogadependencia. En la misma, aparecen en la recolección de datos, indicadores que me llevaron a repensar mi formación y desempeño como pediatra y formularme una serie de interrogantes ante los hallazgos que me mostraba la investigación.

En ella, se deseaba analizar un problema: la

relación entre violencia y consumo de drogas. La muestra estuvo integrada por ciento cinco adictos en tratamiento en una institución pública con sede en Morón, provincia de Buenos Aires. En la recolección de datos realizado en entrevistas personales a los pacientes, sus familiares, profesionales tratantes, integrantes del sistema judicial y de seguridad intervinientes, aparecían entre sus antecedentes, consultas frecuentes al sistema de salud, en su etapa previa al abuso de sustancias.

Durante su etapa pediátrica consultaron por diferentes motivos, como trastornos de conducta, enfermedades psicosomáticas, enfermedades clínicas y quirúrgicas, accidentes, dificultad en el desempeño escolar, violencia familiar, abuso sexual.

Los interrogantes que me despertaron estos datos fueron:

- ¿No se pudieron realizar intervenciones para el seguimiento sostenido de estos jóvenes en sus edades pediátricas?
- Haber explorado más allá del motivo de consulta y haber podido individualizar los riesgos con los cuales convivían.
- Haberlos abordado personalmente el profesional tratante o con ayuda de profesionales de otras disciplinas, integrantes del equipo de salud, donde estos existen y poderlos solucionar o atenuar
- ¿Estamos formados para estas intervenciones?
- ¿Estamos motivados?
- ¿O no corresponde dentro de las responsabilidades del rol pediátrico?

En este grupo se perdieron oportunidades que pudieron haber aportado propuestas para atenuar los riesgos con que convivían y asegurarles un acompañamiento que permitiría una mejor calidad de vida en un futuro.

Se realizó una revisión bibliográfica en *Archivos Argentino de Pediatría*, seleccionando tres opiniones de colegas prestigiados y opiniones vertidas por la Directora de la Oficina Panamericana de la Salud y de una ex decana de la Facultad de Medicina de Rosario.

El objetivo era encontrar opiniones en el mismo sentido del título de esta presentación.

El escenario social actual es profundización de la exclusión, del desempleo, el hambre, la precarización de la educación y las prestaciones de salud, justicia y seguridad, unidos a la percepción de un futuro incierto. Son consecuencia del Estado postsocial, diferenciado del Estado benefactor de hace cuarenta años.

Actualmente, existen 12 millones de niños/as y adolescentes menores de 18 años que habitan en la Argentina y 5 millones están en situación de pobreza, con los riesgos para su salud que ello implica.

Pero debemos entender pobreza como privación de las capacidades básicas, no solo como falta de ingresos. Este grupo es el de mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y psicológica, incluso en un contexto de "crecimiento económico".

El desafío del Pediatra es rescatar la dignidad y la autodeterminación de esas personas a través de un comportamiento ético. Esto obliga a capacitarse, teniendo en cuenta que tanto publicaciones como información electrónica tienen, en muchos casos, conflictos de intereses que pueden afectar la veracidad y validez de sus datos, por lo que debemos buscar fuentes de información confiable. Esto es más fácil hacerlo en la multidisciplinaria.

La Universidad debería formar médicos con más compromiso social, ya que los problemas de salud en infancia y adolescencia no se van a resolver solo con los servicios de salud tradicionales, sino con un enfoque más amplio.

Propuestas

Ante la globalización con sus consecuencias, el equipo de salud debe contribuir a construir un futuro con menos desigualdades y mayor equidad. El desafío es la elaboración de respuestas locales, participativas, solidarias, creativas y sustentables en el tiempo.

Investigar el entorno social y buscar las redes de contención, considerando que el trabajo de jóvenes a jóvenes es más productivo que el de adultos a jóvenes.

Participar e incentivar activamente la responsabilidad de las Sociedades Científicas en incorporar en sus actividades la Gestión Pública para lograr políticas que favorezcan el desarrollo saludable de la comunidad.

En las acciones de salud con niñas/os, adolescentes y jóvenes, se deberá desarrollar y fortalecer:

- La autoestima.
- El pensamiento y el juicio crítico.
- Las habilidades sociales.
- La resolución de problemas.
- La responsabilidad por el cuidado de su salud y sus comportamientos.
- La permanencia en el sistema educativo.
- La pertenencia a redes sociales.

Estas características son necesarias adquirirlas antes de los diez años de vida para lograr herramientas que les permitan un mejor desarrollo. Las propuestas enumeradas plantean un crecimiento y un desafío.

MESA REDONDA

"Indicadores de detección". Cuando las situaciones de violencia ocurren en el consultorio: ¿a dónde recurrir?

1. ¿Cuándo sospechar abuso sexual infantil (ASI) en una consulta ambulatoria? ¿Qué debemos hacer?

Dr. Javier Indart de Arza

Médico Pediatra. Médico Legista. Pediatra de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital "Dr. Pedro de Elizalde"

Los estudios han sugerido que aproximadamente cada año el 1% de los niños experimenta alguna forma de abuso sexual, la mayoría de las veces son abusados por alguien conocido sea miembro de la familia o no.

Los niños son víctimas menos frecuentemente que las mujeres, aunque también denuncian menos el abuso.

Los adolescentes varones son abusadores en por lo menos el 20% de casos divulgados; las mujeres pueden ser también, pero en una pequeña proporción

La consulta pediátrica constituye una oportunidad para la detección del abuso sexual infantil. Tanto la consulta programada como la de guardia son oportunidades que no debemos perder, para detectar hechos de maltrato familiar en los que los niños y adolescentes participan como víctimas.

Una evaluación no sólo debe incluir las manifestaciones conductuales y el examen pediátrico completo sino también la valoración vincular del niño/a y adolescente con su familia y resolver en forma adecuada este problema de salud que se puede presentar en la consulta.

A veces la sospecha es un hallazgo por la presencia de una infección de transmisión sexual, otras veces está fundada en cambios repentinos de comportamiento del niño/a hacia alguien de su entorno o con pares, y no menos importante será la situación que sale a la luz por el relato del niño/a o adolescente ante alguien de su entorno o ante el mismo colega. Es conveniente *tomar siempre como verdadero* todo relato realizado por un niño sea o no aseverado por el adulto que lo acompaña.

El examen clínico del menor debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

¿Cuándo es urgente un examen genital?

1. Agresión reciente (menos de 72 hs), donde existe posibilidad de tomar muestras para analizar y evitar su pérdida (manchas, pelos, ropas) siendo aconsejable realizarlas en el ámbito forense para un mejor estudio y resguardo adecuado.
2. Necesidad de tratamiento médico o quirúrgico de urgencia, por las lesiones que presente.
En los casos no urgentes también debe realizarse el examen físico y ginecológico, pero en tiempo y forma y con la preparación adecuada y el consentimiento del niño, ya que, de no ser así, el examen resultaría revictimizante.

Se considera que menos de un 40% de los casos de ASI tienen lesiones físicas, y esto es debido a que:

- Se debe considerar como abusivo cualquier forma de contacto sexual inapropiado con un niño.
- En la mayoría de los casos no existe pene-

tración, y aún existiendo la misma puede no haber lesiones genitales.

- Con el paso del tiempo y sin repetirse el abuso, está demostrado que curan la mayor parte de las lesiones vaginales encontradas, así como disminuye el diámetro himeneal notablemente. También hay que considerar que existe mayor probabilidad de encontrar los hallazgos físicos cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el abuso y el examen.

Cabe señalar que los elementos aportados hasta aquí nos permiten admitir que la apreciación diagnóstica ante la sospecha de abuso sexual sólo puede concebirse de manera integral e interdisciplinaria.

Con este criterio tendrá sumo valor la sintomatología que presenta el paciente, las verbalizaciones del hecho traumático a las que pueda hacer referencia, las manifestaciones desde el punto de vista médico que pudieran registrarse así como también las características de la dinámica familiar y las que correspondieran al presunto ofensor.

Serán imprescindibles los aportes provenientes del psicodiagnóstico, del diagnóstico médico, del diagnóstico social y del diagnóstico de la interacción familiar para validar el presunto abuso sexual. Ninguno de estos aportes por sí solos nos permiten definir de manera integral un diagnóstico por demás complejo.

El pediatra tiene la obligación de sospechar maltrato, y proteger y orientar a la víctima. Realizará la denuncia en el consejo local de protección de derechos o ante autoridad judicial si correspondiere.

2. ¿Cómo arribar a un diagnóstico interdisciplinario?

¿Es posible realizarlo o es una utopía?

Dr. Jorge Brieva

*Médico Pediatra. Doctor en Medicina.
Coordinador del Comité de niños en riesgo del
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"*

Con el aumento notorio de la frecuencia de consultas por problemáticas familiares donde están siempre, directa o indirectamente implicados los niños, la demanda ha llegado a la consulta privada. El profesional debe tener previsto:

1. Que está obligado por Ley a tomar cono-

cimiento, hacerse cargo y comunicar a las autoridades correspondientes.

2. Que esta problemática excede a la exclusiva participación del pediatra. Es necesaria la visión de la interdisciplina. Para trabajar en este sentido tiene que existir experiencia previa y convencimiento de su utilidad (diferente de la interconsulta).

¿Cómo instrumentar desde lo práctico lo anterior?

Cada especialidad debe emitir una opinión sobre el caso pero el diagnóstico final debe ser un acuerdo, no una mezcla de opiniones.

Actuar como un verdadero equipo. Si se logra el abordaje adecuado, es el momento en que el paciente y la familia, deciden romper el secreto y divulgar su experiencia. Es la primera fase del tratamiento.

Plantearse estrategias posibles luego de calificar el riesgo. Si el riesgo es alto, no corresponde el tratamiento ambulatorio; el paciente debe ser internado para protegerlo de ese riesgo.

La *premisa fundamental* es proteger al niño o adolescente.

Conocer qué recursos puede utilizar (de salud, sociales, legales). Art. 30 de ley 26061: los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de los derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

3. Infecciones de transmisión sexual.

¿Todas son sugestivas de abuso sexual?

Dra. Julia Redondo

*Médica Pediatra. Médica Principal,
"Hospital Prof. J.P. Garrahan"*

La posibilidad de transmisión de una infección de transmisión sexual (ITS) durante el abuso sexual infantil depende de varios factores:

1. Si hubo o no violencia en el acto sexual.

La presencia de un desgarramiento de la mucosa vaginal o anal aumenta la posibilidad de contagio en especial de hepatitis B y HIV. La tasa

de infección de un niño/a abusado/a aumenta no sólo en el trauma sino por la inmadurez de la mucosa genital.

2. Prevalencia de ITS en la población de pertenencia (familia, grupos de afinidad).
3. Tipo de infección: es 20 veces más frecuente la transmisión de hepatitis B y sífilis que el del HIV.
4. La presencia de una ITS favorece la aparición de otras (la uretritis gonocócica o el herpes genital favorece la aparición de HIV).
5. Tipo de coito: mayor riesgo con sexo anal receptivo que con sexo vaginal y menor riesgo con sexo oral.

Es importante establecer cuál fue el tipo de abuso al que ha sido sometida la víctima, si el agresor es conocido (intrafamiliar o conocido por la víctima) y la antigüedad del hecho. También si se trata de abusos reiterados.

Muchas veces el hallazgo de una enfermedad de posible transmisión sexual aparece en el contexto de un paciente que se encuentra realizando estudios por otro motivo o catastro y nos lleva al descubrimiento de una situación abusiva anterior en la familia.

Si la fuente de abuso es conocida se investigará ITS en el agresor y la víctima y se realizará profilaxis o tratamiento según diagnóstico.

Si la fuente es desconocida se realizará serología y según el tiempo transcurrido del hecho (el tratamiento empírico para HIV, sífilis, gonorrea, clamidia, mycoplasma y tricomonas son efectivas hasta 5 días del hecho). También se realizará la vacunación para hepatitis B y en caso de estar vacunado se determinará los Ac. HbsAg.

Finalmente, cabe recordar la relación existente entre la infección específica de transmisión sexual y la posibilidad de abuso.

Muy alta especificidad: Sífilis, gonococo, clamidia.

Alta especificidad: HIV, hep. B, HPB, HSV tipoll, tricomonas vaginalis.

Baja especificidad: Gardenella vaginalis, mycoplasma, ureoplasma, HSV I.

MESA REDONDA

“Adolescencia, adicciones y violencia: ¿víctimas o victimarios?”

• **Verdad - Consecuencia**

Lic. Susana Di Mauro

Psicóloga. Ex Coordinadora Regional de Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Integrante del Equipo de Salud Integral en la Adolescencia de Región Sanitaria V. Integrante de la Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto Juvenil

Haciendo un recorrido por la historia se advierte el lugar de objeto que los niños, niñas y adolescentes ocupaban. Hace solo 21 años que mediante una ley de carácter internacional se les asignó una posición diferente: sujetos de derecho. En nuestro país las leyes nacionales y provinciales y sus respectivas reglamentaciones apenas superan el lustro y aún su aplicación práctica presenta resistencia.

En el contexto actual, los adolescentes son blancos de diferentes miradas que aún los cosifican. El enorme problema socio sanitario que implica el abuso de sustancias (presente en importante porcentaje en la primera causa de muerte de los adolescentes) tiene, entre sus múltiples orígenes, la presión de los medios y el mercado (legal e ilegal). Hoy alguien que consume expresa más un intento de adaptación al sistema imperante, que la oposición al mismo.

Por otra parte varios autores relacionan el consumo temprano de sustancias y los suicidios en los jóvenes con la exposición a la violencia doméstica y la disgregación familiar. Otros la deprivación con la delincuencia o la depresión. Asimismo hay que tener en cuenta el incremento progresivo de problemas psicológicos y psiquiátricos en la población infanto juvenil (el 10% al 22% de los niños y jóvenes menores de 18 años sufre, en algún momento, un problema psicológico o psiquiátrico) y que la tercera parte de las enfermedades psiquiátricas del adulto comienza en estas edades.

Si bien estas patologías no son patrimonio exclusivo de ninguna clase social, es el sector de mayor vulnerabilidad el que está más expuesto y el que menos recursos cuenta ya que, en el mejor de los casos, recurre al Sistema Público de Salud que en muchas jurisdicciones “adolesce” de espacios de internación y de equipos

especializados para atender la urgencia en salud mental infanto juvenil.

Por lo tanto, se considera imperiosa la necesidad de crear nuevas estrategias de intervención para abordar ésta temática, mediante la creación de una División de Psicopatología de la infancia y la adolescencia dentro de los Centros de Salud mental, (ya promulgados por la Ley Provincial N° 8.388 pero sin existencia aún, por lo menos en el ámbito de la provincia de Buenos Aires). Obviamente, la marginación y la cronificación no solo es una consecuencia negativa para quien la padece, sino para toda la trama social que la propicia. Para el caso de un paciente niño o adolescente, de no encontrar un dispositivo que permita su estructuración subjetiva y su reinserción social, su destino será muy posiblemente la cronificación de su lugar de “loco” o “delincuente”.

Así es que, los niños y jóvenes pueden transformarse en un sector de la sociedad depositario de los males que aquejan al conjunto de la misma, pasando de **víctimas a ser vistos como victimarios**.

• **Dispositivos y estrategias de abordajes. La experiencia de la Red de Salud Integral en la Adolescencia de la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires**

Dr. Guido De Nicotti

Médico sanitarista. Coordinador de Salud Integral en la Adolescencia de la Región Sanitaria V

La Red Regional de Salud Integral en la Adolescencia de la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires, constituye un experiencia innovadora, de trabajo colectivo entre profesionales provenientes de diferentes áreas y programas, que surge a raíz de una preocupación: la ausencia de estrategias de abordaje integral a las diversas temáticas y problemáticas relacionadas con la salud de los adolescentes. La propuesta generada, fue puesta a consideración de servicios, programas y actores del sector salud que se desempeñan en el ámbito de la Región Sanitaria V. El eje fundamental de la propuesta, iniciada a principios del año 2006, es la articulación de acciones a través de una modalidad de trabajo en red, constituyendo espacios de participación y generación de proyectos en los municipios que

conforman dicha Región Sanitaria. El objetivo general de la Red Regional de Salud Integral en la Adolescencia es el de promover acciones de promoción, prevención y asistencia de aspectos relacionados con el proceso salud – enfermedad de la población adolescente y joven. Sus objetivos específicos son:

- Promover la visibilización de la temática y su inclusión en la agenda política y de gestión de servicios y programas
- Realizar actividades de capacitación a equipos locales
- Facilitar la articulación de acciones vinculadas a la temática entre diferentes actores, servicios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con carácter intra y extrasectorial.
- Promover dispositivos de atención integral.

Metodología

Las metodologías utilizadas por el equipo regional para alcanzar los objetivos deseados, fueron la asistencia técnica a los municipios de la Región, la realización de encuentros y jornadas regionales, actividades de capacitación, el intercambio de experiencias entre equipos locales, el apoyo a las iniciativas locales generadas en los municipios de la región y la implementa-

ción de actividades de comunicación social. Las estrategias utilizadas fueron el producto de la interacción con los actores locales, ya que no están estrictamente enmarcadas en ningún programa gubernamental.

Principales resultados y/o conclusiones

Como resultado de los objetivos planteados, desde el 2006 a la fecha se han realizado 2 cursos regionales anuales de capacitación (con más de 150 egresados y 35 proyectos institucionales), varias Jornadas Municipales de Adolescencia, la conformación de varias redes municipales de carácter interinstitucional e intersectorial, la apertura de nuevos servicios diferenciados para la atención integral de adolescentes en hospitales de la Región, la realización de 5 Encuentros Regionales de Salud Integral en la Adolescencia, la confección de una página web y, por sobre todo, la mayor inclusión del tema en la agenda regional de salud.

Los resultados mencionados son el producto de un trabajo colectivo que involucra a muchísimas personas, instituciones, equipos, organizaciones que están comprometidas con la situación de salud de los adolescentes y jóvenes de la región.



CURIOSIDADES

Dr. Leonardo Vázquez

Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”

La historia del Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández” se remonta a 1888, cuando con motivo de una importante epidemia de enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene del Concejo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires crea el Dispensario de Salubridad y el Sifilicomio Municipal, destinando una importante suma de dinero para la construcción de un edificio, aún cuando en la práctica y por largos años, se utilizó un antiguo frenocomio privado ubicado en la actual manzana del hospital.

El sifilicomio funcionó durante varios años, hasta que comenzó a ser utilizado como Hospital General, sin otra relación con el primitivo uso que la de tener una sala destinada a enfermedades venéreas. Fue en 1893, bajo la intendencia del Dr. Don Miguel Cané cuando se cambió su primitivo nombre,

pasándose a llamar Hospital del Norte. Se lo llegó a describir como *“un edificio misterioso, chato y oscuro, apartado del centro de la ciudad y escondido en un barrio solitario de calles cortadas, sin pavimento alguno, con grandes baldíos, viviendas miserables e isletas de sauces llorones(...) destinado exclusivamente a la cura y reclusión de mujeres sin hogar, sin nombre y sin honor, víctimas de contagios abominables”*.

Entre 1891 y 1897, se construyeron nuevas salas, a medida que aumentaba su capacidad asistencial, y el 28 de octubre de 1904 se lo incluye oficialmente en el sistema de hospitales generales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, imponiéndosele el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández” en honor al ilustre médico salteño (1786-1855). Fue llamado por sus alumnos el Hipócrates argentino, fundador y primer secretario de la Academia Nacional de Medicina, profesor de clínica médica y primer presidente, en esa época equivalente a de-

cano, de la Facultad de Medicina, hasta su muerte. Entre 1907 y 1910, se realizaron diversas mejoras, especialmente la construcción de las salas de cirugía, maternidad y niños.

En 1915 se habilitaron tres nuevas salas, con lo que el establecimiento alcanzó las 300 camas.

En años posteriores se inauguraron nuevas dependencias: sala de operaciones de la maternidad, servicio de rayos X, etc., superando en un quince por ciento la capacidad ya instalada.

Finalmente, el 23 de diciembre de 1937 se autorizó por ordenanza la reconstrucción total del viejo hospital, comenzando las obras el 30 de septiembre de 1939. Años más tarde, en las décadas del 70 y 90, se completaron grandes reformas y equipamientos, hasta desarrollar el importante complejo actual, de excelencia tanto en la asistencia, como en la docencia y la investigación.

Dr. Juan Antonio Fernández

El Dr. Juan Antonio Fernández, nació en Salta el 1° de diciembre de 1786 y cursó sus estudios primarios en el Seminario de San Cristóbal, en la Ciudad de La Plata (Chuquisaca o Charcas). Viajó luego a Perú y decidió a estudiar Medicina, obtuvo su grado de Bachiller en Artes en la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, en 1806. El 19 de agosto de 1812 se graduó como Profesor y Maestro en el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, viajando inmediatamente a España en busca de mayor perfeccionamiento y formación.

El estallido revolucionario ocurrido en su tierra en 1810, lo obligó a regresar. Arribó estos lares en 1813 y actuó en el sitio de Montevideo. A pesar de estar alineado en las filas españolas, se relacionó secretamente con los patriotas y arriesgando su vida, prestó sus servicios a la causa por la libertad, incorporándose prontamente al Cuerpo Médico de la Expedición bajo las órdenes del General Vigodet. Dentro de ese contexto político, comenzó su actividad profesional actuando como cirujano Auxiliar del Ejército de Operaciones en la Banda Oriental; cirujano del Ejército N° 2 de Infantería de Línea de Buenos Aires; catedrático del Instituto Médico Militar, del que años más tarde asumió la conducción de su secretaría, y vicepresidente del Tribunal del Protomedicato, del que luego sería nombrado médico secretario. Durante su gestión, se introdujeron los cambios asistenciales y docentes de avanzada para la época.

Dando continuidad a lo que había iniciado en Lima como pasantía en la Cátedra de Filosofía, se incorporó a la enseñanza Docente en las Asignaturas de Fisiología, Higiene, Patología General y Terapéutica

que en aquellos años estaban agrupados bajo el nombre genérico de Instituciones Médicas.

Partiendo del Dr. Juan Antonio Fernández y con la colaboración de su amigo, el Dr. Cosme Argerich se reorganizó la enseñanza médica, ya que el concepto de práctica médica en términos de arte de curar estaba sustancialmente retrasado. Políticamente, contaron con el incondicional apoyo de Bernardino Rivadavia.

El 9 de agosto de 1821 se emitió el Edicto de Erección de la Universidad de Buenos Aires, nombrándose al Dr. Juan A. Fernández titular de la Cátedra de Instituciones Médicas del departamento de Medicina. No existiendo aún la facultad como tal, contribuyó a la redacción de su reglamento. Fue fundador y primer secretario de la Academia Nacional de Medicina; fue nombrado profesor de Patología y Clínica Médica (el primero en su especialidad), facultativo del Hospital de Mujeres y Juez del Tribunal de Medicina. Publicó en la "Abeja Argentina" la importancia de la higiene de los cementerios y de los mataderos bonaerenses, influenciando así a la creación del Cementerio del Norte (actual Recoleta) y en la redacción de normas de higiene públicas para la ciudad.

A mediados del mandato de Juan Manuel de Rosas y por diferencias con él, debió retirarse de la Universidad de Buenos Aires y de su cargo en el Tribunal por Decretos fechados el 20 de abril de 1835. Se exilió entonces en Montevideo, en donde fundó la Sociedad de Medicina Montevideana en donde pudo desarrollar sus cualidades profesionales.

El 15 de abril de 1852, luego de casi dos décadas de exilio, se le restituyó su cargo de Profesor de Clínica Médica y transformó el antiguo Departamento de Medicina en facultad, con autonomía propia y autoridades estables y de la que fue nombrado Presidente (equivalente a Decano) el 29 de octubre del mismo año. Durante su gestión como Primer Conductor (cargo que ocupó hasta su muerte), la Facultad se instaló en el Hospital de Hombres y se regularizaron los estudios académicos definitivamente. El Dr. Juan Antonio Fernández murió en el desempeño de sus funciones el 24 de septiembre de 1855 a los 69 años de edad.

Bibliografía

1. Historia del Hospital General de Agudos "Prof. Dr. Juan A. Fernández". Lemus, J y Lucioni, M. Cátedra Historia de la Medicina, Departamento Humanidades Médicas, Facultad de Medicina (UBA), 2004.
2. Página web Hospital Fernández.



1) INCIDENCIA MUNDIAL DE IRAB PROVOCADAS POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META ANÁLISIS

Antecedentes: La carga mundial de enfermedades atribuibles a virus sincicial respiratorio (VSR) sigue siendo desconocida. Estamos encaminados a estimar la incidencia mundial y la mortalidad de episodios de infección respiratoria aguda baja (IRAB) debido al VRS en niños menores de 5 años en 2005.

Métodos: Se estimó la incidencia de IRAB por VSR asociada en niños menores de 5 años, estratificado por edad, utilizando datos de una revisión sistemática de estudios publicados entre enero de 1995 y junio de 2009, y diez estudios no publicados de base poblacional. Se estimaron los posibles límites de mortalidad de IRAB por VSR, mediante la combinación de las tasas de letalidad con las estimaciones de la incidencia, de los informes de los hospitales, de los estudios publicados y no publicados y la identificación de estudios con datos basados en la población de estacionalidad mensual de mortalidad por VRS y el IRAB.

Resultados: En 2005, se estima que 33,8 (IC 95%: 19,3-46,2) millones de nuevos episodios de IRAB por VSR asociada en todo el mundo se produjeron en niños menores de 5 años (22% de los episodios de infecciones respiratorias agudas bajas), con al menos 3,4 (2,8-4,3) millones de episodios graves por VSR asociada a IRAB, que requieren ingreso hospitalario. Se estimó que el 66 por 0/00 a 199 por 0/00 de niños menores de 5 años murieron a causa de IRAB por VSR en 2005; el 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo.

La incidencia y la mortalidad puede variar sustancialmente de un año a otro en cualquier situación.

Interpretación: A nivel mundial, el VRS es la causa más común de la niñez de IRAB y una de las principales causas de ingreso en el hospital como consecuencia de graves infecciones respiratorias agudas bajas.

Los datos de mortalidad sugieren que el VSR es una causa importante de muerte en la infancia de infecciones respiratorias agudas bajas, después de la neumonía por neumococo y Haemophilus influenzae tipo b.

El desarrollo de la prevención y las estrategias de tratamiento deben ser acelerados como una prioridad. *Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, O'Brien KL, Roca A, Wright PF,*

Bruce N, Chandran A, Theodoratou E, Sutanto A, Sedyaningsih ER, Ngama M, Munywoki PK, Kartasasmita C, Simões EA, Rudan I, Weber MW, Campbell H. The Lancet, mayo 2010(375); 9725;1545-1555.

Comentario

Se trata de casos registrados en varios países, con diferentes niveles socio económicos: Gran Bretaña, India, Kenia, Francia, Sudáfrica, EE.UU., España, Croacia e Indonesia.

2) HALLAZGOS GAMMAGRÁFICOS Y DE LABORATORIO, EN NIÑOS CON PRIMERA INFECCIÓN FEBRIL DEL TRACTOURINARIO

Introducción: La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. El objetivo de esta investigación fue conocer las alteraciones renales en la fase aguda de la primera infección febril del tracto urinario.

Métodos: Se estudiaron 90 niños con diagnóstico microbiológico de primera infección febril del tracto urinario, a los cuales se les realizó gammagrafía renal con Tc DMSA en la fase aguda de la infección. Los resultados de la gammagrafía se correlacionaron con la duración e intensidad de la fiebre antes del diagnóstico, los reactantes de la fase aguda (hemograma, eritrosedimentación y proteína C reactiva [PCR]) y los resultados de los estudios radiológicos (ultrasonido renal y uretrocistografía miccional).

Resultados: Predominó el sexo femenino y el 84,4% de los pacientes fueron menores de 1 año. El 59% de los pacientes presentaron alteraciones gammagráficas y el patrón de hipocaptación del radiofármaco fue el hallazgo que predominó en el 75,5% de éstos. No se encontró asociación significativa al relacionar la duración e intensidad de la fiebre con las alteraciones renales. De los parámetros de laboratorio solo la PCR tuvo significación estadística con las alteraciones renales y los hallazgos radiológicos detectados por el ultrasonido renal y uretrocistografía miccional no se correlacionaron estadísticamente con la afectación renal detectada con la gammagrafía renal.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de los pacientes presentó extensión de la infección al parénquima renal y la PCR fue el único parámetro orientador de daño renal.

Duarte Pérez, MC et al. Rev Cubana Pediatr [online]. 2010(82); N° 2:0-0. ISSN 0034-7531.

3) EFECTO DEL METILFENIDATO SOBRE EL SUEÑO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN UNA POBLACIÓN INFANTIL AFECTADA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el trastorno neuroconductual más frecuente entre la población infantil. El metilfenidato (MTF) es el fármaco utilizado más habitualmente en el tratamiento de dicho trastorno. Es importante conocer los efectos que sobre el sueño puede presentar el MTF debido a la repercusión que tiene un sueño insuficiente sobre la conducta y la función cognitiva en el niño.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es conocer las repercusiones que sobre el sueño puede tener el MTF, utilizando como instrumento evaluador una encuesta.

Metodología: Se trata de un estudio multicéntrico en el que han intervenido seis hospitales de la Comunidad de Valencia.

Durante un período de seis meses a todos aquellos pacientes a los que se diagnosticó de trastorno por déficit de atención e hiperactividad se les pasó una encuesta antes de iniciar el tratamiento y tres meses después de iniciar dicho tratamiento.

La encuesta utilizada fue una versión abreviada del Pediatric Sleep Questionnaire. Se analizaron las diferencias encontradas.

Resultados: Se estudió a un total de 114 niños. Se encontraron diferencias significativas en las preguntas que se asocian con enuresis, sonambulismo y somnolencias, disminuyendo estas parasomnias tras el inicio del tratamiento. El resto de variables no experimentó ningún cambio.

Conclusiones: A la luz de nuestros resultados podemos decir que el MTF no solo no empeora el sueño, sino que mejora la calidad del sueño en lo que a parasomnias se refiere.

Tomás Vila M, Aleu Pérez-Gramunt M, Beseler Soto B, Benac Prefasi M, Pantoja Martínez J, Pitarch Castellano I. An Pediatr (Barc) 2010;73:78-83.

Adendum

La potencia intelectual de un hombre se mide por la dosis de humor que es capaz de utilizar.

Friedrich Nietzsche (1844-1900), filósofo alemán

Neumocort + Aeromed

budesonide 200 mcg

El broncoespasmo
es solo la punta del iceberg



El antiinflamatorio tópico inhalado
más utilizado, en **1 dosis diaria**

Indicaciones:

Tratamiento del asma bronquial crónica: el uso regular permite controlar la inflamación crónica de las vías aéreas, controla los síntomas del asma, reduce la frecuencia de las exacerbaciones asmáticas y la hiperreactividad de las vías aéreas.

Presentación:

Aerosol con válvula dosificadora, conteniendo 200 dosis de 200 mcg, con espaciador AEROMED



Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

PORQUE EL BRONCOESPASMO ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Es fundamental un buen **INICIO**



1 Flutivent + Aeromed Tratamiento inicial

SALMETEROL

Control sintomático y funcional

Rápido aumento del calibre bronquial.
Disminución de la hiperreactividad bronquial.
Aumento del flujo espiratorio.
Rápido aumento del % de días y noches sin síntomas.

BRONCOESPASMO
CRISIS ASMÁTICA
TOS SIBILANCAS
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Para lograr un buen **TRATAMIENTO DE BASE**

FLUTICASONA

Control antiinflamatorio

Disminución del óxido nítrico y su síntesis
Disminución de mediadores inflamatorios
Estabilización de mastocitos
Disminución de eosinófilos

REMODELACION
MODIFICACION DEL TEJIDO CONECTIVO
MODIFICACION DEL MUSCULO LISO
LIBERACION DE MEDIADORES INFLAMATORIOS
DESGRANULACION MASTOCITARIA
INFILTRACION EOSINOFILICA
PREDOMINIO DE ACTIVACION LINFOCITOS TH

2 Neumocort o Fluticort

Control antiinflamatorio

Tratamiento de base

BUDESONIDE o FLUTICASONA

Prevención del broncoespasmo y demás síntomas del asma
Prevención del deterioro de la función pulmonar
Control de hiperreactividad bronquial
Control del óxido nítrico y su síntesis
Control de mediadores inflamatorios
Estabilización de mastocitos
Estabilización de eosinófilos


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.