



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: sap-metropol@pccorreo.com.ar

EDITORIAL

LEMAS DE CONGRESOS -ANÁLISIS DE SU VIGENCIA-

Definición de lema:

1. Frase que expresa una aspiración o ideal de conducta (ideología).
2. Tema de un discurso.
3. Frase que expresa un pensamiento que sirve de guía para la conducta de alguien o para un asunto determinado.
4. Frase que expresa un pensamiento que rige la conducta de una persona o comunidad.
5. Resumen o explicación del asunto que precede a la obra en la que se desarrolla.

¿Quién recuerda los lemas de los últimos congresos nacionales de la SAP?
¿O los de las últimas jornadas de Región Metropolitana?

Refresquemos nuestra memoria en una recorrida de los eventos realizados en los últimos años por nuestra institución madre, la SAP. Si leemos los lemas de congresos y/o jornadas realizadas en los últimos años no podemos dejar de preguntarnos si siguen teniendo vigencia o si la situación actual demuestra que han perdido actualidad.

El objetivo de este editorial es ver, en nuestra Región Metropolitana, cuántos de estos lemas podrían ser usados en las jornadas o congresos locales sin haber perdido actualidad, mostrando además el rumbo ideológico seguido. Lo interesante es que cada uno de nosotros, en el ámbito donde ejerce la pediatría, pueda reflexionar este tema comparándolo con la realidad que vive, para valorar si estos lemas han sido o no superados. El gran desafío es convertirlos en algo vivido y solucionado y que la realidad que nos rodea diga que han perdido actualidad, que han sido solucionados y que deberíamos plantear otros lemas futuros.

Tomemos los lemas de actividades de la SAP (ver pág. 3) y analicemos si podemos volver a usarlos en una jornada o congreso y veríamos con sorpresa que muchos, o casi todos, mantienen su vigencia plenamente. Seguramente algunos han sido superados pero según mi modesto entender, en nuestra Región, la mayoría siguen siendo problemas activos tanto en la atención de nuestros niños/as y adolescentes, como en el ejercicio

(Continúa en pág. 3)

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Entrevista al
Dr. Jorge A. Buraschi 4
- Actividades de la Región 6
- Guía de Salud para niños
con síndrome de Down 7
- Historia del Hospital Tornú 12
- "El día después". Maltrato:
cuándo hacer la denuncia 16
- Boletín bibliográfico 18

“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*

... EDITORIAL (viene de pág. 1)

de nuestra profesión. ¿Cuántas horas de discusión de los comités organizadores de congresos y/o jornadas se ahorrarían si usáramos lemas ya escritos, con realidades aun no corregidas?

Si uno sigue la historia de los lemas de las jornadas de la Región, se ve claramente que a partir de las 2^{as} (1992), hay un direccionamiento hacia temas relacionados con el primer nivel de atención. Así vemos como lemas referidos a salud escolar, APS y educación para la salud marcaron claramente el rumbo de las siguientes jornadas. Los elegidos posteriormente fueron siempre afines con el primer nivel de atención y de una actualidad e importancia relevante, a veces originales, como la vulnerabilidad de los niños/as, el medioambiente y la violencia en el ámbito infanto juvenil. Es decir que la ideología de la Región Metropolitana se puede seguir claramente a través de ellos.

Es por eso que mi LEMA es: “QUE LOS LEMAS SE CONVIERTAN EN REALIDAD”.

Dr. Saúl Gleich
Director Titular

CONGRESOS / JORNADAS

33° CONARPE Mar del Plata 2003
32° CONARPE Salta 2000
28° CONARPE 1988
6° Congreso Adolescencia 2007

VII Congreso Argentino de Perinatología 2001

29° CONARPE 1991 Santiago del Estero
1° Congreso de Neonatología 2010

11° Congreso de Pediatría Social 2008
6° Congreso de Lactancia Materna 2008
2° Congreso de Pediatría Ambulatoria 2001

4° Congreso de Pediatría Ambulatoria 2007
3° Congreso de Pediatría Ambulatoria 2004
5° Congreso de Pediatría Ambulatoria 2010
34° CONARPE Córdoba 2006
35° CONARPE Rosario 2009
Congreso del Centenario 2011
I Jornadas Región Metropolitana 1991
II Jornadas Región Metropolitana 1992
III Jornadas Región Metropolitana 1993
IV Jornadas Región Metropolitana 1995
V Jornadas Región Metropolitana 1999
VI Jornadas Región Metropolitana 2002
VII Jornadas Región Metropolitana 2005
VIII Jornadas Región Metropolitana 2008

IX Jornadas Región Metropolitana 2011
6° Congreso de Infectología 2008
4° Congreso de Gastro Hepatología y Nutrición 2008
2° Congreso Infectología Pediátrica 1996

LEMA

De lo prevalente a lo prevenible
Por la salud y los derechos del niño y la familia
La salud del niño, sus cuidados, sus problemas
Tejiendo lazos, superando barreras, participando juntos... Para una adolescencia sana en un mundo mejor
Salud materno infantil. Nuestro compromiso, mejorar la calidad de atención
El niño, su familia y su medio. En marcha hacia el 2000
Hacia un nacimiento seguro en un contexto de calidad centrado en la familia
Derecho a la salud... asumiendo la complejidad
Lactancia materna: distintas miradas
El pediatra es el médico de cabecera de niños y adolescentes. El mejor nivel para el primer nivel
Los derechos del niño: de la declaración a la acción
La equidad en salud es posible. Una prioridad, un compromiso
La complejidad de la pediatría ambulatoria
Niñez plena... garantía del mañana
Nuestra Pediatría hoy, luces y sombras
100 años por un niño sano en un mundo mejor
Infección hospitalaria
Educación para la salud
Educación para la salud, promoción y prevención en pediatría
Salud escolar
APS
Vulnerabilidad en pediatría. Enfoque desde la atención pediátrica
Comunidad, educación, salud. Hacia un cambio saludable
Influencia medioambiental en la salud infanto juvenil. Construcción, incertidumbre y compromiso
Violencia en el ámbito infanto juvenil. Una realidad que nos preocupa
Compromiso y equidad en nuestro presente infectológico
Integrando el camino entre la pediatría y la especialidad
La prevención es un derecho del niño



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

DR. JORGE A. BURASCHI

Entrevistamos hoy al Dr. Jorge Alberto Buraschi “alma mater” de nuestra Revista *Noticias*. Fue por su iniciativa, durante la gestión del Dr. Miguel Ángel Náser, que surgió el medio de difusión que contribuye a darnos identidad. Fue Director Titular de nuestra Región Metropolitana y Asesor en adelante, participó activamente en el COEME del cual fue Secretario General, Jurado, Coordinador. Recuerda que fue un amigo de toda la vida, el Dr. Ricardo Straface quien lo invitó a participar en la Región Metropolitana y en el Comité de Educación Médica (COEME) de la SAP. “La experiencia fue valiosísima e inolvidable y no ceso de agradecersele”.

Santafesino de origen, su vida familiar lo convirtió en residente temporario en varias provincias: Entre Ríos, Córdoba, Buenos Aires, Chaco... aunque parte de su infancia y adolescencia transcurrieron en Buenos Aires.

Doctorado en 1972, siete veces Primer Premio en varios ámbitos, la SAP, la UBA., el Hospital, en trabajos individuales y en colaboración, Buraschi no cesa de ejercer desde distintas jerarquías la medicina, con quien cumplió en 2007, al igual que en su matrimonio, las Bodas de Oro. 13 años después de graduado certificó en Pediatría. Un vínculo permanente a partir de allí. La considera una especialidad “incomparable”, “que no cambiaría por ninguna otra” según sus propias palabras, “por su trascendencia al colaborar en la formación y a veces, hasta el destino de un ser humano”.

En la UBA, entre otros desempeños, fue coordinador, integrante de varias comisiones y desde 2000 designado Profesor Consulto Adjunto de la Facultad de Medicina. Autor de publicaciones propias, co-autor en el Tratado de Pediatría de los Dres. C. Cambiano, R. Ruvinsky y L. Voyer



(Capítulo sobre Pediatría Sanitaria) y en otras obras, prolongó en la escritura su docencia oral. Familiar, es abuelo de 13 nietos entre los 9 y 26 años (De María Fernanda: María y Rosario. De Jorge Alberto: Ignacio, Catalina, Tomás, Milagros, Bautista y Ramiro. De María Gabriela: Mercedes, Agustina, Patricio, Victoria y Andrés). Creyente practicante, colaboró durante 20 años a pedido del Padre Juan Premat, en la Parroquia de Gral. Pacheco, en el Curso de Formación

para el matrimonio. Nos dice que mantiene una deuda “impagable” con su mujer y sus hijos por “el amor, el estímulo, la compañía, la paciencia para soportar el tiempo que restaban el estudio, las guardias, las reuniones de trabajo...”

Nos comenta que “el orgullo y la pasión de ser argentino me llevó desde la adolescencia a gozar del estudio de la historia, especialmente la argentina”. Al hablar de su gusto por el tango confiesa que es imposible analizarlo y expresarlo con palabras. “La belleza de numerosas composiciones, la nostalgia, la dulce melancolía que trasuntan, la calidad de muchos de sus autores e intérpretes, son una parte de mi vida”. Por eso ansía lograr “extraer de mi amado Pleyel de cola la belleza de un buen tango”.

Jorge A. Buraschi acrisola como su mayor logro, haber sentido profundamente la satisfacción del deber cumplido y considera un hito en su carrera el orgullo de haber accedido, por concurso, a la jefatura del Servicio de Pediatría del Hospital “Juan A. Fernández”. Amigable, humilde y optimista, en el polo opuesto del implacable “burn out” que afecta hoy a tantos médicos, Jorge A. Buraschi siente que hizo lo mejor que pudo “con los humildes y modestos talentos que me dieron Dios y mis padres”.

RN: ¿Hay un momento justo, en tu memoria, en que decidiste ser médico?

Dr. Jorge Buraschi: No, fue el destino. Influyó la decisión de varios compañeros del secundario que se inclinaron por esa elección de carrera y el sabio y respetado consejo de mi abuelo, Ángel Buraschi, que admiraba la Medicina.

RN: ¿Cuándo surgió, si no fue inicial, tu vocación por los niños?

Dr. B.: Al cursar Pediatría, bajo la dirección de recordados maestros: los profesores O. Turró y Jorge Nocetti Fasolino, en la antigua Casa Cuna.

RN: ¿Cuándo sumaste profesión y familia?

Dr. B.: Profesión y familia fueron creciendo al mismo tiempo. Me casé muy joven con Mirta Facio. Cuando me gradué, a los 25 años, ya estaba casado y tenía dos hijos, además de mi trabajo en la Administración Pública. Mirta soportó 6 años de noviazgo y a la distancia, porque su familia se había trasladado a Mendoza. Cuando se decidió el casamiento dejó el magisterio y volvió a Buenos Aires para dedicarse a su marido, estudiante de 5° año de Medicina y a sus hijos, que llegaron pronto.

RN: ¿Algunos de tus hijos heredó tu profesión?

Dr. B.: Sí, María Fernanda, médica pediatra y Jorge Alberto, cirujano pediatra. María Gabriela, se graduó en Ciencias de la Educación.

RN: ¿Qué edad tienen?

Dr. B.: 55, 54 y 51.

RN: ¿Trabajaron o trabajan juntos?

Dr. B.: Con María Fernanda hemos compartido un tiempo el Hospital Fernández, y ahora, parcialmente, el consultorio en Pacheco.

RN: Es notable ver como encontraste el tiempo para desplegar tu faceta societaria a favor de la comunidad. Fuiste 1^{er.} presidente del Rotary Club de Gral. Pacheco, 2° Presidente de la Biblioteca Popular J. J. Castelli de Gral. Pacheco; como Presidente de Comisión gestionaste la creación del Colegio Nacional de Gral. Pacheco en 1982 ¿Fue un gran paso para la educación en “tu pago” no?

Dr. B.: No es notable; solo traté de volcar mis ideales en obras útiles y nobles, para mi General Pacheco, que me dio tanto.

RN: Alguna vez dijiste que solo en Pacheco (Provincia de Buenos Aires) has podido sentir y decir “soy de aquí”. ¿Lograste “echar” raíces allí?

Dr. B.: Sin duda. Desde los años 60 me he sentido parte de Gral. Pacheco. Sólo hubo un período de 15 años viviendo en La Horqueta, pero viajando todos los días a Pacheco para atender el consultorio.

RN: ¿Tus dos posgrados, el Doctorado en Medicina y la Carrera Docente, marcan un aumento en tu interés por la formación médica?

Dr. B.: Diría que permitieron una profundización en el amor por la Pediatría y el cuidado de los niños.

RN: En tus trabajos y publicaciones se evidencian dos vertientes. Por un lado la intensificación en Hematología y por otro el gran tema de la educación médica y las competencias profesionales de los recién egresados. ¿Cómo se vivió la articulación entre esos dos grandes intereses?

Dr. B.: Durante los '70 compartí con la Pediatría la investigación en Hematología, con una beca de la Fundación Viviana Luckhaus. Sentí que ambas vertientes eran compatibles en el sueño de la mejor formación médica.

RN: ¿Quiénes fueron tus maestros o tu maestro preferido?

Dr. B.: Florencio Escardó, Julio Calcarami, Carlos Gianantonio.

RN: ¿Es posible sintetizar tu juicio sobre “Ser pediatra, hoy”?

Dr. B.: El inolvidable Carlos Gianantonio lo expresó mejor que nadie: “...Hoy, como siempre, son necesarias las labores humildes. La humanidad depende de esos seres capaces de reproducir día a día el milagro del amor, el respeto, la comprensión, la solidaridad, no tan sólo en palabras sino en los frutos de una tarea vital”. “Alguien debe ocuparse de ayudar a los padres en la crianza de los hijos y en la protección y cuidado de su salud. Alguien debe velar por quienes han de nacer mañana, facilitándoles una vida mejor.”

RN: Es una cuestión recurrente, tu interés por optimizar programas y realizaciones durante los pasos universitarios.

Dr. B.: Mi mayor empeño fue optimizar la enseñanza de la Medicina y en especial, la Pediatría,

aplicando modelos para mejorar el aprendizaje de las competencias médicas, tanto en lo teórico como en lo práctico, siguiendo las tendencias imperantes en las universidades más importantes del mundo.

RN: Tus trabajos desafían y proponen la discusión de temas fundantes como la ética, la educación médica y la actualización universitaria de post-grado. ¿Hubo cambios? ¿Cuál es hoy el panorama?

Dr. B.: ¿Si hubo cambios? Siempre ha sido más fácil compartir una idea superadora que llevarla a la práctica. Afortunadamente, la participación del Prof. Jorge Bernabó, ex-Director de la URE 4 de la Facultad, dio un impulso muy importante a la iniciativa, luchando por extenderla a todas las asignaturas del Ciclo Clínico de la carrera.

RN: ¿Discípulos queridos en tu larga trayectoria?

Dr. B.: Para tener discípulos es necesario ser

maestro. Yo tuve queridos amigos y compañeros de trabajo: Alejandro Ameijeira, Leonardo Vázquez, Liliana Ortega, Susana Villa Nova, María Fernanda Buraschi

RN: Tu mensaje a los jóvenes, a los que quieren "ser"...

Dr. B.: No estoy tan viejo ni soy tan sabio como para dar mensajes a la juventud. Les aconsejaría leer "La Pediatría, medicina del hombre" y "El alma del médico" entre otras obras de Florencio Escardó.

RN: ¿Un balance?

Dr. B.: Desde la adolescencia me impactó esta poesía, de Amado Nervo, que finaliza diciendo: "Amé, fui amado, el sol acarició mi faz. ¡Vida: nada me debes; vida: estamos en paz!". Tanto las expectativas soñadas como los simples logros alcanzados hacen que a los 80 años el balance sea un: ¡Gracias a Dios! ■

ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

Curso "Primer año de vida - una mirada desde la pediatría ambulatoria"

Días: 1er y 3er. sábado de Agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2012 de 8:30 a 13:30 hs.

Lugar: Área de docencia del HIGA "Prof. Dr. Ramón Carrillo" de Ciudadela - Tres de Febrero - Bs. As.

Comienzo: Sábado 28/07 • **Finalización:** 01/12.

Informes e inscripción: 4488-8043 / 4653-1051/56 Int. 133 docencia (Srta. Patricia).

Vía mail: pediatricarrillo@gmail.com / cvabraldes@gmail.com // diegoapineyro@gmail.com // celestecelano@gmail.com // fnisimura@gmail.com

Destinatarios: Pediatras, neonatólogos, pediatras en formación, enfermeros, equipo de salud.

Organizan: Área de trabajo "Nuevos paradigmas en Pediatría Ambulatoria" del Comité Ampliado Nacional de Pediatría General Ambulatoria;

Diego Piñeyro, Fernanda Nisimura, Carolina Abraldes, Celeste Celano.

Modalidad: Teórico-práctico, certifican 50 hs con examen final.

Curso anual de Crecimiento y Desarrollo

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO III

Eje de la clínica pediátrica

AÑO 2012

Directores: *Dra. Gladys Convertini; Dr. Enrique Bermúdez.*

Población destinataria: Médicos Pediatras. Médicos Generalistas.

Fecha de comienzo: 12 de abril de 2012.

Fecha de finalización: 13 de diciembre de 2012.

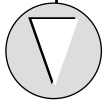
Carga horaria: 102 horas con evaluación parcial y final.

Días: Jueves - **Horario:** 19- 22 hs.

Este Curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y le corresponden 11 créditos.

Sede: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III.

Buen Viaje 554 - Morón. **Inscripción:** 4629-1611 / 4628-3035.



GUÍA DE SALUD PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Dr. Fernando Burgos

Jefe de sección Ambulatoria de Pediatría del Hospital Universitario Austral
Coordinador de la clínica interdisciplinaria de niños con Síndrome de Down.
Fburgos@cas.austral.edu.ar

En el Hospital Universitario Austral desde el año 2004 trabajamos en la clínica interdisciplinaria de niños con Síndrome de Down siguiendo las pautas del *Down Síndrom interest Group*. Esta guía permite un seguimiento seguro y efectivo para estos niños y sus familias.

• NEONATAL (Nacimiento a dos meses)

Historia: Discutir preocupaciones de los padres. ¿Hubo algún diagnóstico prenatal de Síndrome de Down? Con vómitos o estreñimiento, chequear existencia de bloqueo gastrointestinal (atresia o enfermedad de Hirschsprung). Chequear historia de alimentación para asegurar administración de calorías adecuada; ¿Hay algunas dudas acerca de oído o visión? Pregunte por apoyo familiar.

Examen: Preste especial atención a exámenes cardiológicos, cataratas (consulte inmediatamente a un oftalmólogo si el reflejo rojo no es visto), otitis media, audición correcta y fontanelas (espacios muy abiertos de la fontanela posterior pueden significar hipotiroidismo).

Laboratorio y Consultas: Cariotipo de cromosomas; asesoramiento genético, prueba del funcionamiento de la tiroides (TSH y T₄); evaluación por un cardiólogo pediatra incluyendo ecocardiograma (aun en ausencia de murmullo); reforzar la necesidad de una profilaxis de endocarditis bacteriana subaguda en niños susceptibles a enfermedades cardíacas; evaluación auditiva por medio de un potencial evocado (ABR) u otra evaluación objetiva del oído a los 6 meses de edad si no fue practicado al nacer. Evaluación de visión/oftalmológica de seis a doce meses de edad para propósitos de chequeo. Referir inmediatamente si hay algún indicio de nistagmos, estrabismo o problemas de visión. Ante la presencia de dificultades en la alimentación, se recomienda consultar con un especialista en alimentación (terapeuta ocupacional o enfermera de lactancia).

Recomendaciones: Referir a los padres de familia al grupo de apoyo de S.D. local.

• INFANCIA (2-12 meses)

Historia: Discutir preocupaciones de los padres. Infecciones respiratorias (especialmente otitis media); estreñimiento, uso de un régimen estricto de alimentación y considerar la posibilidad de la enfermedad de Hirschsprung si hay resistencia a cambios alimenticios y laxantes. Dudas de los padres relacionados con visión y oído.

Examen: Neurológico general, neuromotor y examen de músculos y huesos; debe chequear las membranas del tímpano o referirlo al otorrinolaringólogo (ENT), especialmente si sospecha de otitis media.

Laboratorio y Consultas: Evaluación por un cardiólogo pediatra incluyendo ecocardiograma (si no se hizo en el período neonatal): no se olvide de considerar hipertensión pulmonar progresiva en pacientes de S.D. con un VSD o defecto del canal auriculoventricular quienes están experimentando pocos o ningún síntoma del corazón a esta edad, audiometría por potenciales evocados del tronco cerebral (ABR) y otra evaluación auditiva a los 6 meses de edad si no fue practicado anteriormente o si los resultados anteriores son sospechosos; evaluación pediátrica oftalmológica entre los seis y doce meses de edad (o antes si existe la presencia de nistagmos, estrabismo o problemas de visión); examen del funcionamiento

de la tiroides (TSH y T_4) si no fueron practicados anteriormente; evaluación por un otorrinolaringólogo en caso de una recaída de otitis media.

Desarrollo: Discutir la intervención temprana y pedir referencias para registrarse en un programa local (si no fue practicada en el período neonatal). Esto normalmente incluye evaluaciones de terapia física y ocupacional y un reporte de evaluación de desarrollo.

• NIÑEZ (1 a 12 años)

Historia: Discutir las preocupaciones de los padres; nivel actual de funcionamiento; revisar programación actual (intervención temprana, preescolar, escolar), problemas del oído, problemas al dormir (ronquidos o falta de sueño puede indicar apnea intermitente que ocurre durante el sueño); estreñimiento; revisar exámenes audiológicos y del funcionamiento de la tiroides, revisar cuidados oftalmológicos y dentales. Monitorear problemas de comportamiento.

Examen: Examen pediátrico general y neurológico. Incluya un breve examen de la vulva para niñas.

Laboratorio y Consultas: Ecocardiograma por un pediatra cardiólogo si no fue practicado con anterioridad; examen del funcionamiento de la tiroides (TSH y T_4) anual; examen auditivo (anualmente para niños de 1-3 años de edad, cada dos años para niños de 3-13 años de edad). Continuar con exámenes regulares de la vista cada dos años si es normal o con más frecuencia según indicado. A los 3 años y 12 años de edad, Rx lateral de la espina cervical (vista neutral, flexión y extensión) para recalcar la inestabilidad atlantoaxial: que el radiólogo mida la distancia atlanto-odontodea. Las radiografías deben ser tomadas en una institución acostumbrada a sacar este tipo de Rx y evaluarlas. Debe realizarse una consulta odontológica inicial a los dos años y chequeos cada seis meses.

Desarrollo: Evaluación del lenguaje es estrictamente recomendado para maximizar el desarrollo del mismo y la comunicación verbal. Una persona con deficiencias significativas de

comunicación puede ser candidato para un dispositivo para aumentar la comunicación.

Recomendaciones: Lavarse los dientes dos veces diarias. Vigilar una dieta bien balanceada y alta en fibras. Ejercicio regular y programas recreativos deben ser establecidos a temprana edad. Continuar con terapia del lenguaje y terapia física según sea necesario. Continuar con profilaxis del SBE para niños con defectos cardíacos. Vigilar las necesidades familiares para el cuidado de tiempo de respiro, asesoramiento u orientación respecto al manejo de problemas de conducta. Reforzar la importancia de habilidad en el cuidado personal (aseo, vestir, manejo de dinero).

• ADOLESCENCIA (12 a 18 años)

Historia: Revisar intervalos de la historia médica, preguntando específicamente sobre la posibilidad de enfermedad de obstrucción de las vías aéreas superiores y obstrucción respiratoria de la apnea; chequear funcionamiento sensorial (visión y oído); observar problemas de comportamiento, referirse a sucesos sexuales.

Examen: Físico general y examen neurológico (con referencia a la dislocación atlantoaxial) Vigilar la obesidad comparando altura por peso. Examen pélvico únicamente si está sexualmente activo. (Ver *Consultas*, a continuación).

Laboratorio y Consultas: Examen anual del funcionamiento de la tiroides (TSH y T_4). Evaluaciones de oído y visión cada dos años. Repetir Rx de la espina cervical a los 12 y 18 años en la persona asintomática. Ecocardiograma para personas sin enfermedades congénitas del corazón una vez en la juventud (18-20 años) para evaluar la enfermedad valvular.

Desarrollo: Repetir evaluaciones psicoeducacionales. Vigilar funcionamiento independiente. Continuar con la terapia del lenguaje como sea necesario. Educación de la Salud Sexual, incluyendo asesoramiento con relación a la prevención del abuso. Educación sobre fumar, drogas y alcohol.

Lo siguiente es una elaboración de recomendaciones antes mencionadas, así como otra información designada para promover un óptimo cuidado médico para personas con S. D.:

Cardiología: Enfermedades congénitas del corazón se producen en un 30-60% de niños con S.D. Defectos del tabique ventricular y defectos completos aurículoventriculares están entre los más comunes. Un serio defecto cardíaco puede presentarse en ausencia de un murmullo debido a la elevada tendencia de niños con S.D. a desarrollar aumento en resistencia pulmonar vascular la cual reduce la desviación intracardíaca de izquierda a derecha, disminuye el murmullo del corazón e impide síntomas de fallas del corazón y problemas respiratorios. Niños con S.D. con un defecto cardíaco significativo que parecen estar bien clínicamente o mejorando, especialmente durante los primeros 8 meses de vida pueden estar desarrollando cambios serios pulmonares vasculares. Cirugía a tiempo, frecuentemente durante los primeros 6 meses de vida, pueden prevenir serias complicaciones. **Sin embargo, todos los infantes y niños deben someterse a una evaluación por un pediatra cardiólogo, de preferencia antes de los tres meses de edad, el cual debe incluir un ecocardiograma.** En algunos centros de cuidado, un ecocardiograma es suficiente cuando va a ser evaluado por un pediatra cardiólogo. Si éste no está disponible, una evaluación completa por un pediatra cardiólogo es obligatoria. Adolescentes y jóvenes que no han padecido enfermedades intracardíacas pueden desarrollar mal funcionamiento de la válvula y deben ser revisados a la edad de 18 años, especialmente antes de alguna intervención quirúrgica o dental.

Otorrinolaringología y Audiología. La pérdida auditiva es un área de preocupación para personas con S.D. Infantes y niños pueden presentar sordera neurosensorial, sordera de conducción (producidas en el oído medio) o ambas. A todos los infantes con S.D. se les debe practicar una prueba del oído dentro de los primeros 6 meses de vida. El método más común es la medición auditiva de la recepción del tronco cerebral (ABR), también conocido como audiometría por potenciales evocados del tronco cerebral (BAER).

La mayoría de los niños con S.D. tienen conductos auditivos muy pequeños, por lo que es posible que su pediatra tenga dificultad en revisar los oídos con instrumentos comunes. En este caso puede ser que su paciente deba acudir al otorrinolaringólogo para que examine los oídos con un otoscopio más pequeño. Un otorrinolaringólogo debe evaluar a todos los niños con problemas del oído y/o una timpanometría para tratar problemas de pérdida auditiva (usando antibióticos y/o el implante de tubos minúsculos en el tímpano). Líquido puede acumularse incluso en el período neonatal, un cuidado agresivo puede minimizar los efectos de la pérdida auditiva en el desarrollo del lenguaje.

Personas con S.D. pueden empezar a desarrollar pérdida del oído en su segunda década, la cual si no es detectada puede ocasionar síntomas de comportamiento los cuales pueden ser malinterpretados como un desorden psiquiátrico.

Otorrinolaringología: Enfermedades de las vías aéreas superiores son un problema de importancia en niños y adultos con S.D. Los síntomas incluyen ronquidos, posiciones extrañas para dormir (sentados o doblados en la cintura y apoyando la cabeza en las rodillas), fatiga durante el día, necesidad de siesta en niños mayores o cambios de comportamiento. Personas con estos síntomas deben ser evaluadas detalladamente (en busca de apnea del sueño), examen físico en relación al tamaño de las amígdalas y referirlos a un otorrinolaringólogo para continuar con las evaluaciones (Ej. tamaño de las adenoides). En un determinado número de niños la hipotonía muscular y colapso de las vías respiratorias conducen a síntomas similares en la ausencia de obstrucción causados por el tejido linfático. Intervención quirúrgica puede ser necesaria para evitar hipoxemia y posible cor pulmonar. Sinusitis, manifestada por desecho nasal purulento, ocurre comúnmente y necesita atenderse.

Enfermedades Infecciosas/Inmunología: Personas con S.D. que tienen serias infecciones respiratorias y sistémicas son evaluadas a menudo de su funcionamiento inmune. Tomar en cuenta la medida de IgG en dichas personas. El nivel total de subclases de IgG puede no mostrar ninguna anomalía, a pesar de que puede haber una

deficiencia de IgG subclase 2 y 4 y un aumento de IgG subclases 1 y 3. Hay una significativa correlación entre la baja de IgG subclase 4 y las infecciones bacterianas. El mecanismo es desconocido pero las teorías incluyen la posibilidad de que esta subclase juega un papel en las defensas pulmonares o posiblemente una deficiencia del selenio. Terapia intravenosa de gama globulina debe ser considerada en una persona con S.D. que presenta serias infecciones bacterianas recurrentes y deficiencia de IgG subclase 4. Los déficits de inmunidad celular descritos en personas con S.D. tienen el mayor impacto documentado de gingivitis y enfermedad periodontal. Niños con enfermedades crónicas cardíacas y respiratorias son candidatos para administrarles las vacunas de la influenza y neumocócica.

Ojos/Visión: Cataratas congénitas es un problema serio para infantes con S.D. que pueden provocar la pérdida de la vista si no es detectado y tratado. La ausencia de reflejo rojo es causa suficiente para que acuda al oftalmólogo pediatra, como son el estrabismo y nistagmos. Evaluaciones de rutina deben empezar de 6-12 meses de edad y ser efectuadas cada 1-2 años en adelante. Errores de refracción son comunes y serán detectados durante estas evaluaciones, así como serias y raras condiciones tales como keratocono. Obstrucción de los conductos nasolacrimales pueden ocasionar lagrimeo en la infancia. La blefaritis y conjuntivitis ocurren frecuentemente.

Inestabilidad Atlantoaxial (AAI): La inestabilidad atlantoaxial es un término que se usa para describir el movimiento excesivo de la espina cervical en la primera y segunda vértebra. Esta condición se presenta aproximadamente en un 14% de personas con S.D. La mayoría de las personas con inestabilidad atlantoaxial son asintomáticos, pero aproximadamente el 10% de estas personas con AAI (representando el 1% de las personas con S.D.) tienen síntomas, los cuales ocurren cuando la médula espinal se comprime por el exceso de movimiento entre las dos vértebras las cuales forman la unión atlantoaxial. Síntomas de compresión de la médula espinal incluyen dolor del cuello, postura incorrecta de la cabeza y el cuello (tortícolis), cambio en el modo de andar, pérdida de fuerza en la parte superior del cuerpo,

reflejos neurológicos anormales y cambios en el funcionamiento de la vejiga y evacuaciones.

Actualmente se recomienda practicar radiografía lateral cervical en posiciones neutrales, flexionadas y extendidas. El espacio entre el segmento posterior del arco anterior del C1 y el segmento anterior del proceso odontoideo del C2 debe ser medido. Medidas de menos de 5 mm son normales; 5 a 7 mm indica inestabilidad y mayor de 7 mm es definitivamente anormal. El ancho del canal cervical también debe ser medido. La interpretación de estos estudios debe ser practicada por un radiólogo con experiencia en esta área. Personas con S.D. que no han sido chequeadas pueden necesitar evaluación antes de intervenciones quirúrgicas, especialmente aquellos envueltos en la manipulación del cuello. Estos niños deben ser atendidos cuidadosamente por el staff de anestesiología.

Niños en el límite normal o con resultados anormales deben ser evaluados cuidadosamente con un examen neurológico para medir la compresión de la médula espinal. Neuro-imágenes (CT Scan o MRI) probablemente sea recomendado. Cambios significativos en el status neurológico del niño puede necesitar evaluación y posible tratamiento (Ej. fusión espinal). Niños asintomáticos con inestabilidad, (5 a 7 mm) deben atenderse conservadoramente, con restricciones únicamente en aquellas actividades que representan un riesgo para una lesión en la espina cervical. Deportes de contacto, tales como fútbol, lucha, rugby, boxeo y actividades recreacionales tales como el trampolín, gimnasia olímpica y clavados, los cuales requieren flexión en el cuello sería mejor evitarlos. No es necesario restringir todas las actividades.

Terapia física/ocupacional: Debido a que infantes con S.D. pueden tener dificultad para alimentarse desde su nacimiento, tenga en cuenta que muchos centros tienen profesionales (tales como terapeutas ocupacionales, patólogos del lenguaje, enfermeras especializadas en alimentación, etc.) quienes pueden proporcionar orientación en esta área. Algunos centros brindan terapeutas ocupacionales o especialistas en alimentación en su rutina diaria, mientras otros se dedican a funciones oral-motoras del niño y lo refieren si es necesario. En general, servicios de terapia física y ocupacional son incluidos en la mayor parte de los programas

de intervención temprana para infantes, donde ejercicios de postura, alimentación y refuerzo motor son algunos de los servicios disponibles.

Endocrinología: La incidencia de la enfermedad de la tiroides se incrementa significativamente entre las personas con S.D. de todas las edades. Los niveles normales de la hormona de la tiroides son necesarios para lograr un crecimiento físico y cognitivo adecuado. Los signos de hipotiroidismo pueden ser dudosos en personas con S.D. y pueden ser atribuidos al mismo. Por lo tanto se recomienda un monitoreo anual de los niveles de (TSH y T_4). Debido a que las condiciones autoinmunes son comunes en personas con S.D., evaluaciones cuando se sospecha de hipotiroidismo en los niños de edad escolar deben incluir anticuerpos de la tiroides para descartar la tiroiditis. Algunos infantes y niños pequeños padecen de una condición conocida como hipertirotrópinemia idiopática, en los límites anormales del TSH con un T_4 normal. Esto puede reflejar un defecto neuroregulatorio del TSH, el cual cuando se estudia con un control de 24 horas, presenta variaciones entre niveles normales y niveles muy elevados. Por lo cual, algunos centros recomiendan repetir el (TSH y T_4) cada seis meses, deteniendo el tratamiento a menos de que el T_4 sea bajo.

Genética: Se recomienda una consulta genética médica, para explicar las bases genéticas y los riesgos de recurrencia del Síndrome de Down en otros hijos. Tal consulta puede ser considerada opcional para niños con Trisomía 21. Sin embargo en casos de traslocación, los padres deben ser evaluados para determinar si alguno de los dos es el portador de la traslocación, aumentando la posibilidad de que puedan tener más niños con Síndrome de Down. Este servicio también estará disponible para personas con S.D., cuando sea necesario.

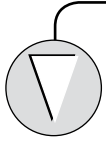
Desarrollo, incluyendo Audición y Lenguaje: Programas de intervención temprana (para infantes de 0-3 años) están diseñados para control y favorecer en forma global el desarrollo, enfocando la alimentación, el desarrollo motor grueso y fino, lenguaje y desarrollo personal/social. Las personas con S.D. tienen una mejor comprensión del lenguaje que la expresión del mismo. Consecuentemente se les puede enseñar a los niños a

hablar por medio del enfoque de la comunicación total, la cual incluye señas. El uso de las señas permite que estos niños se comuniquen con más eficacia en un momento en que su desarrollo impide el lenguaje inteligible. Servicios de audición y lenguaje deben ser considerados de por vida, para aumentar la inteligibilidad. Adicionalmente, algunas personas se pueden beneficiar con el uso de recursos de comunicación aumentativa basados en la computación.

Temas de Desarrollo Neurológico: La frecuencia de convulsiones en personas con S.D. es mayor que en la población general, pero menor que en personas con retraso mental debido a otras etiologías. Estudios recientes reportan una incidencia de 5-10%. Parece haber una relación entre edad y prevalencia de convulsiones en Síndrome de Down, con altas ocurriendo en la infancia y otra vez en la cuarta y quinta década. Parece también haber una más pequeña alta en la adolescencia. Espasmos infantiles es el tipo más común de convulsiones encontrada en la infancia y normalmente son bien controladas ya sea con esteroides o con otros anticonvulsivos. Generalmente tienen un resultado favorable cognitivo, comparado con la población general. Convulsiones tónicas-clónicas son las más comunes en personas mayores con S.D. y en la mayoría de los casos responden bien a la terapia anticonvulsiva. El aumento de incidencia de convulsiones se piensa que no es solamente el resultado del desarrollo anormal del cerebro, pero puede ser relacionado a defectos cardiacos, infecciones e irregularidades de uno o más neurotransmisores.

Desorden de Deficiencia en la Atención e Hiperactividad (ADHD) ocurre en personas con Síndrome de Down con la misma frecuencia que en la población general de personas con retraso mental. En ambos casos esto es más frecuente que en la población general. En general, niños con Síndrome de Down responden bien a la terapia estimulante. No hay ninguna investigación que indique que niños con Síndrome de Down respondan diferente a medicamentos estimulantes que niños con otras etiologías de retraso mental, que responden generalmente bien.

Desórdenes Autistas parecen prevalecer más en niños y adultos con Síndrome de Down. Tomar en cuenta que este es el caso con personas con retraso mental de otras etiologías. ■



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

Dr. Carlos Luzzani

Médico Pediatra

Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú"

Hasta mediados del siglo XIX los enfermos tuberculosos eran asistidos en hospitales generales, antes que Villemín demostrara la transmisibilidad de la tuberculosis en 1865 y que Koch descubriera el bacilo transmisor en 1882.

En 1868 se crea en Buenos Aires, el Lazareto San Jorge para la atención de enfermos infecciosos, pero sin ninguna atención especial para los tuberculosos. En 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene y en 1882 el Dr. Ramos Mejía, entonces su Presidente, le da el nombre de "Casa Municipal de Aislamiento" a una finca ubicada en la calle Paraguay y Azcuénaga, conocida como Quinta de Leinit. Esta había servido como lazareto durante las epidemias de cólera en 1869 y de fiebre amarilla en 1871. En 1886 es trasladada, con la misma denominación, al lugar que luego sería el Hospital Francisco Javier Muñiz. A partir de 1887, por ordenanza municipal de Buenos Aires, la tuberculosis es de declaración obligatoria.

Alrededor de 1888 el intendente Antonio Crespo y su sucesor, Francisco Seeber, compran los terrenos en Villa Ortúzar para construir un edificio destinado para enfermos infecciosos y solucionar el problema de la Casa de Aislamiento. En esos terrenos, cercanos a la Chacarita (zona alejada del centro de la ciudad, poblada de quintas o viviendas de fin de semana, a las que se accedía por ferrocarril y después por tranvía) se depositaban los materiales. Hoy los ocupa el Hospital Tornú. Pero a ello se oponen algunos notables y, bajo la influencia de José Penna, la idea es abandonada. En 1890 el Dr. Eugenio Ramírez, director de la Asistencia Pública, por primera vez dispone que los enfermos tuberculosos internados en los hospitales fueran concentrados en la Casa de Aislamiento, en salas llamadas especiales, que eran galpones de madera y chapa con paredes forradas de arpillería y pisos de madera. En 1892 Ramírez es reemplazado por Emilio Coni, quien

dicta una ordenanza prohibiendo la internación de los enfermos tuberculosos en los hospitales generales, debiendo hacerlo transitoriamente en la Casa de Aislamiento. En 1893 toma la iniciativa de proponer la construcción de un sanatorio para tuberculosos. En 1894 una comisión integrada por Samuel Gaché, Julio Méndez y Eliseo Cantón, recomiendan la instalación de un hospital para tuberculosos en la ciudad de Buenos Aires y un sanatorio en la provincia de Córdoba. Siendo director de la Asistencia Pública el Dr. Juan B. Señorans, solicita a la intendencia que se instale un hospital especializado para tuberculosos. En 1897 el Dr. Telémaco Susini, sucesor del Dr. Señorans, presenta el proyecto del futuro hospital en Villa Ortúzar, con los planos realizados por el arquitecto italiano Juan A. Buschiazzo para el hospital-sanatorio, y el intendente Bullrich dispone la construcción de dos pabellones con capacidad de 50 camas cada uno. Las voces de protesta de los vecinos ante la construcción, basados en el temor y el tabú que significaba la tuberculosis en esa época, hacen que el intendente nombre una comisión de asesoramiento compuesta por médicos notables, quienes el 12 de diciembre de 1898 elevan un informe desfavorable y por segunda vez las obras son suspendidas.

En 1901, la ciudad de Buenos Aires con 850.000 habitantes, sólo contaba con algunas pocas camas para tuberculosos en la Casa de Aislamiento. Miles de personas contagiantes deambulaban, penaban y morían en precarias y miserables viviendas y en los 2.000 conventillos, donde se hacinaban más de 100.000 inquilinos, hecho denunciado por Samuel Gaché y Emilio Coni, con una gran falta de sensibilidad de las autoridades oficiales y solamente reconocidos y declarados para la Asistencia Pública.

En 1902 Emilio Coni visita las obras abandonadas. Conocedor de las necesidades del aislamiento y tratamiento en medio sanatorial del enfermo tuberculoso, en mayo del mismo año presenta un proyecto como miembro de la Comisión Municipal, "autorizando al Departamento Ejecutivo

a invertir la suma de 85.000 pesos m/n en la terminación de los dos pabellones y en la construcción de un edificio intermedio con destino a dirección y otros anexos de un hospital". En el presupuesto municipal del año 1903 figura una partida de 100.000 pesos m/n para esos trabajos. Las obras se inician ese mismo año y el 8 de octubre de 1904 se inaugura oficialmente el Hospital Dr. Enrique Tornú, siendo intendente municipal Don Alberto Casares y director de la Asistencia Pública el Dr. Enrique Revilla.

En el diario *La Prensa*, en la página 8, bajo el título general de Noticias Municipales, se podía leer: "Hoy a las 10 de la mañana tendrá lugar la inauguración de uno de los dos pabellones del nuevo hospital de tuberculosos que se levanta en la Chacarita... A las inauguraciones asistirán los empleados superiores de la Intendencia y varios miembros del Gobierno Nacional"

En ese año la mortalidad por tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires era de 20,9/10.000 habitantes. En marzo de 1905, terminadas las instalaciones complementarias, se habilita al servicio público. Era el primer sanatorio de estas características que se disponía en la capital, para recibir 100 enfermos hombres. Se designa director *ad honorem* al Dr. Emilio Coni, siendo el director de la Asistencia Pública el Dr. José Penna. En 1902 el Hospital Francés había inaugurado un pabellón para tuberculosos con 12 camas para hombres y 12 para mujeres; en 1904 en el Hospital Rivadavia se inauguró el Pabellón Siglo XX, también con el mismo fin, hasta que una disposición municipal en 1906 prohíbe la internación de enfermos tuberculosos en ambas instituciones, la citada ordenanza también dice que los enfermos curables irán al Hospital Tornú y los avanzados al Hospital Muñiz.

En su inauguración la superficie del terreno era la misma que la actual: 72.000 metros cuadrados y la misma forma poligonal; una sola de las calles que lo rodeaban estaba empedrada. De los cuatro pabellones proyectados se construyeron dos, el A y el B, en igual ubicación que los actuales, unidos entre sí por su parte central y comunicados por pasadizos cubiertos.

A principios del siglo pasado los tratamientos de la tuberculosis eran climatológicos, por lo que el diseño del Hospital debe su disposición a este tipo de terapia llamada "Helioterapia". Consistía en que los pacientes reposaban tomando sol en

las amplias "galerías de cura", bañadas por los rayos solares y protegidas del viento.

Los pabellones estaban orientados de nordeste a sudeste de manera que sus galerías estuvieran cubiertas por el sol y al abrigo de los vientos. En cada extremo había un hall cerrado con vidrios fijos que se comunicaban con las salas. El hall servía de comedor y otra parte como sala de lectura y recreo. Las salas de cada pabellón, de 24 camas cada una, estaban unidas por corredores. En el subsuelo de los pabellones se encontraba ubicada la farmacia junto a la cocina y la despensa. Los pabellones fueron construidos sobre sótanos, los pisos estaban a 1 metro sobre la superficie lo que aseguraba la aireación y prevenía la humedad. Los techos de forma oval con aberturas para la ventilación en la parte superior y media estaban pintados al aceite hasta la altura de dos metros, debajo había tomas de aire graduadas. La desinfección se hacía por medio de unas estufas sistema Dehaitre, establecidas lejos de los pabellones. El agua caliente se distribuía por una canalización, parte se utilizaba en la cocina y parte en la hidroterapia. Contaban sus jardines con flores y arbustos, con asientos y eucaliptos para proteger los edificios del viento. El agua potable era tomada de la segunda napa subterránea, por medio de un molino de viento, que en caso de necesidad era reemplazado por una bomba a vapor. El examen del agua era realizado por el laboratorio. Las materias fecales y las aguas residuales eran tratadas en una cámara séptica y sus efluentes eran enviados a un campo cercano sembrado de alfalfa. La basura era eliminada en hornos. La iluminación era a gas con picos incandescentes, esperando ser substituida por iluminación eléctrica.

Se construyó otro edificio para la dirección, administración, laboratorio, cocina, farmacia, los consultorios externos y sala de primeros auxilios. En un viejo edificio alejado de los pabellones, estaban las caballerizas, cocheras, depósito de forraje y la sala mortuoria. Rodeaba el perímetro del terreno un muro de 2,5 metros de altura, con tres entradas, dos al frente y una posterior.

Fue el ingeniero Carlos Thays quien en 1908 diseñó, con su exquisita sensibilidad, los jardines con árboles de distintas especies, que logran que el hospital tenga flores durante todo el año. Se conservan hasta la actualidad.

Los dueños de Lacroze y Cía., propietarios del

tranvía Rural a Vapor, hicieron construir una parada a 500 metros del Sanatorio, instalando un andén (actual Estación José Artigas). El personal superior y administrativo tenía pase libre entre la Estación Chacarita y el Sanatorio Tornú. También iluminaron a gas una de las veredas de la actual Avenida del Campo, que une la estación con el Hospital.

Las familias pobres de los enfermos del Sanatorio, recibían una asistencia completa que comprendía alojamiento y alimentación, por intermedio de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis y de una sociedad de señoras caritativas que ejercían vigilancia sobre las necesidades de los enfermos. El Tornú cambió la historia de la Ciudad de Buenos Aires, ya que eran derivados enfermos de todo el país. A ello se debe la creación del Pabellón Provincias, dónde se internaban los peones de campo que llegaban muy enfermos. Muchos de ellos dejaron ahí su vida.

Hubo bastante resistencia de los pobladores, así como muchos empleados municipales, por miedo al contagio. Aún en los años 70 la gente no circulaba por las veredas del hospital y los taxis se negaban a llegar hasta la puerta. Pero con el tiempo se fue evolucionando y la actitud se revirtió, gracias al espíritu de todo el personal y los profesionales que hicieron este Hospital y la comunidad de a poco lo fue comprendiendo. El Hospital Dr. Enrique Tornú se inauguró el 8 de octubre de 1904. Su nombre es reconocimiento a la fecunda labor de este médico, en el tratamiento de enfermos de tuberculosis, especialidad a la que el Hospital fuera inicialmente destinado. Se internaron solamente hombres hasta 1912, año en que se construyeron dos pabellones más: el C y el D para mujeres, llevándolo a un total de 224 camas. En 1913 se habilitaron la Capilla y la Casa de Hermanos.

En 1925 se inauguró el Pabellón de Maternidad y Lactantes para enfermas tuberculosas y sus hijos, el primero y único en el país. En 1926 se remodelaron los pabellones, elevándose la construcción una planta más y se construye uno de iguales características: el E o de las Provincias, habilitado en 1931. En 1934, se construye el Centro de Investigaciones Tisiológicas (CITI), donde hoy funciona el Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari". Sobrevenido el cambio de gobierno de 1955, la Municipalidad de Buenos Aires cedió las instalaciones y la dirección del mismo

a la Universidad de Buenos Aires, pasando a ser independiente del hospital.

En 1937 comienza a funcionar la Escuela de Enfermeras Especializadas (desactivada en la década del 70). En ese tiempo se habilitó la ampliación de la sala de niños con 42 camas. Se repavimentó y se hizo el nuevo trazado de las calles del hospital y se habilitaron dos nuevos pabellones para tisiología: el G, arriba de la maternidad, y el F1 y 2, que habían sido salas de reposo y de neumotórax, fueron equipados con camas. Se disponen de nuevos locales para mantenimiento. El Hospital es mixto hasta 1949 cuando por indisciplina de los internados, pierde esta condición. Por la cronicidad de la enfermedad y las internaciones prolongadas, se suceden enredos de sexo, que obligan a las autoridades a solicitar que los enfermos varones sean trasladados a los Hospitales Muñiz y Santojanni (en 1972 se internan nuevamente pacientes de ambos sexos). El nombre del hospital cambió varias veces, su primera designación fue Sanatorio Tornú, más tarde Instituto Tornú y después sucesivamente Policlínico Tornú, Hospital de Neumotisiología Enrique Tornú, Hospital de Tórax Enrique Tornú y por último, en 1987, el actual: Hospital General de Agudos Enrique Tornú. A partir de ese año deja de funcionar como hospital cerrado y se inicia la atención de pacientes de todas las especialidades.

Dr. Enrique Tornú

En los últimos años del siglo XIX la medicina adoptó una orientación preventiva y social que se ha acrecentado desde entonces. Enrique Tornú fue uno de los precursores de esta nueva doctrina y en ese marco impulsó decididamente la lucha antituberculosa en la Argentina. Propiciador, tal vez el primero, de la Liga Contra la Tuberculosis. El Dr. Enrique Tornú nació en Buenos Aires el 1° de septiembre de 1865. Estudió en el Colegio Nacional de Buenos Aires y recibió su certificado de bachiller de manos del doctor Amancio Alcorta en 1886. Al año siguiente ingresó a la Facultad de Medicina donde cursó los tres primeros años de la carrera hasta 1889, cuando fue designado segundo secretario de la Legación Argentina en Francia y resolvió seguir sus estudios en dicho país. Los realizó en la Facultad de Ciencias Médicas de Burdeos, practicó en el Hospital de San Andrés y se vinculó con el profesor Pitres,

discípulo preferido de Charcot y creador de una gran escuela neurológica.

Había llevado a Francia la representación del Círculo Médico Argentino y en las páginas de sus prestigiosos *Anales* publicó artículos con novedades y comentarios de indudable interés profesional, a la par de sus primeros trabajos de orden científico.

Su tesis de graduación, *Des operations qui se practiquent par la voie sacree*, que data de marzo de 1893, fue una de las más brillante de esa época y resultó laureada con el premio Golard. En 1894 regresó a Buenos Aires y después de revalidar su título, ejerció la medicina rural en el pueblo de Vaccarezza, provincia de Buenos Aires. Luego comenzó a desempeñarse como jefe de clínica del servicio de ginecología del doctor Enrique Revilla, en el Hospital San Roque y en el Hospital Francés, a cuyo cuerpo también perteneció. Su trabajo en estas instituciones le dio gran prestigio como cirujano.

En 1865, el médico francés Jean Antoine Villemin había demostrado experimentalmente la transmisibilidad de la tuberculosis, su naturaleza infecciosa y contagiosa. En 1882, el gran bacteriólogo alemán Robert Koch descubrió el bacilo (microorganismo que aparece en forma de filamentos y por lo general formando grupos) causante de la tuberculosis, esclareciendo definitivamente la causa de la enfermedad.

Desde siempre Tornú se había interesado por los temas relacionados con la tuberculosis. Sabía que en Europa estaban dando buenos resultados las llamadas curas de aire y se abocó entonces a la tarea de establecer qué región de la Argentina poseía condiciones aptas para la cura climática. Esta empresa lo obligó a abandonar todas las actividades profesionales que venía desarrollando con éxito y a alejarse de su hogar para pasar una larga temporada en las sierras de Córdoba. Trasladándose de un paraje a otro, alojado en tiendas de campaña y privado de las elementales comodidades, además tuvo que luchar contra la falta de cooperación y la indiferencia general.

Las estadías en algunos lugares de la provincia de Córdoba, sobre todo Cosquín, ya eran considerados beneficiosos para los afectados por la tuberculosis. Pero al recorrer algunas de estas zonas, Tornú verificó que no existía ningún criterio racional para la elección de los lugares de cura, que los pacientes no cumplían regímenes de vida

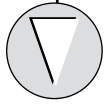
adecuados, que su permanencia era casi siempre demasiado breve y que no se adoptaban medidas higiénicas y profilácticas de ninguna especie. Tras concienzudos y activos estudios pudo hallar los factores ecológicos que estimaba favorables para mejorar el tratamiento de este mal que ya empezaba a constituir un serio problema en la Argentina. Después de adquirir los conocimientos y el dominio técnico indispensable, Tornú llegó a la conclusión de que la más importante arma de lucha contra la tuberculosis era la educación popular. Además sugirió la creación de sanatorios y la fundación de una liga contra la tuberculosis. Con esta base, estructuró un plan general de lucha antituberculosa, que contenía dieciséis normas profilácticas, destinado a ser puesto en práctica en todo el país, y cuya aplicación fue iniciada por él durante su permanencia en Córdoba.

Fue el gran especialista en enfermedades pulmonares de su época. La importancia que le asignó a la educación popular lo condujo, en 1899, a fundar la revista *La profilaxia*. Posteriormente escribe el "*Plan general de profilaxis tuberculosa*". Este estudio climatológico fue expuesto en tres obras: "*Climatología de las Sierras de Córdoba*", "*La cura de altitud*" y "*Apuntes sobre tuberculosis y sanatorios*", publicados en 1901, valiéndole el reconocimiento mundial como climatólogo.

Enfermo de tuberculosis, entonces incurable, el doctor Enrique Tornú se quitó la vida en Buenos Aires, el 23 de agosto de 1901, a los 35 años de edad. Tres años después por iniciativa de un grupo de médicos, se puso su nombre al primer establecimiento construido especialmente para el tratamiento de los enfermos de tuberculosis. Cabe destacar que Enrique Tornú perteneció a la brillante generación médica integrada por Emilio R. Coni, José Penna y Guillermo Rawson. Fue llamado "el médico apóstol". Filántropo generoso, sacrificó su bienestar personal, luego de haber dado todo lo que tenía: inteligencia, amor y ciencia. ■

Bibliografía:

- "*Reseña Histórica del Hospital General de Agudos 'Enrique Tornú'*". Revista de Historia & Humanidades Médicas, Vol. 3 N° 1, Julio 2007. Autora: Dra. Alicia Beatriz García.
- ParqueChasweb.
- *Prensa Rotaria*, del Rotary Club de Villa Urquiza.



“EL DÍA DESPUÉS”. Maltrato: cuándo hacer la denuncia

Dra. Alejandra M. Torrado
Especialista en Clínica Pediátrica
Especialista en Medicina Legal

Frente a una situación de maltrato nos surge el interrogante: ¿cuándo hacer la denuncia? ¿Es siempre aconsejable hacerlo? ¿Cuáles son las consecuencias? Y es en este punto que aparece la ética junto con otros interrogantes, como lo que pasa el día después, ya que la problemática infantil es compleja requiriendo un abordaje desde un punto de vista integral. No se trata de sacarse el problema de encima enviándolo a tribunales, hay que pensar que pasa después con ese niño; al menos sabemos que desde la puesta en marcha de la “Convención de los Derechos del Niño”,¹ que se apunta a la protección integral, teniendo en cuenta todas las aristas del problema. Se observa, en determinadas ocasiones, que la re vinculación, objetivo desde la Salud, no es lo ideal o adecuado, existiendo inclusive cualquier otro tipo de demora burocrática, que en definitiva desemboca en la re victimización del paciente, más que hallar una solución que es lo que esperaríamos de un hospital.

Palabras claves: caso de maltrato, situación actual, diagnóstico de riesgo, resguardo, equipo interdisciplinario.

ASPECTOS LEGALES

Desde el punto de vista legal, no solo nos interesan las leyes de protección contra la violencia, sino también que el Código Penal,² en sus parámetros, implica un tratamiento diferente ya que no busca la protección de la víctima sino el castigo al culpable. Serían casos de violencia pero con consecuencias delictuales, como abuso simple, corrupción de menores y más.

Como mencionaba al principio, además de los Códigos de Fondo, tenemos la “Convención de los Derechos del Niño”, un avance muy importante en materia de protección y reconocimiento, dado que **toma al niño como un sujeto de derecho y no como si fuera un objeto**. Habla de una noción de protección, contra el abuso físico y mental, estableciendo la creación de programas especiales de protección a cargo de los Estados firmantes. Esto a un nivel institucional, dependerá del abordaje del hospital. La doctrina de la protección integral implica, en un caso de violencia, toda una serie de derechos que fueron cercenados y que no se pueden solucionar solo en el aspecto físico, psíquico, social,

económico, si no es creando una red de abordaje o contención, como estrategia.

La vía rápida y expedita, estando los derechos del niño en riesgo, es el **amparo**.² Los niños poseen las mismas medidas cautelares que los adultos y aún otras más. **La cautelaridad es esencial a la protección del niño:** primero ponemos a resguardo al menor y después seguimos discutiendo.

No hay que olvidar el carácter principialista, el del interés superior, la idea de ética (principios rectores de la conducta humana), el derecho del niño a ser escuchado, a no ser separado de su familia.³

La interpretación de los principios rectores de la “Convención de los Derechos del Niño “ como así también la obligación de denuncia, a veces genera dudas. Para el médico, que lo ve periódicamente es más fácil determinar el núcleo familiar y de maltrato y la gravedad. Por lo tanto se podrá realizar las denuncias en:

- Comisaría de la Mujer.
- 911.
- Área de asesoría de menores e incapaces.
- Asesoría Departamental.
- Existen lugares con servicios locales y zonales de protección del derecho.

La plurintervención es a veces inadecuada, por falta de conocimiento de lo citado en el párrafo anterior.

ASPECTOS ÉTICOS:

Secreto profesional:

¿Por qué se denunció “algo”? Es aquella solución que yo considere más adecuada, en virtud de riesgos y beneficios que corre el niño. Puedo denunciar o puedo guardar secreto. (Código Penal: justa causa).² Es la tensión entre estos dos bienes jurídicos, los que nos llevan a pensar en los riesgos y beneficios de hacer una denuncia.

Lo cierto es que todos los códigos deontológicos no están actualizados.⁴

La responsabilidad médico legal está en la figura de los padres, por lo tanto hay conflictos de intereses: *quienes deben defender los derechos de los niños son los violadores de los mismos*. Por cuanto este conflicto se soluciona por el “Principio de un Interés Superior”.

La Bioética:

Reflexionando sobre problemas de salud, hoy en día no podemos desconocer que el problema infantil, en estos términos, forma parte de la Salud Pública. Lo cierto es que al no haber constancia del hecho, pareciera que desaparece o se diluye. No se habla de lo emocional o de lo psicológico. Si el médico, decidiera, frente a una situación determinada de maltrato, en virtud de los beneficios y los riesgos, no denunciar, deberá consignarlo en la Historia Clínica y no limitarse a la mera descripción del examen físico o emocional; porque epidemiológicamente, caemos en subregistro y no sería la realidad.

Por el contrario deberá consignar su decisión y el por qué en la historia clínica, para así ser volcado a epidemiología. Deja constancia del antecedente para el colega que vuelve a tener la historia clínica en sus manos y para dar un panorama epidemiológico real de la problemática **maltrato**.

Principio de interés superior: Es un principio bioético de aplicación suprema consistente en propender a una conducta que favorezca al niño y que prevenga el daño.

Principio de no maleficencia: Si no puedo hacer el bien, me abstengo de cometer el mal (Hipócrates).⁵ Por lo tanto considero que con una intervención bioética, hasta una intervención policial, no sólo cumplo con lo que dice la ley sino que también con éste principio.

El **trabajo interdisciplinario** aparece como un garante de la protección integral: pediatra, psicólogo, asistente social, abogado. No podemos pretender solucionar todo; siendo la llegada del equipo la que asesora a la víctima, a los familiares, a los profesionales y a la Justicia.

Nunca las decisiones que se tomen pueden ir en contra de la "Convención de los Derechos del Niño", la cual tiene jerarquía constitucional; pero existen complicaciones legales, por ejemplo, la protección al profesional que realiza la denuncia (nadie lo puede perseguir), lo cual aún hoy no está reglamentado. Es decir que no puede ser condenado por aquello que la ley le ordena realizar.

Qué hacer con respecto a la intervención:

- 1) Respeto por el orden público, es decir por las normas y derechos de interés general.
- 2) La ecuación riesgo/beneficio.
- 3) Consideración del niño como sujeto de derecho.
- 4) Propuestas de intervención como estrategia.
- 5) Supremacía de la "Convención de los Derechos del Niño".
- 6) Cese del daño, prevención y la no re victimización.
- 7) Ayuda a la víctima y victimario (tratamiento).

Hemos avanzado notablemente, desde la creación de los tribunales de familia⁶ en el año 2005, pero aún no contamos con fueros especializados específicamente. Hoy por hoy, en la Provincia de Buenos Aires, los datos de las historias clínicas se vuelcan a epidemiología para estadística. Es por esto la importancia de que si el médico, teniendo en cuenta lo hablado en el capítulo, decide no denunciar, deberá consignar en la misma historia la razón y el por qué, de tal forma que no sólo se evidencie el examen físico y/o emocional, sino que se eviten los subregistros.

MEDIDAS VIGENTES EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.⁷:
Resolución 304: Serie de protocolos de abordaje al maltrato del niño, protocolo de abordaje a la violencia de género, protocolo de aborto no punible y más, surge para la resolución de reclamos de ONG y de organismos de Derechos Humanos (Criterios de Gravedad).

Ley de Protección Integral en la Provincia de Bs. As.: Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño, que trabaja junto a la fiscalía (medida de abrigo y medida de protección). Centro de atención a la Víctima y servicios zonales como casas de abrigo, hogares de tránsito. Diagnóstico de maltrato - Indicadores - Medidas.

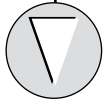
Defensorías: Sistema Integral de Protección del Derecho. El Ministerio de Salud debe crear algún tipo de solución, trabajando junto a la fiscalía para acompañar el momento de toma de una decisión.

MEDIDAS EN MARCHA

Creación de oficinas en Hospitales de: Derechos Humanos, violencia, aborto no punible, discriminación y maltrato de género, sin superponerse con el Servicio de Asistencia Social; sino para acompañar y complementar.

Referencias bibliográficas

1. Convención de los Derechos del Niño, Constitución Nacional, 1994.
2. Código Penal y Código de Procedimiento.
3. Derecho de Familia.
4. Códigos Deontológicos.
5. Hipócrates
6. Tribunales de familia, doctrina.
7. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
8. Declaración de los Derechos Humanos.
9. Congreso de la Región Metropolitana, Mesa: "Tratamiento Jurídico". Abogado Atilio Álvarez y Abogado Carlos Burger



1) SINUS DÉRMICO SACROCOCCÍGEO: IMPORTANCIA CLÍNICA Y MANEJO

Introducción: La presencia de un seno dérmico en la región dorsal de los niños constituye un motivo habitual de consulta en los servicios de neurocirugía pediátrica. Su frecuencia y posibles complicaciones hacen que su diagnóstico y tratamiento precoces sean importantes. En este trabajo revisamos los criterios sobre el tratamiento de los senos sacrococcígeos para sugerir un manejo racional de acuerdo con los datos publicados para evitar, en lo posible, derivaciones y exploraciones costosas e innecesarias.

Material y métodos: Se revisaron las historias de niños diagnosticados de sinus dérmico sacrococcígeo vistos en nuestro hospital durante el período 2005-2009. Asimismo se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos más relevantes sobre el tema.

Resultados: Durante estos años se vieron 32 pacientes con fosita coccígea. La mayoría de niños fueron remitidos por cirujanos pediátricos, pediatras de zona o pediatras de los servicios de urgencia de los hospitales de nuestra región. Diecisiete niños fueron estudiados con pruebas de neuroimagen y 15 fueron evaluados exclusivamente mediante exploración física. En ninguno de los pacientes se apreció penetración intrarquídea.

Conclusiones: De acuerdo a nuestra experiencia y a la bibliografía consultada pensamos que la exploración clínica es suficiente para un diagnóstico y manejo correcto de estos senos, siendo el dato más importante la situación de la fosita coccígea dentro de los límites del repliegue interglúteo. En casos dudosos de conexión del seno con la duramadre se deberá realizar una **ecografía** como prueba de primera línea y, si es necesario, una **resonancia magnética nuclear** y consulta con Neurocirugía.

Martínez-Lage JF, Villarejo Ortega FJ, Galarz MM, Murcia F, Almagro MJ. *Anales Pediátricos (Barc)* 2010;73:352-6.

2) VACUNAS ACELULARES PARA PREVENIR LA TOS FERINA EN NIÑOS

Antecedentes: El uso habitual de vacunas antipertussis de células enteras se suspendió en algunos países a fines de la década de los años setenta y principios de la década de los ochenta, debido a preocupaciones acerca de los efectos adversos. Hubo un resurgimiento de la tos ferina. Las vacunas antipertussis acelulares (con antígenos purificados o recombinantes de *Bordetella pertussis*) se desarrollaron con la esperanza de que fueran tan eficaces como las vacunas células enteras, pero con menos reactogenicidad.

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad de las vacunas antipertussis acelulares en niños.

Estrategia de búsqueda: Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (*Cochrane Register of Controlled Trials*, CENTRAL) (*The Cochrane Library* 2009, número 2), que incluye el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas (*Acute Respiratory Infections Group*); MEDLINE (1950 hasta abril, semana 2, 2009) y EMBASE (1974 hasta abril 2009).

Criterios de selección: Ensayos aleatorios doble ciego de la eficacia y seguridad de las vacunas antipertussis acelulares en niños de hasta seis años, con seguimiento activo de los participantes y verificación en el laboratorio de los casos de *pertussis*.

Obtención y análisis de los datos: Dos autores de la revisión realizaron de forma independiente la extracción de los datos y la evaluación de la calidad de los estudios. Las diferencias en el diseño de los ensayos impidieron el agrupamiento de los datos de eficacia. Los datos de seguridad de los ensayos individuales se agruparon mediante el paquete estadístico Cochrane Review Manager 5.

Resultados principales: Se incluyeron seis ensayos de eficacia y 52 ensayos de seguridad. La eficacia de las vacunas multicomponentes (≥ 3) varió del 84% al 85% para prevenir la tos ferina típica, y del 71% al 78% para prevenir la enfermedad pertussis leve. Por el contrario, la eficacia de

las vacunas de uno y dos componentes varió del 59% al 75% contra la tos ferina típica, y del 13% al 54% contra la enfermedad *pertussis* leve. Las vacunas acelulares multicomponentes son más eficaces que las vacunas de células enteras de baja eficacia, pero es posible que no sean tan eficaces como las vacunas de células enteras de más alta eficacia. La mayoría de los eventos adversos sistémicos y locales fueron significativamente menos frecuentes con las vacunas antipertussis acelulares que con las vacunas antipertussis de células enteras para las series primarias, al igual

que para la dosis de refuerzo.

Conclusiones: Las vacunas antipertussis acelulares multicomponentes son eficaces y muestran menos efectos adversos que las vacunas contra pertussis de células enteras para las series primarias, al igual que para la dosis de refuerzo. ■

Zhang L, Prietsch S, Axelsson I, Halperin S. Vacunas acelulares para prevenir la tos ferina en niños. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 7. Art. N°: CD001478. DOI: 10.1002/14651858.CD001478

Adendum

“Cuando al tirano se le puede llamar tirano, el humor deja de ser necesario.”

Cándido (1928-2006) Escritor y periodista español

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.