



NOTICIAS

Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

**Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: sap-metropol@pccorreo.com.ar**

Director Titular

Dr. Saúl Gleich

1º Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

2º Director Asociado

Dra. Débora Rocca Huguet

Coordinadores

Distrito Sur

Dra. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /
Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /
Dra. Mariana Rodríguez Ponte /
Dr. Oscar Ruiz

Distrito Oeste

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

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 / Dr. Gustavo Bardaul

SECCIONES

- Editorial..... 1
- ¿Se atreve al diagnóstico? 3
- Actividades de la Región 4
- Entrevista al
Dr. Horacio A. Repetto 7
- Tratamiento psicológico de un
niño. ¿Cuándo es necesario? 10
- Historia del Hospital Elizalde..... 12
- Becas de Perfeccionamiento..... 17
- Medidas cautelares en
situaciones de violencia infantil.. 19
- Boletín bibliográfico 21

EDITORIAL

La atención pediátrica en la Región Metropolitana

Deficiencias crónicas del sistema de salud

En una editorial de nuestra revista *Noticias* de agosto de 2007 (N° 39) el entonces director de la Región, *Dr. Domingo Longo* y el presidente de la SAP en ese momento, el *Dr. Mario Grenoville*, se referían al tema diciendo:

“Cuando hablamos de deficiencias crónicas que persisten o se agravan, nos referimos por ejemplo:

1. Al histórico déficit de camas de internación pediátricas, de unidades de terapias intensivas pediátricas y neonatales que hacen crisis en los períodos de brotes epidémicos invernales.
2. A la creciente falta de anestesistas, terapistas y neonatólogos en los planteles pediátricos, tanto en el sector público como en el privado.
3. Al congelamiento de vacantes, pese a contar ya con recursos humanos insuficientes.
4. A la falta de estabilidad laboral y precarización de las condiciones laborales, con becas, contratos y reemplazos eternizados.
5. A la creciente situación de *burn out* entre los miembros del equipo de salud.”

Luego se preguntaban:

“¿Cómo mantener estándares de calidad de la atención aceptables dentro de este panorama?”

Hoy veo con asombro que la actualidad de esa editorial se mantiene vigente.

Más aun, creo que se van acentuando los déficits del sistema, atado a una ley de contabilidad de las provincias y municipios que atenta contra la accesibilidad de los pediatras al sistema público, ya que para comenzar a cobrar su trabajo tardan un promedio de 6 meses, mínimo, lo que provoca su migración hacia el sector privado, aparte de la diferencias de sueldos que existen.

(Continúa en pág. 3)

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.

“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. Carlos Luzzani y Saúl Gleich,**

... EDITORIAL (viene de pág. 1)

Somos testigos de lujo de un espectáculo que se repite ante nuestros ojos: médicos de más de 50 años haciendo guardias por estar congelados los pases a planta, la falta de llamados a concursos como lo pide la Carrera Médica Hospitalaria, guardias atendidas por un solo médico con 80 a 100 consultas por día, pedidos de “colaboración” a la Residencia, médicos con hipertensión y/o stress, falta de pago de reemplazos, deterioro edilicio de los hospitales, etc.

“Quizás sea el momento de terminar con la cultura de la autocensura, del no solicitar más de lo que los administradores de salud están dispuestos a otorgarnos, aunque sea evidentemente insuficiente”.

A esta frase le agrego: ¿esperaremos cinco años más, en el 2017, para seguir manteniendo la actualidad de esta editorial?

Ante la previsible respuesta de las autoridades de que este no es el momento, debemos preguntarnos: “*si no es ahora, ¿cuándo?*”.

Finalizo haciendo la misma pregunta y pidiendo el involucramiento de las entidades científicas en esta lucha. Agradezco a la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría el haber escuchado este reclamo y ponerse del lado del pediatra, defendiendo las condiciones del Ejercicio Profesional en todos los ámbitos laborales.

Si no nos cuidamos; “*¿quién nos cuidará?*”

Que se cumpla el sueño: “niños felices atendidos por pediatras felices”.

Dr. Saúl Gleich

Director Titular de la Región Metropolitana
saugleich@gmail.com



¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Comienza en este número un desafío al pensamiento médico. Consiste en un planteo clínico-médico con respuestas múltiples. La respuesta comentada la encontrará al final de la revista. Es de esperar que además de entretenido sea útil como aprendizaje. La sección está basada principalmente en los PREP (*Pediatrics Review and Education Program*).

Dr. Leonardo Vázquez

¿Cuál de los siguientes considera Ud. que es el factor de **menor riesgo probable** de maltrato infantil (MI)?

- Discapacidad en el niño.
- Alcoholismo de los padres.
- Familia chica.
- Antecedentes de maltrato en la niñez de los padres.
- Prematurez del niño.

(Ver respuesta en la página 23)



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

• **La vulnerabilidad en la infancia**

Curso a realizar por la Región Metropolitana en el Campus Virtual de la SAP

La vulnerabilidad en la infancia ha motivado a la Región Metropolitana a ofrecer un curso sobre “*Formación profesional interdisciplinaria para la promoción de la salud y prevención de violencias familiares y comunitarias*” que tiene como propósito, brindar a los miembros del equipo de salud, material teórico-técnico, en aulas virtuales, con intercambio de experiencias y seguimiento tutorial, que les aporte recursos conceptuales e instrumentales para enriquecer las intervenciones en este campo, de dichos miembros.

Está previsto comenzar el curso durante el segundo trimestre de 2013. Será destinado al abordaje de diferentes situaciones que presenten los integrantes de la comunidad, para el cuidado, y/o recuperación de los factores protectores y para la vigilancia y detección de los factores de riesgo en salud familiar y comunitaria. Los participantes dispondrán de una formación profesional, del desarrollo de habilidades para la organización de equipos de salud y de redes comunitarias familiares de sostén y asistencia. La articulación teórica-práctica será mediante la aplicación de diferentes técnicas, por ejemplo:

Técnica de relevamiento bio-histórica-cultural, de la familia

Proponemos aplicar un genograma cultural familiar, instrumento que dará cuenta de los vínculos que establecen los sujetos de tres generaciones con los parientes y con los otros significativos, que han incorporado a su red parental: vecinos y/o amigos. Asimismo, nos permite conocer los problemas de salud, enfermedades recurrentes, los aprendizajes realizados, los oficios y las profesiones logradas. También las organizaciones familiares próximas, sus vínculos y las experiencias culturales que los identifica.

Técnica para evaluar el conocimiento de los factores protectores en salud

Proponemos aplicar un *Score de Salud Familiar* comunitaria. Nos permitirá relevar datos en diferentes dominios de la comunidad, la responsabilidad individual, familiar y comunitaria, la desinformación y actitud de indiferencia frente a los cuidados de la

salud, el excesivo énfasis en la información curativa y el fracaso de los resultados prácticos. En conjunto, pretendemos evaluar los factores de riesgos y los factores protectores existentes. También orientará el trabajo del equipo de salud cuyas intervenciones podrán ser dirigidas al control y/o sostenimiento de los factores que hacen principalmente a la salud de los niños en las familias.

Técnica de relevamiento del grado de conocimiento de los recursos legales de la comunidad

Proponemos aplicar un *Score Legal*. Está orientado al trabajo interdisciplinario que lleva al equipo de salud a intervenir en las gestiones legales de las familias cuando se registran indicios de violencias y ubican a los niños como víctimas. Podrán reconocer si disponemos de un marco legal o tenemos ausencia del mismo frente a situaciones de violencia. También se observará si en la comunidad se sostienen o hay escasa continuidad de las políticas de salud.

Técnica de diagramación de los vínculos de las familias con la comunidad

Proponemos elaborar un: *Mapa Familiar Comunitario* a modo de red o tejido social que proteja la infancia vulnerable. Pretende habilitar al equipo de salud en el trabajo en red, fortaleciendo las acciones cuando éstas son abordadas desde diferentes espacios promotores de salud. Detectar, conocer e interactuar con organizaciones intermedias es una práctica que sostiene las estructuras institucionales e informales de la comunidad.

El propósito de la formación es el de promover la Salud de la Comunidad. Para ello se hace necesario disponer de competencias esenciales que tengan como marco y orientación los valores de ética, equidad, solidaridad y justicia social. Estas competencias son indispensables para llevar adelante el análisis del entorno, el análisis de políticas, la conducción de procesos, la comunicación y la cooperación.

Dra. Aída Barbato
Mag. Silvia Schumacher

• **Nuevos enfoques del paciente internado**

Directora: Dra. Débora Rocca Huguet.

Coordinador: Dr. Blas Spina.

Se dictará los días martes, de 11 hs a 13 hs, en el Hospital del Niño de San Justo.

Fecha de inicio: 16 de abril de 2013.

Fecha de finalización: 26 de noviembre del 2013.

Duración: 60 hs reloj.

Dirigido a: médicos pediatras, residentes, concurrentes, médicos generalistas, enfermeros y a todo pro-

fesional de la Salud actuante en el escenario de la internación pediátrica.

Informes e inscripción:

Departamento de Docencia e Investigación – Hospital Municipal del Niño de San Justo.

Tel: 4441-2776/9371 (interno 139).

uniacademicasanjusto@gmail.com.

CURSO ARANCELADO



X JORNADAS de la REGIÓN METROPOLITANA **“Errores en la Práctica Pediátrica “**



Estimados colegas y amigos:

*La Región Metropolitana inició sus actividades hace veintiocho años, período en el que se ha desarrollado un amplio y variado programa de actividades científicas, pero son las **Jornadas de la Región** el evento cumbre que corona todo este fecundo quehacer.*

*Hoy tengo el grato honor, en nombre del Comité Organizador y las Autoridades de la Región Metropolitana, de convocarlos a nuestras **X Jornadas Científicas** cuyo tema es **“Errores en la Práctica Pediátrica”**.*

Siguiendo los lineamientos iniciados el año anterior, abordamos un tema central que nos servirá de eje conductor en distintas áreas de la Pediatría.

La modalidad de trabajo será desarrollada en Mesas Interactivas, Mesas Redondas, Conferencias con la asistencia de reconocidos invitados y la invaluable colaboración de los miembros de los Comités de la Sociedad Argentina de Pediatría y Grupos de Trabajo de la Región Metropolitana.

Los errores en medicina continúan presentes, más aún han aparecido nuevos, con el avance del conocimiento y la mayor dependencia de la tecnología, en desmedro del juicio clínico.

Para mejorar nuestros actos en beneficio de la niñez y por ende del futuro de la profesión es necesario aprender del error, verlo desde otra óptica, aceptarlo, conocerlo, valorar el trabajo y la experiencia de otros para fomentar una autocrítica reflexiva en todo momento.

Los esperamos en el otoño de 2013 para compartir dos días plenos de conocimientos, aprendizaje e intercambios de ideas.

Nuestro compromiso es trabajar intensamente para cumplir los objetivos fijados, que sin la concurrencia de Uds. no alcanzarían el éxito esperado.

Las palabras finales son para agradecer a las Autoridades de la Región Metropolitana por la designación que me han otorgado y a mis compañeros del Comité Organizador por su generosa y amplia colaboración.

Dr. Jorge L. Celestino

Presidente X Jornadas Región Metropolitana
jornadasregion2013@gmail.com



Sociedad Argentina de Pediatría Región Metropolitana



X JORNADAS REGIÓN METROPOLITANA “Errores en la Práctica Pediátrica “

Viernes 19 (de 8 a 16 hs.) y Sábado 20 (de 8.30 a 14 hs.) de Abril de 2013

Sede:

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

Objetivos

- Propender a revisar críticamente el accionar médico y tratar de mejorar el Ejercicio Profesional para deshechar errores en mayor beneficio de los pacientes.
- Transmitir la importancia del reconocimiento del error, su valor en el aprendizaje y destacar que el conocimiento científico no solo crece por acumulación.

MODALIDADES

MESAS INTERACTIVAS:

- *Errores en Medicación*
Respiratorio
Fiebre
Antibióticos
- *Errores en indicaciones*
tratamientos - diagnósticos
Vacunas
Dermatología
Ortopedia

MESAS REDONDAS:

- *Ejercicio Profesional*

CONFERENCIAS:

- *El Error en Medicina*
- *Errores en Enfermedad Celíaca*

PRESENTACIÓN TRABAJOS LIBRES:

- *Modalidad:*
- Pósters
- Orales

INVITADOS ESPECIALES:

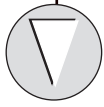
- *Dr. Gustavo Cardigni*
- *Dr. José M. Ceriani Cernadas*
- *Dr. Eduardo Cueto Rúa*

PARTICIPACIÓN:

- *Miembros de los Comités de la SAP.*
- *Grupos de Trabajo de la Región Metropolitana.*

Informes e Inscripción:

Sociedad Argentina de Pediatría – Entidad Matriz
Av. Coronel Díaz 1971 C.A.B.A. • Tel.: (011) 4821-8612 • congresos@sap.org.ar



ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. HORACIO A. REPETTO

El **Dr. Horacio Repetto** es Director de la Carrera de Médico Especialista en Nefrología Pediátrica y también de la Carrera de Especialista en Pediatría, de la Facultad de Medicina de la UBA. Egresado Médico de UBA en 1961, realizó su primera ayudantía en 1957; fue médico del equipo docente hasta 1966 y en el '72 Jefe de Trabajos Prácticos en la Unidad Hospitalaria del CEMIC; durante 10 años (1978-88) docente en el Curso de Médico Nefrólogo de la UBA.

Fue Profesor Invitado por prestigiosas Universidades de EE. UU. (New York, California, Houston), de Brasil y Argentina, (San Luis y Buenos Aires). Siete veces Jurado de Tesis de Doctorados en UBA; realizó entre 1964 y 2011, 65 publicaciones científicas y escribió, entre 1966 y 2010, 19 capítulos (con otros colegas) de libros de su especialidad.

Entre 1964 y 2007 dictó 58 clases y Conferencias Magistrales y entre 1963 y 2010, participó en 89 Congresos Nacionales e Internacionales. Es revisor de 8 calificadas revistas científicas (5 de ellas extranjeras) y desde 2002, miembro del Consejo Editorial de la Facultad de Medicina Virtual de UBA. Con una importante actuación en sociedades científicas, de varias de ellas es socio fundador, como la Asociación Latinoamericana de Nefrología Pediátrica. Fue miembro de la Comisión Directiva de SAP entre 1974 y 1978 y Editor de *Archivos Argentinos de Pediatría* entre 1997 y 2000.

Su interés por la Nefrología surgió durante la Residencia de Pediatría donde le llamaban la atención los niños con alteraciones metabólicas y desequilibrios de agua y sales que dependían del riñón.

Casado a los 23 años, sus hijos son Horacio, Santiago, Ana, Martina, Agustín y Alicia. Un hijo abrazó la vocación: ingresó en la Residencia del Hospital Posadas, siguió en Terapia Intensiva (ahora en Terapia Intermedia) y trabaja además como Pediatra clínico. "De los otros cinco ninguno. Fue un poco



frustrante que ninguna de mis hijas siguiera Medicina". "He visto a las pediatras trabajando en el Posadas durante años y cómo, con tanta dedicación, desarrollan la profesión. Me hubiera gustado una hija médica además de mi hijo varón... Ellas tres son del área "psi". Dos son psicopedagogas y una psicóloga." Hay, sin embargo, otras satisfacciones: "este mes me pasa algo maravilloso y conmovedor: están viviendo en casa mis descendientes australianos, mis nietos de 4 y 2 años fruto del matrimonio de mi hija, que se fue a Australia hace 11 años para hacer un Master y está casada con un biólogo acuático

que trabaja en investigación a nivel de las universidades."

Pero Horacio no sólo disfruta de la Medicina. Con su registro de barítono, canta en coro desde hace 18 años y lleva 11 en el "Grupo Coral Divertimentos", haciendo música con orquesta sinfónica y solistas profesionales. "En los ensayos pido armar la sala y ayudar porque me deslumbra ver prepararse a los músicos de la orquesta". Jugador de ajedrez en la adolescencia, dejó de hacerlo cuando la Medicina le quitó tiempo. "Hoy comparto el bridge con Alicia, mi cónyuge, rotando los domingos por casas de amigos. Es muy parecido al ajedrez. Tiene que ver con la Epistemología: hacer hipótesis, pruebas y error, con los postulados de la Ciencia, al final. Son cosas que me llenan mucho."

Espera vivir la mayor cantidad de años sano. "Es regalo de la naturaleza, como también que siga jugando a la pelota paleta. Voy al Argentino de San Fernando, un club muy antiguo, donde son todos del barrio y fenomenal gente".

Ajeno al temible "burn out" (que nunca experimentó) sonríe con satisfacción al expresar: "si fuera religioso adheriría a alguna de las religiones que sostienen la trascendencia por la reencarnación. Si me reencarnara, sin dudas volvería a ser Médico ... ¡y volvería a ser Pediatra!".

REVISTA NOTICIAS: ¡Fronudosos y admirables tus antecedentes! Los logros del último tiempo son enormes, pero el "paso a paso" es muy interesante.

Dr. Horacio Repetto: El curriculum entero es prácticamente toda mi vida desde que empecé a estudiar Medicina.

RN: ¿Cómo has orientado tu trabajo?

H.R.: En la forma de encarar la profesión. Para ejercer especialidades en Pediatría, tenemos que ser pediatras clínicos. La SAP ha peleado mucho para mantener esta exigencia muy importante: que no se pueda ser especialista sin tener antes una sólida formación pediátrica. Empecé en 1972 y sigo trabajando en el Hospital Posadas. Ingresé para desarrollar Nefrología pediátrica y en 1987 hubo concurso y me presenté. Seguí dentro de la Pediatría clínica general. Hoy trabajo clínicamente en mi consultorio. En el Hospital cumpla una función docente orientadora como Consultor de la Residencia y de la beca de Nefrología pediátrica.

En los últimos años me acerqué al laboratorio de fisiopatogenia del Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la UBA (un grupo fantástico). Hemos empezado a trabajar sobre la toxina del síndrome urémico hemolítico. Digo "hemos" pero las que trabajan allí son biólogas y bioquímicas. Me he integrado a ellos porque les he dado alguna idea, algún camino para hacer investigaciones que los entusiasma mucho y dio resultados muy positivos. En los últimos años mis presentaciones en Congresos han sido en relación a la investigación básica, a los datos que tenemos en ese laboratorio sobre cultivos celulares y un modelo en ratas que una anatómo-patóloga del grupo desarrolló en la época de la investigación clínica nefrológica.

RN: ¿Comenzaste investigando?

H.R.: Sí. Es como una vuelta. Cuando empecé mi formación, fui a Chicago y la investigación realizada (cada *Fellow* tenía que entregar un trabajo) la elegimos charlándolo mucho con mi jefe, el *Dr. John Lewis* (después un gran amigo mío). El tema era el uso, en glomerulonefritis aguda, de un nuevo diurético. Con dedicación exclusiva como becario, debía hacer toda la parte clínica de las medidas (lo que se llama "clearance") y la administración de medicamentos. Los pacientes llegaban y eso significaba que me podían llamar a la noche y yo tenía que levantarme e ir.

Es un recuerdo muy importante que las determinaciones debíamos hacerlas nosotros en el Laboratorio de Investigaciones que tenía el Departamento de Pediatría. Me abrió un panorama enorme. Empezar a pensar como un bioquímico. Volver después, fue todo

un ciclo, como decía Borges. Luego fue meterme en la clínica y desarrollar todo eso. Hace 5 o 6 años del contacto con la Facultad. Dos veces por mes, paso parte de la mañana con ellos. Verlos trabajar y el lenguaje que usan, fue como volver a vivir. Me gusta mucho. Es una gran satisfacción.

RN: Ya no son los comunes estamentos separados...

H.R.: No. Eso me permite decir lo que siempre pienso y les digo a los becarios de Nefrología y a los residentes de Pediatría: "hay que hacerse amigo de los bioquímicos". En el Posadas hay Residencia de Bioquímica. Decimos: hay que estar en contacto con sus pares y con los patólogos. Cuando ustedes llevan una muestra o hacen una biopsia, deben hablar con ellos y lo mismo con la gente que trabaja con imágenes y medicina nuclear. Surgen de allí conceptos que manejamos equivocadamente porque no se aclaró, por cambios producidos en el tiempo, en la metodología que se usa o en cómo se interpretan esos resultados. Esto me gustó. Este punto me permite enfatizar lo que para mí siempre ha sido una muy importante presión a ejercer sobre quien se está formando a nuestro lado. Es responsabilidad de la gente que contribuye a formar y tiene que empezar por la Facultad. Los responsables de la formación de los alumnos tienen que ser exigentemente seleccionados. Si bien la Residencia no es accesible para todos, desgraciadamente, tendría que fomentarse que quienes terminan la Facultad busquen hacer Residencia o un modelo como ese.

RN: ¿Qué hay de las nuevas camadas?

H.R.: Recibimos 24 residentes por año. Llegan con fe y entusiasmo. Los mayores debemos incitarlos a mantener ese estado, por estar asistiendo al maravilloso fenómeno del crecimiento y desarrollo, que es único para cada uno de nuestros pacientes. Me inyecta ganas de seguir y respeto y cariño por los que empiezan un camino tan difícil como apasionante.

RN: Cuesta trabajo hacer "amistad científica"...

H.R.: Totalmente de acuerdo. Es parte de la maduración en las relaciones humanas del campo profesional. Entre disciplinas diferentes es importante y es muy importante y más difícil todavía entre pares de la misma. Me es más fácil relacionarme con bioquímicos (porque yo sé que ellos saben cosas que yo no sé y ellos saben que yo sé cosas que ellos no saben y los campos están bastante claros) y también con patólogos. Los nefrólogos tienen que tener mucha relación con los patólogos. En cambio, hay que ser muy delicado entre médicos que hacen lo mismo y que pueden sentir cosas de competencia. A mí, a esta altura (me pasa todo el tiempo) me piden *la segunda opinión*.

Por suerte a los nefrólogos pediatras los conozco a todos y son bastante buenos. Tengo la gran satisfacción de sostenerlos, de decir: “está en muy buenas manos” y después de eso, dar mi segunda opinión. A veces me entero de situaciones inversas. Que son malas, no sólo desde el punto de vista ético de las relaciones profesionales, sino desde el del bienestar de los pacientes. No hay peor cosa que quitar confianza a un paciente en lo que estuvo haciendo otro médico. Hay que ser muy delicado.

RN: *Has sido también Jurado y Revisor. ¿Qué se siente a la hora de evaluar a los pares?*

H.R.: Una enorme responsabilidad y la necesidad de mantener equilibrio entre la exigencia y el sentimiento de pena por el rechazo. Siento, además, la posibilidad de transmitir ideas que pueden contribuir a la formación de autores. Eso me ha pasado con revisiones de artículos que he enviado. Guardo todas las opiniones de los revisores, aunque no sé quienes fueron.

RN: *¿Secretos, aún, en el Síndrome Urémico Hemolítico?*

H.R.: Hay muchísimas cosas por averiguar. Lo que abrió más el panorama fue un editorial de dos nefrólogos pediatras, que en el *New English Journal* publican con el título: “*El síndrome urémico hemolítico es un síndrome*”. En inglés exactamente eso. Publicaron en el 78 y recién ahí se empezó a notar lo que nosotros veíamos en la mayoría de los chicos. Era una entidad que se presentaba como un síndrome urémico hemolítico. Acá teníamos al ganado vacuno muy colonizado y la bacteria tiene una toxina y esa toxina desencadena ese fenómeno. En los últimos años ha habido mucha investigación para tratar de detectar otras enfermedades que se presentan como un síndrome urémico hemolítico atípico. Tenemos que utilizar conductas terapéuticas que se aplican a una enfermedad y no a las otras. Esto exige una mayor fineza diagnóstica y que sea lo más precoz posible. Así que de secretos (lo que a uno le gustaría saber y que no se sabe), está lleno todavía.

RN: *¿Cuál fue tu diagnóstico más difícil?*

H.R.: Paciente con problemas de los túbulos renales cuya alteración básica aún no está definida, después de 5 años, a pesar de haber hecho estudios genéticos también en Alemania y Holanda.

RN: *¿Cambios fundamentales en los últimos años?*

H.R.: El cambio de paradigma acá se produjo con la explosión de la llamada biología molecular. El *Dr. Alberto Roseto*, un argentino que viene al país periódicamente, ha publicado en *Archivos Argentinos* toda una serie de artículos al respecto. Jefe de residentes

en el Posadas, terminó en Francia desarrollando una carrera de investigación impresionante. Él decía, y me parece genial: “eso no es Biología molecular, tenemos que hablar de Medicina molecular”. En *Archivos Argentinos*, en esta serie (yo era editor de la Revista en esa época) no dice Biología sino Medicina Molecular. En esta gran revolución tiene que ver otro argentino. Cuando *César Milstein*, junto con un alemán, trabajando en Cambridge, consiguieron desarrollar anticuerpos monoclonales (que son anticuerpos que reconocen un antígeno específico) se empezó a conocer qué era lo que pasaba en las células. Se comenzaron a ver las moléculas y a expresarse porque eran marcadas. El paso siguiente fue que con estos anticuerpos uno podía llegar a una molécula determinada poniéndole al anticuerpo algo que la señalaba o que si la molécula era indeseable, que terminara con ella.

Es apasionante. Estuvo unido a lo de *Watson* y *Crick* cuando describen la “doble hélice del ADN”. A partir de eso se desarrolla lo que se llamó ingeniería. Si uno junta lo de los anticuerpos monoclonales con lo que se llamó “ingeniería genética” prácticamente está abierto todo el conocimiento. ¡La barbaridad de conocimiento que se ha adquirido en los últimos 20 años! Cuando recuerdo lo que me enseñaban en la facultad, en esa época, y lo que se sabe ahora, parece que hubiesen pasado 2 o 3 siglos, no 50 años.

RN: *¿Qué rango le adjudicarías a la actualización continua?*

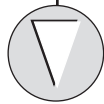
H.R.: Indispensable. El primer nivel, como la docencia, junto a la mejor atención médica y a la investigación. Entre las tres existe una alimentación permanente.

RN: *¿Intercambios memorables con el extranjero?*

H.R.: El primer contacto con mi jefe y amigo en EE.UU. al continuar mi formación profesional y en nuestro Hospital, donde siempre tuvimos becarios de Brasil, Bolivia, Colombia, España, Costa Rica, Ecuador y visitantes alemanes. Interesante fue, en representación de América Latina, formar parte del Consejo Directivo de la Asociación Internacional de Nefrología Pediátrica durante 6 años. Hay representantes de todas las regiones de la tierra y nos reuníamos dos veces por año.

RN: *¿Qué recuerdas del Dr. Bernardo Houssay?*

H.R.: En 2º año ganamos con un compañero, una beca para una pasantía de 3 meses en el Instituto donde él investigaba, en una vieja casa de la calle Costa Rica. Nos reuníamos en su despacho una vez por semana para gozar de sus opiniones, sugerencias y consejos. El nos trataba como si fuéramos investigadores del CONICET, que él había contribuido a desarrollar. Una experiencia inolvidable.



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE UN NIÑO

¿Cuándo es necesario?

Lic. María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA
mpgerardi77@yahoo.com.ar

Miedos, problemas de conducta, falta de atención en la escuela, dificultad para aceptar límites, tristeza, dificultad para controlar esfínteres, agresión, aislamiento, timidez... son algunos de los síntomas que suelen presentarse en los niños y que pueden aliviarse a través de un tratamiento psicológico.

Con los niños este tratamiento se lleva a cabo utilizando *el juego y el dibujo* como medios para elaborar conflictos.

A su vez, se acompaña de un trabajo paralelo con los padres y otros profesionales, entre ellos el pediatra de cabecera, para poder pensar juntos qué le está pasando al niño y cómo ayudarlo.

¿Por qué el juego y el dibujo?

El juego y el dibujo son los *instrumentos principales* de los terapeutas de niños. Los chicos no suelen contarnos su mundo interno y su *vida pulsional* solamente con palabras como hacemos los adultos, pero sí lo pueden hacer por medio de acciones, juegos y dibujos.

Al jugar, los chicos van elaborando y transformando experiencias y vivencias tanto internas como de la realidad exterior. Por medio del juego los chicos nos muestran sus conflictos, las cosas que les angustian.

Jugando repiten acciones tanto placenteras como traumáticas y esto les permite ir elaborando sus conflictos.

Por medio del juego viven verdaderas experiencias, muy importantes para su desarrollo psíquico. Al jugar y dibujar van desplegando su mundo interno.

Veamos algunos ejemplos:

- Juan Manuel juega a que los títeres se golpean violentamente luego de haber presenciado una discusión entre sus padres.
- Lucía juega a que un pajarito vino y se robó mis fichas del juego cuando en realidad su síntoma es que roba útiles en la escuela.

- Santiago, tras haberse sometido a varias intervenciones quirúrgicas luego de un accidente, juega a que el caballito se lastimó y hay que operarlo.
- Manuel nos muestra lo solo que se siente por medio de un dibujo donde se hace pequeño y aislado de otros niños que juegan a la pelota.
- Julieta nos habla de su problema de enuresis vaciando uno tras otro pomos de plasticola y ténpera.

El diagnóstico

Pienso el proceso de evaluación y diagnóstico como un movimiento de apertura que no apunta a rotular, ya que los rótulos hacen que los padres dejen de hacerse preguntas. La evaluación y diagnóstico implica un respeto por la singularidad del niño. El psicólogo trabaja con los momentos mismos de la estructuración subjetiva del niño. Hay que tomar en cuenta un entrelazado de factores biológicos, psicológicos, sociales e históricos que se entrelazan en la historia de ese niño y su familia.

Para hacer un diagnóstico y una eventual indicación de tratamiento es necesario hacerse algunas preguntas:

- ¿En que momento de la constitución subjetiva está el niño?
- ¿Cuáles son los mecanismos psíquicos predominantes en ese niño?
- ¿Qué posibilidades representacionales operan?
- ¿Cuáles son las defensas que operan?, ¿éstas son rígidas o flexibles? ¿Opera un solo tipo de defensas o el niño puede utilizar diversos modos defensivos?
- ¿Es necesario hacer una interconsulta con otros profesionales (neurólogo infantil, pediatra, psicopedagogo, fonoaudiólogo, psiquiatra infantil)?

- ¿Hay compromiso a futuro si no se inicia un tratamiento en este momento?
- ¿Hay sufrimiento psíquico en el niño?
- ¿Cuál es la posición de los padres con respecto al sufrimiento del niño?

Una vez realizada la evaluación, las indicaciones pueden ser variadas: tratamiento para el niño, espacio de orientación a padres, trabajo en sesiones vinculares madre-hijo, padre-hijo, sesiones vinculares familiares, contraindicación de tratamiento o derivación a otros profesionales.

Durante un *proceso de tratamiento terapéutico* partimos de buscar los aspectos más saludables de cada niño, hay que tener en cuenta que salud no es ausencia de conflicto. Es importante que los niños sean capaces de tener sus propias experiencias y sus propios conflictos.

Las intervenciones del psicólogo infantil

El psicólogo va creando las condiciones para que el juego del niño se vaya creando y desplegando. El trabajo terapéutico implica ir descifrando los modos de funcionamiento psíquico que están operando en el niño.

A los chicos se les cuenta de qué trabajamos los psicólogos y que vienen para que los ayudemos con lo que les pasa.

El/la psicólogo/a usará sus palabras, su cuerpo, sus acciones y sobre todo se pondrá a jugar e intervendrá terapéuticamente desde ese lugar.

Interpreta el juego e interviene, por ejemplo, desde la voz de un personaje, desde sus acciones manejando los muñequitos, creando situaciones de juego que permitan la escenificación de un conflicto interno o externo, posibilitando el juego cuando no lo hay, escuchando lo que el niño nos cuenta, limitando o acompañando en silencio cuando sea necesario.

A veces las intervenciones apuntan a interpretar el juego o el dibujo, pero en otros casos es necesario realizar intervenciones estructurantes, posibilitadoras de la estructuración psíquica.

Hay que tener en cuenta que el psicólogo infantil está atravesado por múltiples transferencias (docentes, padres, médicos, justicia).

El trabajo con los padres

Las entrevistas a los padres son, por un lado, para conocer datos de la vida del niño y su familia, pero no es solo eso; se trabaja sobre las cosas que les angustian sobre su hijo, olvidos, historias que se repiten, temores, contradicciones, fantasías, expectativas, deseos, etc.

A veces los padres llegan enojados con su hijo pensando que se los hace a propósito, enojados porque su hijo no cumple con sus expectativas; otras pensando que su hijo está bien y viene porque "los mandan de la escuela o lo manda el pediatra"; otras veces llegan muy angustiados y esa angustia les dificulta ayudarlo; a veces llegan desbordados sin saber ya que hacer, sintiendo que ya probaron todo o con miedo sobre el futuro de sus hijos.

También hay padres que llegan preguntándose qué pueden hacer *para sacar a su hijo adelante*. Otras veces los padres manifiestan un desinterés máximo por el sufrimiento de éste. A veces llegan culpabilizados por ellos mismos o por efecto del encuentro con otros (docentes, otros profesionales).

El/la psicólogo/a escucha, contiene, abre preguntas, va diferenciando cosas y conectando otras, fomenta la reflexión, crea un clima de confianza y calidez donde trabajar juntos, sin juzgar y sin criticar. Los padres tienen su historia personal, son seres humanos como todos, con aciertos y con errores; criar hijos no es una tarea fácil.

El trabajo terapéutico tiene como finalidad apuntalar a los padres en su función materna y paterna.

Conclusión

Cada psicólogo/a cuenta con su formación profesional y una particular forma de ser, su estilo personal, su forma personal de trabajar. Al recibir a un niño, que también tiene su propia forma de ser, se establecerá entre los dos un *encuentro especial*. Por medio del juego ambos irán transitando un camino que, de la mano del trabajo que irán haciendo los padres, llevará luego de un tiempo de trabajo terapéutico a la deseada mejoría del niño, eje fundamental de nuestro trabajo.



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

Dr. Carlos Luzzani

Médico Pediatra

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS "PEDRO DE ELIZALDE"



El pasado mes de agosto de 2012 la Cámara de Diputados de la Nación Argentina aprobó una resolución (Expediente 5294-D-12) para rendir homenaje al Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, el hospital de niños más antiguo de América, a 233 años de su fundación.

De los fundamentos de la resolución extraemos: *"Durante cuatro siglos acompañó a cada paso el desarrollo de nuestra Nación. En su imprenta se imprimió nuestra declaración de independencia. Médicos que trabajaron allí acompañaron los ejércitos libertadores. Su pertenencia varió al compás de la organización nacional y así fue secuencialmente virreinal, provincial, nacional y municipal, sin descuidar nunca su dedicación a la infancia.*

También acompañó el desarrollo de la medicina dedicada a los niños y su cuerpo médico incluyó a los fundadores de la pediatría argentina. No en vano se cuentan entre sus profesionales 14 académicos de pediatría, 7 de los fundadores de la Sociedad Argentina de Pediatría y 12 de sus 40 presidentes.

También en esta venerable institución se inició en nuestro país en 1853 la enseñanza de la medicina infantil, tradición que continúa hasta el

día de hoy. Los dos primeros profesores de pediatría dirigieron la institución.

Siempre se dedicó a los más necesitados, sin importar su origen. Primero fueron los abandonados, luego los hijos de inmigrantes (en 1900 el 82% de sus pacientes tenían ese origen) y actualmente la mayoría de sus pacientes provienen de fuera de su jurisdicción. Aún en los momentos de mayor temor, este espíritu solidario prevaleció, siendo en 1987 el único hospital que aceptó al primer niño recién nacido con SIDA. Su larga trayectoria, sus logros científicos y académicos y su abnegada y desinteresada dedicación a la niñez justifican rendirle un emocionado homenaje a esta verdadera cuna de la pediatría argentina."

Historia

Para defender las Colonias Españolas del Atlántico Sur, Carlos III crea en 1776 el Virreinato del Río de La Plata, abre el puerto de Buenos Aires a la navegación directa con España y envía 9.000 soldados a la ciudad, apenas habitada por 28.000 personas. La presencia de tantos hombres en tránsito, habrá producido un significativo aumento de embarazos no deseados, con el consecuente abandono de numerosos recién nacidos.

En 1779 la ciudad tenía cerca de 40.000 habitantes, contando los pobladores de la campiña cercana. No había veredas ni alumbrado público, las calles eran de tierra, no existían escuelas ni hospitales en condiciones. El Virrey Juan José de Vértiz y Salcedo iluminó las calles, creó el Protomedicato, el Hospital de Hom-



Epígrafe original de foto: Los niños distróficos completan su cura al aire libre en brazos de sus nodrizas. Al fondo, el Pabellón de Primera Infancia.

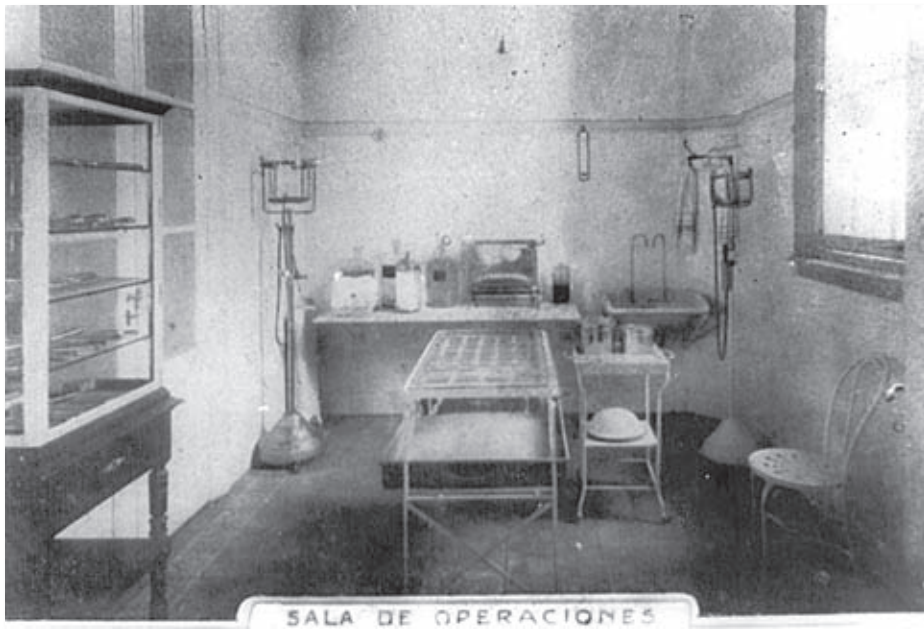
bres (en Humberto Primo y Balcarce), el Hospital de Mujeres (Esmeralda entre Rivadavia y Bartolomé Mitre) y en las actuales calles Perú y Alsina, en un edificio que había pertenecido a los desterrados Jesuitas y que estaba funcionando como arsenal de guerra, funda el Hospital y Casa de Niños Expósitos por iniciativa del Síndico procurador Marcos José Riglos. De este primer edificio quedan en pie dos salas que hoy se usan para el Mercado de las Luces, una galería de artesanías. El 14 de julio de 1779, exactamente 10 años antes de la Revolución Francesa, el Virrey Vértiz dispone la apertura de la Casa de Expósitos y el 7 de agosto de 1779 Martín de Sarratea, su primer Director, en la hoja inicial del libro de ingresos, anota a la primera expósita admitida, una negrita bautizada Feliciano Manuela, que fallece a los pocos días. Su nombre original se debía a que albergaba a niños abandonados, "expuestos", en las calles o en los umbrales de las iglesias, los cuales eran comúnmente atacados por los perros callejeros. Contaba con un torno de madera para recibirlos, manteniendo el anonimato de las madres. Este armazón giratorio funcionó hasta 1891.

Desde su fundación la Casa sufre penurias económicas, pese a que primero se le destinaron las rentas de locación de los inmuebles expropiados a los jesuitas y luego otros ingresos como las recaudaciones de una plaza de toros (erigida por un grupo de notables de la época para este fin), un porcentaje de lo recaudado por un corral de comedias y la recaudación de una imprenta propia. Esta imprenta, que habían dejado abandonada los Jesuitas en el Colegio Montserrat de Córdoba, tuvo gran importancia ya que, mane-

jada por los mismos niños, imprimió, entre otras cosas, catecismos, almanaques, gacetas, bandos oficiales, el Telégrafo Mercantil a partir de 1801 y La Gazeta de Buenos Aires en 1810. En ella se imprimieron las esquelas que invitaban al Cabildo Abierto del 22 de mayo de 1810, los bandos y proclamas elaboradas a raíz de la Reconquista y Defensa de Buenos Aires frente a los ingleses y las de los primeros Gobiernos Patrios.

Pero la mala organización y administración se sumaron, hasta que el 21 de febrero de 1784 la Hermandad de la Santa Caridad se hace cargo de su dirección y vende el primitivo local mudando la Casa a otro edificio, en Moreno y Balcarce, más discreto, para "alejar de miradas inoportunas" el torno en que se abandonaba a los niños. Éste era un edificio colonial de una planta que se hallaba ubicado detrás del Convento de San Francisco, predio que hoy ocupa el Museo Etnográfico. En 1786 ya hay 150 niños en la Casa. Se imprime material de educación con consejos sobre lactancia y crianza y se establece un reglamento general de funcionamiento.

En 1817 se designa como administrador al canónigo Saturnino Segurola (introducido, en 1805, de la vacuna antivariólica en el Río de la Plata), quien insiste en la importancia de contar con un profesional médico que asista a los expósitos, una botica que los provea de las medicinas necesarias y una sala especial para los niños enfermos. En 1817 se nombra médico de la Casa al Dr. Juan de Dios Madera, que como practicante se había destacado en el cuidado de los heridos durante las Invasiones Inglesas. Fue el primer cirujano militar del Ejército Patrio, fundador de la Cátedra de Materia Médica y Terapéutica de la



colocó al Gobierno de Buenos Aires en una grave crisis financiera. El Gobernador Rosas, dejó entonces sin presupuesto público a todas las instituciones dedicadas a la salud y a la educación, ordenando que Casa Cuna no admitiera nuevos expósitos y distribuyera a los existentes entre las personas que tuviesen la caridad de recibirlos. La mortalidad promedio de los expósitos desde 1779 a 1838 se estima en un 40%.

Escuela de Medicina. En 1818 Madera es reemplazado por Cosme Argerich (también ex-cirujano de los Ejércitos Patrios y futuro profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Buenos Aires) lo que origina un pleito entre ambos y con la institución que dura más de dos años. Posteriormente, Madera y Argerich fueron miembros fundadores de la Academia Nacional de Medicina.

A partir de 1820, Rivadavia, ministro del Gobernador Martín Rodríguez, disuelve la Hermandad de la Santa Caridad y organiza la Sociedad de Beneficencia. La Sociedad y el Gobierno, dispusieron que el director de la Casa fuese Narciso Martínez y su médico Pedro Rojas. El Gobierno garantizó pagos mensuales a 250 amas para que cuidasen niños en sus casas, criándolos a leche completa, media leche y despecho, según correspondiera, debiendo someterlos a examen médico mensual previo al pago de su salario. A partir de los 4 años se los da en guarda o como criados o continúan con sus amas externas. Sólo los que no pueden ser colocados permanecen en la Casa; ya figuran en su plantel empleados que han sido expósitos, tradición que se mantuvo hasta 1990. Estas personas llegadas como expósitos y luego incorporadas como empleadas, siempre se distinguieron por su conmovedora dedicación sin límites a la Casa y a sus enfermitos.

Casa Cuna continuó con similares características, hasta que en 1838 el bloqueo anglo-francés

Recién en 1852, con la caída de Rosas, por decreto de Vicente López y Valentín Alsina, se restablece la Sociedad de Beneficencia, ahora presidida por la ya anciana Mariquita Sánchez. La Sociedad rehabilitó la Casa de Expósitos. Según el Ministro de Gobierno, Bartolomé Mitre, la reapertura fue el más bello monumento de la caridad pública. Si bien las damas se reservaron el papel de Inspectoras y las decisiones más importantes, pusieron ininterrumpidamente como directores a prestigiosos pediatras, entre ellos a futuros profesores de la materia en la Universidad de Buenos Aires.

Desde 1855 fue director Manuel Blancas, nacido en Jerez de la Frontera, España, quien posteriormente creó la Cátedra de Enfermedades de los Niños y su Clínica Respectiva, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, por lo que se lo considera fundador de la enseñanza de Pediatría en la Argentina. Hizo el primer diagnóstico de difteria en el país en 1856.

En el Reglamento de 1855, se establece que los médicos de la Casa de Expósitos deben curar a los enfermos, registrando sus malestares, cuidar a los internos sanos, vacunar y visitar a los expósitos externos, vigilar el estado de salud de las amas y atender el botiquín, exigiéndoles que coloquen en aislamiento a los que padezcan coqueluche, sarampión, garrotillo y sífilis. Indudablemente Casa Cuna era ya entonces un centro médico integral para los expósitos y sus amas.

En 1859 se dispone que las Hermanas del Huer-

to colaboren con la Sociedad en el control de las amas y en la administración, permaneciendo más de 120 años.

En 1873 se trasladó a la actual calle Montes de Oca, en un terreno ubicado en lo alto de la "Baranca de Santa Lucía" siendo sus directores, a partir de ese período, los Dres. Juan A. Argerich, Juan M. Bosch y Ángel Centeno. El 24 de marzo de 1874 se inauguró la primera capilla en su nuevo emplazamiento. El pabellón San Camilo, es de aquella época. Cuando Casa Cuna se instaló en el barrio, varios hechos lo estaban modificando: en 1865 se tendió el Ferrocarril Sud, desde la vieja Plaza de Carretas (hoy Plaza Constitución), dividiendo parcialmente al barrio.

Entonces las principales patologías en Casa Cuna, eran las enfermedades eruptivas, tos convulsa, difteria, sífilis, tétanos, (que provocó el 26% de la mortalidad infantil en la Casa, entre 1873 a 1877), las tiñas, las oftalmías purulentas, la gastroenteritis, el escorbuto, el raquitismo y la desnutrición global (atrepsia). La distancia entre los pabellones daba cierto aislamiento empíricamente necesario para evitar las epidemias intrahospitalarias. La provisión de sustitutos confiables de la leche humana, cuando las nodrizas no eran suficientes, creaba problemas de difícil solución. Se usaron leche de vaca, yegua, burra y cabra, pero hasta comprender la manera de esterilizarla, poco se podía hacer para conservarla, habiéndose intentado hasta colocar los bebés directamente en las ubres de cabras amaestradas al efecto.

En 1900, es designado director Ángel Centeno. Por donaciones de familias, cuyo nombre llevan, se levantaron los pabellones Millán y Ayerza. En 1901, el presidente Roca cede un edificio en la calle Vieytes, que luego sería el Instituto Riglos y el Hotel de Inmigrantes de Mercedes, provincia de Buenos Aires, rebautizado como Hogar Martín Rodríguez, para alojar a los expósitos sanos que no eran colocados en domicilios de las amas, para descongestionar la superpoblada Casa Cuna. El presidente Roca firma, en 1904, el Reglamento para la Colocación y Trato de Expósitos en Poder de Familias. Todas estas disposiciones son iniciativas de Centeno, preocupado por mantener el vínculo entre los niños y las madres que trabajan, las que están detenidas y las carentes de recursos básicos, por lo que se lo considera el creador de la Pediatría Social Argentina y pionero del reconocimiento de los Derechos del

Niño. También organizó los consultorios externos para atender a niños que vivían con sus familias, aunque ya desde 1820 se atendía a los hijos y criados de las cuidadoras externas. Construyó el Gabinete de Rayos X, donde, antes que terminara el siglo XIX se tomó la primera radiografía de un niño en Buenos Aires. Consiguió que la Sala de Cirugía quedase a cargo del reconocido y aún joven profesor de Clínica Operatoria de la UBA, Alejandro Posadas, maestro de Arce, Chutro, los Finochietto, Roccatagliatta, Sussini, y de su sucesor en Casa Cuna, José M. Jorge.

En ese tiempo tenía la Casa 416 camas para expósitos, 114 para amas de leche y 30 para el personal y las religiosas. El plantel estaba constituido por: 14 médicos, 8 practicantes, 10 enfermeras, 18 hermanas de Caridad, 100 amas de leche internas y 800 amas externas. Cinco médicos inspectores realizaban unas 12 mil visitas anuales a los hogares sustitutos, para controlar el crecimiento, desarrollo e integración familiar y social de los expósitos. Los registros antropométricos de 223 niños de la Casa, evaluados en 1906, superaban los promedios de las tablas entonces en vigencia.

En 1890 llegó su más renombrado expósito, bautizado con los nombres de Benito Martín y adoptado 6 años después por la familia Chinchella. Cuando comenzó su carrera de pintor modificó su nombre a Benito Quinquela Martín. Usó buena parte de su fortuna para construir y donar el Lactario, el Hospital Odontológico Infantil de La Boca, el Jardín de Infantes, la Escuela de la Vuelta de Rocha y la de Artes Gráficas de La Boca, el Teatro de la Ribera, en agradecimiento a los años pasados en Casa Cuna.

En 1906, Centeno es nombrado Profesor Titular de Enfermedades de los Niños de la UBA, en reemplazo del ya octogenario Manuel Blancas, continuando así la Cátedra durante sus primeros 37 años y hasta la jubilación de Centeno, en manos de directores de la Casa Cuna.

En 1903 ingresa el recién graduado Pedro de Elizalde quien posteriormente normalizó la recepción de leche, organizó la Escuela de madres, vigiló la salud de las "dadoras de leche" y organizó el servicio Médico-Social. Elizalde creó la Escuela de Enfermeras profesionalizando la enfermería del Hospital y consiguió que su título fuera reconocido por la Facultad de Medicina. En 1905, en reconocimiento a su capacidad asistencial, la Casa pasa a llamarse oficialmente

Hospital de Niños Expósitos, nombre que cambia en 1920 por el de Casa Cuna. En 1913 la Sociedad le da la esquina de las actuales Caseros y Tacuarí. Contaba entonces con 450 camas.

En 1911 se funda la principal institución científica de la Pediatría Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría. Entre sus 53 socios fundadores se encuentran 7 prestigiosos médicos de Casa Cuna: Centeno (elegido presidente), Elizalde, Madrid Páez, Cranwell, Sires, Vacarezza y Jorge. La Sala de Incubadoras que Elizalde montó, fue reconocida en 1914 como la más importante de Sudamérica. Incorporó la carpa de oxígeno y la nebulización medicamentosa, como tratamiento habitual en Pediatría. En 1915, se dispone de consultorios especiales para atender a la población infantil de la zona sur de la Capital, adaptando nuevamente el Hospital a las necesidades de la comunidad. En 1935, los consultorios externos de las 8 subespecialidades pediátricas establecidas, atendieron 125.000 consultas. En 1936 es designado director del hospital el Dr. Pedro de Elizalde, quien enriquece la actividad científica del mismo con la aparición de la Revista Infancia y la instalación de la Cátedra de Pediatría. En esa época se inventa en Casa Cuna el sistema de identificación de recién nacidos actualmente en vigencia.

La obra fundamental de Elizalde fue la de enseñar con su palabra, su ejemplo y sus disposiciones organizativas, el respeto y comprensión que merecen y necesitan el niño y su familia; el papel del médico como forjador de armonías, para conservar y recuperar la salud; la importancia de la preparación y desempeño de los servicios de enfermería, mucamas, personal administrativo y de maestranza en el cuidado de los niños; la necesidad de mantenerse actualizados en todos los descubrimientos médicos y del cuidado crítico y prudente para aplicarlos en la pediatría práctica. La introducción de los primeros quimioterápicos y antibióticos en Pediatría, tuvo a Elizalde como entusiasta experimentador. Más de 100 trabajos científicos demuestran su interés en la investigación.

En 1944 se jubila Elizalde y, por única vez en su larga historia, la Sociedad de Beneficencia lo nombra Director Honorario. Continuó concurrendo regularmente al Hospital, hasta cuatro días antes de su muerte, ocurrida en enero de 1949, próximo a cumplir los 70 años de edad. En 1952, luego de la muerte de Evita, el Hospital

pasa a llamarse Casa Cuna Eva Perón; en 1955, derrocado Perón, recupera el nombre de Casa Cuna, y pasa a depender del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

En el verano y otoño de 1956, la terrible epidemia de poliomieltis moviliza al personal del Hospital, que improvisa salas de internación, aumenta voluntariamente sus horas de trabajo y organiza sistemas de guardias ad honorem. El Profesor Raúl P. Beranger, Director Interino de la Casa en 1956, exigió y obtuvo del Gobierno Nacional, los pulmotores imprescindibles para tratar a estos pacientes.

En 1961 se le impone el actual nombre de Hospital "Dr. Pedro de Elizalde". En 1963, el Hospital pasa al ámbito municipal. En 1964, es el primer Hospital Público de la Ciudad que tiene toda su guardia clínica y quirúrgica, integrada por profesionales; hasta entonces las guardias hospitalarias tenían un solo profesional, el médico interno, siendo los demás integrantes, el mayor, el menor y los externos, simples estudiantes de Medicina: los practicantes y en 1967 se incorpora el Plan de Residencias Hospitalarias. Durante la década de 1970, funcionó en el Hospital la Fundación Laboratorio de Investigaciones Pediátricas, FLIP, en la que investigadores del CONICET, desarrollaron sus actividades. Desde 1975 se aceptan becarios extranjeros que perfeccionándose en la Casa, llevan a sus países el espíritu del Elizalde.

En diferentes ocasiones, por imperio de las tribulaciones económicas y las erráticas políticas sanitarias estuvo a punto de ser desactivado. Sin embargo el hospital persistió, consolidándose como una institución médica de reconocido prestigio asistencial, manteniendo su abnegada y silenciosa tarea al servicio de los pacientes más carenciados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Croce PA. Historia de la Casa Cuna".
- Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del Hospital P. de Elizalde.
- Página web del Hospital: www.elizalde.gov.ar

FUENTES:

1. Echeverría E. Casa Cuna: su historia en la Historia.
2. Arana AM. La beneficencia de Buenos Aires.
3. Sosa B. Historia de la Casa de Expósitos. Gineconet.com



BECAS DE PERFECCIONAMIENTO

Los siguientes son resúmenes de trabajos realizados con becas de perfeccionamiento otorgadas por la Sociedad Argentina de Pediatría, durante el año 2011.

Los Editores

Influencia de los malos hábitos de sueño en la calidad de vida del niño y su familia

Dras. Romina A. Valerio* y Gladys M. Convertini**

Hospital Nacional Prof. A. Posadas.
El Palomar, Provincia de Buenos Aires.

* Médica Pediatra. Fellow Pediatría Ambulatoria.
Beca de Perfeccionamiento de la SAP.

** Médica Pediatra, a cargo del Sector Salud Infantil, Servicio de Pediatría. Directora de Beca.

Introducción

El sueño es uno de los procesos fisiológicos más importantes en la vida del niño. Involucra no sólo la maduración del sistema nervioso central, sino la adaptación del niño a su familia y la influencia del medio ambiente en su desarrollo. A medida que el niño crece y se desarrolla, el sueño va madurando hasta lograr el del adulto.

Entre los 3-5 meses se establece el ritmo circadiano (sueño-vigilia), por eso, es función principal de los padres sostener medidas que no lo perturben, a fin de evitar problemas difíciles de modificar cuanto más grande es el niño.^{1,2}

Los problemas del sueño son motivos frecuentes de consulta pediátrica¹⁻⁵. Es necesario detectar hábitos poco saludables, como el colecho, para poder intervenir oportunamente y evitar consecuencias negativas tanto para el niño como para su familia.¹⁻⁶

Objetivos

- 1) Observar los hábitos de sueño en niños sanos de 2 meses a 6 años.
- 2) Detectar malos hábitos del sueño y la influencia de los mismos en la calidad de vida del niño y su familia.
- 3) Implementar medidas higiénico-dietéticas para lograr un sueño saludable.
- 4) Transmitir a los padres (cuidadores primarios) y al equipo de salud información acerca del sueño infantil y hábitos de sueño saludable.

Materiales y métodos

Tipo de diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

1ª parte: análisis general:

Los menores de 2 años con hábitos de sueño poco saludable fueron evaluados en una segunda oportunidad para evidenciar modificaciones. Diseño de tipo longitudinal.

2ª parte: seguimiento

Lugar: Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Servicio de Pediatría. Sector Salud Infantil. El Palomar, Provincia de Buenos Aires.

Población: Se investigaron los hábitos de sueño de 174 niños entre 2 meses y 6 años de edad, que acudieron al sector para realizar un control de salud, durante los meses de Junio a Diciembre de 2011.

Criterios de inclusión: Niños nacidos a término, sin antecedentes perinatales de importancia, que concurren sanos a la consulta. (Se consideró "niño sano" a todo aquel que presentó un crecimiento y desarrollo acordes a su edad cronológica y sin enfermedad aguda en los 10 días previos a la consulta).

Se excluyeron: mayores de 6 años, prematuros, con patologías de base, o que escapan a la consideración mencionada de "niño sano".

Metodología: Se realizó una encuesta al adulto acompañante⁷. Se recabaron datos sobre hábitos de sueño y factores socio-ambientales. Al detectarse hábitos de sueño poco saludables se realizó intervención, y se otorgó a los padres material informativo confeccionado para tal fin.

Variables^{1,2} analizadas y grupos:

- Edad: (G1): 2 a 6 meses y 29 días. (G2): 7 a 12 meses y 29 días. (G3): 13 meses-18 meses y 29 días. (G4): 19 meses a 2 años, 11 meses y 29 días. (G5): 3 a 6 años.
- Sexo.
- Tiempo requerido para dormirse: mayor o menor de 30 minutos.

- Rutina de sueño establecida: normas que los adultos podemos enseñar a un niño para que configure correctamente el hábito de dormir.
- Concilia el sueño solo: posibilidad del niño de dormirse solo una vez que se lo colocó despierto en su cuna.
- Objeto transicional: uso de algún objeto como osito, chupete, etc., que ayude al niño a dormir o lo acompañe para conciliar el sueño⁸.
- Despertar nocturno: episodio de despertar durante la noche que ocurre por lo menos cinco noches por semana y que requiere intervención parental.

Se definieron 3 grupos:

G1: duerme toda la noche: si duerme sin despertarse por lo menos de 0 a 5 AM. ("settling").^{1,2}

G2: se despierta una vez por noche.

G3: dos o más despertares nocturnos.

- Presencia o no de alimentación nocturna: principalmente el amamantamiento nocturno.
- Cohabitación: compartir la habitación con los padres.
- Colecho: dormir en la cama con los padres u otro adulto 3 veces por semana o más como hábito usual en el último mes.^{1,2,9} En el caso de presentar colecho se investigó la causa del mismo: despertares frecuentes; temor o deseo materno; presión familiar; falta de espacio; otras causas tales como temor o enfermedad del niño.
- Siesta: tiempo de sueño destinado para descansar durante el día.
- Presencia de TV encendida en el dormitorio a la hora de dormir.
- Uso de videojuegos en la hora previa al dormir.
- Institucionalización (Escolarización): asistencia del niño en forma regular a Guardería o Jardín maternal, Jardín de infantes o Pre-escolar.
- Ausentismo escolar en caso de estar institucionalizados.
- Hijo único. En caso de **no** ser hijo único, si existió colecho con sus otros hijos o no.
- Trabajo o estudio de la madre fuera del hogar.
- Padre con trabajo estable.
- Edad de la madre y edad del padre.
- Hacinamiento: presencia de más de 2 personas por cuarto (INDEC).
- Descontento parental: referencia de disconfort por parte de los padres en referencia a la conducta de sueño de su hijo.
- Escolaridad de los padres.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el programa Epi Info 3.4.3 (versión Noviembre del 2007. OMS). Se utilizó la prueba del Chi² de Mantel-Haenszel. Se consideró valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Primera etapa: de un total de 174 niños encuestados, 90 (51,7%) eran mujeres. Según la edad, la distribución para cada grupo fue la siguiente: G1: 35,6%; G2: 18,4%; G3: 20,1%; G4: 14,9%, G5: 10,9%. Tardan en dormirse > 30 min: 22,4%. Dormían toda la noche el 42% de los encuestados: 21% (G1); 18,8% (G2); 51,4% (G3), 69,2% (G4) y 94,7% (G5). La prevalencia de colecho fue del 43,9%. Éste se relacionó de manera significativa con la alimentación nocturna (amamantamiento), y el hacinamiento. El grupo etario G1 tuvo mayor prevalencia de alimentación nocturna (75,8%), y junto con el G2 de colecho. La principal causa de colecho fue el deseo materno. La prevalencia de cohabitación fue del 86,8%, correspondiendo el 40% al G1. La presencia de despertares nocturnos se relacionó en forma significativa con el número de siestas. El disconfort de los padres se relacionó significativamente con la presencia de colecho, alimentación nocturna, tiempo que tardan en conciliar el sueño, y con la presencia de despertares nocturnos.

Segunda etapa: se re-encuestaron 88 niños menores de 2 años con hábitos de sueño poco saludables. La mayoría fueron niñas. Se lograron modificaciones en gran porcentaje, en la mayoría de los hábitos como el colecho, tiempo para conciliar el sueño, establecimiento de una rutina y presencia de despertares nocturnos. Entre las variables a destacar, el 65% presentaban alimentación nocturna, especialmente lactancia materna, y en su mayoría eran menores de 1 año. El 52% de ellos modificaron esta conducta. El 70% de los que no modificaron eran menores de 6 meses. Con respecto al colecho, pudo observarse que el 92% logró modificar este hábito. Dentro del grupo de niños que no revirtieron esta conducta, el impedimento fue la falta de espacio. Los hábitos poco saludables que menos fueron revertidos fueron la cohabitación y la presencia de amamantamiento nocturno, así como la capacidad de conciliar solos el sueño.

Conclusiones

La relación entre el sueño y calidad de vida es compleja¹³. Los hábitos de sueño se adquieren, se aprenden, y es función del equipo de salud acompañar al grupo familiar en las dificultades esperables del dormir según las etapas evolutivas, previniendo posibles dificultades. Para ello es necesario profundizar nuestra tarea preventiva en los controles de salud, incluyendo sistemáticamente la profilaxis de las perturbaciones del sueño como conducta anticipatoria, detectar tempranamente problemas relacionados con el sueño, además de capacitarse y recurrir a la interdisciplina. Mejorar la calidad del sueño redundará sin duda en una mejor calidad de vida para toda la familia.

Bibliografía

- Convertini G. El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. Mesa redonda. 34° Congreso Argentino de Pediatría. Córdoba, Octubre 2006.
- Convertini G, Tripodi M. Hábitos de sueño en menores de 2 años. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(2):122-128.
- Convertini G, Krupitzky S, Tripodi MR, Carusso L. Trastornos del sueño en niños sanos. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(2):99-105.
- Mazzola M. Sueño: perturbaciones más frecuentes en la infancia y la adolescencia. *PRONAP* 2010; 3(2):30-46.
- Pall Ramchandani, Luci Wiggs, Vicky Webb, Gregory Stores. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320:209-13.
- Estivill E. Duérmete niño. 12 años de experiencia. Revisión crítica. *An Esp Pediatr* 2002;56:35-39.
- Sadeh A. A Brief Screening Questionnaire for Infant Sleep Problems: Validation and Findings for an Internet Simple. *Pediatrics* 2004;113:e570-e577.
- Winnicott D. Objetos transicionales y fenómenos transicionales. Realidad y Juego. 6ta ed. Colección: Psicoterapia mayor, Barcelona: Editorial Gedisa; 1996. Págs.17-45.
- De-Kun Li, Marian Willinger, Diana B Petitti, Roxana Odouli, Liyan Liu, Howard J Hoffman. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ* 2005. doi:10.1136/bmj.38671.640475.55.



MEDIDAS CAUTELARES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA INFANTIL (Resumen de las Jornadas de Avellaneda)

Dra. Verónica Polverini

Abogada.

Secretaria y Defensora *ad-hoc* de la Defensoría Pública de Menores e Incapaces N° 2 de la Capital Federal.

Profesora de Derecho de Familia de la U.B.A y de la U.C.A.

Profesora de Filosofía del Derecho de la U.C.A.

¿Qué es una medida cautelar?

Es una medida excepcional que se toma ante la inminencia de riesgo, la verosimilitud de la situación y el peligro que existe en demorar la decisión.

En esta materia existe una tensión entre principios y valores jurídicos en cierto modo contrapuestos, pues por un lado es fundamental el derecho a la

defensa en juicio (art. 8.1 del Pacto de San José de Costa Rica), y por otro, la necesidad de proteger con urgencia a las presuntas víctimas.

La garantía de debido proceso, que implica la escucha de todas las partes antes de resolver judicialmente, cede cuando la entidad del riesgo genera un deber mayor, que es la defensa de niños y adolescentes.

¿Cuándo debe fortalecerse a la familia y cuándo hay que actuar cautelarmente separando a los niños de ella?

Las normas fundamentales son los artículos 9 y 20 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Basándose en ellos, la Ley N° 26061 establece medidas de protección integral –que tienden a fortalecer los vínculos familiares– y medidas excepcionales –que implican la separación del niño del medio familiar–. Para esto último, es necesaria la orden judicial o el proceso administrativo con inmediato control de legalidad por parte de un juez. También es necesaria la intervención judicial para medidas de restricción de contacto o comunicación.

En todos los casos debe ponderarse la gravedad de los hechos constatados y el llamado peligro en la demora.

¿Cómo se comienza a actuar?

El sistema puede comenzar a actuar por presentación espontánea del propio niño (más frecuentemente de adolescentes), de un miembro de la familia o un vecino que tomó conocimiento de la situación, y también por programas de intervención social, que comunican los hechos de gravedad. Las fuentes principales son las de aquellos profesionales que habitualmente trabajan en contacto con los niños (el médico, la maestra, el terapeuta, etc.).

Ética y normativamente el deber de proteger a un niño está por sobre el secreto profesional.

En efecto, el artículo 30 de la Ley N° 26061, establece que “Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de 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”.

Como correlato de este deber profesional de comunicar, **existe el deber de los funcionarios públicos de recibir la denuncia** (art. 31).

¿Cuál es el marco jurídico en que se toman las medidas cautelares?

Es el formado por las normas de jerarquía constitucional y las nacionales dictadas en su con-

secuencia. Entre las primeras, la mayor parte de los tratados internacionales, además de la Convención sobre los Derechos del Niño, incluyen el deber de los Estados de brindar protección especial a los niños (Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Pacto de San José de Costa Rica).

La Convención sobre los Derechos del Niño, que es directamente operativa, en el artículo 19 establece el primer nivel de intervención, sin llegar a la adopción de medidas cautelares, cuando exige la adopción de “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual...”. Pero los artículos 9 y 20, ya citados, permiten la medida de separación del medio familiar, cuando así lo exige el interés superior del niño.

A nivel nacional, el artículo 40 de la Ley N° 26061, regula la adopción de las llamadas medidas excepcionales de separación de un niño de su familia. Allí se dice que “sólo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el artículo 33”, es decir las de protección integral.

Evidentemente, esto no puede suponer un obstáculo para el dictado de medidas cautelares urgentes. Hay casos que no pueden aguardar la adopción de medidas administrativas, por lo que existen fallos que han declarado la inconstitucionalidad de la norma. Pensemos, por ejemplo, en el supuesto de delitos contra la integridad sexual cuando el agresor convive con la víctima.

Cuando la vida o la salud integral de un niño se encuentra en riesgo, es legítima la adopción inmediata de medidas cautelares, que podrán ser revisadas a posteriori con respeto al debido proceso y amplitud de prueba. La intervención jurisdiccional a modo cautelar, entonces, es el medio más idóneo para garantizar la tutela judicial efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes.



1) CASOS DE SARAMPIÓN EN EE. UU.: AUMENTARON CUATRO VECES EN 2011

Según el CDC aumentan bruscamente los casos de sarampión en EE.UU. Los 222 casos y 17 brotes vistos en 2011, son casi cuatro veces la mediana de 60 casos y cuatro brotes por año vistos la década pasada. Un tercio de los pacientes fue hospitalizado. La oleada es en gran parte debido a la gente que no ha sido vacunada contra sarampión, paperas y rubéola, dice el CDC. Un porcentaje significativo de esta gente son niños y adolescentes cuyos padres los eximieron de exigencias de vacunación. “La gente no vacunada pone a ellos y a otros en peligro; en particular a infantes demasiado jóvenes para ser vacunados, quienes pueden tener las complicaciones más severas” dijo la Dra. *Ana Schuchat*, directora del Centro Nacional del CDC para la Inmunización y Enfermedades Respiratorias.

El sarampión hace reaparición europea

El rechazo de la vacuna es más común en Europa que en EE.UU. El resultado: más de 37.000 casos de sarampión en Europa el año pasado. Cinco países representan el 90% de los casos: Francia, Italia, Rumania, España, y Alemania. Nueve de 10 casos de sarampión en EE.UU., podría deberse a estadounidenses que fueron infectados en un país extranjero o a visitantes extranjeros a EE.UU. Muchos de estos viajeros importaron el sarampión de Europa. Gracias a altas tasas de vacunación en los años 90, los EE.UU. eliminaron la transmisión de sarampión durante todo el año 2000. Pero actualmente existe una amenaza de aquel logro.

Schuchat indicó que en Francia se registraban aproximadamente 40 casos de sarampión por año. De repente pasaron a 604 casos en 2008, más de 5.000 casos en 2010 y más de 15.000 en 2011. “Por lo tanto se ve que se puede ir de un pequeño número a un número muy grande de

casos de sarampión muy rápidamente” advirtió Schuchat. Por suerte, no hubo ninguna muerte por sarampión en EE.UU. en 2011, aunque existió el caso de un niño en cuidados intensivos, muy grave. Antes que comenzara la aplicación de la vacuna de sarampión en 1957, había de una a tres muertes por cada 1.000 casos. Por todo el mundo, el sarampión mata a 164.000 personas por año.

Mientras la tasa de vacunación contra el sarampión en EE.UU. permanezca alta, los niños no vacunados estarán en equilibrio con el virus. Y esto es en todas estas las enfermedades sumamente contagiosas, aerotransportadas. “Usted puede contagiarse sarampión solamente por estar en un espacio en el cual permaneció una persona infectada, incluso si esta persona ha dejado el espacio” dijo Schuchat. “Y usted puede contagiarse de otra persona, antes de que esta persona tenga síntomas”. Es demasiado pronto para saber si los casos de sarampión seguirán aumentando en 2012. Hasta ahora hubo 27 casos y dos brotes.

De Noon DJ; senior medical writer de WebMD. Morbidity and Mortality Weekly Report; 20 de abril de 2012.

2) LA EFICACIA DE LA INMUNOGLOBULINA MÁS PREDNISOLONA PARA LA PREVENCIÓN DE ANOMALÍAS SEVERAS DE ARTERIAS CORONARIAS EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI: UN ESTUDIO ALEATORIZADO, ABIERTO, CIEGO Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DE PRUEBA

La evidencia indica que la terapia con corticosteroides podrían ser beneficiosos para el tratamiento primario de la enfermedad de Kawasaki. Se evaluó si la adición de prednisolona a la inmunoglobulina intravenosa con aspirina po-

dría reducir la incidencia de anomalías en las arterias coronarias en pacientes con severa enfermedad de Kawasaki.

Método: Hicimos un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, abierto, ciego y criterios de valoración de prueba en 74 hospitales en Japón entre el 29 de septiembre 2008 y 02 de diciembre 2010. Los pacientes con severa enfermedad de Kawasaki se asignaron al azar mediante un método de reducción al mínimo, para recibir inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg durante 24 horas y aspirina a 30 mg/kg por día) o inmunoglobulina intravenosa más prednisolona (el mismo régimen de inmunoglobulina intravenosa en el grupo de la inmunoglobulina intravenosa más prednisolona 2 mg/kg por día, administrada durante 15 días, después de las concentraciones de proteína C-reactiva normalizado). Los pacientes y los médicos fueron desmascarados a la asignación de grupo.

El punto final primario fue la incidencia de anomalías en las arterias coronarias durante el período de estudio. El análisis fue por intención de tratar. Este ensayo se ha registrado en la Red de Información Médica del Hospital Universitario de los ensayos clínicos de registro, número de UMIN000000940.

Resultados: Asignamos aleatoriamente a 125 pacientes la inmunoglobulina intravenosa más prednisolona y 123 al grupo de inmunoglobulina intravenosa. La incidencia de anomalías

en las arterias coronarias era significativamente menor en el grupo de la inmunoglobulina intravenosa más prednisolona que en el grupo con inmunoglobulina intravenosa durante el período de estudio (cuatro pacientes [3%] frente a 28 pacientes [23%]; diferencia de riesgo 0,20, IC del 95%: 0 · 12-0 · 28, $p < 0,0001$). Los acontecimientos adversos graves fueron similares entre ambos grupos: dos pacientes tenía el colesterol total elevado y una neutropenia en el grupo de la inmunoglobulina intravenosa más prednisolona, y uno tenía el colesterol total elevado y otros trombos no oclusivos en el grupo de la inmunoglobulina intravenosa.

Interpretación: La adición de prednisolona para el tratamiento estándar de la inmunoglobulina intravenosa mejora los resultados de las arterias coronarias en pacientes con severa enfermedad de Kawasaki en Japón. El estudio adicional de tratamiento intensificado principal de esta enfermedad en una población étnicamente mixta se justifica.

Financiamiento: Ministerio japonés de Salud, Trabajo y Bienestar Social.

Kobayashi T., Prof. Saji T., Otani T., Prof. Takeuchi K., Nakamura, T., Prof. Arakawa H., Kato T., Prof. Hara T., Prof. Hamaoka K., Prof. Ogawa S., Miura M., Nomura Y., Prof. Ichida F., Seki M., Fukazawa R., Ogawa Ch., Furuno K., Tokunaga H., Takatsuki S., Hara S., Prof. Morikawa A.; The Lancet, 28-11-2012; 379(9826):1613-20.

Adendum

“No comparto lo que dices, pero defenderé hasta la muerte tu derecho a decirlo”.

Montesquieu
(Charles Louis de Secondat,
Señor de la Brède y Barón de Montesquieu)
(1689-1755)



¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Respuesta correcta: C

Las presiones externas, factores psicológicos, aptitudes de crianza y vulnerabilidad del niño son factores de riesgo de maltrato infantil.

Presiones externas como la pobreza, vivienda precaria y familia numerosa pueden ser factores contribuyentes a la negligencia y al maltrato infantil pero es poco probable que una familia chica sea factor de riesgo de MI. Embarazos no deseados o no esperados, falta de buenos modelos en la historia de los padres por haber sufrido maltrato son factores que aumentan el riesgo.

La prematurez y las discapacidades en general son percibidas como indeseables y tienen mayor riesgo de maltrato infantil; lo mismo la drogadicción o el alcoholismo familiar.

La forma *más frecuente de maltrato infantil* es la negligencia, más allá de hematomas, fracturas, etc.

A excepción de la pobreza estructural, el resto de los factores de riesgo pueden acontecer en cualquier clase social pudiendo afectar al niño en muchos contextos.

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


Cassar

Vocación científica. Compromiso social.

AHORA
+ FÁCIL

HYPERSOL GOTAS

Cloruro de Sodio / Solución hipertónica

Gotas x 7,5 ml

La única solución para la coriza del lactante



Primer gotero estéril sin conservantes

Bomba Preservative Free que esteriliza el aire que ingresa al envase evitando la necesidad de agregar conservantes.



Innovador sistema de aplicación

Permite ajustar la dosis a cada paciente y evita el agregado de conservantes que dañan el epitelio respiratorio y deterioran el clearance mucociliar.



Activa el transporte mucociliar

- ✓ Resuelve eficazmente la obstrucción nasal.
- ✓ Acelera el transporte mucociliar en forma rápida y persistente.
- ✓ Reestablece las defensas naturales previniendo la sobreinfección bacteriana.
- ✓ Por ser estéril y sin conservantes, no presenta efectos tóxicos sobre las ciliadas.
- ✓ Es el coadyuvante ideal en el tratamiento de patologías inflamatorias e infecciosas de las vías aéreas superiores.

Cassará

Vocación científica. Compromiso social.