



# 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. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino /

Dr. Edgardo Flamenco /

Dra. Mariana Rodríguez Ponte /

Dr. Oscar Ruiz

#### Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dr. Fausto Ferolla / Dr. Alberto Libanio /

Dr. Silvia Redensky

#### Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dr. Carlos Luzzani /

Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /

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? ..... 4
- Actividades de la Región ..... 4
- Dolor abdominal recurrente ..... 5
- Hidrolavadoras ..... 8
- Historia del Hospital Garrahan .. 10
- Miedo y fobias en pediatría..... 13
- Entrevista a la  
Dra. Beatriz Burbinski ..... 14
- Jornadas sobre Violencia ..... 16
- Becas de Perfeccionamiento..... 17
- Boletín bibliográfico ..... 21

## EDITORIAL

### Licencia por maternidad en Argentina y en el mundo

**PROPUESTA:** Licencia de por lo menos 180 días postparto, pago total o parcial por ART o empleador o seguridad social.

¿Por qué países semejantes cultural y económicamente a nosotros pueden y nosotros no? (Tabla 1).

¿Por qué tenemos tan bajo cumplimiento de lactancia materna exclusiva (LME) en la Región Metropolitana y en el resto de la provincia de Buenos Aires?

Creo que el fracaso en el cumplimiento de la consigna LME 6 meses se debe a múltiples factores (educativos, culturales, sociales, laborales, etc.).

Lo que fracasa es el sistema, es el entorno, no solo la madre o el pediatra.

¿Es tan imperiosa la vuelta al trabajo precoz, antes de 6 meses?

¿La creación de zonas saludables para extracción de leche a madres que amamantan, mejoraría nuestros exiguos porcentajes?

Sabemos que la vuelta al trabajo prematura no es la única causa de deserción de LME, pero según mi opinión tiene un peso muy importante.

No solo por el aspecto nutricional, sino por todo lo extra (emocional, cultural, social) que agrega a la relación madre-hijo y a la maduración de ambos, es que se debería prolongar esta relación por lo menos 6 meses más.

Dos situaciones que acarrea la vuelta a la actividad laboral: dejar al niño más de 8 horas con alimentación materna alternativa o complementaria y falta de espacios saludables para hacerse la extracción de leche materna en el trabajo.

Es por eso que considero se debería legislar a favor del niño y la madre para lograr mejores cumplimientos de la pauta: "lactancia materna exclusiva 6 meses".

(Continúa en pág. 3)

# “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)

Hay diversos sistemas de financiación de la licencia en el mundo, desde 100% a cargo de la seguridad social, hasta compartir la carga con empleador o porcentajes menores de pago o no remunerada.

Como vemos hay muchas alternativas de financiamiento para elegir, pero lo importante es no olvidar el objetivo principal: la LME, el apego y la crianza óptima del niño.

Creo que la licencia mínima debería ser de 6 meses y optativo, con reducción del subsidio, por otros 6 meses más.

Puede haber un financiamiento mixto de la licencia entre seguridad social, ART, empleador y madre, cediendo un poco cada uno. No hay un perjuicio muy acentuado en cada sector y si hay UN GRAN BENEFICIO en el sector más importante: la madre y el niño.

Los 6 meses de licencia no solo redundarían en pro de la LME, sino en la crianza del niño a cargo de su madre, la mejor niñera o cuidadora, que puede tener.

Otro efecto beneficioso de la licencia por 6 meses a tener en cuenta es la no necesidad de los niños de concurrir a guarderías maternas, lo que produciría un descenso importante de las IRAB de los lactantes, con disminución de la morbimortalidad infantil y del gasto en salud pública.

Tomar esta decisión no está en manos de la pediatría, pero si podemos mantener esta bandera alta para que no salga de la vista de los decisores políticos, encargados de crear las leyes necesarias para su implementación.

Igualmente pienso que diferentes instituciones o sectores laborales pueden tomar esta conducta aunque no haya una ley nacional que los obligue, como ocurre por ejemplo en Tierra del Fuego, en el sector público.

En el Congreso está circulando un proyecto de aumentar la licencia post parto de 2 a 5 días para los padres, sin modificar los 90 días pre y post parto de las madres. ¡¡Que avance!!

Me pregunto: ¿Por qué tengo que cambiar una indicación exitosa, reconocida mundialmente y corroborada en los controles del niño, por otra de dudoso resultado?, ¿Cuándo cambiaría una indicación que constato exitosa por otra de resultado incierto?, ¿Por qué el sector salud, a nivel público y privado, no da el ejemplo para promover el cambio de la ley?

Espero no sea la LME un lema INCUMPLIDO, igual que lo fue en el siglo pasado “Salud para todos en el año 2000”.

**Tabla 1. Países con más de 6 meses de licencia**

País	Meses de licencia retribución	1° mitad retribución	2° mitad
Vietnam	4-6	100% (del sueldo)	
Albania	12	80%	50%
Bosnia	12	100%	50%
Herzegovina	12	100%	50%
Croacia	12	100%	suma fija
Montenegro	12	100%	
Serbia	12	100%	
Australia	12	no remunerada	
Bulgaria	7	90%	
República Checa	7	60%	
Hungría	6	70%	
Irlanda	4 + 4	80%	no remunerada
Noruega	9 a 11	100%	80%
Reino Unido	12	90%	no remunerada
Chile	6	100%	
Canadá	12	100%	

**Dr. Saúl Gleich**

Director Titular de la Región Metropolitana  
saulgleich@gmail.com



## ¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

La respuesta comentada la encontrará al final de la revista.

La sección está basada en los PREP (*Pediatrics Review and Education Program*).

**Dr. Leonardo Vázquez**

Cuando se ve por primera vez un niño y como parte del examen clínico lo mide, está viendo la distancia alcanzada en talla hasta ese momento. Lo que en realidad es importante es poder observar, por lo menos anualmente, la velocidad de crecimiento.

La tasa media de crecimiento del varón prepuberal (en cm/año) es de aproximadamente:

- a) 2.
- b) 5.
- c) 7.
- d) 9.
- e) 11.

(Ver respuesta en la página 23)



## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

### • **Estrategias Prácticas en Pediatría Ambulatoria - 17ª edición**

*“Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde”*

Av. Montes de Oca 40 - CABA - 3º Piso Pabellón Jockey Club

**Directoras:** Dra. Ángela Nakab y Dra. Miriam Bonadeo.

**Coordinadora:** Dra. Violeta Isabel Caputo.

**Fecha:** 11 de abril al 12 de diciembre de 2013.

**Modalidad:** Presencial, con Evaluación Final.

**Horario:** días jueves de 10 a 13.30 hs.

**Carga horaria:** 136 hs.

**Inscripción:** vicaputo@arnet.com.ar  
peraso@intramed.net

Este curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y otorga 15 créditos para recertificación.

**Sede:** Unidad de Consultorios Externos de Clínica Pediátrica - Hospital General de Niños “Pedro de Elizalde”.

### • **XXX Jornadas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y X Jornadas de Enfermería**

*“Desafíos en la atención interdisciplinaria ante los cambios sociales”*

**Fecha:** 16 al 18 de Octubre de 2013.

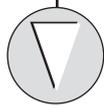
**Sede:** Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”. Gallo 1330. CABA.

**Organiza:** Asociación de Profesionales del HNRG.

**Informes:** Asociación de Profesionales del HNRG, Gallo 1330, CABA, telefax: 4961-4609.

**Mail:** jornadasgutierrez2013@gmail.com

**Fecha límite de presentación de resúmenes de trabajos libres: 31 de julio de 2013**



# DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

**Dra. Irene Dechiara**

Médica Pediatra UBA

Docente Adscripta Pediatría UBA

irene\_dechiara@yahoo.com

*“Doctor, a Fede le duele otra vez la panza...”*

Esto se escucha con asiduidad en los consultorios pediátricos.

El dolor abdominal recurrente (DAR) en niños y adolescentes es un síntoma común y un motivo de consulta médico frecuente (2-4%). Su abordaje y tratamiento constituye un particular desafío para el pediatra.<sup>4</sup>

De acuerdo a lo propuesto por Apley y Naish,<sup>1</sup> quienes realizaron un estudio sobre 1000 pacientes en 1957, el DAR se define como un dolor localizado en el abdomen, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad del paciente, que se presenta en tres o más oportunidades en los últimos tres meses, en niños mayores de 4 años, con intervalos libres de síntomas entre los episodios de dolor.

El DAR no constituye un diagnóstico en sí mismo sino que se trata de una descripción de síntomas<sup>5</sup> y, si bien la mayoría del DAR es de origen funcional, también puede ser de origen orgánico o somatomorfo (psicosomático).

Aproximadamente el 10% de los niños en edad escolar lo padecen y existe una relación niñas/niños de 1,5:1.<sup>4</sup>

El DAR es motivo de gran ansiedad y angustia en los niños y sus familias que, en general, asocian el dolor a diagnósticos graves, más aún cuando tras diversas consultas y estudios no se logra identificar una causa específica. Por ello es importante que el pediatra logre establecer una buena relación médico-paciente, entendiendo la preocupación de la familia y ganando su confianza para tranquilizar y abordar satisfactoriamente el estudio y tratamiento del niño.

## ¿QUÉ LO PROVOCA?

**Orgánico:** se pueden identificar causas fisiológicas, estructurales y/o bioquímicas dependiendo del diagnóstico específico.

*Causas más frecuentes de DAR orgánico:*<sup>3</sup>

### **Gastrointestinales:**

- Constipación.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Parasitosis intestinal.
- Intolerancia alimentaria.
- Epilepsia abdominal.

- Gastritis.
- Enfermedad hepatobiliar.
- RGE patológico.
- Infección por *H. pylori*.
- Enfermedad celíaca.
- Úlcera péptica.
- Pancreatitis crónica.
- Neoplasias.
- Malformaciones anatómicas.

### **Genitourinarias:**

- ITU.
- Litiasis renal.
- Obstrucción pélvico ureteral.

### **Ginecológicas:**

- Dismenorrea.
- Quiste ovárico.
- Endometriosis.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.

**Somatomorfo:** presenta trastornos psicológicos de base. En ocasiones se asocia a situaciones de abuso físico, psicológico y/o sexual.

**Funcional:** la fisiopatogenia no ha sido totalmente determinada. De acuerdo a diversos estudios, se acepta que la mayoría de los pacientes presentarían hipersensibilidad visceral, alteraciones de la motilidad intestinal y disminución del umbral de dolor en respuesta a cambios en la presión intraluminal que, sumado a factores biológicos, psicológicos y sociales, predisponen y perpetúan los episodios de dolor.<sup>3,4</sup> El DAR de origen funcional representa el 90% y se denomina dolor abdominal funcional (DAF).

En 1988 se realizó en Roma el “XIII Congreso Internacional de Gastroenterología”, en donde surgieron los primeros consensos para estudiar las enfermedades funcionales del tracto digestivo. El último se elaboró en 2006 y se conoce como “Criterios de Roma III”, ampliamente difundidos.

De acuerdo a estos criterios, el DAF puede clasificarse en 4 grupos, cada uno con diferente presentación clínica:

**1. Dispepsia funcional:** por lo menos una vez por semana durante dos meses se presenta pirosis,

regurgitación, hipo, saciedad precoz, eructos, epigastralgia.

**2. Síndrome de intestino irritable:** por lo menos una vez por semana durante dos meses se presenta alteración en la frecuencia evacuatoria y/o aspecto de la materia fecal, y mejoría con la defecación.

**3. Migraña abdominal:** dos o más veces en los últimos 12 meses se presenta dolor intenso paroxístico, en línea media, durante 1 hs o más, asociado a cefalea, anorexia, náuseas y vómitos, palidez, fotofobia, historia familiar de migraña, aura.

**4. Dolor abdominal funcional (DAF) y su variante "Síndrome de dolor abdominal funcional":** por lo menos una vez por semana durante dos meses se presenta dolor en diferentes partes del abdomen, no relacionado con eventos fisiológicos, no fingido, que alteran la vida cotidiana. El "síndrome" además presenta cefalea, dolor en miembros y dificultad para conciliar el sueño.

#### ¿Cómo se presenta el niño?

- Tres o más episodios de dolor en los últimos 3 meses.
- Dolor peri umbilical o epigástrico, tipo cólico
- Duración variable (minutos a varias horas).
- Asociado, a veces, a cefalea, palidez, náuseas, sudoración o palpitaciones.
- Aparición en diferentes horarios.
- No vinculado a actividad física, hábitos alimentarios, micción, defecación ni menstruación.
- Sin interrupción del sueño (aunque sí puede dificultarse su conciliación).
- Intervalos libres de síntomas entre episodios de dolor.
- Alteración de la actividad cotidiana del niño.

#### DURANTE LA CONSULTA...

Deben registrarse localización, carácter, intensidad, duración, horario de aparición, síntomas asociados, desencadenantes y atenuantes del dolor y cómo éste repercute en la vida del niño y su familia (alteración de rutinas, escolaridad, ausentismo laboral de los padres).

Es importante investigar el contexto: medio socioeconómico, antecedentes de DAR y otros síntomas de dolor recurrente (cefalea, migraña) en la familia, enfermedades psiquiátricas, enfermos crónicos, vínculo entre los padres.

Resulta útil la confección de un "diario de síntomas"<sup>2</sup> con los registros de los episodios y sus características, que facilita la recopilación de información para el pediatra y también ayuda a la familia a "objetivizar" el cuadro.

El examen físico debe incluir un examen completo,

medidas antropométricas, y exhaustiva exploración abdominal (detectar organomegalias, masas, meteorismo, ascitis, distensión, sitios de mayor dolor e irradiación del mismo).

En ocasiones se debe realizar tacto rectal en busca de fecalomas o presencia de sangre y revisar área genital y mucosa anorrectal.

Observar el comportamiento y el vínculo del niño con su familia, durante la consulta y en la sala de espera puede ser muy útil para identificar problemas de relación.

#### BANDERAS ROJAS

De la historia clínica pueden surgir datos de alarma que sugieran DAR de origen orgánico o somatomorfo "banderas rojas" que determinaran la necesidad de solicitar estudios complementarios, realizar interconsultas con gastroenterólogos y/o equipo de salud mental, y de implementar tratamientos específicos.

#### Signos alarma de enfermedad orgánica<sup>5,8</sup>

- Dolor localizado lejos de la zona periumbilical.
- Dolor que se irradia a miembros y/o espalda.
- Dolor en cuadrante superior izquierdo o derecho.
- Alteración (consistencia/ritmo) en las deposiciones.
- Sangre en materia fecal.
- Náuseas y vómitos.
- Fiebre.
- Despertares nocturnos debido al dolor.
- Pérdida de peso.
- Distensión abdominal.
- Alteración de la curva pondoestatural
- Disuria.
- Desnutrición.
- Masas u organomegalias.
- Úlcera perirrectal o fisura anal.
- Fecaloma.
- Menores de 4 años.
- Disfagia.
- Artralgias.
- Antecedentes familiares de celiaquía, úlcera péptica o enfermedad intestinal.
- Anorexia.

#### Signos de alarma de enfermedad de origen somatomorfo<sup>8</sup>

- Miedo excesivo.
- Enuresis/encopresis.
- Trastornos del sueño o apetito.
- Ansiedad.
- Perfeccionismo.
- Dificultades en el lenguaje.
- Alteraciones cognitivas.
- Maltrato o abuso.

- Fracaso escolar.
- Trastornos del vínculo.
- Duelo.
- Padre ausente.
- Discordia entre los padres.
- Familiares enfermos (crónicos, terminales).
- Depresión materna.
- Sobreprotección.

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

### ¿LE PIDO O NO LE PIDO...?

Si no surgen signos de alarma en la entrevista ni en el examen físico, no sería necesario solicitar ningún estudio complementario. Es importante comunicar a la familia la alta probabilidad de que el DAR sea de origen funcional, benigno y autolimitado y se puede indicar la confección de un "diario de síntomas" durante 2 o 3 semanas y recitar para controlar.

Sin embargo, muchas veces, la ansiedad y angustia de la familia prácticamente "inducen" al pediatra a solicitar estudios, que pueden ser útiles para reconfirmar el diagnóstico y brindar tranquilidad.<sup>5</sup> Si bien no existe un consenso general, los expertos sugieren solicitar:

**En primera instancia:** hemograma, VSG o PCR, orina completa, urocultivo, función hepática, frotis de materia fecal.

**En segunda instancia:** SOMF, parasitológico MF, ecografía abdominal y renal (y ginecológica en púberes y adolescentes mujeres).

La *Rx de abdomen* no se justificaría, dado que no suele aportar datos positivos extras en comparación con los otros estudios mencionados.<sup>2</sup>

Estudios invasivos y/o de mayor complejidad deben considerarse en pacientes con alta sospecha de enfermedad orgánica y se adecuarán a cada caso en particular: pesquisa de celiaquía, endoscopia alta y baja, enema opaco, phmetría, TAC abdomen, manometría anorrectal, biopsia intestinal, prueba de tolerancia a la lactosa, test de hidrógeno espirado, etc.

## OPCIONES DE TRATAMIENTOS

Cuando se diagnostica DAR de origen orgánico o somatomorfo, el tratamiento dependerá de la patología. Existe consenso general en no utilizar medicación para tratar el DAR funcional, salvo casos excepcionales. Las siguientes medidas terapéuticas presentan muy buenos resultados:

- Comunicar la benignidad del cuadro y brindar tranquilidad.
- Informar que los síntomas padecidos por el niño sí son reales aunque no se pueda determinar la etiología.

- Favorecer la continuidad de la vida cotidiana pese a la persistencia de los episodios.
- Identificar factores desencadenantes para intentar evitarlos.
- Realizar un seguimiento clínico intensivo del niño y su familia, pero sin alarmar ni sobre investigar con estudios innecesarios.

Por otro lado, aunque hay escasa evidencia de su efectividad, puede intentarse:

- Dieta rica en fibras.
- Prueba de restricción de lactosa en la dieta.
- Utilización de probióticos (en debate).
- Bloqueantes de H2 (ranitidina) para dispepsia funcional.<sup>2,5</sup>
- Antiespasmódicos (hioscina) para síndrome de intestino irritable.<sup>2</sup>
- Ibuprofeno y/o metoclopramida para migraña abdominal.
- Ibuprofeno en DAF y síndrome de DAF.

Es importante destacar que el DAR funcional presenta en general muy buen pronóstico. Aproximadamente el 30% de los pacientes suele presentar algún síntoma similar en la adultez, y puede asociarse a cuadros de ansiedad y depresión.<sup>2</sup>

## PARA RECORDAR:

- El DAR es un síntoma muy frecuente en la infancia.
- La enfermedad orgánica subyacente es rara pero siempre debe considerarse.
- El dolor es real.
- El examen físico y la historia clínica detallada son suficientes en la mayoría de los casos para diagnosticar DAR funcional o sospechar otro origen.
- La buena comunicación entre el profesional y la familia evita la realización de estudios complementarios innecesarios.
- Un enfoque integral es fundamental para manejar el cuadro, que raramente requiere medicación.
- El pronóstico en general es bueno.
- Tener presente que un niño puede simultáneamente presentar un disparador emocional (separación de padres, muerte de una mascota, etc.) y además ser portador de una giardiasis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: A field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-170 (1958).
2. Coarasa A. Manejo del dolor abdominal recurrente en niños. *Intramed.* (2012).

- De Tezanos Pinto A, Rojas M, Soto Ruz M. Dolor Abdominal Recurrente. *Revista Pediátrica Electrónica*. 2111;8(3).
- González M y col. Dolor abdominal recurrente o crónico en niños y adolescentes. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(2) 177-183.
- Grinblat V. Mesa redonda: trastornos digestivos funcionales. Jornadas Nacionales del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría. Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Mendoza. (2011).
- Rasquin A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: *Child/Adolescent. Gastroenterol* 2006; 130:1527-37.
- Rome III: Diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. Consenso. Roma, 2006.
- Tornero O, y col. Dolor abdominal crónico y recurrente. *Asociación Española de Pediatría*. Valencia, 2010.



## HIDROLAVADORAS: LESIONES PRODUCIDAS POR CHORRO DE AGUA DE ALTA PRESIÓN

**Dra. Alejandra M. Torrado**

Especialista en Clínica Pediátrica y Medicina Legal

Es frecuente ver los fines de semana, en algunos barrios de CABA y en el conurbano bonaerense, a la familia, incluyendo a los niños, trabajando todos, en tareas comunes como lavar el auto o bien los frentes de las casas, rejas, veredas, patios y piletas de natación. Desde hace unos años, con el fin de facilitar este tipo de tareas, han aparecido en mercado "hidrolavadoras de uso no profesional", las que además de ser económicamente accesibles simplifican notablemente este tipo de tareas. Estas "hidrolavadoras" emiten un chorro de agua de alta

presión al que según la tarea a realizar se le agrega detergentes, abrasivos, fumigantes, entre otros. Así también, la boquilla en la que termina la manguera puede variar, siendo la más habitual la que posee forma de arma larga con gatillo, que al ser presionado permite la salida del agua a alta presión. En las manos de los niños se convierte en un juguete muy tentador entre hermanitos ("porque total se dispara agua"). La cosa no es tan simple y suele generar lesiones mucho más graves de lo que se aprecia en un primer momento, lo que retrasa la consulta agravando las lesiones.



### Mecanismo de acción

Es un sistema de chorro de agua a alta presión, que se comprime a través de un generador de presión y se transporta a través de tuberías o tubos, hasta una boquilla en que la que se transforma en chorro fluido a velocidad. Este mecanismo es común tanto a las máquinas industriales como para las hogareñas. Las velocidades implicadas son del orden del doble de la velocidad del sonido y son producidas con presiones de sistema de hasta 3000 bar (300 MPA), siendo el promedio para las de uso hogareño de 150 MPA (equivalencia: 1000 bar o 100 MPA= 300 l/h). El diámetro de la boquilla típico para sistemas de operación manual es de 0,3 a 5 mm. Hay que tener en cuenta que *la piel puede ser atravesada a presiones relativamente bajas como 40 bar*.

Las lesiones provocadas por chorro de agua a alta presión deben ser tomadas muy seriamente, ya que por lo general son mucho más graves de lo que aparentan a primera vista.

#### TIPOS POSIBLES DE HERIDAS:

##### Cortes:

- a. En piel, tejido y hasta hueso, extremidades amputadas total o parcialmente como resultado del corte. *(Causa posible: chorro de agua pura a alta presión que contenga sustancias abrasivas que se mueven lentamente en el interior del organismo).*
- b. Tejido cortado, tejido seriamente dañado, incluso a cierta distancia del hueso debido al impacto producido por el agua a presión. *(Causa posible: movimiento rápido del chorro a presión dentro del organismo).*

##### Heridas por contusiones (golpes):

- a. La zona afectada del tejido en torno al punto de impacto del chorro se hace más grande. *(Causa posible: amplio diámetro efectivo de la boquilla a una baja energía de chorro).*
- b. Golpes en la piel y destrucción de estructuras anatómicas profundas. Debido a que la zona del tejido dañado se va extendiendo y la cicatrización no es posible. El tejido dañado debe ser extraído quirúrgicamente y reimplantado mediante cirugía plástica adecuada. *(Causa posible: inyección de agua ventilada).*
- c. El daño externo visible no nos hace sospechar lesiones serias a primera vista. Pueden aparecer moretones y se produce un dolor muy agudo en la zona afectada. Bajo la zona afectada el músculo dañado puede hincharse y comprimir los vasos y nervios a lo largo de su trayecto (Síndrome compartimental). Esto puede desencadenar una destrucción masiva de células y de tejidos musculares. *(Causa posible: la energía del chorro fue demasiado baja para para penetrar en la piel).*
- d. Daño en órganos vitales como cerebro, corazón, o hígado. *(Causa posible: El chorro impacta en la zona de órganos vitales y transfiere energía).*

#### **Daños causados por el medio contaminado**

El chorro de agua que ha traspasado la piel transporta en el cuerpo sustancias extrañas tales como abrasivos, partículas de pintura, aceite, bacterias u otras sustancias, incluso si el medio usado es agua pura. Las partículas inyectadas pueden ser de tamaño microscópico. Estas sustancias se extienden por el tejido a lo largo de músculos, nervios, tendones o vasos sanguíneos. La trayectoria del chorro puede desviarse tras golpear un hueso. La extensión exacta de la contaminación solo puede determinarse por exposición a una operación extensiva.

#### **Otros riesgos**

Las lesiones muy extensas o muy dolorosas pueden poner en peligro la vida del paciente, ya que este puede sufrir un shock.

#### **RESUMEN**

1. La piel puede ser traspasada por el chorro de agua incluso a presiones relativamente bajas de aproximadamente 40 bar.
2. El chorro puede desviarse internamente o interceptar tejidos duros y causar heridas internas.
3. Una gran cantidad de fluido puede ser inyectada en un corto período de tiempo.
4. Puede que a primera vista la herida aparente ser superficial. Sin embargo, puede haber daños internos más graves.
5. Junto con el agua puede que penetren en el organismo sustancias extrañas como abrasivos e impurezas que dañan incluso los tejidos más internos.

#### **FUENTE**

- Axmann HD, Flügel M, Laurinat A, Louis H. Injury potential of high pressure waters jets. 12th and 13th International Conference on Jet Cutting Technology. BHR Group Conference Series Publication N°13 and N°21. Mechanical Engineering Publications Ltd, London UK; 1994, 1996.



# HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

Dr. Leonardo Vázquez  
Médico Pediatra

## HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRÍA SAMIC “PROF. DR. JUAN PEDRO GARRAHAN”



Vista actual, fachada sur

Es un muy importante hospital público destinado a la pediatría en la República Argentina. Fue inaugurado en 1987 y presenta un gobierno tripartito.

### Historia

La historia del Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan” tiene más de 40 años. En 1969 un grupo destacado de profesionales médicos del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, con la orientación del Dr. Carlos Gianantonio, construyó un proyecto para la creación de un nuevo nosocomio dedicado a la pediatría, y por medio de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, fue elevado a la jurisdicción nacional.

En 1971, la Secretaría de Estado de Salud Pública Nacional llamó a un Concurso Nacional de Estudios Preliminares.

En este momento, se pensaba construir el nuevo hospital en un predio ubicado en la actual Avenida Crisólogo Larralde (por ese entonces, Republichetas) y Galván, junto al Parque Sarmiento en el barrio de Saavedra, que se encontraba desocupado. Los arquitectos Aftalión, Bischof, Egozcué, Vidal, Do Porto y Escudero ganaron el proyecto luego de haber sido evaluado entre otros.

El jurado estuvo presidido por el Prof. Dr. José Raúl Vázquez en representación de la Sociedad Argentina de Pediatría; y el resto lo componían arquitectos representantes de distintos organismos públicos y privados.

En 1973, el ya entonces Ministerio de Bienestar Social (dejó de ser Secretaría de Salud Pública) decidió trasladar el proyecto al barrio Parque Patricios a un predio también desocupado entre las calles Combate de los Pozos, 15 de Noviembre de 1889, Pichincha y Avenida Brasil. Ese lugar había sido ocupado antiguamente por el Arsenal “Esteban de Luca”, demolido hacía años.

El 6 de mayo de 1975 comenzaron las obras, a cargo de la constructora SITRA, durante la presidencia de María Estela Martínez de Perón.

Al año siguiente se instala el proceso dictatorial militar y recién en 1984, una vez retornado el país al sistema democrático, se conformó una Comisión de médicos que planteó el modelo (*ver más abajo*) que debía adoptar este nuevo establecimiento para la pediatría.

### Objetivos fundacionales

Buscando la descentralización, se conformó el Ente Hospital de Pediatría S.A.M.I.C., creado en 1987 conforme a lo prescripto en la Ley 17102 y el Decreto Reglamentario 8284/68.

El 25 de agosto de ese año, con presidencia del presidente Raúl Alfonsín, fue finalmente inaugurado el Hospital Garrahan luego de 18 años de haberse proyectado originalmente.

Los objetivos fijados en el programa municipal eran: “Brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia”.

1. "Actuar como Hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica, principalmente en el área Metropolitana, teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional."
2. "Desarrollar programación de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria".



En construcción: 1983.

Entre las funciones se destacaba: "Brindar prestaciones de la mayor complejidad en la rama básica de la Pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país".

La organización propuesta se basaba en el concepto del cuidado del paciente que "...significa que la estructura de los Servicios del Hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad", afirmando también que ello "...implica modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico..."; en consecuencia "...la resultante es la constitución de equipos de trabajo que realizan tareas asistenciales en todas las áreas del Hospital...".

También se afirmaba entonces que el "... Hospital de acuerdo a la evolución previsible de la política sanitaria funcionará con un sistema de financiación distinto del actual, en base a un sistema que, asegurando a toda la población una accesibilidad igualitaria permita, a través de un sistema de seguro o similares, canalizar recursos para el funcionamiento correcto del mismo."

### Modelo adoptado

A los efectos de elaborar las propuestas pertinentes, y simultáneamente avanzar en las tareas propias de la puesta en operaciones de un establecimiento asistencial, las autoridades de la época designaron, a principios de 1984, una Comisión Ejecutiva, a través del Ministerio de Salud y Acción Social, integrada por el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. José Astigueta; el Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Teodoro Puga; el Subsecretario de Recursos de Salud, Dr. Alberto Prieto; el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Fernando Matera; y el Delegado Normalizador del Instituto Nacional de Obras Sociales, Dr.

Jorge Mera. Además se constituyó un Grupo Técnico Asesor, que contó con el asesoramiento del Dr. Carlos Gianantonio, y estuvo integrado por los Dres. Jorge Colombo, Margarita Vitacco, Juan Carlos O'Donnell, Luis Alberto Dal Bó, Domingo Suarez Boedo, José Viqueira

Casal, Rodolfo Dameco, Armando Reale, Carlos Monti y el Ing. Salvador Benaim. En 1985 fueron designados como directores Ejecutivos los Dres. Juan Carlos O'Donnell y Luis Alberto Dal Bó.

Casi veinte años después de la idea inicial, y ante la inminencia de la finalización de la obra, fue necesario afrontar la decisión acerca del modelo jurídico y administrativo, así como el de organización médica con que debía dotarse a la nueva institución para alcanzar sus objetivos fundacionales. La cuestión fue abordada desde distintas perspectivas, y las diferencias de criterios existentes en la comunidad pediátrica y sanitaria tomaron, con frecuencia, estado público. Por último, prevaleció la idea de generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas tradicionales, requerimientos, estos últimos, ya planteados en el programa médico original.

### Características edilicias

El Hospital Nacional de Pediatría tiene unos 110.000 m<sup>2</sup> de superficie cubierta, y si bien el lugar de su construcción fue cambiado, el proyecto de los arquitectos ganadores no se modificó, y pudo adaptarse al terreno elegido en Parque Patricios.

La idea del equipo del Estudio de Arquitectos ganador del concurso fue organizar todo el edificio en torno a una gran circulación principal, conectando las calles Pichincha y Combate de los Pozos. Fue un modelo arquitectónico totalmente innovador, una arquitectura funcionalista conocida como "arquitectura de sistemas" ya que las distintas partes del programa requerido fueron pensadas como "paquetes" organizados racionalmente e interconectados por ejes de circulaciones: pacientes internos, público de visitas, personal, abastecimiento de materiales, y vehículos, tratados a su vez como subsistemas organizativos del gran sistema arquitectónico que formaba el hospital.

Dividido en dos plantas que se desarrollan a lo largo de este eje principal, y fuertemente interconec-

tadas por una red de rampas y pasarelas vidriadas, existe también un entrepiso técnico que distribuye y almacena las redes de instalaciones varias, separándolas de los niveles de uso cotidiano para el mejor acceso y manejo de los sistemas de agua, luz, gas, etc.

### **Fundación Garrahan**

La Fundación Garrahan es una entidad no gubernamental que funciona desde el 21 de marzo de 1988 con la misión de alentar en todos sus aspectos el desarrollo del Hospital. Su principal objetivo incluye el apoyo permanente a las actividades asistenciales, de docencia e investigación, con capacitación de recursos humanos y la educación continua que se extiende a las distintas regiones del país. Asimismo, presta atención a las necesidades sociales y emocionales de los pacientes y sus familias.

Su tarea se realiza a través de distintos programas que articulan la participación comunitaria. Desde los más diversos sectores de la población se canalizan la solidaridad hacia la Fundación, que surge como reconocimiento a los servicios que presta el Hospital.

La intensa participación de la comunidad hace que se puedan concretar sus programas.

### **Casa Garrahan**

El 25 de marzo de 1997 la Fundación inauguró Casa Garrahan para que los niños junto a sus madres, carentes de recursos y de cobertura social, puedan encontrar en la Ciudad de Buenos Aires un ámbito que propicie la recuperación de la salud.

Casa Garrahan brinda un hogar a los niños que residen a más de cien kilómetros de la Capital y son pacientes de los Hospitales Elizalde, Garrahan y Gutiérrez, mientras cumplen tratamientos médicos ambulatorios o esperan diagnósticos de complejas enfermedades que no requieren internación. Brindó alojamiento a miles de niños. "El Hogar lejos del hogar" de estos miles de chicos cuenta con 46 habitaciones con baño privado para cada grupo familiar, amplias cocinas, sala de estar, de juegos y de computación, biblioteca, lavadero y patios de juegos.

Con el aporte de padrinos y colaboradores, la Fundación sostiene este importante Programa.

### **Biografía del Dr. Juan P. Garrahan**

Juan Pedro Garrahan fue un destacado pediatra y profesor universitario, quien formó a numerosos discípulos, luchó por jerarquizar su especialidad, escribió varios libros y artículos y tuvo una amplia visión de los problemas de la niñez.

Nació en Buenos Aires, el 24 de septiembre de 1893. Cursó sus estudios primarios y secundarios en el colegio Lacordaire de los Dominicos, terminó el bachillerato antes de cumplir los quince años e ingresó a la Facultad de Medicina, de donde egresó en 1915, a los 22 años, con Diploma de Honor. Fue practicante en el Hospital Rawson y luego en el Hospital de Clínicas, donde prestó servicios como médico agregado, jefe de clínica y trabajos prácticos en la Cátedra de Clínica Pediátrica; fue luego docente libre, profesor adjunto, profesor extraordinario; después de 16 años de dar clases, llegó a ser, en 1942, profesor titular. En 1945, por motivos políticos, decidió dejar la cátedra, retomándola en 1955.

En su carácter de especialista, fue médico de la Maternidad del Hospital Rivadavia; actuó en el Hospital de Clínicas, organizador y jefe del Departamento de Puericultura del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, médico escolar y de la Escuela de Niños Débiles N° 1.

Simultáneamente fue miembro honorario de las Sociedades de Pediatría de París, Madrid, Montevideo, Río de Janeiro. Miembro de Honor de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile y en 1951 obtuvo el premio "Juan Carlos Navarro" de la Academia Nacional de Medicina.

Realizó numerosos viajes científicos por Europa y América y dictó innumerables conferencias en diversas ciudades del país y del exterior.

Es autor de numerosas publicaciones en revistas especializadas del país y del exterior, escribió en *Archivos Argentinos de Pediatría*, órgano oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, del que también fue su director.

Publicó varios libros, entre ellos: *Medicina Infantil* (siete ediciones, 1921-1951), *Tuberculosis en la primera infancia* (1923); *Raquitismo* (1939); *Acrodinia* (1946); *Lecciones de medicina infantil* (1949-1953), *La salud del hijo* (1955); *La pediatría: ciencia y arte* (1958) y *Terapéuticas y profilaxis en pediatría* (cuatro ediciones).

Murió en Buenos Aires el 3 de abril de 1965.

En 1979 la Secretaría de Salud Pública de la Nación resolvió que el Hospital Nacional de Pediatría llevase su nombre.

### **Bibliografía**

- Página web del Hospital Garrahan: [www.garrahan.gov.ar](http://www.garrahan.gov.ar).
- Wikipedia, la enciclopedia libre.
- [www.clarin.com/tema/hospitalgarrahan.html](http://www.clarin.com/tema/hospitalgarrahan.html).



# MIEDOS Y FOBIAS EN PEDIATRÍA

**María Paula Gerardi**

Licenciada en Psicología UBA  
mpgerardi77@yahoo.com.ar

El miedo es una de las emociones primarias que aparece frente a una amenaza real o imaginaria. Se produce una perturbación del estado de ánimo asociado a algún peligro que el niño vive como amenazante.

## Los miedos habituales

Hay miedos que son normales y acompañan los distintos momentos evolutivos de los niños, estos van variando con la edad y a veces se mantienen o reaparecen en distintos momentos:

- **Bebés:** miedo a estímulos desconocidos, ruidos fuertes, a caer, angustia ante extraños, etc. Alrededor del octavo mes y durante el transcurso del primer año los miedos están relacionados al reconocimiento de la figura del extraño y a la separación de la figura materna
- **Niños:** miedo a los monstruos, a la oscuridad, a los animales, miedo a seres imaginarios, a las catástrofes, a los accidentes, a enfermarse, al mal rendimiento escolar, a conflictos entre los padres, etc. Estos miedos están generalmente relacionados con la elaboración de la conflictiva edípica, y en la latencia y la angustia ante el superyó.
- **Adolescentes:** miedo al fracaso, a no ser aceptado, a las situaciones sociales, a los cambios puberales, a la sexualidad, al futuro, al pasaje de lo endogámico a lo exogámico, etc.

También pueden aparecer miedos que son inducidos por los adultos para asustar al niño en pos de obtener determinada respuesta, por ejemplo decir al niño que vendrá “el hombre de la bolsa” si no come. En algunas ocasiones son los adultos los que transmiten sus propios miedos a los niños. Esto puede darse de forma consciente (“...cuidado con los perros, son malos, no te acerques, te van a morder...”) o de forma inconsciente.

## Las fobias

La fobia es una organización psíquica, un modo que encuentra el niño de organizar su angustia. Al encontrar un objeto al que por proyección se le teme, permite al niño separarse de aquello que lo amenaza internamente.

Las fobias infantiles se caracterizan por el desplazamiento. Cierta conflictiva inconsciente (que genera

angustia) queda oculto, y en su lugar aparece miedo a otra cosa (a los gatos, a la oscuridad, a los fantasmas, etc.).

La fobia aparece como solución para el niño al sustituir el objeto inconsciente de la angustia por un objeto externo que provoca temor, un objeto que es localizable y externo al que el niño puede evitar y que se diferencia de la pura angustia.

El conflicto interno queda puesto afuera, entonces es más fácil sobrellevarlo. Por ejemplo, un niño está muy asustado porque su papá le dice que ya no puede dormir más con su mamá, que tiene que dormir en su cama, entonces arma una fobia a los perros. Es más fácil tener miedo a los perros que lidiar con el conflicto interno que le genera separarse de su mamá a partir del límite puesto por el papá, que le genera enojo y temor. De los perros puede escapar, de su papá no, ya que lo ve constantemente.

Estos conflictos y los mecanismos de defensa que utiliza el niño para intentar resolverlos muchas veces son pasajeros, son parte del crecimiento saludable de los chicos.

¿Cuándo debemos considerar una fobia como normal, que se disipará con el tiempo? y ¿cuándo podemos observar que esa fobia se transformó en un síntoma que requiere mayor atención y la intervención de un profesional?

Si las fobias se instalan, se vuelven desproporcionadas con respecto a la situación, son persistentes, si no se corresponden con el momento y la estructuración psíquica, generan angustia o interfieren en la vida cotidiana del niño impidiéndole ir a la escuela, jugar, relacionarse con otros, circular por diferentes ámbitos extra familiares o intrafamiliares, es necesario consultar con un profesional para que evalúe la situación y ver si es necesario iniciar un tratamiento psicológico.

## Conclusión

Las fobias de la infancia pueden abarcar un amplio campo, pudiendo presentarse tanto en cuadros neuróticos, psicóticos o trastornos narcisistas. Todos los niños presentan miedos y fobias, el niño con sus fobias siempre nos está contando algo. Es importante poder escuchar lo que el niño nos dice a través de sus síntomas y evaluar si es necesaria una interconsulta psicológica.



## ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

*Dra. Patricia Cirigliano*

### Dra. BEATRIZ BURBINSKI

La **Dra. Beatriz Burbinski** se autocalifica como “rara avis”. “El Jefe me apreciaba, pero yo era el ave extraña... cuando indicaba preferir la teta a las donaciones de los laboratorios”.

“Recuerdo” – nos dice– “cuando los padres no podían estar todo el día con su hijo internado, no podían asistir a las venopunturas (no hablo de los que necesitaban ambiente estéril), los RN iban a la nursery. ¿Y el contacto inmediato?. ¡Casi me echan por proponerlo!”. “Una vez hice entrar a una curandera... la educación continua fue entrando de a poco, con “fórceps”.

Recibida en la UBA en 1965, la **Dra. Beatriz Burbinski** se especializó en su área con títulos, certificaciones y recertificaciones que no dejan dudas acerca de su pasión profesional. En el Colegio Médico de la provincia de Buenos Aires es certificada como Médica Especialista en Pediatría y Puericultura (1971), Especialista en Neonatología (1982); Especialista Jerarquizada en Pediatría (1985) y en Neonatología (1988). Desde 1983 Médico Consultor en Clínica Pediátrica y también Especialista en Administración Hospitalaria. Recertifica todos los títulos en 1993, 1998 y 2002. Médica Pediatra por S.A.P. desde 1971 y Especialista en Pediatría por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación en 1981. Entre 1963 y 1969 fue practicante y luego médica en el servicio de guardia del Hospital Interzonal de Agudos “Profesor R. Finocchietto”. Fue médica *ad honorem*, concurrente, asistente, Jefa de Sala por concurso interno desde 1979 y es actual Jefa del Servicio de Pediatría y Neonatología por concurso desde 1997 y elegida nuevamente en 2002.

Inicia su docencia en 1981 en la Unidad Docente Hospitalaria I del Hospital “Prof. Ricardo Finocchietto” con la Jefatura de Trabajos Prácticos. Fue 5 años ayudante 1º honorario y Jefe de Trabajos Prácticos por concurso desde '91 hasta la fecha. En los últimos 30 años colaborando en la docencia,



dictó más de 3900 horas cátedra en cursos de pre y post grado. Miembro de la SAP desde 1966. Forma parte de la Comisión Directiva de la SAP desde 1992. En nuestra Región Metropolitana fue 2ª Directora Adjunta; 1ª Directora Adjunta y Directora Titular entre 2002 y 2005.

Jurado y Miembro de Juntas de Educación para Especialistas en Pediatría y Neonatología desde 1995. Desde el '70 a 2002 presentó más de 70 trabajos de aporte individual y en colabora-

ción, varios de ellos publicados en prestigiosas revistas científicas. Su presencia en Congresos y Jornadas la ubicó 27 veces como Relatora, en más de 10 oportunidades Coordinadora y más de 30 veces Panelista y Disertante. Desde 1984 más de una docena de sus trabajos han obtenido Primer Premio en Jornadas y Congresos de alto nivel científico.

Beatriz transitó talleres artísticos, en especial de pintura y música de los períodos clásicos y modernos. Realizó cursos de Filosofía, Literatura argentina y universal, Cine, Sociología. Asistió a seminarios de teatro, técnicas de Yoga y Federakis completando su formación humanística “que la Facultad no nos daba”.

En cuanto al teatro, insidió, no lo dudamos. Se dice que los que enseñan, los maestros, cuando atraen a sus alumnos tienen algo de presentador teatral, de actriz o de actor y que cuando logran subyugar a su audiencia provocan como, en el teatro, admiración y deseos de volver a ver y volver a escuchar. Algo así debe haber acontecido y ocurre hoy, cuando Burbinski ha pasado gran parte de su vida aprendiendo y enseñando. Una tarea acompañada por concursos ganados, talleres, ateneos, consensos, cursos, programas de promoción de la lectura, de la lactancia, prevención del abuso y el maltrato, soporte a las escuelas, formación de redes y un sesgo marcado hacia lo social. Algunos de sus sueños de niña se cumplieron. Escribió cuentos (algunos de

ellos premiados). Coloquial y realista, su estilo narrativo con un léxico variado, aunque local, maneja con habilidad suspenso y humor.

Burbinski ha sido felicitada por jefes y colegas, sin embargo ella refiere que “*si estás abierto a escuchar aprendés de todos y con todos*” y que “*la docencia es un proceso de dar y recibir*”.

Con una mezcla de emoción y pudor profesional alude al recuerdo de “*la doctorcita de los milagros*” como los pacientes la identificaban “*porque tuve la suerte de desobstruir a tiempo a un chico que se estaba muriendo atragantado con un trozo de salchicha*”. Pasión, compromiso, estudio constante, atenta escucha y no pocas veces esfuerzos para encontrar el coraje para actuar en el diagnóstico y la emergencia, ha sido para Beatriz una práctica diaria. Pediatra con todas las letras.

**REVISTA NOTICIAS:** *¿Cuando nació “tu” Pediatría?*

**Beatriz Burbinski:** En realidad elegí Medicina cuando tenía 8 ó 9 años. Fabriqué mis primeros “recetarios”, copiando los de mi pediatra. Ya adulta fue una elección compartida con la carrera de Filosofía y Letras, elegí lo que me permitía trabajar y mantener a mis padres. Las artes siempre fueron “mi cable a tierra”, más la sonrisa de un chico “al salir”, las lágrimas de alegría de una mamá o abuela ó el abrazo de un padre...

**RN:** *¿Una dimensión paralela?*

**B.B:** De chica ilusionaba también que iba a ser escritora, bailarina clásica, filósofa, aventurera, actriz, pintora.

**RN:** *¿Vinculaste la docencia al arte?*

**B.B:** Dicen que soy buena improvisando.

**RN:** *¿Te fue fácil disertar?*

**B.B:** Siempre fui muy tímida, casi renuncié cuando mi jefe me dijo: “Te voy a sacar buena docente...” Recuerdo que le dije: “¿Yo hablar frente a varios?...”, hasta hice un curso largo de oratoria para animarme. Pensaba que iba a ir por allí a organizar y dirigir...ni en sueños que tendría invitaciones para disertar, ser docente, directora de cursos.

**RN:** *El premio Marriot ¿fue un impacto en tu vida profesional?*

**B.B:** Fue más un hito para la Región, ya que a partir de su realización y de conocer a jefes y subjeses de pediatría y neo del conurbano, se organizó la primera comisión directiva de la Región Metropolitana. Fue como Director Jorge Nocetti Fassolino (ya integraba con ese cargo la Comisión Directiva de

la SAP), dos directores asociados y coordinadores zonales y asociados según cada área. Formé parte de esa primera Comisión y continué hasta terminar como Directora Titular. Lo más importante fue la riqueza de trabajar en equipo con todo el conurbano. Luego también se integró Capital.

**RN:** *¿Discípulos?*

**B.B:** ¡Se aprende tanto de los buenos discípulos!. Tuve muchos alumnos con lo que me unió luego una importante amistad. Fueron mis seguidores y apoyo (en las malas). En el Hospital muchos otros: Julio C. López, Beatriz Rebec, Jorge Celestino, Alicia Andechag, Osvaldo Menéndez, Hugo Rodríguez Papini (ex residentes míos). Creo que igual que con los maestros necesitaría un libro para anotarlos a todos.

**RN:** *Siempre hay un recuerdo respetuoso para tus maestros y colegas. ¿Cuál en especial?*

**B.B:** Asistí a muchas de las valiosas charlas del Dr. Gianantonio. Eso influyó en dar importancia a la investigación, como las lecturas del Dr. Escardó. Mis primeros maestros fueron grandes clínicos y pediatras, quizás poco conocidos que daban clases, nos apoyaban y brindaban afecto. Predicaban con el ejemplo su ética, trato humano, conocimientos y prácticas. En Clínica los Dres. Stirparo y Nemirsky entre otros, el Dr. Vicente Patana en Cirugía, Dr. Castro en Ortopedia. Siempre agradezco, en especial a la Dra. Cristina Sánchez, soporte de muchos proyectos. También agradezco a la Dra. García. Con ella (gran empuje y creatividad) pudimos desarrollar muy buenos proyectos. En Pediatría (primer lugar entre todos) el Dr. Miguel A. Naser. También recibí mucho de Alfredo Bonacossa y Vicente J. Anello que posteriormente fueron amigos.

Colegas, amigos, docentes, todos los nombrados, recuerdo mi trabajo con la maestra Ana María Pedroni, hoy íntima y querida amiga, más el Dr. Domingo Longo con quien nos apoyamos mutuamente en las malas y buenas, los Dres. Cervetto, Straface, Buraschi, Curia, Felipe García, Celestino, Andech, Carlos Ray, Marilú Ageitos, Anzorena, Teodoro Puga, Raúl Merech y en general toda la Región Metropolitana. Tengo mucho temor de olvidar nombres que significaron mucho para mí.

**RN:** *¿Satisfecha con el camino recorrido?*

**B.B:** Lo mío era humanitario. Comparando con lo hecho por otros colegas, lo que hice me parece insignificante. Hubo sí, que luchar mucho. APS no daba prestigio pero si usar aparatos. Mientras en

Europa pedían Clínicos Pediatras, nosotros estábamos con las especialidades.

En tiempos en que no se hablaba de familia, poco de influencia psicológica y muy poco de desarrollo, hubo que luchar mucho cuando ni siquiera se trataba en términos de ética la relación médico paciente. Daba clases de la mal llamada Pediatría social y charlas con las madres sobre EPS. ¡Qué riqueza!

Recuerdo que Náser nos decía en SAP: “Actuar en cada consulta como Médico de familia, cuidando

al niño, sus padres, hermanos...” y yo agregaba abuelos, tíos. Nocetti y en realidad, la Región Metropolitana, ya estaban interesados en la parte sanitaria y social. Náser tenía poder y me llevaba el apunte. Hicimos Cursos, varios Seminarios, Jornadas con el conurbano y después en el Oeste. ¡Se anotaron en SAP gran cantidad de socios!

Cuando cursé Pediatría decidí lo que quería ser. Siempre tuve el apoyo de mi pareja y mi familia. Hoy haría lo mismo, con más entusiasmo y mejor! Mirando atrás... creo que algo me moví.



## ASPECTOS CLÍNICOS DE LA VIOLENCIA EN LA NIÑEZ (Resumen de las Jornadas de Avellaneda)

Lic. Mónica Ameijeiras

E-mail: moameijeiras@gmail.com.

*A continuación publicamos un resumen de la exposición de la Lic. en Psicología Mónica Ameijeiras, en la Mesa Redonda sobre Casos Clínicos:*

La Lic. Ameijeiras trató el modo en que los niños víctimas de maltrato y/o abuso sexual, pueden responder a las situaciones padecidas, para su elaboración, con los recursos propios que tienen disponibles y que dependen del momento de constitución subjetiva en que se encuentran.

Se refirió a: “Los niños expuesto a vejaciones y a toda modalidad de maltrato, se hallan en una posición de objetalización, donde el otro, en condición de superioridad, saca rédito de goce del cuerpo del niño”. Agregó que: “el niño, en un núcleo familiar violento, no recibe el amparo necesario para constituirse, los lugares familiares primarios (madre y padre) se le tornan confusos, como así también su lugar identificador y las demás operaciones de la sexualidad infantil. Estas situaciones dejan marcas importantes en su devenir subjetivo, puesto que los padres o quienes encarnan estas funciones, son figuras que el niño ha investido libidinalmente y de los que espera amor”.

Dijo además: “las madres que consultan por sus niños abusados y que no sospechaban por lo que su niño estaba pasando, la mayoría de las veces, se encuentran con su atención, con su libido, puesta en otras situaciones tales como: duelos, nueva relación de pareja y/o convivencia”.

Presentó un recorte clínico del tratamiento de una

niña de 10 años abusada por la pareja de su abuela, que padeció violencia psicológica y negligencia física y emocional. Durante el tratamiento la niña pudo poner en juego recursos propios para defenderse de las penosas experiencias que acarrea la violencia intrafamiliar. El tratamiento se desarrolló con la niña en una modalidad individual y con la familia, también se articuló este trabajo con el Servicio Local del Municipio de Avellaneda y el Gabinete Escolar.

Consideró que: “las respuestas de los niños frente a lo disruptivo del maltrato y/o abuso, muchas veces sorprenden, puesto que lo traumático puede ingresar organizado como relato, es decir pasible de poder otorgarle un sentido a lo disruptivo, articulación simbólico-imaginaria” y que “la represión secundaria que surge al hacer el recorrido de los tiempos edípicos, puede posibilitar el armado de un síntoma, formación asequible a un tratamiento psicoterapéutico.

En la infancia son frecuentes los síntomas fóbicos; los niños que hacen este recorrido poseen más recursos subjetivos, tales como la representación, la figurabilidad. Pueden jugar, dibujar y así enfrentar estas situaciones tan difíciles que les tocaron padecer tan tempranamente. Tienen, de esta forma, más chance de elaboración”.



# BECAS DE PERFECCIONAMIENTO

El siguiente es resumen de un trabajo realizado con beca de perfeccionamiento otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría, durante el año 2011.

Los Editores

## NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

**Dra. Laura Defelippis**

El objetivo de esta revisión consiste en proporcionar un acercamiento a la enfermedad metabólica desde un manejo nutricional básico de los errores innatos del metabolismo (EIM), sin detenernos en cada uno de ellos, lo que excedería el propósito de la misma.

El niño es muy sensible a las alteraciones en la disponibilidad de principios inmediatos o sus productos finales patológicos, que pueden afectar órganos vitales. Por ende la terapia nutricional es fundamental para poder preservar su adecuado crecimiento y desarrollo, tratando de evitar los desajustes metabólicos propios de la enfermedad, dado que son pacientes con constantes descompensaciones, que necesitan un seguimiento específico y muy cercano por parte de un equipo multidisciplinario.

Dentro de las posibilidades terapéuticas actuales (y en espera de la terapia génica) el tratamiento dietético se constituye en el pilar más importante para el manejo de estos trastornos.

Los EIM son en su mayoría enfermedades autosómicas recesivas, si bien se han descrito otras con herencia a. dominante o ligada al X.

Las mutaciones generarán la síntesis de proteínas alteradas que darán lugar a:

- 1) Aumento de concentración de sustrato no metabolizado.
- 2) Disminución de la formación del metabolito final.
- 3) Activación de vías metabólicas alternativas que pueden dar lugar a metabolitos tóxicos.

Al abordarlos, las opciones de tratamiento dietético son:

- a) **Modificaciones cuantitativas:** alterando la proporción de hidratos de carbono, lípidos y proteínas.
- b) **Cualitativas:** se restringirán nutrientes específicos que el paciente no puede metabolizar.
- c) **Suplementos coenzimas específicos:** vitaminas grupo B, C, coenzima Q, etc., u otras sustancias que deben aportarse por alto consumo, por utilización acelerada o por déficit. Es fundamental cuantificar ingesta de proteínas y/o aminoácidos.

## Clasificación según fisiopatología

Grupo de enfermedad	Enfermedades específicas
EIM de los hidratos de carbono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucogenosis</li> <li>• Acidemias lácticas</li> <li>• EIM de la galactosa</li> <li>• EIM de la fructosa</li> </ul>
EIM de las grasas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones de la beta-oxidación y del sistema carnitina</li> <li>• Síndrome de Smith-Lemli-Optiz (SLO)</li> </ul>
EIM de los aminoácidos y de las proteínas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperfenilalaninemia o fenilcetonuria</li> <li>• Tirosinemia</li> <li>• Hiperglicinemia no cetósica</li> <li>• Homocistinuria</li> <li>• Enfermedad de la orina de jarabe de arce</li> <li>• Acidemia metil-malónica y propiónica</li> <li>• Aciduria glutámica tipo I</li> <li>• Acidemia isovalérica</li> </ul>
EIM defectos de ciclos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades del ciclo de la urea</li> <li>• Trastornos del metabolismo de las purinas</li> <li>• Porfirias</li> <li>• Defectos en la biosíntesis del colesterol</li> <li>• Defectos en la biosíntesis de ácidos biliares</li> <li>• Enfermedades mitocondriales o defectos OXPHOS</li> </ul>
EIM de moléculas complejas (enfermedades lisosomales y peroxisomales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucopolisacaridosis</li> <li>• Oligosacaridosis y mucopolipidosis</li> <li>• Enfermedad de Krabbe</li> <li>• Leucodistrofia metacromática</li> <li>• Gaucher</li> <li>• Defectos congénitos de la glicosilación</li> </ul>
Defectos de transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Fanconi</li> <li>• Lisinuria con intolerancia a las proteínas</li> <li>• Fibrosis quística de páncreas</li> <li>• Malabsorción congénita de carbohidratos</li> <li>• Hemocromatosis</li> </ul>
Otras enfermedades metabólicas hereditarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de alfa-1-antitripsina</li> <li>• Enfermedades hereditarias de los neuro-transmisores</li> <li>• Drepanositos</li> <li>• Osteogénesis imperfecta</li> </ul>

**GRUPO I:** Está alterada la síntesis o catabolismo de moléculas complejas. Los síntomas son permanentes, progresivos, independientemente de intercurencias y NO están relacionados a la ingesta de alimentos. Son enfermedades de depósito que afectan cualquier órgano o función. La mayoría por ende, no tiene tratamiento dietético. Ej.: enfermedades lisosomales, peroxisomales, de transporte y procesamiento intracelular.

**GRUPO II:** EIM de "tipo intoxicación". Producen intoxicación aguda y progresiva. Según la edad de debut hay tres formas clínicas: neonatal, lactante y en infancia tardía, incluso adultez. La intensidad clínica y la edad de debut dependerán del tipo de mutación genética y del porcentaje de actividad enzimática residual. En general se manifiesta tras un periodo neonatal libre de síntomas (entre 2 y 7 días), con un cuadro progresivo de rechazo del alimento, succión débil, vómitos, letargo, somnolencia, convulsiones y coma. En este grupo predomina la afección neurológica, seguida por

afectación hepática y del músculo esquelético y liso. Requiere tratamiento dietético y nutricional. Ejemplo: aminoacidopatías, acidurias, enf. ciclo urea, intolerancia azúcares.

**GRUPO III:** EIM de "tipo déficit energético". Son enfermedades por déficit de producción o utilización de energía por trastorno mitocondrial o citoplasmático. Clínica: afectación hepática, cardíaca, hipotonía, retraso de crecimiento, falla multiorgánica. Aparecen cuando se precipitan desencadenantes: vómitos, fiebre, ayuno prolongado, baja ingesta. Requiere tratamiento dietético y nutricional. Ej.: glucogenosis, deficiencia gluconeogénesis, acidemias lácticas, trastornos de beta oxidación, enfermedad cadena respiratoria.

Hay más de 500 entidades reconocidas y variantes de sus formas clínicas clásicas y otras que se reportan casi continuamente, por lo que no existe un algoritmo preciso donde pueda determinarse específicamente una enfermedad. Son *pistas diagnósticas* el comienzo de síntomas neurológicos en la 1<sup>er</sup> semana de vida, en un niño mayor la existencia de un desencadenante (ayuno, enfermedad intercurrente), crisis de deshidratación repetidas, sintomatología neurosensorial, síndromes hepáticos, renales, cardiológicos, etc. y luego datos bioquímicos que faciliten el diagnóstico.

### Diagnóstico bioquímico

- a) **Iniciales** (en la mayoría de los hospitales)
1. *Sangre*: EAB, ionograma, glucemia, hemograma, hepatograma, Ca, P, Mg, ácido úrico, albumina, coagulograma, ácido láctico.
  2. *Orina*: olor, color, aspecto, pH, cuerpos cetónicos, electrolitos.
- b) **Estudios específicos:** tomar muestras de líquidos y almacenarlas a -20° C.
- 1) Orina congelada.
  - 2) Plasma en tubo heparinizado.
  - 3) Sangre en papel de filtro.
  - 4) Sangre total (10-15 ml) para estudios moleculares.
  - 5) LCR (1ml).

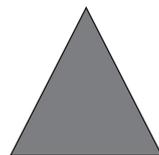
En éstos se analizan: ácido láctico, pirúvico, B-oh-butírico, cetoacético. En estos resultados se buscará: En sangre: aminoácidos, carnitina, acilcarnitinas, succinilacetonas, ácidos orgánicos, ácidos grasos libres, etc. En orina: ácido orótico, ácidos orgánicos, oligosacáridos. En LCR: ácido láctico, pirúvico, aminoácidos, amonio.

### TRATAMIENTO GENERAL DE URGENCIA

#### Depuración de toxinas

- Forzar diuresis (150-200 ml/kg).
- Mejorar equilibrio ácido-base.
- Frenar catabolismo y limitar ingesta proteica.
- Detoxificadores de ácidos orgánicos (glicina).

### Soporte vital



#### Depuración de toxinas

- Ácidos orgánicos.
- Amonio.
- Ambos.

#### Generar anabolismo

- Quelantes de amonio (benzoato, fenilacetato).
- Diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración.

#### Generar anabolismo

- Aporte hídrico y calórico.
- Restablecer el equilibrio ácido-base.
- Limitar proteínas.
- Suprimir fórmulas incompletas.
- Aportar factores deficitarios (arginina, vitamina B12, biotina, carnitina).

El tratamiento en la urgencia es inespecífico. Proponemos una guía que podría ser implementada en la emergencia:

#### 1° Elevado aporte de glucosa.

*Glucosa 10%: 10mg/kg/min ≈ 60 kcal/kg/día en 90 min.*

#### 2° Luego en Unidad Cuidados Intensivos.

Se adaptará el tratamiento a la clínica y los resultados de laboratorio.

- 1) Si los resultados orientaran a un cuadro de intoxicación endógena, **intensificar el aporte de glucosa**. Se debe inducir el anabolismo e iniciar medidas de detoxificación. Las grasas NO se aportarán hasta descartar defecto de oxidación de ácidos grasos.
- 2) Pensar, si no hubiere disponibilidad de dosaje de amonio, en posible *hiperamoniemia*. La **detoxificación precoz** es muy importante para evitar el daño neurológico. Utilizar: **L-Arginina** (aminoácido esencial ciclo urea): 1-2 mmol/kg en general. Se adecuará dosis según patología + **benzoato sódico y/o fenilacetato sódico** (vías alternativas para excreción de nitrógeno). Los niveles de amonio deben disminuir a < 200 umol/l en 12 a 24 hs. Dosis: 250-500 mg/kg. Si los niveles de amonio no descendieran o superaren los 400 umol/l, se procederá a la detoxificación extracorpórea.
- 3) Administración de **carnitina** para compensar la deficiencia secundaria debido a la excreción de ácidos orgánicos en orina unidos a carnitina.

4) **Soporte circulatorio/ ventilatorio/anticomicial y antibióticos.** Existen variedad de fármacos que se utilizaran en UCI según cuadro clínico y laboratorio del paciente.

- Los niveles de arginina deben ser >80 umol/l.
- Según metabolopatía, se sugiere aporte de tiamina, riboflavina, biotina y carnitina.

### Tratamiento específico

#### ● Energía:

- En los trastornos del grupo II que requieren anabolismo, se debe continuar con la administración de glucosa e insulina y una vez descartado trastorno de B-oxidación, comenzar con administración de grasas 2-3 mg/kg/día para aumentar aporte calórico, en forma de TCM (triglicéridos de cadena media).
- En episodio de descompensación, se aportaran las recomendaciones energéticas según edad más 40% (aumento gasto energético basal). En estas condiciones resulta muchas veces dificultoso lograr anabolismo, dada la tolerancia disminuida a la glucosa y la resistencia periférica a la insulina.
- Tan pronto sea posible se iniciara *nutrición enteral* continua por SNG.

En Grupo III es suficiente con administrar glucosa 7-8 mg/kg/min en RN (ritmo de síntesis hepática) adaptando flujo según requerimiento.

#### ● Proteínas

- En coma por hiperamonemia, enfermedad jarabe arce o acidopatías orgánicas, debe suspenderse la ingesta de proteínas naturales (leche materna o fórmula) o aminoácidos específicos durante 24-36 hs. Deberá monitorearse la concentración de aminoácidos, ya que la malnutrición proteica prolongaría el catabolismo.
- En crisis por enfermedad jarabe de arce son necesarios aminoácidos ramificados, para disminuir niveles de leucina, isoleucina y valina.

### Seguimiento nutricional

En estas enfermedades, la dieta puede evitar los síntomas y en muchas ocasiones es lo único que mejora el pronóstico. Es importante señalar que muchos EIM conllevan una dieta baja en proteínas, y el objetivo es conseguir el máximo proteico que tolere el paciente, para asegurar su crecimiento sin desencadenar una descompensación.

Se realizarán controles periódicos de vitaminas y micronutrientes: Zn, Fe, selenio, vit. B12 y vitaminas liposolubles.

Habitualmente, de 0 a 4 meses, se comienza con leche materna más fórmula especial y en mayores de 4 meses se continúa con frutas, verduras, carnes, cereales. Deberá prestarse especial atención a etiquetas y medicamentos a consumir.

Se dispone en el mercado de diferentes alimentos y módulos específicos de principios inmediatos (preparados comerciales) (*Mencionamos algunos de ellos en las tablas a continuación*).

### BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Valverde, Dalmau. Tratamiento nutricional de los errores innatos del metabolismo. Madrid: Ergon; 2004.
- Sanjurjo, Aldamiz-Etchavarria, Ojembarrena. Enfermedades congénitas del metabolismo: generalidades, grupos clínicos y algoritmos diagnósticos.
- Scriver, Beaudet, Sly WS, et al (eds). The metabolic and molecular bases of inherited disease. 8<sup>va</sup> ed. McGraw-Hill; 2001.
- Curso de Formación en Enfermedades Raras Metabólicas. P Sanjurjo Crespo, Aldamiz-Echevarria. Htal Cruces. 2011.

### EIM DE LOS CARBOHIDRATOS

Enfermedad	Tratamiento nutricional	Productos
Galactosemia	Supresión galactosa (lactosa) Suplemento: Calcio	Fórmulas y leches de soja
Intolerancia hereditaria a la fructosa	Restricción de fructosa (1-2 g/día lactante) Suplemento: Vitamina C, ácido fólico	Alimentos exentos de fructosa, sacarosa y sorbitol
Glucogenosis tipo I	↑ Carbohidrato de absorción lenta (50-60%) ↓ Grasa (20-30%) y colesterol Proteína (5-10%) Limitar ingesta de lactosa, fructosa y sacarosa Suplemento o vitamínico-mineral	Almidón de maíz (Maizena*) Polímeros de glucosa: Fantomalt, Maxijul y Polycose
Glucogenosis tipo III	O similar a tipo I o rica en proteínas (20-25% proteínas, 45-50% carbohidratos, 20-30% grasas)	
Glucogenosis musculares	25% proteínas y 35-40% de grasas y carbohidratos	

## EIM DE LAS GRASAS

Enfermedad	Tratamiento nutricional	Productos
Déficit de Acyl-CoA de cadena larga y muy larga	↑ Carbohidratos de absorción lenta ↓ Grasa Evitar ayuno Suplemento: MCT, carnitina y DHA (sólo si los niveles están bajos)	Monogen Mezcla libre de grasa Maizena* Polímeros de glucosa
Déficit de Acyl-CoA de cadena media	↓ Grasa, NO MCT Evitar ayuno Suplemento: carnitina	
Síndrome de Smith-Lemli-Optiz	Dieta rica en grasas saturadas Colesterol 1.200 mg/día	Cholesterol module

## EIM DE LOS AMINOÁCIDOS

Enfermedad	Tratamiento nutricional	Productos
Fenilcetonuria	↓ Fenilalanina	XP Analog, XP Analog LCP XP Maxamaid XP Masamum Anamix Grama PHLEXY-10 Easiphen GAMA P-AM Phenyl-free 1, Phenyl-free 2 HP PKU 1, PKU 1 mix con Milupan, PKU 2, PKU 3
Tirosinemia	↓ Tirosina y fenilalanina NTBC	XPHEN TYR Analog XPHEN TYR Maxamaid XPHEN TYR Maxamud XPHEN TYR Tyrosidon XPTM Analog XPTM Maxamaid XPTM Tyrosidon TYR 1, TYR 1 mix con Milupan, TYR 2 TYROS 1 y 2
Homocistinuria	↓ Metionina (y homocisteína) ↑ Cistina Suplementos. Vitamina B <sub>2</sub> , ácido fólico, betaina	XMET Analog XMET Maxamaid XMET Maxamum XMET Homidon HOM 1, HOM 1 min con Milupan, HOM 2

## EIM DE LOS AMINOÁCIDOS Y ECU

Enfermedad	Tratamiento nutricional	Productos
Jarabe de arce	↓ Valina, leucina, isoleucina Suplemento: tiamina	MSUD Analog MSUD Maxamaid MSUD Maxamum MSUD AID III MSUD 1 mix con Milupan MSUD 1 y MSUD 2 BCAD 1 y 2 PFD 1 y 2 Energivit
Aciduria glutárica I	Restricción de proteínas ↓ Lisina y triptófano Suplemento: carnitina, riboflavina (si paciente sensible)	XLYS, low TRY Analog XLYS, low TRY Maxamaid XLYS, low TRY Maxamum XLYS, TRY Glutaridon GA 1 y GA 2
Acidemia glutárica II	↓ Grasa ↓ Proteína Suplemento: carnitina, riboflavina	
Acidemia isovalérica	Restricción de proteínas ↓ Leucina Suplemento: L-glicina, carnitina	XLEU Analog XLEU Maxamaid XLEU Maxamum LEU 1 y LEU 2 PFD 1 y 2 Energivit
Acidemia metilmalónica	↓ Metionina, valina, treonina e isoleucina Suplemento: Hidroxi-B <sub>12</sub> , carnitina	XMTVI Analog XMTVI Mixamaid XMTVI Maxamum XMTVI Asadon OS 1 y OS 2 PFD 1 y 2 Energivit
Acidemia propiónica	↓ Metionina, valina, treonina e isoleucina Suplemento: biotina, carnitina	XMTVI Analog XMTVI Maxamaid XMTVI Maxamum XMTVI Asadon OS 1 y OS 2 PFD 1 y 2 Energivit
Trastornos del ciclo de la urea	↓ Proteína Suplementación con AA esenciales Suplementos: arginina, citrulina Benzoato sódico, fenilacetato Fenilbutirato	Dialamine Essential Amino Acid Mix UCD 1 Y UCD 2 Energivit



### 1) LOS MACRONUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO Y LAS INFECCIONES POTENCIALMENTE MORTALES CAUSADAS POR EL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN NIÑOS

**Justificación y Objetivos:** El virus sincicial respiratorio (VSR) es una causa importante de hospitalización y muerte en niños a nivel mundial. La mayoría de los cuadros severos (incluyendo el 99% de los casos fatales) ocurre en los países subdesarrollados. Poco se conoce sobre las formas de presentación extremadamente graves. De hecho, las tasas de mortalidad reportadas en distintas partes del mundo varían ampliamente. Los autores han evaluado la carga de infección por VRS, cuando pone en peligro la vida (saturación de O<sub>2</sub> al ingreso  $\leq 87\%$ ) y resulta fatal, y caracterizaron los factores de riesgo de enfermedad potencialmente mortal. Se planteó la hipótesis de que la dieta actual, diferente a la de nuestros antepasados remotos, tendría un impacto negativo en la salud pulmonar de los niños.

**Métodos:** Estudio prospectivo en una población de referencia constituida por 56.560 niños menores de 2 años, durante la temporada 2011 de VSR en Argentina. Todos los niños con síntomas respiratorios e hipoxemia fueron admitidos. Se realizó diagnóstico virológico por Rt-PCR.

**Principales resultados:** Entre 1.293 niños internados con infecciones respiratorias, 797 (62%) presentaron VSR. Los más pequeños son los más afectados. La tasa de hospitalización por VSR en menores de 1 año fue de 23,7/1000. 106 tenían una enfermedad potencialmente mortal, el 3/1000 (IC95%: 2,4-3,7/1000) en <24 meses. La tasa anual de mortalidad atribuida a VSR fue de 0,7/1000 (IC95%: 0,4-1,1/1000). En un análisis multivariado que incluyó variables socioeconómicas (hacinamiento, vivienda, cloacas, nivel de ingresos, tabaquismo en el hogar, nivel educativo de los padres), maternas (asma, tabaquismo, dieta) y del niño (edad, sexo, peso al nacer, prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino, desnutrición lactancia, comorbilidades), pudo observarse que el tipo y la frecuencia de nutrientes ingeridos por la madre en el último trimestre del embarazo tienen una fuerte relación con las formas de presentación extremadamente graves, con alto riesgo de mortalidad, de las infecciones respiratorias en

general y de aquellas causadas por VSR. Existe una asociación dosis dependiente: a mayor consumo de carbohidratos, mayor riesgo [OR ajustada de 3,29 (IC95%: 1,15-9,44) a 7,36 (2,41-22,5) vs. cuartil más bajo]. El 55,6% de los hijos de madres con los scores más altos de ingesta de carbohidratos se internaron gravemente enfermos, mientras que en el total de la población esta forma de presentación se da en el 12,7% de los casos. La lactancia materna y el alto consumo durante la gestación de frutas y verduras son protectores, mientras que la desnutrición moderada a severa y el hacinamiento también aparecen como factores de riesgo.

**Conclusiones:** Las infecciones por VSR, potencial o efectivamente mortales, son una pesada carga para los niños de los países en vías de desarrollo. Las dietas ricas en hidratos de carbono durante el embarazo se encuentran asociadas con estos resultados graves.

*Ferolla F. M., Hijano D. R., Acosta P. L., Rodríguez A., Duena, K., Sancilio A., Barboza E., Caria A., Fernández Gago G., Egue Almeida R., Castro L., Pozzolo C., Martínez M. V., Alva Grimaldi L., Rebec B., Calvo M., Henrichsen J., Nocito C., González M., Barbero G., Ves Losada<sup>1</sup> J., Caballero M. T., Zurankovas V., Raggio M., Schavlovsky G., Kobylarz A., Wimmenauer V., Bugna G., Williams J. V., Sastre G., Flamenco E., Rodríguez Perez A.; Ferrero F., Libster R., Grijalva C.G., Polack F.P.; American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Artículo en Prensa. Publicado en Febrero 28, 2013 como doi:10.1164/rccm.201301-0016OC*

**Nota del editor:** Se trata del trabajo con el mayor número de pacientes que se haya publicado hasta ahora sobre este tema, que brinda números fidedignos del real impacto de las infecciones respiratorias por VSR y el primero en evaluar diferentes factores de riesgo de enfermedad grave potencialmente modificables, aún antes del nacimiento. Para tener en cuenta la magnitud de los datos reportados, las infecciones por VSR provocan anualmente 14 veces más hospitalizaciones y 4 veces más muertes que las ocasionadas por la epidemia de gripe A H1N1 del 2009 en la misma región. Fue coordinado por el Dr. Fausto Martín Ferolla (integrante de la Región Metropolitana), realizado en Fundación Infant junto a 10 hospitales del conurbano bonaerense región

VI (El Cruce, Evita de Lanús, Narciso López, Evita Pueblo de Berazategui, Meléndez, Eurnekián, Oñativia, Presidente Perón de Avellaneda, Fiorito, Ana Goitía) y los hospitales Sor María Ludovica y Pedro de Elizalde, bajo la guía del Dr. Fernando Polack.

## 2) LA MIEL COMO UN SUPRESOR DE LA TOS EN LOS NIÑOS: ¿FUNCIONA?

El uso de medicamentos de venta libre contra la tos y el resfriado es desalentado por las asociaciones de profesionales y la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos. Remedios caseros, como por ejemplo la miel, son baratos y pueden ser alternativas seguras para el tratamiento de la tos. Se realizó una prueba en Israel, utilizando casos de niños atendidos en seis clínicas comunitarias durante el año 2009. El objetivo de este estudio fue comparar el efecto de una sola dosis nocturna de tres diferentes productos de miel, comparados con placebo, sobre la tos y el descanso nocturno, de los niños con infecciones de las vías respiratorias superiores.

**Resumen del estudio:** La edad considerada de los niños era de 1 a 5 años y tenían lo que se creía una infección no complicada de las vías respiratorias superiores. Los niños con asma, neumonía, sinusitis o rinitis alérgica fueron excluidos del estudio. Los resultados fueron medidos, pre y post intervención, con cuestionarios que contenían 5 preguntas que evaluaban la tos y el grado de dificultad para conciliar el sueño, la noche anterior y la de la intervención. Los niños eran considerados si sus puntuaciones en el cuestionario pre intervención eran de suficiente gravedad. Los tres tipos de miel utilizada en el tratamiento eran miel de eucalipto, miel labiada o miel de cítricos. El compuesto con placebo se hizo en el día y también era marrón y dulce. En la noche de la intervención, los padres dieron 10 g del compuesto asignado 30 minutos antes de que los niños fueran a dormir. Al día siguiente, personal del estudio se puso en contacto con la familia por teléfono para completar el cuestionario post inter-

vencción. A los padres se les preguntó: frecuencia de tos nocturna la noche anterior, gravedad de la tos, cómo fue de molesta la tos, el grado en que la tos afectó el sueño de los niños y el grado en que la tos afectó el sueño de los padres. El resultado primario fue el cambio en la frecuencia de la tos de pre y post intervención. El estudio incluyó 300 niños y 89,7% completó el protocolo. La mediana de edad fue de 29 meses y el 54% eran varones. Para la mayoría de los elementos de evaluación, no hubo diferencias entre los 3 diferentes extractos de la miel. Cada uno de los extractos de miel mejoró los síntomas en comparación con el placebo. Se concluyó que la miel dada a la hora de acostarse fue más eficaz que el placebo en la reducción de la frecuencia y severidad de tos nocturna. Sugieren que la miel puede ser utilizada como una forma segura y efectiva como supresora de la tos de los niños de un año de edad y mayores.

**Conclusiones:** La miel tiene muchos posibles beneficios medicinales, incluyendo actividad antioxidante. Los histogramas creado por los investigadores muestran que en la post intervención las puntuaciones fueron menores para cada grupo, lo que sugiere un posible beneficio en el estudio o una mejora temporal de los síntomas. Sin embargo, la mejora fue universalmente mucho mayor para los extractos de la miel, hasta en un 20 %, en comparación con el placebo. La Academia Americana de Pediatría (AAP) no aconseja la miel para los pacientes menores de 1 año de edad, a causa del riesgo potencial de botulismo. La AAP ha elaborado un folleto que puede ser compartido por las familias y que detalla varias alternativas seguras para aliviar los síntomas del resfriado en los niños, incluida la miel. Al considerar el costo relativamente bajo de este producto natural (en comparación con medicamentos recetados contra la tos y el resfriado) y la preocupación por los agentes vaso activos de esos medicamentos de venta libre, la miel que parece ser una opción atractiva

*Cohen HA, Rozen J, Kristal H, et al. Pediatrics 2012; 130: 460-471.*

---

---

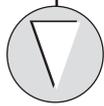
## Adendum

*“La ignorancia afirma o niega rotundamente; la ciencia duda”.*

**Voltaire**  
**(François Marie Arouet**  
**1694-1778, filósofo y escritor francés)**

---

---



## ¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

### Respuesta correcta: B

La tasa de crecimiento en cm/año o la velocidad de crecimiento son sumamente importantes en cualquier control de niño sano. Si se lo ve por primera vez conviene averiguar cuanto medía 12 meses antes. Un niño puede presentar como distancia alcanzada hasta ese momento una talla normal pero con una velocidad de crecimiento anormal que requiera estudio y eventual tratamiento. Puede haber baja talla con velocidad de crecimiento conservada (benigna) o con

velocidad de crecimiento anormal (patológica). Los niños con déficit congénito de hormona de crecimiento ya pueden tener manifestaciones entre los 3 y 6 meses de vida.

Desde los 2 años y hasta la pre adolescencia lo esperable es un crecimiento medio de 5 cm por año (tasa anual). La mayoría de los niños duplican su talla de nacimiento a los 4 años y la triplican cerca de los 12 años.

En los niños con menores tasas de crecimiento anual es necesario investigar clínica y endocrinológicamente.

# 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.