



NOTICIAS

Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por un niño sano
en un mundo mejor

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

EDITORIAL

¿LA AUTOPSIA DE LA AUTOPSIA?

El objetivo de esta presentación es reafirmar la validez de la autopsia para aportar información no revelada por estudios pre mortem. Esta editorial surge como consecuencia de varios hechos importantes:

1. En la reunión de nuestra Región realizada en abril 2012, junto con los referentes pediátricos de las zonas sanitarias de la provincia de Buenos Aires, surge como dato importante cuando se habla de la mortalidad domiciliaria, la falta de diagnósticos precisos por carecer de autopsias forenses realizadas por anatomopatólogos pediátricos y además se comenta el bajo índice de autopsias clínicas en nuestra Región.
2. Un artículo original aparecido en la *Revista del Hospital de Niños* de Marzo 2012 Vol 54, N° 244, pág. 4-9, de la Dra. Sandra B. Farías: "La autopsia: presente... ¿y futuro?"
3. El aporte invaluable de la Dra. M. T. de Dávila con su vasta experiencia y amplia bibliografía.

Primero me pregunte: ¿qué es una autopsia?: procedimiento para determinar la causa de muerte y la comprensión de diversas patologías. Sólido cimiento científico, instrumento de investigación en que se ha basado la medicina moderna. Ha jugado un rol fundamental en la educación médica y en el control de calidad de la atención profesional.

Hay varios tipos de autopsias, dos anátomo patológicas y una por historia clínica:

1. La científica, hospitalaria o anátomo clínica.
2. La médico legal o forense.
3. La autopsia verbal, que es la que se realiza con la familia y el equipo de salud que atendió al paciente fallecido, uno o dos meses después de haberse producido la defunción.

Cumple una función principal en la definición de los diagnósticos de causas de mortalidad que figuran en los certificados de defunción, tanto científicas, legales o verbales. Esos diagnósticos en los certificados de defunción de nuestros niños, distan mucho de ser útiles para saber las causas de muerte, por varios motivos, entre los que se encuentra la falta de educación médica en el llenado de los certificados y la disminución de autopsias pediátricas realizadas por personal especializado en la materia.

El descenso de la tasa de autopsias se debería más a causas médicas; (falta

(Continúa en pág. 3)

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Actividades de la Región 4
- La Región Metropolitana en Facebook 5
- Entrevista al Dr. Bardauil 6
- Trastorno de ADD/ADHD..... 8
- Boletín bibliográfico 10
- Historia del Hospital Posadas..... 14
- Fe de Erratas del N° 56..... 18
- Proyecto de Investigación Multicéntricos..... 18
- 24 preguntas sobre Malformaciones vasculares y diagnóstico por imágenes..... 19
- ¿Se atreve al diagnóstico? 22

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 cilias.
- ✓ Es el coadyuvante ideal en el tratamiento de patologías inflamatorias e infecciosas de las vías aéreas superiores.

le
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)

de pedido, exceso de confianza en la tecnología, descreimiento de los beneficios de la anatomía patológica, miedo a la industria del juicio), que a la negativa de los familiares para realizarla.

En nuestra Región Metropolitana hay cinco hospitales de niños monovalentes: tres en CABA y dos en el conurbano bonaerense, y en ellos el nivel de autopsias es muy bajo. Si tenemos este nivel en los monovalentes como será en los servicios de pediatría de hospitales generales de agudos con servicio de pediatría o en las instituciones privadas: por supuesto 0% autopsias.

¿O es que con los adelantos tecnológicos de los análisis de laboratorio y de las imágenes logramos suplantar los datos que surgen de una autopsia? En los trabajos del servicio de anatomía patológica y de neonatología del Garrahan, se constata el bajo grado de coincidencia de los diagnósticos clínicos con los anatomopatológicos (1988: 70%, 2009: 35% de concordancia).

¿O es que en la medicina defensiva que estamos ejerciendo, la hacemos para que no aparezcan diagnósticos que generen causas judiciales de mala praxis?

¿O es que el costo y el tiempo que insume un estudio, nos hacen perder la visión de los beneficios?

¿O es que la falta de formación médica en la valoración de la anatomía patológica, no nos da fuerza para pedir el consentimiento a los familiares?

¿O es que no se piden porque no hay suficientes centros capacitados para realizarlas?

Cualquiera sea el motivo, estamos viviendo la época de la desaparición de la autopsia suplantada por el arsenal de métodos tecnológicos de imágenes y laboratorio que tenemos para llegar a diagnósticos exactos. No solo en nuestra Región se ve esta merma, sino que es un fenómeno a nivel mundial.

¿Cuántos ateneos anatomoclínicos se realizan en nuestra Región? No solo pediátricos sino también clínicos.

¿En cuántos congresos de la SAP se habló de este tema?

¿Cómo podría la SAP actuar, como entidad científica de primer nivel, en la promoción de esta actividad y revertir este lento camino a la desaparición que está tomando?

Recuperar la autopsia es una asignatura pendiente que tenemos los médicos en general, ya que fue saliendo lentamente delante de nuestros ojos y de la red de educación médica.

Esta tarea debería comenzar en el pregrado, para consolidar una progresión en la educación continua, obligatoria para garantizar calidad en la atención de nuestros niños y adolescentes.

¿De esto no se habla?

Ante esta realidad, la autopsia verbal intenta reemplazar a la anatomopatológica, con las limitaciones de diagnóstico de certeza reconocidas, pero más fidedignos que los que figuran en los certificados de defunción actuales.

Considero una asignatura pendiente de la pediatría actual, recuperar las autopsias anatomoclínicas o verbales como herramientas necesarias de nuestra habitual tarea asistencial, para lograr perfiles docentes y de diagnósticos de certeza mejores.

No quisiera terminar esta editorial, la última de mi gestión como Director de la Región, sin agradecer a todos los que me acompañaron estos dos años al frente de ella, no solo a los profesionales, sino también al personal administrativo: María Laura (una fiera como secretaria), maestranza y a la CD que me dio amplia libertad en el ejercicio de la función y me apoyó en todos los proyectos. Pido disculpas por las tareas incompletas que he dejado y que seguro serán retomadas, mejoradas y finalizadas por los directores que me sucedan, y por los errores cometidos.

Le deseo al Dr. Leonardo Vázquez, futuro Director Titular de la Región, el mayor éxito en su función, cosa que descarto, por haber sentido su capacidad, apoyo y trabajo hombro a hombro durante mi gestión.

Además mis felicitaciones y mi reconocimiento de sus merecimientos al Dr. Edgardo Flamenco, por su incorporación como 2º Director Asociado de la Región.

Pienso seguir trabajando desde el llano dentro de la SAP, para contribuir al logro de:

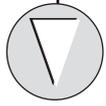
“UN NIÑO SANO EN UN MUNDO MEJOR”

y cumplir el sueño de: *“NIÑOS FELICES ATENDIDOS POR PEDIATRAS FELICES”.*

Gracias!!!

Dr. Saúl Gleich

Director Titular de la Región Metropolitana
saungleich@gmail.com



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

• **Jornadas de Actualización en Pediatría Ambulatoria**

*Asociación de Profesionales,
Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde".
Av. Montes de Oca 40 - CABA - Auditorio*

Se dictarán Mesas Redondas y Conferencias.

Fecha: 14 y 15 de noviembre de 2013.

Informes e inscripción:

Secretaría Asociación de Profesionales:
4632-6500, int. 1010,
asociación.profesionales.hp@gmail.com



• **XVI Jornadas Pediátricas Hospital Municipal del Niño San Justo** *Departamento de Docencia e Investigación.*

Fecha: 5 y 6 de Setiembre de 2013.

Sede: Universidad Nacional de La Matanza.

Modalidad: mesas redondas, conferencias, mesas con expertos.

Informes: Departamento de Docencia e Investi-

gación del Hospital, Ramón Carrillo (ex Granada) 4175 - (1754), San Justo -de 9 a 12 hs.

Tel: 4441-2776/ 9371, Int. 139.

Mail : docencia.hnsj@yahoo.com.ar.

Jornada no arancelada

• **Jornadas de Enfermería Pediátrica**

Departamento de Enfermería, Hospital Municipal del Niño San Justo

Fecha: 3 y 4 de Setiembre de 2013.

Sede: Hospital: Ramón Carrillo (ex Granada) 4175 - (1754), San Justo.

Modalidad: Dirigido a estudiantes de enfermería, auxiliares de enfermería, enfermera/os y licenciadas/os.

Informes: Inscripción gratuita.

Departamento de Docencia e Investigación del Hospital, de 9 a 12 hs.

Tel: 4441-2776/ 9371, Int. 139.

Mail : docencia.hnsj@yahoo.com.ar



¿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

(Ver respuesta en la página 22)

Concurre a la consulta Federico de 6 años quien desde hace 4 meses presenta en ambos oídos OME (otitis media con efusión), habiendo recibido tratamiento médico en dos oportunidades.

¿Qué parámetro de los siguientes valora más para hacer una interconsulta con ORL infantil?

- a) La respuesta clínica al tratamiento con corticoides.
- b) La respuesta clínica al tratamiento con ATB.
- c) La respuesta clínica al tratamiento con descongestivos y antihistamínicos.
- d) Una audiometría realizada con demostración de hipoacusia severa.
- e) La impedanciometría que demuestra inmovilidad importante de la membrana timpánica. •



LA REGIÓN METROPOLITANA EN FACEBOOK

Dr. Carlos Luzzani

Coordinador de facebook

Desde el 15 de junio del corriente año tenemos un espacio en la red social Facebook e invitamos a los integrantes de la Región a participar.

Este espacio es compartido por los pediatras de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los partidos que forman el primer y segundo cordón del conurbano bonaerense.

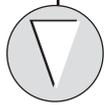
Podrán unirse a él, todos aquellos que por su actividad profesional se interesen en la salud infantil y que ejerzan su actividad en el territorio antedicho. Serán aceptados profesionales de otras regiones pero siempre tratando temas de la Región Metropolitana o temas comunes con otras regiones.

En este espacio se podrán publicar artículos, actividades científicas, opiniones sobre temas pediátricos o sociales relacionados con la salud de los niños, niñas y adolescentes de la región, motivando el

intercambio de opiniones entre sus miembros, que concluyan en conductas realistas que permitan mejorar la salud de nuestra población pediátrica. También existirá espacio para difundir actividades sociales o artísticas, felicitaciones, saludos entre sus miembros.

Los que tengan cuenta en Facebook solo tiene que buscar en Grupos a Pediatras Metropolitanos y solicitar su incorporación, aclarando su profesión (generalmente figura en Información de cada uno).

Quienes aun no forman parte de esa red y tienen ganas de participar, buscan Facebook en Internet y solo tienen que poner su dirección de mail y una clave. No es necesario poner datos personales (ni foto) salvo nombre, apellido y sexo (lo requiere Facebook). •



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. GUSTAVO BARDAUIL

El Dr. Gustavo Bardauil, egresado médico en 1964 de la UBA, ejerce hoy, 48 años después, con igual entusiasmo su trabajo en el consultorio y en la docencia, que le atrajo desde 1974, en el principio de su carrera en el Hospital Carrillo.

Especialista en Clínica Pediátrica (Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires) y en Perinatología. Obtiene en la UBA su recertificación de jerarquizado en la Especialidad Pediatría en 2010. Cuatro veces Director por Concurso, fue nombrado entre 1988 y 1997: Director del Hospital de Morón; del Hospital de Hurlingham; del Hospital de Atención Médica Primaria de El Palomar y de la Unidad Sanitaria Malvinas. La apertura a los distintos temas de una disciplina inagotable, que resume el saber pediátrico, le hizo incursionar en Técnica Radiológica, Microbiología, Farmacología y Nutrición, sobre lo que enseñó siendo Profesor de la Escuela de Enfermería del Hospital de Morón. Desde muy joven, practicó la integración transdisciplinaria: *“me acerqué al Hospital Garrahan en tiempos en que estaba la Dra. Aurora Pérez, porque me interesaba muchísimo saber más sobre Psicología del Niño. Se dictaban cursos sobre “Familia y Pediatría”. Bardauil fue colaborador en el trabajo “El niño febril de 1 a 24 meses” (hoy un “clásico”) que recibió el Premio de la Sociedad Argentina de Pediatría en 1998.*

La promoción y mantenimiento de la lactancia materna lo encuentra desde siempre entre sus más entusiastas seguidores. Su participación societaria lo destinó, entre otras actividades, a dirigir nuestra Región Metropolitana (entre 2009 y 2011) de la cual fue los cuatro años anteriores Director Asociado. Además de miembro vitalicio de SAP, Bardauil lo es de la Confederación Argentina de Sociedades de Puericultura, de la American Academy of Pediatrics, del Consejo de Salud Materno Infantil



(CRESMI) y ha sido cofundador de A.N.C.U.B.A. Autor de trabajos, catorce de ellos publicados en prestigiosos medios científicos, fue coordinador en veinte oportunidades en talleres y seminarios.

En la docencia hospitalaria dedicó más de 6.600 horas a la participación y dictado en Cursos y Jornadas. Realizó, a su vez, veintiún cursos de perfeccionamiento, entre ellos sucesivos años del PRONAP. Participó varias veces, como disertante o panelista en una treintena de

Congresos y Jornadas Nacionales e Internacionales. El Dr. Gustavo Adolfo Bardauil cultiva por convencimiento la educación continua en la actualización pediátrica. Comprometido con sus colegas, comparte desde sus lugares de acción la problemática del pediatra, a veces médico de trincheras, provocando y asistiendo, con participación regional y nacional, a encuentros que los defienden del “burn-out” y los apoyan en la mejora de su merecida dignidad laboral y profesional. Fue cinco veces jurado en la selección de sus pares, lo que hace claro el merecido respeto de sus colegas.

Afectuoso y sencillo, el Dr. Bardauil hace honor a su ideario: estar siempre cerca de los niños y sus familias. *“Para los chicos”, confiesa, “soy el tío Gustavo”.*

RN: *¿Cuándo decidiste ser médico?*

Dr.B: Al final de la primaria. Tuve un maestro ejemplar: el Sr. Nigri, que me destacaba en temas de Biología. En Ciencias Naturales, en primer año, ya manejaba el microscopio en el querido colegio Mariano Moreno. Recuerdo que había puesto un grano de polen con glucosa y veía salir el tubo polínico. En tercer año, en Anatomía, el Profesor Frega hizo que estudiara a fondo la materia y ya pensé que Medicina era mi futuro. El Profesor Dr. Mariano Celaya, del colegio Mariano Acosta y de

la Facultad, hizo que amara la Neuroanatomía. Ya buscaba cortes de cerebro, de bulbo. Comencé a experimentar con sapos. Ya estaba sellado. Me enamoré de la Medicina.

RN: *¿Y tu vocación por los niños?*

Dr. B: Comencé en el Hospital Rivadavia, en Ginecología, con el Profesor Bagnati. Fui por concurso al Hospital de Niños de San Justo, donde el Dr. Adolfo Dositeo Senra del Valle era Jefe de Pediatría y mi Jefe de Guardia el Dr. Biedak. Entre otros practicantes estaba el ahora Profesor Logarzo. Allí encontré definitivamente mi vocación, que no abandoné nunca. Luego pasé a otros hospitales, para entrar en 1966 como médico de guardia de Pediatría en el Hospital de Morón. Es cierto que mi padre tuvo una gran influencia en mi decisión. Era un gran filósofo y siempre me hacía reflexionar acerca de la vocación de servicio, de cuidar y respetar, ya que no había enfermedad sino enfermos. Mi madre era maestra y fue un ejemplo de mujer por su calidad y dedicación a su familia.

RN: *¿Fuiste un “buen alumno”?*

Dr. B: Nunca me bocharon y nunca me lleve una materia en mi vida, ni cuando realice el profesorado para Médico Adscripto al Departamento de Pediatría de la UBA.

RN: *¿Cuándo sumaste profesión y familia?*

Dr. B: Me case en cuarto año con la que hoy es mi esposa, Elsa Luisa Palma, el amor de mi vida, que me ayudó en el estudio y económicamente. Ella dejó Abogacía para ejercer como maestra en dos puestos y así poder alquilar algo y vivir juntos. La idea era una familia. En quinto año cuando cursaba Infecciosas, Beby, mi señora, me dijo a los 9 meses de casado: “¡me dio positivo!”. Juré a fin del año 1964.

RN: *¿Qué edad tienen tus hijos?*

Dr. B: Gustavo Adolfo 50, Susana María 48 y, como para no perder el tiempo, Marcelo hoy de 47 años.

RN: *¿Herederos de vocación?*

Dr. B: No del todo... Mi hijo mayor es Profesor de Biología, Susana estudió Farmacia y Bioquímica y Marcelo también estudió Medicina y dejó, como su hermano, “por lo sacrificada” que es la carrera. Hoy es Agente de Propaganda Médica.

RN: *¿Tus maestros preferidos?*

Dr. B: En el Hospital de Niños, el Dr. Senra, en el Hospital de Morón, el Dr. Lorenzo Perello y el

Profesor Felipe De Elizalde y en el Hospital Posadas el Dr. Ortiz, el Dr. Repetto (realice una pequeña pasantía en su Servicio) y en el Hospital de Niños de Buenos Aires, en Neonatología, el Dr. Castaños. En nuestra Región Metropolitana, en SAP, estoy desde su creación. Todos los ex Directores también fueron mis maestros. Siempre me convocan para las actividades de la Región y de la Sociedad. Creo que me dejaron la impronta de la responsabilidad y honestidad moral, con el ejemplo que nos dieron día a día.

RN: *¿Tu juicio sobre “ser pediatra, hoy”?*

Dr. B: Para ser Pediatra no hay que tener solamente conocimiento. Hay que estar al pie del cañón por la gran labilidad que tienen los niños. Tienen que fascinarte y amarlos como si fueran todos tuyos. A mis alumnos siempre les dije que hay que vivir estudiando, pero disfrutando todo lo que podemos hacer por la felicidad de las familias.

RN: *¿“Hobbys”?*

Dr. B: Mi hobby es la lectura, sobre todo Historia. Al principio Química era otra de mis pasiones, porque trabajé y enseñé química muchos años.

RN: *¿Tu mayor logro profesional?*

Dr. B: Mi mayor logro es poder trabajar todos los días en el bienestar de los niños. La mayor felicidad es verlos sanos. Pude hacer toda la carrera hospitalaria de Jefe de Servicio por concurso y Jefe de Docencia e Investigación también por concurso. Son logros culminados por el esfuerzo.

RN: *¿Fuiste Premio Nacional?*

Dr. B: Sí. Tuve algunos trabajos premiados como el de la UBA: Premio Centeno y publicaciones, como un trabajo original de investigación, en la Revista Archivos Argentinos de la SAP.

RN: *Es notoria tu dedicación a la Infectología en tu desarrollo profesional.*

Dr. B: Así es. Fui Jefe de un Sector de Recién Nacidos infectados y luego, cuando fui Jefe de Servicio de Pediatría, se comenzó a atender y a seguir pacientes con meningitis, que anteriormente se derivaban. Hice más cursos sobre patología infecciosa y seguíamos a las familias de los pacientes con enfermedades venéreas en un centro en el mismo hospital, con la Jefa de Dermatología, la Dra. Stolbizer.

RN: *Es claro tu interés con respecto a temas de respiratorio.*

Dr. B: Sí, la Sociedad de Alergia e Inmunología, presidida por el Dr. Edgardo Bevacqua, ex médico pediatra del Hospital de Morón, miembro de la SAP y especialista en Alergia e Inmunología, nos invitó a la Región, y personalmente, a presentar una mesa sobre este tema en los Congresos de esa especialidad y así asistimos durante varios años.

RN: ¿Cuáles fueron tus tareas recientes?

Dr. B: El Círculo Médico de Matanza y la Fundación Sociedad Argentina de Pediatría, en conjunto con la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires, Jefatura Regional N°3 (Virrey del Pino, González Catán, Laferrere)

desarrollan una estrategia de Promoción de Salud. Para este programa, con el que colaboré y que se desarrolla en 600 escuelas del distrito, se entrega el libro de "Promoción de la Salud en las Escuelas", editado por la Dra. María Luisa Ageitos.

RN: ¿Una anécdota?

Dr. B: Te cuento que a muchos pacientes los llevábamos en consulta, con mi coche particular, por la situación económica. Cuando fui Secretario de Salud Pública el coche oficial se usaba todos los días para llevar a los chicos a los diferentes hospitales de Buenos Aires... y estoy agradecido por hacerme recordar parte de mi vida. •



TRASTORNO DE ADD/ADHD

María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA
mpgerardi77@yahoo.com.ar

El diagnóstico de ADD/ADHD, déficit de atención con o sin hiperactividad, abarca síntomas que se dividen en dos grupos: la atención y la hiperactividad-impulsividad.

Los criterios que plantea el DSM 4 para el diagnóstico son los siguientes:

Para la desatención

Seis o más de los siguientes síntomas de inatención que hayan estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que sean inadecuados para el nivel de desarrollo.

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un

esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Para la hiperactividad

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad con impulsividad que hayan estado presentes en la persona al menos durante 6 meses, al punto de que sean inadecuados y tengan un efecto perturbador para el nivel de desarrollo

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Para la impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

El diagnóstico: subdiagnóstico y sobrediagnóstico

Pienso que en la actualidad hay un sobrediagnóstico de chicos que presentan estos síntomas. Se suele diagnosticar precipitadamente, observando solo los síntomas.

Este diagnóstico se realiza generalmente en base a cuestionarios administrados a padres y/o maestros y el tratamiento que se suele indicar es: medicación y modificación conductual.

El Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, enviado al Ministerio de Salud por un grupo de profesionales de la salud expertos sobre este tema, plantea refiriéndose a los niños que: *"...lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un "déficit" de por vida, luego se lo medica y se intenta modificar su conducta. Así, se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador"*.

Por otro lado algunos profesionales del área de la psicología no toman en cuenta o niegan la existencia del cuadro pasando por alto muchos casos que sí son ADHD/ADD y atribuyéndole a los mismos una causa exclusivamente psicológica.

Para hacer un correcto diagnóstico hay que tener en cuenta la etapa evolutiva del niño y la situación familiar por la que atraviesa. Muchos de estos síntomas pueden presentarse en diversas situaciones como la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hermano, una mudanza, etc.

Los niños e incluso los adolescentes son más inquietos, más turbulentos, presentan una atención más errática e irregular, lo cual es algo inherente a su condición de niños.

Creo que la evaluación debería de incluir entrevistas a los padres, sesiones de juego con el niño, establecer contacto con los maestros y realizar interconsultas con el pediatra, el psiquiatra infantil o el neurólogo. Es importante que la evaluación de cada niño sea realizada por profesionales expertos, que la medicación no sea el primer recurso y que sea consensuada por diferentes profesionales y que se tome en cuenta el contexto del niño en la evaluación.

Recordemos que, como plantea Marisa Rodulfo, en El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia en la Revista Actualidad

psicológica N° 342: *"... mal diagnosticado, mal tratado, mal medicamentado, el niño desarrolla complicaciones caracterológicas o conductuales de segundo grado que complican las que ya tenía, agravando por añadidura el pronóstico ya que no es lo mismo una intervención temprana y adecuada que una intervención adecuada pero mucho más tardía y que debe hacerse cargo de los efectos de aquella iatrogenia"*.

La medicación

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico, en el que están involucradas las vías catecolaminérgicas. La medicación indicada en estos casos son los estimulantes: metilfenidato, y atomoxetina.

También hay que tener en cuenta que la toma del medicamento puede generar dependencia psíquica en la que el niño asocia la pastilla con ser bueno y portarse bien.

Es de suma relevancia tener en cuenta lo planteado en el consenso de profesionales enviado al Ministerio de Salud en relación a la toma de medicación *"... el resultado es que los niños son medicados desde edades muy tempranas, con una medicación que no cura (se les administra de acuerdo a la situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos disimula sintomatología grave la cual hace eclosión a posteriori o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida.*

En otros casos, ejerce una pseudo regulación de la conducta dejando a su vez librado al niño a posteriores impulsiones adolescentes en razón de que no ejerce modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularlas, dado que tanto la medicación como la "modificación conductual" tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan. Y así, pueden intentar frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin bucear en el psiquismo del niño, en sus angustias y temores."

Conclusión

Creo que los profesionales de la salud debemos trabajar con la singularidad del paciente, su familia y su entorno. Como ya sabemos, no podemos pensar a los chicos en forma aislada. Forman parte de un entorno familiar y social, y tienen una historia particular.

La historia y el psiquismo de los chicos están en construcción, con lo cual es de suma importancia no rotular al niño. Es necesario hacer una evaluación interdisciplinaria e implementar un tratamiento adecuado. •



1) EL MOMENTO DE INHALACIÓN DE MEDICAMENTOS ES IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS

Cuando se trata a un lactante afectado por bronquiolitis aguda, con medicamentos por inhalación, el tiempo puede ser todo.

Los médicos, en Noruega, encontraron que los bebés que recibieron periódicamente adrenalina racémica inhalada, no evolucionaron mejor que los que fueron tratados con solución salina en aerosol, en la misma cantidad de tiempo.

Sin embargo, cuando se toma el momento, según sea necesario, del tratamiento –si se trataba de la droga o de solución salina– se redujo el tiempo en el hospital en un 23% ($p=0,01$). Los bebés asignados a la inhalación a demanda también necesitan un 21% menos de oxígeno suplementario ($p=0,04$) y los beneficios fueron más pronunciados en los lactantes menores de tres meses.

“La estrategia de la inhalación a demanda parece ser superior a la de inhalación en un horario fijo”. Tal es la conclusión del Dr. Ove Skjerven del Hospital Universitario de Oslo, según un artículo publicado en línea por el *New England Journal of Medicine*.

En Noruega, la terapia de inhalación de adrenalina racémica “ha sido el tratamiento estándar en los últimos 30 años. Se ha dado entre 14 y 15 veces para cada paciente, en promedio, por lo que es una gran cantidad de tratamientos” dijo el Dr. Skjerven a *Reuters Health* en una entrevista telefónica.

“Los broncodilatadores son usados en exceso en los lactantes con bronquiolitis, a pesar de que varios estudios y recomendaciones muestran que no es necesariamente el mejor tratamiento”, dijo el Dr. Alyssa Plata del Hospital de Niños del Centro Médico Montefiore en Nueva York. “Contar con un estudio para demostrar que la adrenalina inhalada es también ineficaz, es una pieza más de evidencia.” Pero el Dr. Silver dijo a *Reuters Health*, que se sorprendió de que el tratamiento a demanda produzca dicha mejora.

Ocho centros en el sudeste de Noruega y 404 niños menores de un año, participaron en el ensayo clínico doble ciego aleatorizado. La adrenalina inhalada reduce la inflamación de la mucosa, hecho que se ha demostrado en pacientes ambulatorios,

para mejorar los síntomas y reducir el riesgo de hospitalización. No ha reducido, sin embargo, la estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados. El equipo de Skjerven quería probar eso y si la atención a demanda sería mejor que a horario fijo. “Es común darle la medicación con regularidad, lo que sería cada dos o tres horas, si lo necesitan o no, si está despierto o no,” dijo el Dr. Skjerven. Con la terapia a demanda “las enfermeras analizan, continuamente, si el paciente la necesita o si parece estar ayudando”, –dijo– “Si el paciente se mantuvo estable o durmiendo, no lo despiertan para darle el tratamiento.”

Independientemente de la programación, cuando los investigadores sólo observaron solución salina versus adrenalina, la duración de la estancia hospitalaria, el uso de oxígeno suplementario, las puntuaciones clínicas y otras medidas fueron esencialmente los mismos.

Sin embargo, cuando compararon la inhalación bajo demanda versus tratamiento con horario fijo, independientemente de si se utiliza la adrenalina, la duración de la estancia en el hospital pasó de 61,3 horas en el grupo de programación fija, a 47,6 horas en el grupo bajo demanda.

El número de lactantes que requirieron suplementación de oxígeno fue de 48,7% (horario fijo) a 38,3% (a demanda) y el número medio de tratamientos de inhalación fue de 17,0 en el grupo horario fijo vs. 12,0 en el grupo bajo demanda.

“La principal razón para intentar un tratamiento a demanda, era ver si podíamos dar un trato más individualizado y menos tratamientos”, dijo el Dr. Skjerven “que en realidad resultara mejor fue una sorpresa para nosotros”. “El efecto fue más evidente en los niños más pequeños, los de menos de tres meses, que son los que causan más problemas para nosotros”, –dijo– “en realidad acorta la estancia hospitalaria a las 24 horas, que es mucho.” El tratamiento se interrumpió en el 20,5% de los niños, sobre todo en el grupo de solución salina, porque parecía que el tratamiento había fracasado. Sin embargo, la diferencia en las tasas de interrupción no fue estadísticamente significativa entre los grupos.

¿Por qué la terapia a demanda parece ser mejor?: “le damos un 100% de oxígeno y una alta dosis de adrenalina, con un accesorio de la máscara apre-

tada alrededor de la cara hasta cada hora. Es muy probable que les dé una reacción de estrés. Muchos de ellos empiezan a gritar y, obviamente, no se sienten cómodos con esto”, dijo el Dr. Skjerven. “Hay un concepto llamado manipulación mínima, en unidades de cuidados intensivos, en el que se trata de agrupar los procedimientos y dar los períodos más largos de sueño que sean posibles, para ayudar a la recuperación tanto como se pueda” –dijo– “Tenemos la hipótesis de que este concepto es transferible a los pequeños niños de menos de tres meses, lo que tiene sentido para nosotros.” El Dr. Skjerven dijo que los resultados “están causando, sin duda, un cambio de orientación en Noruega y estamos esperando ver qué tipo de influencia que puede tener en el mundo.”•

*N. Engl. J. Med, jun. 2013; 368:2286-2293.
Gene Emery, Editor Reuters Health Information,
Medscape Pediatrics*

2) DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE AUDICIÓN EN LOS RECIÉN NACIDOS. PRUEBAS NO INFALIBLES

Las pruebas de audición en los recién nacidos no son infalibles. David Chi, MD, del Departamento de Otorrinolaringología Pediátrica, Hospital de Niños de Pittsburgh, de la *University of Pittsburgh Medical Center*, Pensilvania, y sus colegas descubrieron que 78 de 923 niños (8,5 %) con pérdida auditiva inicial, habían pasado las pruebas de detección del recién nacido, retrasando su diagnóstico en una media de 4,5 años (rango: 1 mes-10 años). Más de un 50% de los casos diagnosticados posteriormente, fueron de etiología desconocida (n= 42; 54%); los otros casos se han atribuido a la genética (n= 13; 17%), anomalía estructural (n= 11; 14%), adquisición perinatal (n= 9; 12%) y neuropatía auditiva (n= 3; 4%). La pérdida de la audición bilateral simétrica era más común (n= 42; 54%), seguido por la unilateral (n= 20; 26%) y bilateral asimétrica (n= 16; 21%); en casi la mitad de los niños (n= 37; 47%) había pérdida de audición profunda. Más deficiencias auditivas se encontraron como resultado de preocupaciones de los padres (n= 28; 36%), test escolares (n= 25; 32%) o demora en el lenguaje (n= 13; 17%). Sólo 9 casos (12%) fueron diagnosticados durante las consultas de atención primaria. Aunque las pruebas obligatorias en los recién nacidos han sido beneficiosas para identificar a niños con necesidad de apoyo adicional, estas no

son infalibles. Las pruebas, como oto emisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEAT), tanto si utilizan de forma independiente o en una secuencia, se destinan para diagnosticar con precisión pérdidas moderadas a profundas de audición neuro sensorial. Dicen los autores: “Las pérdidas leves de la audición puede a menudo no ser detectadas”.

Además, el uso de un solo ensayo en lugar de dos deja más margen para el error: tasas de falsos positivos tan alta como el 30%, han sido reportados con el uso de OAE por sí sola y OAE pueden también dar lugar a falsos resultados negativos en los niños con función coclear neural y pérdida de la audición. Según los autores, la tasa de falsos positivos disminuye a menos del 1%, si el proceso de 2 pasos es empleado.

Ambos métodos son limitados por condiciones patológicas del oído externo o medio, artefactos de movimiento, la falta de estandarización y dependencia del operador. “Los pacientes en quienes se lleva a cabo esta prueba mientras duermen y en habitaciones tranquilas, pueden tener un resultado más preciso”, explican los autores, señalando la importancia adicional de la formación adecuada del personal.

Además de los problemas referidos, algunos niños pueden tener un inicio más tardío de la pérdida de audición, condición que no ha sido muy bien estudiada y para la que no hay estrategias de detección actualmente. “Estos pacientes tienen un diagnóstico posterior, que conduce a una tardía intervención y potencial mayor retraso en el habla y el lenguaje y habilidades cognitivas y sociales”, señalan los autores.

También aconsejan: “los padres y proveedores de atención médica debe recomendar más pruebas auditiva en niños con retraso en el habla y el lenguaje, independientemente de haber pasado bien el screening universal de audición de los recién nacidos”.

Asimismo, señalan que son necesarios más estudios para investigar y saber el costo y la utilidad de otros programas de cribado universal.

Los autores no han dado a conocer ninguna relación financiera pertinente. El artículo fue presentado en la primera parte de la reunión anual de la *American Society of Pediatric Otolaryngology*, en 2012. •

Yael Waknine, Medscape Medical News; JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. publicado online enero 17, 2013.

3) LA SINUSITIS BACTERIANA AGUDA SEGÚN NUEVAS DIRECTRICES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA

La nueva guía de práctica clínica de la Academia Americana de Pediatría (AAP), aborda el diagnóstico y el uso juicioso de antibióticos en los casos de sinusitis aguda, además de la actualización de la guía 2001, sobre la base de una revisión de la literatura médica desde la publicación de las recomendaciones anteriores. Las directrices actualizadas fueron publicadas en Internet, en *Pediatrics*, el 24 de junio de 2013.

“La sinusitis bacteriana aguda es una complicación común de una infección respiratoria viral o de una inflamación alérgica”, escribe la Dra. Ellen R. Wald. *“Utilizando criterios estrictos para definir sinusitis aguda, se ha observado que entre el 6% y el 7% de los niños que buscan atención por síntomas respiratorios, tienen una enfermedad coherente con esta definición.”*

Los criterios anteriores para sinusitis bacteriana aguda en niños fueron: Infección respiratoria superior (IRS) aguda, ya sea con secreción nasal y / o tos durante el día, por más de 10 días o aparición grave de fiebre (≥ 39 °C), secreción nasal purulenta y otros síntomas respiratorios para 3 o más días consecutivos. Un tercer criterio introducido en la guía 2013 es IRS con el empeoramiento de los síntomas tales como secreción nasal, tos y fiebre, después de la mejoría inicial.

Otro cambio en la guía actualizada, es que ahora los médicos pueden observar a los niños con una infección persistente que dura más de 10 días, durante 3 días antes de la prescripción de antibióticos, mientras que en la guía 2001, los antibióticos eran recomendados desde el comienzo para todos los niños con diagnóstico de sinusitis bacteriana aguda.

En la guía 2013 se aconseja que los antibióticos se deben dar siempre en los niños con aparición severa o empeoramiento de los síntomas.

Recomendaciones: La terapia antibiótica de primera línea para la sinusitis bacteriana aguda es la amoxicilina, con o sin ácido clavulánico.

Si el cuidador informa la progresión de los signos y síntomas iniciales, o aparición de nuevos signos y síntomas, o si el niño no mejora dentro de las 72 horas de tratamiento, los médicos deben reevaluar el tratamiento inicial y cambiar o iniciar antibióticos si están indicados.

La AAP no recomienda las pruebas de diagnóstico por imágenes para los niños con sinusitis bacteriana aguda no complicada, con base en su revisión de

la evidencia, ya que estas pruebas no distinguen sinusitis bacteriana aguda de la viral.

Sin embargo, los niños con sospecha de complicaciones del SNC u orbitales deben someterse a tomografía computada con contraste de los senos paranasales.

Evidencia Subyacente: En un informe técnico adjunto, el coautor Dr. Michael J. Smith (profesor asistente de pediatría de la División de Enfermedades Pediátricas Infecciosas de la Universidad de Louisville, Escuela de Medicina, Kentucky) señala que los datos son limitados en relación con el diagnóstico y tratamiento de la sinusitis bacteriana aguda en los niños.

Cuatro estudios controlados, con placebo, del tratamiento con antibióticos en niños con sinusitis aguda, arrojaron resultados diversos, probablemente debido a diferentes criterios de inclusión y exclusión.

A pesar que la heterogeneidad impidió el meta-análisis, análisis cualitativos formales sugiere que los niños que presentan una mayor gravedad de la enfermedad fueron más propensos a beneficiarse con la terapia antimicrobiana.

“Está claro que algunos niños con sinusitis se benefician con el uso de antibióticos y otros no”, escribe el Dr. Smith. *“Las pautas para el diagnóstico y el tratamiento se centran en la gravedad de la enfermedad en el momento de presentación y tienen el potencial de identificar a los niños que se beneficiarán con la terapia y al mismo tiempo minimizar el uso innecesario de antibióticos.”*

La AAP apoya el desarrollo de estas directrices. Dr. Smith ha declarado haber recibido apoyo financiero de Sanofi Pasteur y Novartis, y una co-autora es empleada por McKesson Health Solutions. El resto de autores no han revelado las relaciones financieras pertinentes. •

Pediatrics. Publicado en Internet el 24 de junio 2013. Medscape Medical News. Laurie Barclay, MD

4) TRATAMIENTO CON AZITROMICINA EN LACTANTES HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS AGUDA

Además de ser los fármacos de elección para las infecciones pulmonares causadas por bacterias atípicas tales como *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, estudios recientes han demostrado que los macrólidos tienen efectos anti-

inflamatorios en poblaciones con fibrosis quística o asma.

Debido a que la inflamación es un componente importante de la bronquiolitis aguda, la cuestión es si el tratamiento con macrólidos podría cambiar el curso de la bronquiolitis causada por el virus Sincicial respiratorio (VSR).

Resumen del estudio: Este estudio buscó probar la hipótesis de que un tratamiento de una semana con azitromicina, podía reducir la duración de la internación y la necesidad de oxígeno en lactantes hospitalizados con bronquiolitis.

Se realizó en dos grandes hospitales de atención terciaria en Brasil. Los niños del estudio tenían 12 meses de edad o menos, con diagnóstico clínico de bronquiolitis, tuvieron síntomas durante no más de 72 horas y se inscribieron en las primeras 48 horas de hospitalización. Los bebés fueron asignados aleatoriamente para recibir azitromicina (10 mg/kg) o placebo, una vez al día durante 7 días. El estudio incluyó a 184 pacientes y todos menos uno completaron el estudio. El niño perdido durante el seguimiento fue del grupo de los que tomaron azitromicina.

Los datos considerados incluyen la duración de la internación, otros medicamentos utilizados en el hogar o durante la hospitalización, saturación con oxímetro de pulso y el grado y la duración del uso de oxígeno. Se cultivaron virus respiratorios en moco nasofaríngeo.

Los resultados de interés fueron la duración de la internación y del requerimiento de oxígeno suplementario.

Los hospitales se adhirieron a los criterios de alta que incluyen la saturación de oxígeno $\geq 94\%$ y

alimentación oral adecuada durante al menos 6 horas.

La edad media de los niños fue de 3 meses, aproximadamente el 60% eran varones y 13% tenía antecedentes familiares de asma.

Antes de la admisión, el 20% de los niños habían recibido terapia broncodilatador y la frecuencia respiratoria media de los lactantes fue superior a 40. De las muestras de moco nasal recogidas para el cultivo, 64% fueron positivas para uno de los virus respiratorios, 93% de esas muestras positivas eran VSR.

No se encontraron diferencias en la duración de la internación; los dos grupos se quedaron un promedio de 5 días. La duración media del uso de oxígeno suplementario, también fue igual en ambos grupos: 4 días. No hubo diferencias en los resultados cuando se estratificó por la edad o el estado viral (positivo para VSR o cualquier otro virus respiratorio). No se encontraron diferencias en los resultados secundarios, incluyendo el uso de broncodilatadores.

Los autores, en su discusión, comentaron que el uso de macrólidos para la bronquiolitis ha ido en aumento en todo el mundo, pero concluyeron que el tratamiento con azitromicina durante 7 días no altera el curso clínico de la bronquiolitis aguda en los bebés.

Este estudio es en realidad el mayor estudio publicado hasta la fecha para examinar esta cuestión en lactantes con bronquiolitis. •

Pinto LA, Pitrez PM, Luisi F, et al; J Pediatr. 2012;161:1104-1108

Adendum

*“Cuando te inunde una enorme alegría, no prometas nada a nadie.
Cuando te domine un gran enojo, no contestes ninguna carta.”.*

Proverbio chino



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

Dr. José Luís Cervetto

Médico Pediatra

CREACIÓN Y ORGANIZACIÓN (1957/1970)

CLÍNICA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX - INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

El **Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas** surgió como iniciativa de la Fundación Eva Perón. Originalmente proyectado para cumplir funciones en la atención de enfermos con afecciones pulmonares crónicas y con especial dedicación a pacientes afectados por tuberculosis e hidatidosis, nació como "Clínica y Cirugía del Tórax".

La planificación edilicia tuvo en cuenta los requisitos que en la época eran esenciales para la atención de estos pacientes. Los espacios abiertos y los balcones orientados para permitir la toma de sol y sombra dan cuenta de las condiciones necesarias para el tratamiento que se instrumentaba en esos momentos. Los materiales de construcción que se utilizaron fueron de calidad excelente, lo que aún hoy puede observarse.

Como institución médico asistencial, desarrolla tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, así como actividades docentes y de investigación, asignando especial importancia a la formación de recursos humanos tanto profesionales como no profesionales.

Depende del Ministerio de Salud de la Nación, está descentralizado y se encuentra incluido en el régimen de Hospitales Públicos de Autogestión.

Se encuentra ubicado en el área oeste del conurbano bonaerense, en la localidad de El Palomar, partido de Morón, provincia de Buenos Aires, Argentina. Sobre una extensión de 22 hectáreas tiene 56.000 m² de superficie cubierta, distribuidos en 7 pisos, divididos en cuatro pabellones agrupados por sectores, AB y CD, unidos por un sector central



en el primer piso y la planta baja. Tiene 3 sub-suelos donde se agrupan los sectores de servicio e infraestructura.

El 1 de marzo de 1957, por decreto 2250/57 de la Revolución Libertadora, se transfirió el establecimiento, aún en construcción, al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

El 4 de Junio, el Ministerio de Asistencial Social y Salud Pública, creó el "Instituto Nacional de la Salud", estableciendo que se formaría con Institutos, centros de Investigación Científica y Servicios Técnicos especializados, cuyo objetivo sería el desarrollo de tareas de investigación. Transitoriamente, y hasta tanto la construcción finalizara, se transfirió la institución al Ministerio de Obras Públicas.

Finalmente, en abril de 1958 el Ministerio de Salud Pública, concretó la creación del "Instituto Nacional de la Salud".

El acto inaugural fue presidido por el entonces Presidente de la Nación, del gobierno de facto, Gral. Pedro E. Aramburu.

Estaba constituido por once Institutos de Investigación, de los cuales se iniciaron sólo siete, con directores designados por concurso. Ellos fueron: Hematología, Director Dr. Luis Podestá; Reumatología, Director Dr. Pedro Catoggio; Neumonología, Director Dr. R. Soubrie; Alergia, Director Dr. E. Garay; Gastroenterología, Director Dr. Marcelo Royer; Endocrinología, Director Dr. Felipe De La Balze; Anatomía Patológica, Director Dr. Brachetto Brian. Los de Alergia y Anatomía Patológica, no comenzaron su funcionamiento, por alejamiento de sus directores. Estos Institutos cumplieron tareas asociadas a la investigación experimental y a la investigación clínica, sin desarrollo de medicina asistencial. Sin embargo, los Institutos de Endocrinología y Gastroenterología, prestaban servicios asistenciales limitados. En 1960, el Instituto de Gastroenterología, inauguró la internación.

En 1960 se incorporó el Centro Panamericano de Zoonosis.

En 1968, por Ley 17.787 del 24 de Junio, se autorizó la organización como Hospital Nacional de Agudos. Únicamente los Institutos de Gastroenterología y de Endocrinología quedaron en actividad, en condición de Servicios, situación que se sostuvo hasta 1970. La disolución de los Institutos y la organización de un Hospital General, se hizo atendiendo a estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud, que determinó que el crecimiento demográfico del partido de La Matanza no estaba cubierto por cantidad suficiente de centros asistenciales en el área.

APERTURA PROGRESIVA DEL HOSPITAL A LA COMUNIDAD (1970 / 1976) Inicialmente se lo denominó POLICLÍNICO PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

En Abril de 1970 se autorizó la habilitación de 360 camas con una dotación de personal de 1969 agentes.

Progresivamente y hasta 1973, se amplió la estructura hasta constituir un Hospital General de Agudos, presentando en esta década un crecimiento vertiginoso tanto en lo asistencial como en lo académico. En 1971 se inauguró, con 96 camas, el servicio de Pediatría como consecuencia de la enorme demanda de camas pediátricas en el área de la Capital Federal, determinada en gran parte por pacientes procedentes del G.B.A. El Jefe de Servicio fue el Dr. Horacio Tocalino, secundado por un equipo de 9 médicos de planta, 12 de guardia y 10 residentes de 1º año.

El servicio de Cirugía se formó por un grupo de cirujanos, encabezados por el Dr. J. C. Rodríguez Otero, a mediados de 1971.

El servicio de Clínica Médica funcionó hasta el año 1973 sin estructurarse y con el esfuerzo de médicos honorarios, su primer Jefe fue el Dr. Amadeo Barouse.

Los Servicios comenzaron a funcionar, aunque aún no se había concretado la dotación de guardia en Rayos, Laboratorio y Hemoterapia, lo cual implicaba un gran esfuerzo asistencial para los médicos de guardia que debían realizar las placas radiográficas o estudios de laboratorio y hemoterapia cuando la urgencia del caso lo ameritaba.

Por otra parte, los profesionales que arribaban desde los hospitales donde se habían formado, quedaban sorprendidos por el nivel de magnificencia del Posadas con sus paredes cubiertas de mármoles, sus escaleras y ascensores con pasamanos de bronce lustrados, sus pisos encerados y lustrados, las habitaciones de los pacientes contaban con sólo cuatro camas que tenían luces y llamadores para enfermería individuales.

La calefacción central permitía en pleno invierno circular por todo el hospital con el ambo de guardia y la atención del Servicio de Alimentación era excelente tanto para los internados y sus familiares como para la guardia.

El 27 de abril de 1971 se realizó la ceremonia oficial de habilitación, concurriendo el Presidente de la Nación Gral. A. Lanusse, el Ministro de Bienestar Social, Capitán de Navío Francisco Manrique, el Secretario de Salud Pública, Dr. Rodríguez Castels, y como Director el Dr. Eduardo Cavalcanti.

En 1972 Se inauguró como "Policlínico Profesor

Alejandro Posadas”, siendo su Director, por Decreto 2813/72, el Dr. Carlos B. Ferreyra.

En **agosto de 1972** se crea el Servicio de Tocoginecología, a cargo de la Dra. Carmen Aducci y comienzan a abrirse cunas de Neonatología provisoriamente en el 4º Piso B.

También ese año se desarrolla la Sección Cardiología, con la jefatura del Dr. J.C. Bastaroli.

La planta profesional estaba constituida por médicos con residencia recién cumplida y acostumbrados a cumplir un régimen de horarios prolongados (de 8 a 15 horas, además de 24 de guardia con domingos rotativos).

En **julio de 1973** se designó interinamente como Director al Dr. Julio C. Rodríguez Otero. Ese mismo año comienzan a funcionar Neonatología como Servicio en el 5º piso, la Terapia Intensiva de Adultos y la Unidad Coronaria.

En **1974** se inauguró el Centro Obstétrico, hasta entonces los partos se realizaban en quirófano, cuya capacidad resultaba insuficiente ante la creciente demanda.

En **1977** se inauguró la Terapia Intensiva Pediátrica y ese mismo año el Servicio de Toxicología.

En 1976, instalación de un centro clandestino de detención y tortura en el predio del hospital

28 de marzo de 1976, tras el golpe de estado autodenominado “Proceso de Reorganización Nacional”, las Fuerzas Armadas, conducidas por el Gral. Reynaldo Bignone, ingresaron al Hospital con tanquetas, helicópteros y personal militar fuertemente armado.

La dirección quedó a cargo del Cnel. Médico Dr. Agatino Di Benedetto que con el objetivo explícito de “acabar definitivamente con las actividades subversivas que tienen lugar en el hospital” y mediante “listas negras” seleccionó al personal que fue detenido.

El **28 de marzo** se detuvieron aproximadamente 35 trabajadores del Hospital que fueron trasladados a Coordinación Federal. El 30 de marzo se detuvieron dirigentes gremiales que fueron derivados a los penales de Olmos y Devoto. El **31 de marzo**, 5 miembros del personal fueron detenidos y derivados al penal de Devoto, donde permanecieron 7 meses.

13 abril de 1976 por Resolución 5779/76, se designó al Dr. Julio R. Estevez, como Director Interino, quien organizó un sistema de vigilancia con la coordinación del subcomisario de la Policía Federal, Ricardo Nicastro. El grupo, autodenominado SWAT, se encargó de la represión en del Hospital circulando dentro del mismo exhibiendo armas largas.

En 1977 se cambió el nombre por: HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

A lo largo de su historia se sucedieron numerosas intervenciones e interinatos que no detallaremos por su extensión.

En **septiembre de 1977**, por Resolución Ministerial 2020/77, se designó el Dr. Horacio Toccalino, como Director Interino.

Marzo de 1996: Por Resolución N° 122 del Ministerio, inscripción del Hospital en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) creado por el Decreto 578 del 1º de Abril de 1993.

Enero 2003: Ese año se realiza finalmente un concurso designando al Dr. José Luis Cervetto como Director Asistente. Resolución Ministerio de S. y A. S. 245/03

En **2007** se traslada el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal del 5º al 1º Piso aumentando su capacidad de 20 a 50 cunas.

Mayo 2008: Dras. Lucrecia Raffo y Silvia Bacigalupo son designadas Directoras Ejecutivas acompañadas de un Consejo de Administración Resolución Ministerio de S. y A. S. N°1342/2007.

Dado su desarrollo en todas las especialidades Clínicas y Quirúrgicas, tanto de adultos como pediátricas, recibe pacientes derivados de su área de influencia así como también del interior del país y CABA.

Actualmente tiene entre las prestaciones de alta complejidad Tomografía Computada y Resonancia Magnética, Endoscopia de Adultos y Pediátrica, Unidad Coronaria, Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, Pediátricos y de Adultos. Cuenta con sala para pernoctar de madres cuyos bebés permanecen internados en Neonatología.

La atención ambulatoria, además de las guardias de Pediatría y Adultos, consta de consultorios de Demanda Espontánea, Programada y de Mediana Complejidad que permiten el seguimiento ambulatorio de patologías que de otra manera requerirían internación.

Dado que su estructura edilicia nunca fue diseñada para la atención ambulatoria, adaptándose varios pisos a tal fin, actualmente se encuentran en plena etapa de construcción áreas para la recepción y atención de los pacientes que concurren a consultorios externos.

Al ser un Hospital Polivalente permite que la transferencia de los pacientes con patologías crónicas desde los Servicios de Pediatría y Adolescencia a los de adultos, se realice con la misma historia clínica y con buen diálogo entre los especialistas a cargo de los pacientes.

PROFESOR DR. ALEJANDRO POSADAS Biografía

Nació en Saladillo, provincia de Buenos Aires, el 28 de diciembre de 1870. Hijo de Doña Josefa Martínez y Alejandro Posada (*sin s*). Su padre, natural de Vigo, España, llegó a la Argentina en 1854. Fue comerciante en la frontera con los indios y luego se dedicó a la producción agropecuaria en la estancia "San Martín de la Dulce".



Posadas se crió en el campo y a los 8 años ingresó pupilo en el Colegio del Salvador de Buenos Aires. Egresó en 1887, a pesar de la interrupción de sus estudios en tres oportunidades por enfermedades pulmonares y reumáticas. El Dr. A. Santos dice que la disciplina jesuítica le marcó pautas de conducta como el espíritu obsesivo, el orden, la capacidad de trabajo, la visión panorámica, el amor al prójimo y el culto a la verdad.

Ingresó en la Facultad de Medicina y en 1888 se relacionó con el Profesor Roberto Wernicke, adiestrándose en su laboratorio en la técnica de micrografías, en Anatomía Patológica y en Microbiología. En 1893, por sus buenas calificaciones, ingresó como practicante menor en el Hospital de Clínicas con el Dr. Ignacio Pirovano y fue médico concurrente de la Cátedra de Pediatría. Se graduó en 1894 con Diploma de Honor y en ese mismo año presentó su Tesis "*Psorospermiosis Infectante Generalizada*" (luego conocida como Enfermedad de Posadas -Coccidioidomycosis-). Ese mismo año ganó por Concurso el cargo de Médico Interno del Hospital de Clínicas y se adscribió a la sala de niños. Fuera del Hospital investigó en el laboratorio de Cirugía Experimental.

El Dr. José Arce, en su biografía de las Obras Completas, dice: "... el cómo y el por qué lo obsesionan. Aspira a que todo le sea demostrado y procede con el criterio simplista pero seguro de quien exige, en cada caso y siempre que sea posible, la verificación experimental."

En 1896 fue nombrado Adjunto de Técnica Operatoria, dictando luego cursos libres de Medicina Operatoria (1896-1897) y de Clínica Quirúrgica y fue nombrado Titular del Servicio de Cirugía de la Sala de Niños.

Trajo el primer aparato de rayos con radioscopía al Hospital y lo instaló en la misma.

En 1898 presentó su Tesis para el cargo de Profesor

Suplente de Cirugía: "Cirugía del Pulmón (lesiones asépticas). Toracoplastia temporaria y parcial para la extirpación de los quistes hidatídicos de pulmón". Filmó la primera película de una operación quirúrgica, la que se realizó en el Hospital de Clínicas y que debió efectuarse al lado de una ventana para aprovechar la luz natural para la filmación. Esta cirugía fue la de un quiste hidatídico de pulmón. La cinematografía había nacido 4 años antes en Francia desarrollada por los hermanos Lumière. La Cinemateca Argentina determinó que esta película es el primer film argentino que se conoce y ha sido reconocido por las Cinematecas de París y Bélgica como el primer documento fílmico de una cirugía. Durante los años 1901 y 1902 dictó cursos libres de Cirugía General en la Clínica de Niños. Viajó a EEUU y Europa buscando alivio para su enfermedad pulmonar y reumática crónicas.

Es en este viaje donde aparentemente se desarrolla la única historia romántica de su vida, con una mujer de ascendencia inglesa, deportista y saludable (la antítesis de Posadas). Este romance fracasa por el quebranto físico de Posadas y su contracción al trabajo.

En 1902, profundamente afectado en su salud, llegó a París, donde el 21 de noviembre falleció a los 32 años. Su féretro fue repatriado, siendo sepultado en el Cementerio de la Recoleta, en el panteón familiar, donde actualmente descansa.

Parte de su tarea como cirujano infantil quedó asentada en el "*Libro de Historia Clínicas de Cirugía Infantil*" que fue encontrado en el Hospital de Clínicas. Este registro contiene su trabajo entre 1901 y 1902, en él hay partes quirúrgicos, dibujos, fotografías e imágenes de estudios histológicos. En muchos de ellos está su firma. En ese lapso se practicaron 1742 cirugías. Él definió a un buen Cirujano y los esfuerzos que se deben realizar para cumplir con los objetivos de esa práctica con las siguientes palabras: "... no estudian, no estudian y en Cirugía, créanme, confunden intencionalmente cirujanos con operadores. Pero operadores son cualesquiera, pues la habilidad se adquiere y hasta el 'gallego' del anfiteatro sabe operar. Cirujano no es cualesquiera, requiere estudiar mucho y no concibo a ciertos cirujanos que van a operar aceptando el diagnóstico e indicaciones que le han hecho los médicos. El Cirujano debe saber hacer el diagnóstico. El Cirujano debe saber Medicina." Desarrolló en 8 años toda su tarea profesional, alcanzando grandes éxitos en los aspectos docentes, asistenciales y de investigación de su carrera, dejando un recuerdo imborrable entre los que trabajaron a su lado. •



FE DE ERRATAS del N° 56

1) Se aclara que la Dra. Beatriz Burbinski no es en la actualidad Jefa del Servicio de Pediatría.

2) **Historia del Hospital Garrahan:** a raíz de la nota sobre la historia de este Hospital, el Dr. Abel Bettinsoli envió una nota al Sr. Presidente de la SAP, Dr. Gustavo Cardigni, aclarando que faltaban datos sobre el período en se construyó el Hospital en cuestión.

Manifestó el Dr. Bettinsoli entre otras cosas: *“la bibliografía que ha exhibido el Dr. Leonardo Vázquez, tres citas de internet, puedo afirmar que en esa dirección de la web nada figura sobre mis afirmaciones, lo que significa que, como sabemos todos, lo que publica WIKIPEDIA son las enviadas por distintos autores particulares los que han omitido la verdad seguramente por no haberlas vivido o por intereses particulares. Tengo en mi poder una carpeta llena de fotografías del edificio terminado el hormigón que yo obtenía por curiosidad mientras trabajaba en el edificio en construcción por “orden” del gobierno de la Marina, además de mis artículos publicados en La Nación y casi 300 fotografías de doce hospitales pediátricos de alta complejidad de EEUU, que como he afirmado, me ha obligado de realizar por un gobierno al que en esa época no podría rechazarse.*

Para terminar, reitero que los Jefes de Pediatría de los Hospitales entonces nacionales, fuimos obligados a integrar la Comisión Honoraria, lo cual no significa que fuimos adherentes de ese gobierno, ni tampoco gorilas antiperonistas. Como bien puede afirmar mis declaraciones, mi viejo amigo Dr. Teodoro Puga sabe bien

que, cuando los médicos del Hospital Gutiérrez ocuparon el hospital, ya estaba terminado, salvo el sector de Psicología y Hospital de Día. Estaba organizado, con los servicios distribuidos, los pliegos de licitación para adquirir el equipamiento moderno de última generación escritos y no se inauguró durante el final del gobierno de facto, por la Guerra de las Malvinas.

Yo estoy muy conforme con el trabajo que hicimos desinteresadamente. Hubiéramos querido trabajar como simples médicos y hasta decidí participar del concurso de admisión. No fue posible. Creo que mis colegas del Gutiérrez de cuya versación científica fui siempre admirador nos habrían considerado como agentes de la dictadura y por ello no fuimos invitados a la inauguración del hospital en la presidencia del Dr. Alfonsín.

Igualmente me siento orgulloso de que el Hospital Garrahan, a treinta años de su fundación, sea hoy la máxima expresión de la calidad y eficiencia de fama internacional en favor de nuestros amados y enfermos niños argentinos, que aún hoy son millones”.

Como autor del artículo quiero aclarar que la omisión involuntaria de estos datos se debió a que no figura en ninguna de la bibliografía consultada, entre ellas la **página web del Hospital Garrahan**. El motivo de la omisión lo ignoro.

Agradezco los datos aportados por el Dr. Abel Bettinsoli que van a enriquecer el artículo en cuestión y reiterar que no hubo la mínima mala intención de no reconocer los seguramente muchos sacrificios, que le demandó la tarea asignada por la Junta Militar. •

Dr. Leonardo Vázquez



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICOS

“El niño con fiebre sin foco de infección de 1 a 36 meses de edad: perfiles de atención y prevalencia de enfermedad bacteriana severa”

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. Considerando la importancia de conocer datos actuales de nuestra población con el objeto de obtener evidencia científica sólida que posibilite la elaboración de recomendaciones de manejo adecuadas a nuestra realidad, el Grupo

de Trabajo “El Niño Febril” de la Región Metropolitana, junto al Comité Nacional de Infectología, desarrollará un estudio multicéntricos a nivel nacional. Invitamos a todos los colegas interesados en participar del mismo a formar parte del equipo de trabajo.

Pueden contactarse para más detalles con el Dr. Fausto Martín Ferolla: fmferolla@fmed.uba.ar.



24 PREGUNTAS SOBRE MALFORMACIONES VASCULARES Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Dr. Luis Fernando Gentile

Jefe del Área de Imágenes del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
fernandogentile@fibertel.com

Dra. Lidia Blumenthal

Diagnóstico por imágenes del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
lrblumen@intramed.net

Dr. Guillermo Eisele

Diagnóstico por imágenes del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
guillermoeisele@doctor.com

1. ¿Existe confusión sobre malformaciones vasculares y hemangiomas?

Sí, por múltiples razones aún hay dudas y confusión, lo que queda claro es la morbilidad y a veces mortalidad de las lesiones.

2. ¿Cuáles son las razones que generan confusión?

Una de las razones que generan confusión ha sido la nomenclatura utilizada para describir las malformaciones endoteliales.

Históricamente las lesiones fueron clasificadas teniendo en cuenta el tamaño de los canales vasculares y tipo de líquido que contenían. Las que contenían sangre se llamaron hemangiomas y las que contenían linfa se denominaban higroma quístico o linfangiomas.

Luego, en 1982 Mulliken y Glowacky crearon una clasificación que separaba las malformaciones endoteliales en dos grandes grupos:

a) Las malformaciones vasculares

b) los hemangiomas.

Se basaron en su historia natural y en el cambio celular e histología.

3. ¿Cuál es la diferencia esencial entre ellos?

Para ello recurriremos al siguiente cuadro diferencial.

4. ¿Qué frecuencia tienen los hemangiomas? ¿Cómo evolucionan? ¿Existen posibles complicaciones?

Son los tumores mas frecuentes en niños alcanzando más del 10% de ellos.

Hay 3 etapas: (*crecimiento*) al nacer son muy pequeños y más del 60% no se visualizan. Luego crecen durante varios meses y se estabilizan (*meseta*).

A los 10 meses comienzan a involucionar y a los 5 años pueden desaparecer en el 50% de los casos (*involución*).

Si bien la mayoría no requieren tratamiento, pueden aparecer complicaciones como el síndrome de Kasabach-Merrit que se trata de una coagulopatía. Puede haber complicaciones también ligadas a compresiones de órganos vitales, fisuras, úlceras y hemorragias o compromiso orificial (ojos, nariz, boca, ano).

5. ¿Qué valor y uso potencial tiene aquí el diagnóstico por imágenes?

El rol de las imágenes es evaluar la extensión anatómica y descartar el compromiso o no de las estructuras adyacentes. La ecografía, la resonancia o la tomografía computada pueden ser utiliza-

Hemangiomas	Malformaciones vasculares
Predomina una proliferación celular	Están compuestas por vasos displásicos sin células neoplásicas.
Son masas pequeñas o ausentes al nacer	Presentes al nacer.
Crece rápidamente en los primeros años	Crece en forma proporcionada con el crecimiento del niño.
Involucionan en la niñez	No involucionan.

das en forma complementaria, por ejemplo, un hemangioma típicamente en crecimiento puede observarse como una masa ecogénica lobulada en la ecografía común.

La RM muestra que las lesiones son hiperintensas en T2 o isointensas al musculo en T1.

Las arterias aferentes y venas de drenaje periféricas y centrales suelen tener alto flujo en el hemangioma y ser ambas de pequeño tamaño.

El hemangioma se observa acentuado difusamente con contraste endovenoso en la T.C. y muestra flujo creciente en doppler. El doppler posee mayor sensibilidad y especificidad en este punto.

Durante la fase proliferativa o de crecimiento, los hemangiomas muestran un flujo intenso en T2.

Los que involucionan muestran áreas fibrosas con alta señal en T1 ecogenicidad alta en ecografía convencional y además realzan menos con el contraste en la T.C.

6. ¿Cuáles son las características de las malformaciones vasculares y cómo se dividen?

Las malformaciones vasculares o MAV están presentes al nacimiento y se agrandan proporcionalmente con el crecimiento del niño.

No involucionan y siempre están presentes.

Las MAV se dividen en:

- Linfáticas
- Capilares
- Venosas
- Arteriovenosas
- Mixtas

7. ¿Cómo se diagnostican los flujos altos o bajos?

La ecografía doppler y la RM son útiles para diferenciar el alto y bajo flujo

ALTO FLUJO, con pico sistólico →
sugiere → COMPROMISO ARTERIAL.

BAJO FLUJO, sin pico sistólico →
sugiere → SIN COMPROMISO ARTERIAL.

FLUJO VENOSO ARTERIALIZADO
sugiere → SHUNT o FISTULA AV.
INCLUYE MALFORMACION VENOSA,
LINFATICA O MIXTA.

8. ¿Qué son las malformaciones venosas?

Las malformaciones venosas son displasias de pequeños o amplios canales venosos.

Muchas de las malformaciones venosas provocan dolor, deformidades y trastornos de la marcha.

Los síntomas disminuyen cuando el niño crece.

El tratamiento incluye esclerosantes y cirugía.

9. ¿Cómo definimos las malformaciones linfáticas?

Las malformaciones linfáticas son quistes displásicos de contenido quiloso comunicantes o no entre sí rodeados por endotelio.

10. ¿Donde se localizan con más frecuencia?

Cuello: 70%

Axila: 20%

En estos sitios recibe el nombre también de higroma quístico.

11. ¿Cual es la edad de mayor frecuencia?

El 65% pueden estar presentes al nacimiento. Y el 85% alrededor de los 2 años.

12. ¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento puede realizarse con escleroterapia percutánea y cirugía.

13. ¿Cómo diagnosticamos una malformación de bajo flujo en imágenes?

Con la señal doppler en forma focalizada y con RM en áreas extensas, se puede identificar el componente venoso y linfático.

Los componentes linfáticos son quísticos (macro o micro quísticos). Estos aparecen con alta señal en T2 ponderada y no muestran realce central con gadolinio. Otra característica es que la lesión es infiltrativa sin respetar las fascias invadiendo músculos y tejido celular subcutáneo.

14. ¿Qué patrones ecográficos simples o de doppler podemos encontrar?

En la ecografía simple o bidimensional es una masa heterogénea a predomino hipo o anecoico.

Estas áreas aparecen con poca intensidad en el doppler color y velocidad baja o nula en el doppler audioespectral.

15. ¿Qué patrones encontramos en la RM?

El bajo flujo aparece con señal alta en T2 con imágenes ponderadas e intermedias en T1. Puede haber flebolitos redondeados con baja señal. La inyección de gadolinio refuerza en T1 los canales vasculares.

16. ¿Cómo definimos una malformación vascular de alto flujo?

Cualquier malformación vascular que tenga componente arterial y más de 4 vasos con Doppler color por cm² se considera una malformación de alto flujo.

17. ¿Qué comprende esta división?

Acá podemos incluir las malformaciones arterio-venosas y fístulas arterio-venosas. Como dato interesante, en el estadio de mayor crecimiento del hemangioma, se comporta como malformación arterio-venosa. Las MAV son verdaderas conexiones entre arteria y vena.

18. ¿A qué edad se presentan?

Pueden aparecer en la niñez o juventud y se exacerban en la juventud y en el embarazo-

19. ¿Qué síntomas puede presentar?

Pueden llegar a tener insuficiencia cardíaca, embolia, dolor, hemorragia y ulceraciones. De todos modos son menos frecuentes que las de bajo flujo. En la mayoría de los casos los pacientes son asintomáticos y consultan al pediatra o dermatólogo infantil por tumoración de partes blandas pulsátil.

20. ¿Qué signos nos brinda el eco-doppler?

Muestra ondas arteriales intercaladas con el flujo venoso y las características propias del patrón venoso.

21. ¿Qué tratamiento empleamos?

Puede utilizars la embolización transarterial o vascular, la cirugía o ambas.

22. ¿Qué signos podemos encontrar en la R.M.?

Flujo vascular múltiple que depende del alto flujo en la secuencia con contraste. Hay notorio engrosamiento de tejidos blandos y se puede valorar su extensión en forma muy clara.

23. ¿Es posible sintetizar en un cuadro diferencial las imágenes de estas tumoraciones vasculares?

Sí, el siguiente cuadro puede ser útil.

	Rx.	Ecografía bidimensional	Ecodoppler	T.C.	R.M.			
					T1	T2		
Hemangiomas	Hemangioma (H)	Masa de partes blandas c/s flebolitos	Masa heterogénea muy hipoeoica	Hipervascularizada	Masa con canales vasculares que refuerzan con contraste	Hipointenso	Hiperintenso	
						- Refuerzan con contraste - Ecogradientes = focos graso o hemosiderina o lagos. - Muestra vasos y arterias. - Dilatación de vasos aferentes y eferentes.		
Malformaciones vasculares	Malformación arteriovenosa (M.A.V.)	Masa de partes blandas	Masa compleja heterogénea	Alto flujo sistólico y venas intercaladas	No indicado	-Vacío de señal. - Refuerzo con gadolinio.		
	Malformación venosa (M.V.)	Masa de partes blandas	Masa hipo o hiperecogénica	Flujo bajo monofásico o ausente	No indicado	Hipo-isointensa al musculo	Hiperintenso	
							- Ausencia de señal con contraste y ecogradiante. - Vasos dilatados y con señal.	
	Malformación capilar (M.Cap.)	Masa de partes blandas	Racimo de canales vasculares en el mismo o a veces normal	Normal	No indicado	Normal		
Malformación linfática (M.L.)	Masa de partes blandas	Masas micro o macroquisticas (anecoicas)	Ausencia de flujo	No indicado	Ausencia de vasos			

24. ¿Es posible una “galería de imágenes típicas”?

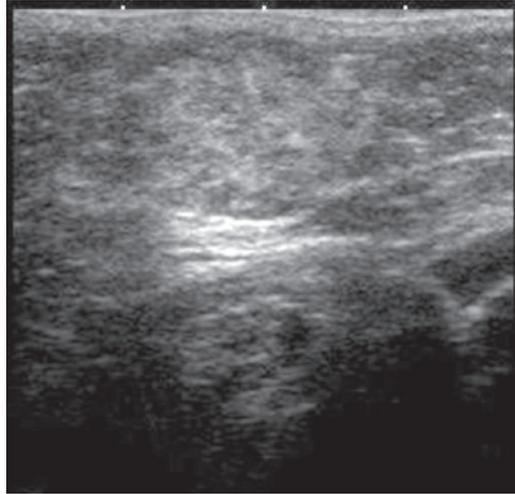


Figura 1.
Hemangioma de alto
flujo sin doppler.
Masa ecogénica.

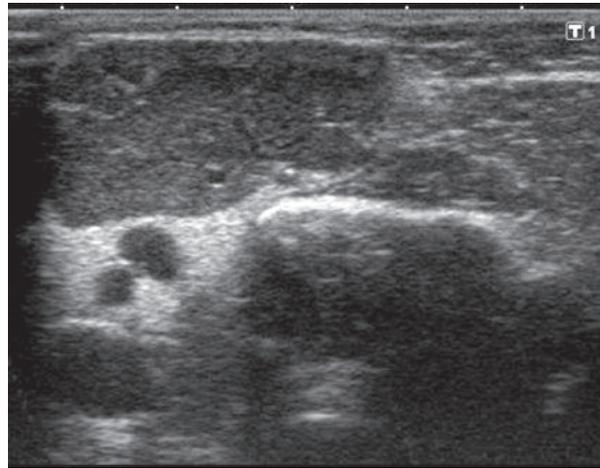


Figura 2.
Hemangioma
sin doppler
ubicado en la parótida.



¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Respuesta correcta: D

Un tratamiento frecuente en la OME es administrar descongestivos y antihistamínicos, pero la práctica y trabajos existentes demuestran que son poco efectivos.

La quimioprofilaxis por dos o tres meses con ATB puede disminuir la recurrencia de episodios agudos pero no siempre se puede observar por timpanometría la disminución de la serosidad de la caja timpánica.

De la misma manera, la asociación de corticoides sistémicos tiene resultados inciertos. La poca movilidad de la membrana timpánica observada

por la impedanciometría confirma presencia de contenido líquido pero no alcanza para observar el grado de pérdida de la función auditiva.

La hipoacusia asociada a OME varía, pero cerca del 90% de los pacientes presenta compromiso conductivo de la audición entre 20 y 40 dB.

Es por esto que la audiometría es de sumo valor para determinar la participación de un ORL infantil para considerar la colocación de tubos de timpanostomía permanentes (diábolos) para lograr drenaje y ventilación. Es una indicación en muchas OME. Pueden ser necesarios unilateral o bilateralmente, dependiendo del grado de presencia de ocupación de la caja timpánica. •

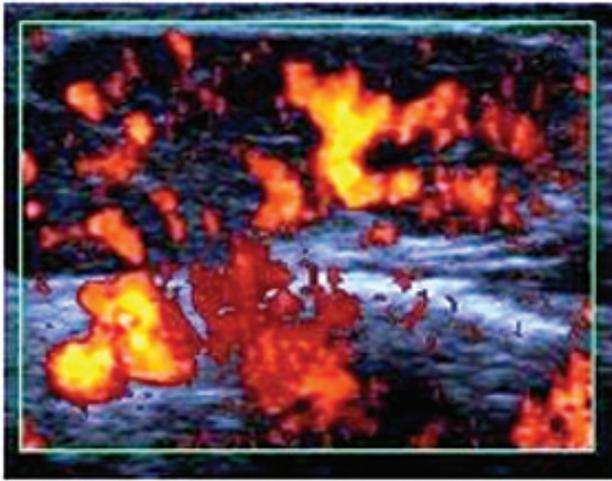


Figura 3.
Hemangioma de alto flujo
con doppler. El mismo
paciente de Figura 1.



Figura 4.
Hemangioma con doppler
ubicado en la parótida.

Neumocort + Aeromed

budesonide 200 mcg

El broncoespasmo
es solo la punta del iceberg



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

Indicaciones:

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

Presentación:

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


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

PORQUE EL BRONCOESPASMO ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Es fundamental un buen **INICIO**



1 Flutivent + Aeromed Tratamiento inicial

SALMETEROL

Control sintomático y funcional

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

BRONCOESPASMO

CRISIS ASMÁTICA

TOS SIBILANCAS

HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Para lograr un buen **TRATAMIENTO DE BASE**

FLUTICASONA

Control antiinflamatorio

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

REMODELACION

MODIFICACION DEL TEJIDO CONECTIVO

MODIFICACION DEL MUSCULO LISO

LIBERACION DE MEDIADORES

INFLAMATORIOS

DESGRANULACION MASTOCITARIA

INFILTRACION EOSINOFILICA

PREDOMINIO DE ACTIVACION LINFOCITOS TH

2 Neumocort o Fluticort

Control antiinflamatorio

Tratamiento de base

BUDESONIDE o FLUTICASONA

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


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.