



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

EDITORIAL

EL MEDIO VASO LLENO

En el marco del 36° Congreso Argentino de Pediatría realizado en Septiembre pasado en la ciudad de Mar del Plata se trataron temas de índole variada a través de distintas modalidades, como mesas redondas, sesiones interactivas, talleres, conferencias, etc.

El miércoles 25 se realizó el Foro sobre Ejercicio Profesional, coordinado por el Dr. Gustavo Cardigni y la Dra. Ángela Gentile, presidente saliente y entrante respectivamente, de nuestra SAP.

Luego de las palabras introductorias se procedió a la presentación de la situación del Ejercicio Profesional en las Regiones y Filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría, teniendo como referencia los numerosos Talleres Regionales sobre la materia que se realizaron en todo el país en 2012/2013 (el nuestro se realizó el 18/04/13). Los mismos se basaron en la encuesta SAP-UNICEF (Satisfacción profesional de Médicos Pediatras) de Julio/Agosto de 2011 realizada en todo el país.

Los disertantes fueron los Sres./ras. Directores/ras Titulares de las distintas Regiones o Filiales.

Nuestro consolidado del Taller, agradeciendo a la Dra. Aída Barbato por su realización, fue el siguiente:

Se propusieron como prioritarios y se analizaron (según matriz FODA) los siguientes temas.

- 1) Seguridad laboral-maltrato.
- 2) Sistema de Salud con R.H. deficitario, nombramientos precarios e insuficientes.
- 3) Necesidad de multiempleo.
- 4) Escasa posibilidad de capacitación.

Análisis

- **Fortalezas** (factores críticos positivos internos con los que se cuenta)
 - Pertenencia de profesionales mayores que incentivan a los más jóvenes.
 - Médicos jóvenes que luchan por mejorar el sistema.
 - Vocación y supervivencia.
 - Trabajo en equipo.
 - Reclamo a través de la S.A.P.
- **Oportunidades** (aspectos positivos externos que se pueden aprovechar utilizando nuestras fortalezas)
 - Jerarquizar la educación de los tres niveles (pregrado, grado, posgrado).

(Continúa en pág. 3)

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Actividades de la Región 4
- ¿Se atreve al diagnóstico?..... 5
- Enteroparasitosis..... 6
- Ecos del 36° CONARPE..... 8
- Entrevistas..... 9
- Previendo errores
en la vacunación..... 11
- Duelo en la infancia..... 14
- Boletín bibliográfico 15
- Historia del HIGA "Pte. Perón" .. 18
- Cuando un amigo se va..... 22
- ¿Se atreve al diagnóstico?..... 22

HYPERSOL GOTAS

Cloruro de Sodio / Solución hipertónica

Gotas x 7,5 ml

AHORA
+ FÁCIL

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 ciliias.
- ✓ 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: Creado por el Dr. Ricardo Straface

Director: Dr. Carlos Luzzani

... EDITORIAL (viene de pág. 1)

- Facilitar la capacitación y el intercambio con especialistas.
- Adecuado sistema de vigilancia en áreas críticas
- Realización de concursos para ingreso a distintas áreas.
- Mejorar clima laboral con comités de bioética, prensa y difusión, cobertura legal.
- **DEBILIDADES** (factores críticos negativos internos con los que se cuenta)
 - Desinterés por el profesional.
 - Violencia al sistema de Salud (pacientes, profesionales, directivos y gremios).
 - Inseguridad en el ámbito laboral, especialmente en áreas críticas (guardias y salas de salud).
 - Insuficiente, precarizado y mal remunerado recurso humano (guardias con R.H. incompleto y escaso). provoca cansancio y agotamiento en el resto de los profesionales que deben suplir al R.H. inexistente.
 - Falta de reconocimiento científico al colega.
 - Escaso tiempo para la capacitación y falta de apoyo institucional.
 - Sistema expulsivo para el recurso humano profesional.
- **AMENAZAS** (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de los objetivos buscados).
 - Falta de una genuina red de interconsultas.
 - Falta de red de derivación que funcione adecuadamente.
 - Falta de concursos para plantales básicos (médicos de guardia y de planta).
 - Falta de un sistema de vigilancia para la prevención de la violencia en la institución de salud.
 - Falta de normas de cobertura legal para el profesional expuesto a una mala praxis por factores externos.

En el Foro en cuestión estas conclusiones fueron muy parecidas, con las diferencias regionales lógicas, en todas las exposiciones y luego de las mismas, con la participación activa del auditorio en una ida y vuelta de interrogantes y respuestas, se vislumbraba que las dificultades de las distintas situaciones permanecían y no se alcanzaba a ver “la luz al fondo del túnel”.

Sin propósito alguno y en forma inconsciente, posiblemente se sobreestimaban las *amenazas* y las *debilidades* y, simultáneamente, no se apreciaban en su real dimensión *nuestras fortalezas* y *oportunidades*. Se estaba viendo el *medio vaso vacío*...

La realidad es que una parte de los problemas de la Salud están fuera del “sector salud”, más exactamente en las Secretarías o Ministerios de Hacienda en los que las variables económicas les tienen que “cerrar” a veces a cualquier costo, resignando nombramientos, concursos, etc.

Es por eso que, como recomendó al finalizar el Foro la Dra. Zulma Ortiz –especialista en Salud de UNICEF–, en su conferencia “La importancia del Recurso Humano en el ámbito de la salud”: “... debemos intentar cambiar el discurso, tratando de ser más propositivos para poder arribar a la resolución de problemas”.

Jerarquicemos nuestras **fortalezas** que son muchas, tratemos de aprovechar al máximo las **oportunidades**, trabajemos sobre nuestras **debilidades** para que desde nosotros mismos sea factible superarlas. Hagámosle frente a las **amenazas** para que no impidan los logros que deseamos y merecemos alcanzar.

Tengamos presente que según la encuesta SAP-UNICEF la mayoría de los pediatras consultados se muestran satisfechos en su ejercicio profesional fundamentalmente por el placer de poder dedicarse a lo que les gusta sumado a la vocación cumplida.

Vivamos un realismo esperanzado para poder ver el *medio vaso lleno*...

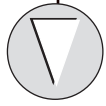
En este, mi primer Editorial, agradezco los deseos de éxito de mi antecesor el Dr. Saúl Gleich. Procuraré realizar una gestión que me dignifique para el cargo con el que he sido honrado.

Necesitamos la participación activa de **todos los pediatras metropolitanos**, muy especialmente los más jóvenes, ya que el recambio generacional progresivo es enriquecedor, inexorable e imprescindible. Sirva el presente como invitación formal a trabajar junto a los que lo hacemos desde hace años, para el bien de nuestra querida Región Metropolitana.

Dr. Leonardo Vázquez

Director Titular de la Región Metropolitana

leovazquez@intramed.net



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Curso Organizado por Región Metropolitana de la SAP

Se dictó en el campus virtual-Educ@SAP el curso:

Promoción de la salud y prevención de violencias familiares y comunitarias.

Coordinado por las *Dra. Aída Barbato* y *Mag. Silvia Schumacher*.

- **Objetivo:**

Ampliar la formación profesional de los equipos de salud.

- **Autores y tutores:**

Dra. Acuña, Mercedes; Dra. Anone, Mirta; Dra. Barbato, Aída; Dra. Cirigliano, Patricia; Dr. Fede, Claudio; Lic. Mansilla, Horacio; Dr. Róvere, Mario; Mag. Schumacher, Silvia; Dra. Torrado, Alejandra y expertos invitados.

- **Duración del curso:** 9 meses

Otorga 9 créditos para el programa de Mantenimiento de la certificación y 90 hs. docentes.

Este curso se elaboró con una visión holística de lo humano y a partir del lugar clave que ocupan los pediatras, los docentes y el equipo de salud en su totalidad en la atención a la infancia. Estamos convencidos que un enfoque interdisciplinario fortalece a los profesionales para abordar las actuales problemáticas, implementar nuevos recursos, recuperar experiencias y ampliar sus miradas.

Este año, en esta primera versión 2013, limitamos a 50 las vacantes otorgadas, número que será ampliada en el 2014. Los integrantes del grupo de formación demostraron a través de los foros y chats una activa participación en los diferentes módulos, con ideas, propuestas y con inquietudes.

También la actividad grupal se enriqueció a partir de la comunicación y el compartir experiencias entre ellos.

- **Algunas reflexiones de los foros**

- "Comprendimos que trabajando en equipo y en red, se generan y gestionan recursos para el sostenimientos de los tratamientos".

- "Reconocemos a través de las experiencias de algunos participantes, que se abortaron buenas e interesantes acciones individuales".

- "El realizar el score de salud en la comunidad en las que trabajamos, nos permitió evaluar la influencia de los factores protectores comunitarios en la salud familiar."

- **¿Como están pensado actuar?**

Al decir del grupo: "Fortaleciendo la prevención de las diferentes formas de violencias"

- Involucrando a los actores que reciben las acciones de violencia.

- Creando espacios intermedios en la comunidad como promotores de salud familiar.

- Haciendo visible las consecuencias de los hechos de violencias en la infancia.

- Elaborando protocolos para la conformación de equipos de trabajo y formas de intervención

- **Destinatarios**

- Personas que trabajen en el ámbito de la salud, de la educación y estén interesados en ahondar sus conocimientos sobre el tema.

- Médicos pediatras, médicos que trabajen con niños y adolescentes, médicos generalistas. Enfermeros, nutricionistas, kinesiólogos, técnicos. Asistentes sociales, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos. Docentes y técnicos de todos los niveles

• Objetivos

- Que los participantes desarrollen habilidades para conocer, comprender e intervenir con el aporte interdisciplinario en la salud familiar y comunitaria.
- Conocer técnicas de relevamiento, organización de recursos y detección de necesidades en las familias y en la comunidad a partir de la implementación de instrumentos tales como Genogramas, Score de Salud, Score Legal y Mapa Familiar Comunitario.
- Conocer la jerarquización de las normas jurídicas, los recursos legales y las principales leyes sanitarias para diferenciar entre aquellos que garantizan derechos y obligaciones en el ámbito familiar y comunitario, frente a las diferentes formas de expresión social de la violencia
- Adquirir habilidades para gestionar acciones en red, dentro del mapa de recursos, familiar-comunitario.
- Actualmente está en aplicación con profesores y cursantes el instrumento de Evaluación a fin de conocer el impacto y resolver posibles ajustes que permitan perfeccionar el Programa y su aplicación didáctica y tecnológica.

Se aspira medir logros obtenidos por alumnos, docentes, tutores, autores y Educación continua de la SAP.

Inscribite...

Los esperamos en el aula virtual en 2014.

REUNIONES DE REGIÓN METROPOLITANA

Se realizan el segundo sábado de cada mes, a partir de las 8,30 de la mañana, en el Centro "C. A. Gianantonio" en J. Salguero 1244, CABA.

Concurrí y participá en alguno de estos grupo de trabajo: Educación Continua, Observatorio de la Salud infantil, Redes, Salud y Medio Ambiente, Relaciones institucionales, Actas y Presentismo, Periodismo y Divulgación de la Región.

Pueden encontrarnos en facebook en: Pediatras Metropolitanos.

¿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 23)

¿Cuál de los siguientes fármacos administrados a la madre **es más** probable que tenga un efecto adverso sobre un lactante de 5 meses que es alimentado con pecho exclusivo?

- Paracetamol.
- Furosemida.
- Gentamicina.
- Diazepán.
- Penicilina.



ENTEROPARASITOSIS.

Algunas consideraciones frente a ellas

Dra. Nélide G. Saredi
ngsaredi@gmail.com.ar

Bioquímica. Encargada del Laboratorio de Parasitología del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Coordinadora de la Red de Parasitología del Gobierno de C.A.B.A.

El objetivo del presente artículo, es contribuir a un mejor conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enteroparasitosis.

En cuanto a la solicitud del estudio y la toma de muestra...

- La solicitud del estudio debe ir acompañada del llenado de la ficha clínico-epidemiológica. En caso de que no la hubiese, informar sobre edad, enfermedad de base y demás datos relevantes relacionados con las enteroparasitosis.
- Las muestras para el examen seriado deben tomarse durante 7 días. Si un día el niño no defeca, debe esperarse y completar las 7 muestras; lo mismo ocurre con el escobillado anal. La razón de esta recolección es que la eliminación de formas parasitarias en las heces no es continua. En nuestro servicio hemos realizado estudios con muestras de menor cantidad de días, en paralelo con la de 7 días y hemos tenido menor recuperación de formas parasitarias con el primer método.
- En el examen de heces en fresco, enviar las deposiciones en un tiempo no mayor de 60 minutos luego de ser evacuadas. Las muestras deben ser del tamaño de una cucharada sopera. En lactantes, enviar directamente el pañal (colocando el lado impermeable en contacto con la piel, quitarlo antes que el niño orine, ponerlo dentro de una bolsa plástica y enviarlo al laboratorio).
- En el examen en fresco, solo se puede considerar que el resultado del estudio es negativo, luego del análisis de tres muestras independientes, obtenidas en días alternados.
- Frente a la sospecha de la eliminación de formas parasitarias macroscópicas, se debe enviar el material en un frasco limpio con agua hervida. NO utilizar alcohol como conservante.

Algunas generalidades...

- Los elementos eliminados espontáneamente y que pueden ser formas parasitarias, son de color blanco o amarrados tenues y de contornos nítidos. No existen formas parasitarias de color marrón u otros colores.
- Todas las formas parasitarias son destruidas a temperaturas mayores a los 70°C.
- El hipoclorito de sodio (lavandina) a concentraciones que permiten su ingesta, no es efectivo para la destrucción de formas parasitarias.
- El agua de consumo hervida durante 1 minuto, es la **única** forma segura de eliminación de formas parasitarias.
- Es de fundamental importancia incluir el examen coproparasitológico en el protocolo prequirúrgico o previo al tratamiento con corticoides y drogas oncológicas. También en caso de trasplante de órganos, debiendo realizar el estudio tanto al receptor como al donante.
- El reservorio doméstico más importante de enteroparásitos es el perro, principalmente de protozoos, algo no siempre tenido en cuenta.
- Solicitar estudios coproparasitológico en los casos de desnutrición, atraso de crecimiento, anemia, proctorragia, diarreas crónicas o agudas, eosinofilia, dolor abdominal recurrente, alteraciones en piel y respiratorias.

Con respecto a los protozoos...

- Si un paciente presenta **solo** quistes de *Entamoeba histolítica* debe ser medicado, dado que los mismos son una fuente de diseminación y bajo determinadas condiciones pueden transformarse en trofozoítos y desarrollar la enfermedad en el mismo paciente.¹
- Los parásitos comensales (*Entamoeba Coli*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba butschlii*, *Chilomastix mesnili*) no deben ser medicados, ya que no se

los considera patógenos. Su presencia en las heces es un índice de contaminación fecal en el paciente, por lo que está en riesgo de tener otras parasitosis, lo que amerita indicar medidas preventivas.

- En giardiasis son importantes reservorios gatos, perros, ratas, hámsters, castores y ganado vacuno, por lo que es indispensable controlar el contacto de los niños con estos animales, principalmente en casos de infecciones recurrentes.
- *Isospora belli*, *Cryptosporidium sp.*, *Sarcocystis hominis* y *Cyclospora cayetanensis* necesitan coloración ácido alcohol resistente para su perfecta identificación.
- La presencia de *Cryptosporidium sp.* en heces, si bien puede aparecer en pacientes inmunocompetentes donde hay autolimitación de la infección, la persistencia en estudios consecutivos de heces, implica realizar otros estudios para valorar si existe compromiso inmunológico.
- Los *Microsporidium sp.* en heces son los verdaderos oportunistas, dado que tienen valor patológico solo en pacientes inmunocomprometidos; en inmunocompetentes actúan como comensales.
- La *Diéntamela frágilis* es el causante más frecuente de diarreas crónicas en los niños. Su identificación debe realizarse en material en fresco o con la utilización de conservadores que mantienen los trofozoítos (SAF; PAF; etc.) ya que no presenta formas quísticas. El formol no conserva las formas trofozoíticas.
- Si bien en la literatura en general, se considera que la *Trichomona hominis* no es patógena, en nuestra experiencia es un importante agente causal de diarreas, en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos (en estos últimos llegan a la cronicidad).²
- Es importante que el parasitólogo diferencie la *Trichomona hominis* de la *T. vaginalis* en heces, dado que la presencia de esta última está relacionada con casos de abuso sexual. El estudio debe hacerse en material en fresco o en su defecto utilizando conservadores, como en *D. fragilis*.
- El *Blastocistis hominis* es agente causal de diarreas, constipación alternada con diarrea y principalmente dolor abdominal recurrente (en nuestra experiencia), por lo que ante su hallazgo se requiere tratamiento.³

Si hablamos de helmintos...

- Ante la descripción oral de un parásito eliminado, solicitar que se lo dibuje. De este modo se evitarán errores de interpretación. Lo más común es confundir, en la descripción oral, *Enterobius vermicularis* con proglótides de tenias, dado que éstos tienen movimientos propios.
- Frente a la eliminación de un *Áscaris lumbricoides*, el coproparasitológico posterior puede dar negativo, debido a que hay un solo gusano y ya se eliminó o pocos gusanos machos o hembras pre púberes o solo una hembra solitaria. Se sugiere tratamiento y luego coproparasitológico de control.⁴
- Si en el estudio coproparasitológico se informa huevos infértiles de *Áscaris lumbricoides*, implica que posiblemente se encuentren uno o pocos gusanos hembras, lo que indica baja carga parasitaria. Tratar como en el caso anterior.
- Ante la presencia de flujo vaginal en niñas es necesario investigar *E. vermicularis* como causante del mismo.
- El hallazgo de *Strongiloides stercoralis* en heces debe contemplar la posibilidad de strongiloidiasis generalizada, especialmente en paciente medicados con corticoides, desnutridos e inmunocomprometidos. En los últimos tiempos se han notificados en nuestro medio varios sucesos terminales por no considerar esta situación.
- Las uncinariasis y strongiloidiasis pueden ser autóctonas tanto de la ciudad de Buenos Aires como de la provincia de Buenos Aires, razón por la cual los pacientes sospechosos, aunque no hayan viajado a zonas supuestamente endémicas, pueden tener estas parasitosis.
- Frente a la eliminación de proglótides de tenia, es fundamental la diferenciación principalmente entre *T. saginata* y *T. solium*, debido a que la presencia de esta última debe alertar sobre posible neurocisticercosis en el paciente o los convivientes.⁵

En los tratamientos con antiparasitarios se debe considerar:

- No dar tratamientos antiparasitarios en forma empírica. No existe medicación "universal" que sea efectiva para todos los parásitos. Se corre el riesgo de considerar que el paciente "está curado de enteroparásitos" y orientarse erróneamente hacia la búsqueda de otros agentes etiológicos.

- El Mebendazol es el único antiparasitario aceptado para la mujer embarazada.
- La efectividad de un tratamiento antiparasitario se debe evaluar con un nuevo estudio coproparasitológico, en tiempo posterior inmediato al período de incubación de los protozoos, o del período prepatente de los nematodos. La presencia de enteroparásitos en tiempos mayores, puede deberse a la ineficacia del tratamiento y/o persistencia de las fuentes de contagio.
- El segundo ciclo del tratamiento antiparasitario se sugiere en aquellos casos donde hay autoendoinfección (*S. stercoralis* e *H. nana*) y el mismo se realizará luego del período prepatente (20 días en ambos casos).⁶
- Se sugiere, en el tratamiento de la enterobiosis (oxiuriasis), junto con la terapéutica antiparasitaria oral, aplicar en la región perianal por la noche y la mañana, Tiabendazol en crema, dado los efectos larvicidas y ovididas de este antiparasitario.
- En las geohelminCIAS (*Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Strongiloides stercoralis*, *Hymenolepis nana*) parte del proceso madurativo de las formas infectantes ocurre en el suelo. Debido a ello, no existe contagio de persona a persona y por lo tanto el paciente no debe estar aislado, ni es necesario el tratamiento antiparasitario familiar.

Referencias

1. Tratamiento: Metronidazol: 40 mg/kg. peso, en 1 toma por 7 días/ Tinidazol: 30 mg/kg. peso en 1 toma, por 3 días/ Nitazoxanida 15mg/kg. peso en 2 tomas, por 3 días.
- 2 y 3 Tratamiento ídem Giardias: Metronidazol: 15-30 mg/kg. peso, en 3 tomas diarias, por 7 días/ Furazolidona: 6-10 mg/kg. peso, en 4 tomas diarias, por 10 días. Tinidazol: 25-40mg/kg. peso, en dosis única/ Ornidazol: 25-40 mg/kg. peso, en dosis única/Nitazoxanida: 15mg/kg. peso, en 2 tomas diarias, por 3 días.
4. Tratamiento: Mebendazol: 200mg., en una toma diaria, durante 3 días/Flubendazol: 200mg., en dos tomas diarias, por 3 días/Pamoato de Pirantel: 5-10mg/kg. peso, en una toma diaria, por 3 días / Albendazol: 10mg/kg. peso, en dosis única/Nitazoxanida: 15mg/kg. peso, en 2 tomas diarias, por 3 días.
5. Tratamiento: Teniasis: Prazicuantel a 25 mg/kg. peso en 1 toma y a las 2 horas posteriores tomar un purgante salino. Evacuar en bacinilla con agua tibia y remitir el parasito al laboratorio para su identificación.
6. Himenolepiasis: solo el prazicuantel, y repetir a los 20 días, porque tiene un ciclo de autoendoinfección.



ECOS DEL 36° CONARPE

La dimensión del tiempo escapa de los relojes cuando, como en el 36° CONARPE, cuatro días parecen mucho más por la intensidad de las comunicaciones compartidas entre 6.000 pediatras y miembros del Equipo de Salud.

La *Dra. María Eugenia Cobas*, digna Presidente del Evento, expresó a **Revista Noticias Metropolitanas** su agradecimiento a todos ellos y en especial al Comité Organizador y a los participantes del Programa Científico, nacionales e internacionales.

Nos honraron invitados de Israel, España, Estados Unidos, Francia y Polonia.

Más de 125 equipos académicos, trabajos pre-

miados por calidad y originalidad, el consenso sobre “Transición del adolescente crónicamente enfermo” y el particular espacio de Reflexión “La Estación del Pensamiento”.

En el foro de Ejercicio Profesional, para María Cobas “se consolidó el trabajo impulsado por la Comisión Directiva de la SAP durante la gestión del Dr. Gustavo Cardigni, con los talleres que en conjunto con UNICEF, se realizaron en todo el país”.

Para la Presidenta: “Con la masiva participación se cumplió un doble objetivo preciado: lograr un encuentro federal con carácter interdisciplinario. Por todo, satisfacción y agradecimiento.”



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. GUSTAVO CARDIGNI

El Dr. Gustavo Cardigni acaba de culminar su intensa gestión en la Presidencia de la SAP, coronada por la realización del 36° CONARPE en la ciudad de Mar del Plata.

Opina: "Creo que el 36° CONARPE además de presentar un programa completo, fue una clara demostración de la convocatoria de la SAP con respecto a los Pediatras, donde se mostró una activa participación y un magnífico clima de camaradería".

Egresado médico en UBA a los 23 años, se tituló Pediatra en Provincia y Nación diez años después. A los 35 recibe de SAP su especialización como Terapeuta Intensivo Infantil, la que recertificó en 2008.

Su labor hospitalaria le llevó a compartir la asistencia con referentes de la talla del Dr. Mohr en Ezeiza y el Dr. Straface en San Miguel. Acompañando otros desarrollos, se ha esforzado en un dilatado camino que incluyen 10 años de visitas domiciliarias y 30 de consultorio, que le brindaron una experiencia invaluable en el seguimiento de niños y sus familias.

Afable y reposado, Cardigni puede confundir a cualquiera que no lo conozca. Acostumbrado por elección a practicar la asistencia pediátrica en el borde extremo que separa la vida y la muerte, Gustavo se afirma en la solidez científica, la humanidad, los principios éticos y una presencia que no ahorra. Con el grupo integrado por Althabe M.; Vassallo J. y colaboradores, recibió el merecido Primer Premio de la Sociedad Argentina de Pediatría, por el trabajo "Morir en Terapia Intensiva".

Tampoco desvía Cardigni su compromiso profesional, personal y societario a la hora de señalar déficits y reclamar cambios para que se haga posible un ejercicio cada vez más digno de la Pediatría.

Casado con Graciela Morales, Médica Pediatra especialista en Adolescencia, tienen 3 hijos: Julieta de 35 (Dra. en Letras, que realiza canto coral y piano), Diego de 34 (empresario Pyme) y Soledad de 30



(actriz, hace comedias musicales y ejecuta saxo). Queda claro que la crianza y la educación que les dieron ha estado llena de libertad y apoyo a sus decisiones.

Gustavo expresa "vida familiar y obligaciones profesionales no son algo fácil de compatibilizar y afortunadamente siempre tuve la gran comprensión y apoyo que necesitaba."

El Dr. Cardigni gusta mucho de la música y cantó desde niño en numerosos coros: "lo hago en la actualidad, aunque últimamente no de manera sistemática".

Apasionado por la lectura confiesa que "afortunadamente siempre es posible hacerse un tiempo, lo mismo que para escribir, que me gusta mucho". Sin embargo los ratos libres no le alcanzan para jugar al ajedrez del que disfruta.

Por la profesión y la participación en la S.A.P., Gustavo conoció "casi todos los países de América, algunos de Europa y otros destinos menos comunes, pero igualmente apasionantes, como Sudáfrica y Australia."

Fue docente autorizado en la unidad académica del Hospital "Juan P. Garrahan" y Director de beca de investigación. Entre el 76 y 79 realizó la Residencia completa en el Hospital de Pediatría "Pedro de Elizalde". Becado en la Unidad de Cuidados Intensivos del *Children's Medical Center (University of Virginia, U.S.A.)*.

Publicó trabajos sobre insuficiencia renal aguda en el PRONAP y fue coautor de libros donde escribió sobre ventilación mecánica y conceptos en pediatría. También publicó sobre el Intensivista Pediátrico y la toma de decisiones en pacientes graves. En *Archivos Argentinos de Pediatría* publicó en 98/99/ 2008 y 2012 y fue también Miembro Revisor. En *Pediatric Critical Care Medicine (U.S.A.)* publicó artículos y editoriales.

Más de 30 Congresos y Jornadas nacionales e internacionales lo tuvieron presente entre el '84 y 2013, donde su participación más comprometida estuvo en el Congreso del Centenario y en el 36°

CONARPE. Su actividad hospitalaria ha sido importante. Fue médico suplente de guardia en el Hospital de Pediatría "Pedro de Elizalde". Desde Médico Asistente de Terapia Intensiva en el Hospital "Juan P. Garrahan", alcanzó el cargo de Jefe de Clínica de T.I., que ejerció entre el 2000 y 2009 y desde ese año hasta hoy es Médico Principal de T.I.

En el Sanatorio de la Trinidad, desde 1992 hasta la fecha, es Jefe de Internación Pediátrica y U.C.I. Integrante de varios comités y grupos de trabajo, fue miembro de la Comisión Directiva de la S.A.P (2002/2005). Tesorero y Presidente de la Subcomisión de Finanzas (2005/2008). Vicepresidente 1° en el periodo 2008/2011. Asumió en 2011, por elección de sus pares, la Presidencia de SAP que culminó el pasado octubre 2013.

Revista Noticias: *¿Cuándo decidiste ser médico?*

Dr. Gustavo Cardigni: Supe, desde que tengo memoria, que iba a ser médico; nunca dudé.

R.N.: *¿Y ser pediatra?*

Dr. C: Al final de la carrera, al cursar la materia pensé que era mi destino profesional y elegí Pediatría.

R.N. *¿Por qué aceptaste el desafío?*

Dr. C: Desde siempre me atrajo profundamente la atención de los niños críticamente enfermos. Así comencé en la Unidad de Cuidados Intensivos. Más de 35 años después cada día confirmo que ser Pediatra se trata de un privilegio y que no me equivoqué.

El enorme avance del conocimiento y la tecnología nos enfrentó con la posibilidad de sobrevivencia que antes no existía y como correlato, la emergencia de nuevas enfermedades y dilemas éticos.

Entre ellos, la necesidad de comprender que no todo lo que se puede hacer se debe hacer en ciertas circunstancias, y que ayudar a las familias a aceptar la muerte de un niño es un acto tan importante como todos los que desarrollamos en nuestra labor diaria.

RN: *¿Maestros y referentes?*

Dr. C: He tenido muchos maestros; sería injusto nombrar solo algunos. Pasa igual con aquellos en cuyo aprendizaje he participado. Lo más lindo es encontrarse y recordar anécdotas en distintos lugares del país, después, con Pediatras con quienes compartimos, siendo becarios o residentes.

RN: *¿Cómo valorás tu paso por la Presidencia de S.A.P?*

Dr. C: Creo que concluimos nuestra gestión con un balance positivo. Acorde con los nuevos Esta-

tutos se avanzó mucho en reorganización y en una ardua tarea, la obtención de Personería Jurídica de las Filiales.

Consolidamos en Educación Continua: la regulación en el campus virtual y las actividades a distancia, con el afán de llegar a la mayor cantidad posible de pediatras. Se le dio un gran impulso a las oportunidades para los médicos jóvenes. Esperamos un gran impacto futuro. Hasta ahora se incorporaron más de 1.500 médicos. Se apoyaron decididamente las actividades del CEP, en lo que hace a Certificación y Recertificación, y se consolidaron especialidades como Adolescencia y Nutrición.

Diseñamos y cumplimos, en conjunto con Unicef, un programa de Ejercicio Profesional, cuyos resultados, se expusieron en el Foro de Ejercicio Profesional, en el último CONARPE. Las condiciones en que ejerce el Pediatra su trabajo, inciden directamente en la calidad de la atención que puede brindar y tengo la firme convicción de que es el efector natural en la promoción y protección de la salud de niños, niñas y adolescentes.

Para ayudar a los Pediatras que trabajan en nuestra realidad, se produjo un Manual de Prevención de Violencia en el ámbito laboral. Se firmaron múltiples convenios y se conformó el Foro de Sociedades del Cono Sur. Hay dos comisiones trabajando activamente en Educación y Ejercicio Profesional, a fin de plantear cuestiones básicas comunes a todos los países.

Nuevos contactos con la Academia Americana de Pediatría tienden a consolidar acuerdos de cooperación mutua. Espero verlos fructificar en un futuro próximo.

RN: *¿Tu visión sobre "nuestra" Pediatría?*

Dr. C: Creo que nuestro mayor recurso es la vocación, el compromiso y la visión global necesaria para lograr el cuidado de nuestros niños y sus familias. La formación médica debería tender a proveer una sólida base científica, para enfrentar los nuevos problemas que propone el progreso del conocimiento y a la vez lograr que los Pediatras cumplan con su misión de ser eficaces en el abordaje de la de prevención y promoción de la salud. Pero a esto debe sumarse un fuerte contenido ético, la jerarquización de la relación médico-paciente-familia y una actitud abierta para el ejercicio interdisciplinario, indispensable en todos los niveles de atención.

R.N.: *¿Cuál es el papel que le cabe a la investigación?*

Dr. C: También es necesario proporcionar el estímulo y los elementos para el desarrollo de la inves-

tigación, cualquiera sea el lugar en que al Pediatra le toque desempeñarse. E incorporar conceptos que favorezcan la mejoría en la calidad de la atención y la prevención del error, una verdadera enfermedad cuya prevalencia es mayor que muchas de las patologías a las que dedicamos mayor atención, y que produce una considerable morbi mortalidad.

R.N: ¿Qué nos falta?

Dr. C: Esta expectativa de formación de un Pediatra que sea capaz de actuar de acuerdo con las necesidades de hoy, debe ser acompañada de condiciones dignas de trabajo, que incluyan una remuneración adecuada, con instituciones que ofrezcan una estructura que contemple los recursos técnicos que hacen falta, la seguridad laboral que está ausente en muchos ámbitos y la posibilidad de disponer de espacios para mantener su actualización.



De las X Jornadas de la Región Metropolitana, los Editores presentamos el resumen de una de las Mesas Interactivas

PREVINIENDO ERRORES EN LA VACUNACIÓN

Dr. Enrique Casanueva

Infectólogo del Hospital del Niño, San Justo y del Hospital Universitario Austral

Caso 1

Al Departamento de Emergencias llega un niño pálido, con poca respuesta a estímulos, hipotonía muscular, relleno capilar 1 a 2 segundos, sin exantemas, tensión arterial 88-55, F. C. 98/min, Na 142 K 4.3 glucosa 75, valores normales de gases en sangre y hematológicos.

¿Qué diagnóstico sospecha?

- Convulsión atónica
- Intoxicación
- Episodio hipotónico hiporeactivo
- Sepsis fulminante

Ud. está por solicitar un EEG cuando repentinamente el niño despierta y vuelve al comportamiento normal (duración del episodio 25 minutos). Se realiza el EEG y screening toxicológico con resultados normales.

Se trata de un **episodio hipotónico hiporeactivo (EHH)**. Fue descrito originalmente con vacuna triple bacteriana (DPT), pero puede ocurrir también con otras vacunas. La duración del EHH es variable: de 5 a 30 minutos. Es más frecuente en lactantes y raro luego del primer año de vida. Frecuencia: de 7 a 70/100.000 dosis y es más frecuente con la primera dosis. El intervalo en que puede aparecer, luego de esa dosis, es de 3 a 48 hs. Hay un estudio hecho en Brasil, a través de su Programa Nacional de Inmunizaciones, donde encontraron que los episodios EHH se daban en 1 de 1744 casos de dosis en casos confirmados y 1 en 1495 dosis de casos sospechados, además de la aparición de convulsiones en 1 cada 5.231 dosis. Esto depende del tipo de vacuna.

¿Cuál de los siguientes antecedentes está más relacionado con el episodio?

- Resultado del FEI.
- Antecedente de inmunización con vacuna quíntuple con pertusis a células enteras.
- Intoxicación con monóxido de carbono.
- Antecedente de inmunización con vacuna anti neumocócica conjugada.

Estamos frente a un **ESAVI (evento supuestamente atribuible a vacunación o inmunización)**, que no habla de una causalidad sino de una relación temporal y muchos de estos eventos no se relacionan con una vacuna, pero es importante que si se piensa que el evento puede estar relacionado, se denuncie y se investigue.

Así pasó con una vacuna triple viral, hecha en un país asiático, que producía PTI (evento también observado en otros países donde ya la habían desechado) que se dejó de aplicar, cambiando por una de otro origen.

Lamentablemente no estamos acostumbrados a denunciar estas situaciones. De las notificaciones de ESAVI que se hacen en el país, el 45,5 % corresponden a eventos relacionados con la vacuna en forma leve y el 16,9 % en forma grave (*Boletín Integrado de Vigilancia-Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios-Ministerio de Salud de la Nación-Enero de 2013*). El 41 % de esos ESAVIs graves están asociados a vacuna quíntuple a células enteras, por lo tanto cuando se indica ese tipo de vacuna debemos estar alerta.

Al preguntar si alguien vio convulsiones posaplicación de vacunas que contengan anti pertusis a células enteras, generalmente se dice que no, pero los hay.

Esto podría corresponder a que si nos llega un chico con convulsión febril, no se le pregunta a la madre si recibió alguna vacuna, siendo así difícil poder establecer una relación. La segunda vacuna, en frecuencia, que produce efectos adversos es la BCG que provoca BCGitis localizadas.

¿Cuál sería la recomendación para futuras vacunaciones?

Se podría decir que no suele haber problemas en futuras inmunizaciones, que deben continuarse, pero alertar sobre los riesgos. Si fuera posible se recomiendan vacunas acelulares (que sería la opción más correcta). También se podría pensar en observación en el hospital en las próximas dosis, aunque esta opción es complicada porque el episodio puede ocurrir varias horas después.

Los estudios sobre EHH si bien son limitados muestran que no deja secuelas (*Pediatrics* 88, 81:789-94), la recurrencia es rara pero el riesgo no es cero (*Monatsschr Kinderheilkd* 1988, 146:972-5), no se conocen factores de riesgo para que ocurra de nuevo.

Por otro lado estamos viviendo una situación epidemiológica con el coqueluche, importante en 2006 y 2008, disminuyendo luego de 2010. En 2011 fallecieron 70 lactantes, la mayoría menores de 2 meses, que se contagiaron generalmente de otro miembro de la familia (*Fuente: Notificaciones provinciales a Programa Nacional de Control de enfermedades inmuno prevenibles, datos parciales*).

Por eso es muy importante la vacunación y existen varias posibilidades. Hay diferencias entre las vacunas antipertusis a células enteras y acelulares, que es significativa en la producción de fiebre, llanto persistente y convulsiones, pero menos en el EHH, que es poco frecuente en el caso de uso de acelulares (pero igual lo pueden producir).

Lo cierto es que en el Programa Nacional de Inmunizaciones no hay vacuna acelular, pero no es una contraindicación que haya tenido un EHH para ser vacunado con vacunas a células enteras.

Si el paciente puede comprarla por prepaga u otro medio, se la debe indicar. Se considera que el beneficio que va a obtener en la protección de patologías por esta vacuna combinada, son mucho más altos que el riesgo de repetir el episodio. En las vacunas acelulares que se utilizan para adolescentes y adultos, el componente de anti pertusis, como el de tétanos y difteria, es menor que en la vacuna que se utiliza hasta los 6 años, por lo tanto se deben utilizar en las edades indicadas.

En Argentina se vacuna, por Calendario Nacional, contra pertusis con vacuna combinada pentavalente (DPT/HIB/HBV) desde el segundo semestre del 2009, iniciando a los 2 meses de vida, en tres dosis cada 2 meses, luego dos refuerzos: con va-

cuna cuádruple (DPT/HIB) a los 18 meses y triple (DPT) a los 6 años. A los 11 años con DpaT (igual en adultos y personal de salud en contacto con menores de 1 año).

Caso 2

Concurre al consultorio por primera vez un niño de 1 año. La madre refiere que nació a término y no tuvo enfermedades, salvo a los 5 meses que debió ser internado con un diagnóstico de enfermedad de Kawasaki incompleta. Tiene las vacunas del calendario nacional acorde a su edad, salvo las del año de vida.

¿Cuál sería la indicación de vacunas?

- Vacuna anti hepatitis A, vacuna triple viral (SARUPA), anti neumocócica 13 valente y anti varicela, porque el episodio ocurrió hace más de 6 meses.
- Vacuna anti hepatitis A y anti neumocócica 13 valente, difiriendo vacuna triple viral y anti varicela a los 17 meses de vida.
- Vacuna anti hepatitis A y anti neumocócica 13 valente, difiriendo vacuna triple viral y anti varicela a los 14 meses de vida.
- Difiere aplicación de todas esas vacunas a los 17 meses de vida.

Debemos recordar que el tratamiento de la vasculitis de Kawasaki incluye gamma globulina en altas dosis, que va a actuar sobre las vacunas que provocan viremia para inducir la producción de anticuerpos (anti sarampión, varicela, rubeola y parotiditis) modificando la indicación de estas vacunas. **No influyen en la acción de las vacunas anti hepatitis A y anti neumococo conjugada, que se pueden dar sin problema.**

El otro tema es cuanto podemos esperar luego que se dio gamma globulina.

En diferentes enfermedades se puede dar esa medicación en diferentes dosis. En el caso de Kawasaki (se da 2 gr por kg EV) se debe esperar 11 meses, de lo contrario las vacunas a virus vivos se van a inactivar, se van a neutralizar porque no se produce viremia y el paciente no queda inmunizado. En caso de otras enfermedades, por ejemplo, púrpura trombocitopénica, se usa a la mitad de esa dosis y se debe esperar 10 meses. En el caso de la gamma globulina monoclonal para virus sincicial respiratorio no hay interferencia con las vacunas a virus vivos atenuados.

En el caso referido la respuesta más correcta sería la opción:

2-Vacuna anti hepatitis A y antineumocócica 13 valente al año de vida, difiriendo vacuna triple viral y anti varicela a los 17 meses de vida

Caso 3

Un lactante prematuro nace con un peso de 1450 grs., a las 32 semanas de gestación, sin infecciones, con hipertensión arterial materna durante el embarazo.

No tiene anomalías congénitas, ni enfermedades respiratorias o enfermedad intestinal. Si tiene apneas y bradicardia recurrente en las dos primeras semanas de vida, controlado exitosamente con cafeína oral.

Seis semanas después del nacimiento pesa 2.250 gr, con buena evolución por lo que se plantea el regreso a su casa.

¿Cuál sería el plan de inmunizaciones para DPT/HIB/HBV y anti neumocócica conjugada 13 valente (PCV 13)?

- Se recomienda la primer inmunización cuando alcance las 39 semanas.
- Se recomienda la primera inmunización antes de que regrese a su hogar.
- Se decide incrementar 50% el volumen de las dosis.
- Se decide reducir 50 % el volumen de las dosis.

Todos sabemos que el lactante prematuro es más vulnerable para varias enfermedades. Tiene mayor riesgo para contraer pertusis, neumococo invasivo, influenza, *Haemophilus Influenzae*. También sabemos que la mayoría de los anticuerpos maternos tipo Ig G se transfieren en las últimas 4 semanas de gestación, por lo que este pacientito ha perdido esta posibilidad, no teniendo una gran cantidad de anticuerpos maternos.

Por otro lado, sabemos que tenemos una menor respuesta inmune, pero responden a las vacunas 8 semanas después del nacimiento, de forma prácticamente igual a los recién nacidos a término. También sabemos que tienen un menor porcentaje de algunos marcadores inmunológicos, pero que alcanzan para dar protección posvacunación contra difteria, tétanos, polio inactivado, pertusis acelular, *Haemophilus Influenzae* y neumococo 13 valente.

Entonces, el plan sería no retrasarnos en las primeras inmunizaciones con DPT/HIB/HVB y PCV13, usando la dosis total para lograr una buena respuesta, ya que menor dosis no mejora la tolerancia pero sí reduce la protección. **La opción correcta es inmunícelo antes de volver a su hogar (opción 2).**

Una consideración especial: las vacunas Sabin y anti rotavirus (aunque en esta última no está totalmente comprobado) no se aplican mientras el prematuro está internado por la posibilidad de su excreción intestinal y así afectar a otros niños internados.

¿Qué precauciones tomar para esa primera inmunización?

- 24 hs. de monitoreo cardio respiratorio.
- Cafeína 24 hs antes y 48 después de la inyección.
- Analgesia con medios no farmacológicos (azúcar, amamantamiento).
- El es fuerte. Ninguna precaución.

El riesgo de apnea y bradicardia con la primera inmunización en lactantes prematuros tiene una frecuencia del 8 al 50 % luego de aplicación de la vacuna pentavalente con pertusis celular (menor si se usa la acelular). Pero el dolor tiene que ver con esa reacción secundaria, por lo que la aplicación intramuscular de otras vacunas como la antineumocócica, puede provocar una apnea en recién nacidos, si bien se ha visto más con la antipertusis a células enteras. Los factores de riesgo para la producción de apnea son:

- Edad gestacional menor de 33 semanas y/o peso menor de 1.500 gr.
- Antecedentes de apneas.
- Antecedentes de dependencia al oxígeno.
- Que la desaparición de apneas haya sido después de los 60-70 días de vida.
- Habrá una recurrencia de alrededor del 18 % con la segunda dosis.

Entonces se debería internar con monitoreo, pero no solo 24 hs ya que puede aparecer apnea hasta las 48 hs., pero es poco práctico. La cafeína no es preventiva. La opción 4 tampoco es correcta ya que podemos tomar alguna precaución. **Lo correcto sería la analgesia con medios no farmacológicos y pautas de alarma a la familia.**

Conceptos para recordar

- Los lactantes prematuros tienen un desarrollo inmunológico inmaduro y mayor riesgo de contraer enfermedades inmuno prevenibles, pero responden a las vacunas que protegen contra esas enfermedades.
- Se deben vacunar siguiendo el calendario de los niños nacidos a término, excepto con la BCG (que se aplica a partir de los 2 kg de peso) y del caso de algunos prematuros extremos que necesitarían una dosis extra de anti hepatitis B.
- Riesgos: apnea, bradicardia y la posibilidad de enfermar gravemente o morir por enfermedades inmuno prevenibles si la vacunación se retrasa.
- ¡Vacunar a los convivientes!



DUELO EN LA INFANCIA

María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA
mpgerardi77@yahoo.com.ar

La muerte de la madre, el padre o de algún familiar cercano de un niño constituye un acontecimiento biográfico. Este acontecimiento produce efectos en el ambiente y en el niño; implica una mayor exigencia de trabajo psíquico y tiene que ver con las operaciones que venía transitando, pudiéndose alterar o interrumpir categorías simbólicas ya constituidas.

En el caso de que un niño se **enfrente a la pérdida de un ser querido deberá** comenzar un trabajo de duelo, al igual que los adultos que forman parte del cuidado del niño. Esto quiere decir que hay que tener en cuenta que por ejemplo frente a la muerte del padre de un niño, la madre, los abuelos y tíos también están transitando su propio duelo. El trabajo del duelo implica poner en movimiento ciertos mecanismos de defensas normales y saludables que ayudan al niño a tramitar la pérdida. Por ejemplo mecanismos como el desplazamiento, la renegación, la sustitución, escisión, aceptación y la identificación.

En el duelo crónico se dificulta la organización de la vida, las rutinas, los proyectos no se pueden continuar. No se observa pena, el sentimiento está *centrado en uno* y no en el que murió, pueden llegar a aparecer episodios depresivos y maníacos.

Hay que evaluar en que momento de la subjetivación está el niño. Para poder hacer un duelo tiene que hacer diferencia entre yo - no yo y hasta que el objeto no es percibido objetivamente no puede hacerse un duelo.

La familia puede facilitar o no que el niño instrumente operaciones defensivas para tramitar el duelo. Éste no se hace en solitario, se hace con otros, con el sostén, la referencia y el dolor de otros.

Durante el trabajo de duelo pueden aparecer signos y síntomas (dolor de abdomen, fiebre, etc.), miedo a quedarse solo, miedo a que otro de los adultos a su cuidado muera, miedo de morir, hiperactividad, regresiones, problemas en el control de esfínteres, en la alimentación, etc.

Los chicos pueden buscar objetos para procurarse sensaciones de alivio o juguetes que habían abandonado. Lo saludable es la alternancia de momentos regresivos y actuales.

El niño necesita expresar su tristeza y enojo. Es normal que por momentos lllore o esté enojado con la persona que falleció; estas emociones son "saludables" y es importante que

los adultos puedan acompañarlas y permitir las. Es importante que los adultos que quedaron a cargo puedan expresar sus sentimientos y acompañar el proceso desde la palabra y el afecto. Compartir el dolor de los adultos con los niños también es saludable así como lo son los rituales sociales que ayudan a ir procesando la pérdida.

Es saludable que los adultos no sobreprotejan ni victimicen al niño.

Si los adultos sobreprotegen al niño pueden trabar el despliegue de impulsos hostiles necesarios para el duelo. Si se ubica al niño en el lugar de víctima puede generar tendencias masoquistas que no ayudan al proceso. Es necesario contarle al niño cómo fue la muerte y donde está el fallecido y que nunca va a volver, ya que permite inscribir la situación por medio de un trabajo psíquico de elaboración.

Durante el trabajo del duelo puede surgir la pregunta por la propia muerte y el temor a la propia muerte. El niño a veces puede sentirse responsable de la muerte de la persona que falleció.

Es importante que puedan recuperar recuerdos, imágenes de la persona fallecida, acomodarse a nuevas personas y nuevas maneras de vida.

Conservar la lealtad del padre muerto, permitir recordar, hablar y sentir enojo, ansiedad, tristeza. Esto permite aceptar lo nuevo y a las nuevas personas.

Es necesario que el niño cuente con figuras de sostén que puedan cumplir la función materna y paterna y sostenerlos emocionalmente. A veces los chicos quedan ubicados en el lugar de ser el sostén del padre que quedó vivo o hacerlos responsables de la supervivencia del padre que quedó vivo lo cual es una carga muy pesada para el niño y dificulta la elaboración de su propio duelo.

En cada momento subjetivo importante durante la vida, se puede volver a reactivar el duelo: fiesta de 15, casamiento, nacimiento de hijos, etc.

Es importante que el pediatra pueda evaluar cómo está transitando el niño su duelo; si puede hacer un trabajo de elaboración y poner en marcha los mecanismos de defensa necesarios y saludables.

Si estos mecanismos se rigidizan y cronifican es importante hacer una consulta con un psicólogo infantil para que evalúe la situación y la necesidad de realizar un tratamiento psicológico oportuno y necesario.



BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

El Dr. Ricardo Straface envió regularmente, desinteresadamente y durante muchos años, a todos los miembros de la Región Metropolitana, un boletín bibliográfico a través de la red Metropol.

*Era el resultado de sus lecturas de actualización en el consultorio, entre paciente y paciente, y contenían muy interesantes aportes para todos los que lo leíamos. Solía acompañar (y finalizar) con un adendum (modalidad que hemos mantenido). Luego de un cuarto intermedio, motivado por razones de salud del Dr. Straface, varios miembros de la Región (liderados por el Dr. Saúl Gleich) decidimos ayudarlo a mantener este espacio. Así fue que a partir del número 39, de agosto de 2007 de **Noticias Metropolitanas**, se reinició la difusión del Boletín Bibliográfico. El lamentable fallecimiento del estimado Dr. Straface nos compromete a seguir con esta tarea, en homenaje a su ilustre creador.*

Dr. Carlos Luzzani

(En este número se agradece la colaboración, del **Dr. Luis Díaz Dellacasa**, Director de la Región Patagónica Andina y del **Dr. Saúl Gleich**, ex director de la Región Metropolitana)

1) ¿UNA FALTA DE RESPUESTA A ANTIPIRÉTICOS PUEDE PREDECIR ENFERMEDADES GRAVES EN NIÑOS CON FIEBRE?

Escenario clínico: Usted trabaja en un concurrido hospital general. Un niño de 9 meses de edad es traído por sus padres con fiebre de dos días de duración. No hay un foco evidente, pero el niño parece estar bien. Una tira reactiva de orina es negativa. Al revisar al pacientito se observa que la fiebre no ha respondido al paracetamol. La pregunta es si hay alguna evidencia de que un niño febril, es más probable que tenga una enfermedad grave, si esa fiebre no responde a antipiréticos.

Búsqueda primaria: Se buscó en MEDLINE (1946-marzo de 2013) y EMBASE (1947 a marzo de 2013) mediante la interfaz de OVID. Los términos de búsqueda fueron: fiebre, paracetamol y bacteriemia; los límites eran: lenguaje inglés, niños (0-18). Se encontraron 84 estudios de los algunos fueron relevantes. Las referencias de estos documentos fueron revisadas, así como los artículos enlazados y no se encontraron otros estudios. Al continuar la búsqueda de las mismas bases de datos con los mismos términos, no se revelaron estudios adicionales relevantes.

Búsqueda secundaria: Biblioteca Cochrane y BESTBETS, marzo 2013, no revelaron artículos pertinentes. El Instituto Nacional de Efectividad Clínica (NICE) abordó esta cuestión en 2007, al preparar su asesoramiento acerca del tratamiento de los niños febriles, pero no se encontraron estudios adicionales.

Comentario: La fiebre en los niños es una razón muy común para que los padres acudan al médico. Alrededor del 25% de las consultas al departamento de emergencia, de pacientes pediátricos, son debidas

a fiebre alta. Muchos de estos niños tienen infecciones virales auto limitadas triviales, pero una minoría significativa se tiene una enfermedad bacteriana grave, que requiere tratamiento inmediato con antibióticos apropiados. A pesar de la introducción de las directrices nacionales, todavía hay mucha controversia sobre el manejo de estos niños.

Un método comúnmente utilizado por los médicos y padres para pensar que un niño febril requiere mayor evaluación, es la respuesta de la temperatura a antipiréticos. Hay una creencia general que una fiebre de etiología benigna, responde mejor a antipiréticos en comparación con una fiebre debida a una enfermedad bacteriana grave.

Una revisión de la literatura reveló ocho estudios que ponen a prueba esta hipótesis. Todos los estudios fueron heterogéneos y tenían diversos defectos metodológicos. También eran bastante viejos: el más reciente se publicó hace casi 20 años.

En general, la literatura publicada sugiere que la respuesta a antipiréticos en niños, no se puede utilizar para predecir con precisión la probabilidad de enfermedad bacteriana grave. Hay tres estudios de cohortes prospectivos que demostraron que no había diferencia en la respuesta de la temperatura a antipiréticos en niños con una bacteriemia en comparación con los niños sin bacteriemia. Dos estudios prospectivos adicionales examinaron la respuesta a antipiréticos en niños con enfermedades bacterianas, en comparación con enfermedades virales, y en los niños de acuerdo con la gravedad de la enfermedad subyacente. Una vez más, la respuesta de temperatura a antipiréticos no fue significativamente menor en los niños con enfermedades bacterianas. De hecho, en uno de estos estudios los niños febriles, ya sea con una bacteriemia, neumonía o infección por estreptococos del grupo A, en realidad tenían una mejor respuesta al paracetamol en comparación con los niños con otras enfermedades. Un estudio de casos y controles que compara niños con enfermedad febril no bacteriana, con aquellos con meningitis o una bacteriemia aislada, también concluyó que

la respuesta a antitérmicos no puede predecir una enfermedad grave.

Dos de los estudios identificados sugieren que una mala respuesta a antitérmicos predijo graves enfermedades en niños febriles. Sin embargo, ambos estudios fueron de los mismos autores y se basan en exactamente la misma cohorte de pacientes. También hubo limitaciones metodológicas importantes, que afectan los resultados de estos estudios. Estos incluyen su carácter retrospectivo, que en los pacientes no se realizó de forma consecutiva, que no se utilizó una dosis estándar de paracetamol y que el tiempo en el que la temperatura se volvió a comprobar, después de recibir el paracetamol, fue variable. Además, en Mazur et al, la disminución de la temperatura en niños bacteriémicos en comparación con los niños no bacteriémicos, con paracetamol, es poco probable que sea clínicamente útil (1,0 ° C frente a 1,2 ° C), a pesar de que alcanzó significación estadística.

Es interesante observar que todos los estudios publicados sobre este tema, examinaron respuesta de la temperatura a paracetamol o aspirina. Actualmente la aspirina no se prescribe para los niños, debido al riesgo de síndrome de Reye, mientras que el uso de ibuprofeno como antipirético en los niños está muy extendido. No hay estudios que examinen si la respuesta de la temperatura al ibuprofeno predice enfermedades graves en niños. Como los resultados de los estudios que utilizaron paracetamol o aspirina no son necesariamente generalizables al ibuprofeno, este sigue siendo un área de investigación futura.

En conclusión, la mayoría de la evidencia publicada indica que los médicos no pueden confiar en respuesta a antitérmicos para predecir enfermedades graves en niños febriles. Las investigaciones futuras deberían tratar de descubrir si este hallazgo se aplica al ibuprofeno. Mientras tanto, la evaluación por un examinador experimentado, junto con el uso juicioso de las pruebas de laboratorio y / o un período de observación probablemente sigue siendo la mejor manera de decidir sobre el tratamiento de los niños febriles.

David King. *Arch Dis Child* 2013;98(8):644-646.

2) COMPARACIÓN DE EFICACIA ENTRE LA VACUNA ACELULAR CONTRA TOS FERINA Y LA DE CÉLULAS ENTERAS, EN ADOLESCENTES

Antecedentes: durante la década de 1990, los Estados Unidos de Norteamérica cambiaron, gradualmente, por razones de seguridad, de vacuna combinada de difteria, tétanos, tos ferina de células enteras (DTwP) a vacuna combinada para la tos ferina acelular (DTaP). Después de un brote de tos ferina en 2010-2011, tratamos de evaluar si el riesgo de la enfermedad en

pacientes de 10 a 17 años de edad, difería entre los que recibieron DTwP ó DTaP.

Métodos: estudio de casos y controles, entre individuos nacidos de 1994 a 1999 (año en que todos los niños en el sistema de salud estaban recibiendo solo la vacuna contra la tos ferina como DTaP), que recibieron 4 dosis de anti pertussis durante los primeros 2 años de vida del *Kaiser Permanente Northern California* (KPNC). Comparamos por separado la reacción en cadena de la polimerasa pertussis (PCR)-positivos (así se detectaron los casos de tos ferina), de los casos con controles PCR-negativos y KPNC compatible (los niños de toda la población). Se evaluó el riesgo de tos ferina en relación con el tipo de vacuna recibida en la infancia temprana (4 DTwPs, mixta DTwP / DTaP, o 4 DTaPs), utilizando regresión logística condicional, estratificado por tiempo calendario y ajustado por sexo, raza, clínica y la recepción de un menor contenido de antígeno en la vacuna anti tos ferina acelular (DTaP). Los investigadores también evaluaron si la recepción de la vacuna de refuerzo en la adolescencia, tuvo un efecto mediador en el riesgo de ser PCR positivo.

Resultados: Durante el brote de tos ferina, los investigadores identificaron 1.311 niños con una PCR positiva entre los miembros del plan de salud. La incidencia de la tos ferina fue de 5 por 100.000 personas/año para los niños nacidos cuando todos recibieron la vacuna de células enteras, subiendo gradualmente hasta aproximadamente 200 por 100.000 personas/año para los niños nacidos en 1999, una cohorte que recibió sus 4 dosis de pertussis como vacunas DTaP.

El estudio mostró una tendencia lineal clara, entre un número creciente de vacunas acelulares recibidos por un niño y su probabilidad de tener una PCR positiva para la tos ferina. Por ejemplo, entre los niños que recibieron todas las vacunas de células enteras, 3,4 % tenían una pertussis PCR positiva. Entre los que recibieron vacunas mixtas, 9,6 % fueron positivos para la tos ferina. Por último, entre los niños que recibieron todas las vacunas acelulares, el 18,3 % fueron positivos. Esto se tradujo en un aumento del 40 % en el riesgo de contraer la tos ferina, para cada dosis de vacuna acelular adicional recibida durante los primeros 2 años de vida.

La recepción, en la adolescencia, de un refuerzo de Tdap ha mitigado las probabilidades de tener una prueba de la tos ferina positiva. Entre los que no recibieron una dosis de refuerzo, la razón de posibilidades de tener una prueba de la tos ferina positiva fue 9,92 frente a 4,85 entre los que recibieron la dosis de refuerzo (ambas comparaciones fueron con los niños que recibieron 4 vacunas de células enteras). La diferencia entre solo DTaP y mezclado (DTaP-DTwP) no fue estadísticamente significativa, como resultado de los intervalos de confianza bastante amplios y la superposición.

Conclusiones: Los adolescentes que recibieron

vacunas DTwP en la infancia estaban más protegidos durante un brote de tos ferina que aquellos que recibieron vacunas DTaP. Estos datos son fascinantes y parecen confirmar las sospechas que muchos han tenido por algún tiempo. La relación dosis-respuesta demostrada aquí (aumento del riesgo de tener tos ferina con el aumento de número de vacunas acelulares recibidas) es una sugerencia muy poderosa, que se trata de una verdadera relación de causa y efecto, no sólo una asociación accidental. Los investigadores también tienen razón al insistir en que la dosis de refuerzo ayuda a los adolescentes, pero todavía no parece proporcionar la misma protección que la serie de células enteras. Los autores también plantean la cuestión muy interesante: si los futuros enfoques de vacunación contra la tos ferina pueden reintroducir algún nivel de vacuna de células enteras.

Klein NP, J Bartlett; Fireman B; Rowhani-Rahbar A; Baxter R. Kaiser Permanente Vacuna Study Center, Oakland, CA 94612, EE.UU. nicola.klein @ kp.org Pediatrics 2013;131(6):e1716-22. (ISSN: 1.098-4275); William T. Basco, Jr. (Medscape)

3) LA DEXAMETASONA PUEDE AYUDAR A ALGUNOS BEBÉS CON SÍNDROME BRONQUIOLÍTICO Y ANTECEDENTES DE ATOPIA

Usar dexametasona oral durante 5 días, redujo la estancia hospitalaria para los niños con bronquiolitis y eccema o antecedentes familiares de asma, según los resultados de un ensayo controlado con placebo.

“Debido a que el uso de esteroides disminuye la tasa de ingreso y la estancia en emergencia de los niños con asma, pero no lo hizo en los casos de bronquiolitis, la identificación de los pacientes asmáticos o preasmáticos, para atacarlos con el tratamiento temprano con esteroides, podrían mejorar los síntomas y acelerar la recuperación”, escribió Khalid Alansari, MD, FRCPC, de la División de Medicina de Emergencia Pediátrica, Hamad Medical Corporation, en Doha, Qatar. “Una estancia más corta y posiblemente una menor proba-

bilidad de que necesiten nuevas visitas o posteriores hospitalizaciones, son objetivos deseables de una terapia para bronquiolitis.”

Por lo tanto, los investigadores diseñaron un estudio para probar la adición de dexametasona a salbutamol, en niños en situación de riesgo para el asma, basándose en antecedente de eccema o de familiares de primer grado con asma. Se inscribieron 200 niños previamente sanos, de edad mediana 3,5 meses, con diagnóstico de bronquiolitis y riesgo de asma. Todos fueron tratados con salbutamol inhalado y se asignaron al azar 1:1 para recibir dexametasona, 1 mg/kg y 0,6 mg/kg de 4 días más, o placebo.

Los bebés tratados con salbutamol más dexametasona, tenían un tiempo medio de disposición para el alta de 18,6 horas (95% intervalo de confianza [IC]: 14,9 a 23,1 horas) en comparación con las 27,1 horas (IC del 95%: 21,8-33,8 horas) para los tratados con salbutamol más placebo. Por lo tanto, dexametasona se asoció con una reducción del 31% de la estancia hospitalaria ($P=0,015$). Además, durante el tratamiento de enfermería, 5 niños en el grupo placebo, pero ninguno en el grupo de dexametasona, tuvieron que ser ingresados en cuidados intensivos ($P=0,02$).

En la semana después del alta, 22 niños del grupo de dexametasona y 19 en el grupo control fueron readmitidos a la enfermería de corta duración ($P=0,9$). Durante los 7 días de seguimiento, no hubo hospitalizaciones reportadas o efectos adversos.

La dexametasona con salbutamol acorta el tiempo y la probabilidad de internación en estos niños.

Las limitaciones de este estudio incluyen el escaso detalle en el informe de seguridad y la falta de medición de la prevalencia de eccema en el paciente o atopía en familiares de primer grado de la población con bronquiolitis.

“Creemos que un régimen de dosificación ligeramente más prolongada, también puede reducir la necesidad de visitas posteriores al alta”, concluyen los autores del estudio.

Este estudio fue patrocinado por Hamad Medical Corporation. Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Barclay L. Medscape Medical News on line, 16 de septiembre 2013

Adendum

“He experimentado de todo, y puedo asegurar que no hay nada mejor que estar en los brazos de la persona que amas.”

John Winston Lennon

(Liverpool, Reino Unido, 9-10-1940 – Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, 8-12-1980)



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

Dr. Jorge I. Celestino
Médico Pediatra

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS “PRESIDENTE PERÓN”, de Avellaneda

El HIGA “Presidente Perón” fue inaugurado hace 62 años. Los actos oficiales tuvieron lugar el **24 de febrero de 1951** con la presencia del entonces Presidente de la República, Teniente General Don Juan Domingo Perón y de su esposa, la Sra. María Eva Duarte de Perón, acompañados de autoridades nacionales, provinciales y de numeroso público.

Su nombre original fue Policlínico “Presidente Perón” y nació dentro del marco de una avanzada y equitativa política de salud que llevaba adelante el destacado sanitarista Dr. Ramón Carrillo (1906-1956), primer Ministro de Salud Pública de la Nación.(1946-1954). Su director fue el Dr. Ricardo Finochietto, quien había regresado el día anterior de los EE.UU., para ponerse al frente del moderno establecimiento sanitario construido por la Fundación Eva Perón.

En el comienzo de la segunda mitad del siglo XX el Hospital, obra del Ingeniero Bonami, era considerado un modelo en su género; las crónicas periodísticas publicadas con motivo de su puesta en funcionamiento lo describen como *“un monumental edificio con cinco pisos, cinco cuerpos y una dotación de 600 camas”*. Los matutinos del domingo 25 de febrero destacan la amplia ventilación y luminosidad de todas sus salas, resaltando que dispone de biblioteca de consulta, sala de conferencias y capilla. La descripción continúa enumerando las diversas prestaciones que se van a poder realizar en los Servicios recientemente habilitados.

El diario “La Nación” de ese día dice textualmente: *“...fueron recorri-*

das también, la Farmacia, el Laboratorio de Análisis Clínicos y Operaciones de Investigación, Salas de Roentgenoterapia para el tratamiento del cáncer, las de Onda Corta para el tratamiento de distintas alergias, las de Rayos X, de Electrocardiografía...”

El gran maestro de la cirugía argentina Dr. Ricardo Finochietto (1888-1962), como ya se señaló, era la autoridad máxima de este nuevo centro asistencial, en el cual dejó su impronta. Discípulo y continuador de su hermano Enrique Finochietto (1881-1948) quien creó, mejoró e incorporó técnicas e instrumentos que revolucionaron la cirugía de aquellos años.

Juntos crearon la Escuela Quirúrgica para Graduados en 1949, en él ya desaparecido Hospital Rawson de la Ciudad de Buenos Aires.

Ambos fueron conocidos internacionalmente y la escuela que fundaron reconocida por su prestigio, donde se formaron destacados profesionales argentinos y extranjeros.



Años después, uno de sus discípulos, el Dr. Vicente Pataro, Jefe del Servicio de Cirugía, al referirse a la labor de esos primeros días de 1951, escribía recordándolo: *“... sus dotes de organizador y su severa disciplina de trabajo, le permitieron superar con el esfuerzo personal inconvenientes y escollos que hay en toda obra. Su entusiasmo, su capacidad, su acentrado amor al trabajo, su juvenil dinamismo, condiciones que no lo abandonaron en ningún momento de su vida, supo transmitir las a todos sus colaboradores (...) así fue en la organización y marcha del Policlínico, al que dedicó todos sus afanes (...) desempeñó sus tareas cuidando hasta sus más ínfimos detalles de su funcionamiento. Nada escapó a su ojo vigilante, todo lo ideó, todo lo creó, lo controló. Su espíritu inquieto, su conciencia responsable hallaron eco en todo su personal, que no escatimaba tiempo ni esfuerzos en colaborar con su exigente Director...”*

El 7 de mayo de 1951 comienza a funcionar la Escuela de Enfermería “Eva Perón”, su logro fundamental fue la formación de un personal altamente calificado, capaz y dedicado que pasó a integrar el equipo de salud del nosocomio.

La Sra. María Eva Duarte de Perón fue hospitalizada e intervenida quirúrgicamente en sus instalaciones entre los días 3 y 14 de noviembre de 1951, a raíz de su larga enfermedad ginecológica, debido a la cual fallecería 8 meses después.

Durante su internación emitió su voto en la elección presidencial del 11 de noviembre, comicios en los que por primera vez sufragó la mujer en nuestro país.

El Hospital comienza poco a poco su crecimiento, desde aquellos primeros días desarrollando un agitado quehacer diario, donde combina las tareas



asistenciales con las docentes y de investigación. A lo largo de su trayectoria fue modificado su nombre en distintas oportunidades y diversos motivos. El primero ocurre con posterioridad a los sucesos político-institucionales de 1955 cuando pasa a designarse “Policlínico de Avellaneda”.

Los años sesenta le aportan grandes cambios y aires renovadores especialmente en el área de docencia, de pre y postgrado, con la iniciación de la Unidad Docente Hospitalaria “L” Avellaneda, dependiente de la Facultad de Medicina de la UBA y en 1962 la apertura de la Residencia de Clínica Médica; agregándose las de Pediatría, Tocoginecología y Cirugía 7 años después, en 1969. Todas siguen funcionando hasta la fecha, habiéndose sumado, con el correr de los años, más especialidades hasta conformar 20 unidades de residencia con 110 médicos residentes en 2013.

Con estos cambios se afianza su rol docente y de investigación, manteniendo y reafirmando toda su actividad asistencial. Comienzan a formarse nuevas generaciones de profesionales con la supervisión, la experiencia y la dedicación de los viejos maestros. Acompañando los avances tecnológicos y científicos, en la década del '70, su planta física sufre algunas modificaciones con la construcción de nuevas áreas y otras mejoras estructurales.

En 1971 pasa a designarse Policlínico “Profesor Dr. Ricardo Finochietto” en memoria de su primer director, nombre que lleva hasta 1992 en que retoma su nombre original al denominarse Hospital Interzonal General de Agudos “Presidente Perón”. Transcurría el año 1979 cuando deja de estar bajo el área del Ministerio de Salud de la Nación y pasa a depender del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, en la cual continúa hasta nuestros días.

La Escuela de Enfermería que abrió sus puertas



en el otoño de 1951, continúa su derrotero como Escuela de Auxiliares de Enfermería, inicialmente a cargo del Ministerio de Salud de Nación, luego del propio Policlínico y posteriormente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, junto con la Escuela Profesional de Enfermería.

Las actualizaciones edilicias y los aportes en nuevas tecnologías acorde a los avances de cada época fueron constantes en los decenios de 1980-1990-2000, extendiéndose y aumentando vertiginosamente en el último lustro, para lograr un Hospital acorde a los tiempos, más eficiente y más respetuoso del paciente.

En el área de la enseñanza universitaria y remarcando su vocación docente inicial, marcado por el Dr. Finochietto, pasa en 1997 a ser Hospital Asociado de la Facultad de Medicina de la UBA y a partir de marzo de 2000 es una de las sedes del Internado Anual Rotatorio de la misma casa de altos estudios. Sumando en el presente el de la Facultad de Medicina la UNLP.

Por Decreto Presidencial N° 393/2007 es declarado *"... lugar histórico nacional las salas donde estuviera internada la Señora María Eva Duarte de Perón (...) ubicadas en el primer piso del Pabellón "E" del entonces Policlínico "Presidente Perón" (...) ubicado en la calle Anatole France N° 773 de la localidad de Sarandí, Partido de Avellaneda (...)"*

Hoy, su capacidad es de 350 camas. Cuenta con alta complejidad (cirugía cardíaca, hemodinamia, cateterismo por navegación, embolizaciones, ablaciones eléctrico- fisiológicas, diálisis, medicina nuclear, neurocirugía, unidades críticas de adultos, tomografía, cámara gamma, neonatología, etc.). Recientemente la Institución ha sido reconocida mundialmente por el desarrollo de implante de células madres. Se halla en pleno funcionamiento el "Centro Integral de Capacitación Dr. Ricardo Finochietto" que cuenta con auditorio, aulas, centro de informática, área de investigación y talleres, también la Biblioteca Pública "Dr. Raúl Oliveri" recientemente inaugurada.

Durante la actual gestión se ha trabajado intensamente en el aspecto social, con el desarrollo del Centro Experimental con Bachillerato de Adultos en Salud (CEBAS) mañana y tarde, abierto a la comunidad y también se dicta la Licenciatura en Enfermería, Tecnicaturas Superior en Tecnología en Salud con especialización en Enfermería, Radiología, Laboratorio, Instrumentación Quirúrgica, Esterilización y Prácticas Cardiológicas.

A su vez, se desarrollan cursos para Auxiliares en Cuidados de Adultos Mayores, Auxiliares en Odontología, de Operador Básico y Avanzado en PC e

Inglés Básico. Es destacar que se realiza una tarea de alfabetización que implica Educación Primaria Oficial (Ministerio de Educación de provincia de Buenos Aires). Asimismo, se halla funcionando un Hostal para familiares de pacientes no residentes en la zona, que incluye alimentación, habitación y sanitarios.

Desde hace mucho tiempo está habilitado el jardín maternal, remodelado recientemente, donde todo el personal puede llevar a sus niños menores de 3 años. Otro de sus crecimientos fue la puesta en funcionamiento del gimnasio "Delfo Cabrera", por sus características es único entre los hospitales de la provincia de Buenos Aires, cumpliendo funciones terapéuticas de rehabilitación y recreativas. Sus salas de internación son en su mayoría habitaciones con 2 camas, baño privado, televisor y climatización; algunas son especiales para pacientes discapacitados con sanitarios que responden a sus necesidades. En sus instalaciones atesora un número significativo de obras plásticas (murales, pinturas, esculturas). Edita el diario cultural "Prometeus" y un boletín informativo "Khronos" y las mismas habitaciones usadas por la Sra. María Eva Duarte de Perón, constituyen hoy el Museo "Evita".

Hechos científicos destacados en HIGA Presidente Perón

- 11-06-1956 Primera Embolectomía pulmonar en Hospital Público.
- 23-09-1978 Primer Anastomosis Témporo-Silviana en Hospital Público provincia de Buenos Aires.
- 16-09-1992 Primera Cardiomioplastía en Hospital Público.
- 04-11-1994 Segunda Aortomioplastía mundial.
- 07-12-1998 Primer Ventrículo Artificial Eléctrico en Latinoamérica.
- 31-09-1999 Primer Transplante Cardíaco de Adulto en Hospital Público provincia de Buenos Aires.
- 27-12-2001 Primer Implante de Células Madre en América
- 28-12-2001 Primera Implante mundial de membrana biológica de corazón
- 16-03-2010 Primera Neuronavegación portátil en Hospital Público provincia de Buenos Aires.

Servicio de Pediatría y Neonatología

El ala pediátrica nace junto al resto de las áreas de atención en 1951, contando con Salas de Primera y Segunda Infancia con una dotación de 24 camas,



posteriormente se sumaron la Sala de Neonatología y Consultorios Externos. El responsable de la Jefatura de Servicio era el Dr. Vicente Anello. Casi todos los pediatras provenían de otros centros de la especialidad, en particular de la Casa Cuna (Hospital de Pediatría "Pedro de Elizalde").

Así lo recordaba, el Dr. Alfredo Bonacossa rememorando su llegada a la internación en el invierno de 1951, en una charla con quien escribe esta crónica, poco antes de su muerte.

Cronológicamente, los Jefes de Servicio fueron:

- Dr. Vicente J. Anello (1951-1978).
- Dr. Alfredo F. Bonacossa (1978-1980).
- Dr. Miguel Ángel Naser (1980-1997).
- Dra. Beatriz Burbinski (1997-2005).
- Dra. Beatriz M. Rebec (2005 y continúa).

Trascurridos ya 62 años, el fin y propósito fundamental de nuestro Servicio fue y es la mejor atención de nuestros niños, que diariamente concurren a la Guardia, a la Unidad de Consultorios Externos o se encuentran alojados en las Salas de Internación para poder encontrar alivio a sus dolencias físicas y psíquicas.

Priorizando en todo momento las tareas de prevención primaria, secundaria y terciarias. Al igual que el Hospital, en los años sesenta comienza a ser Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, y en 1969 llega el aire fresco, inquisidor y revitalizante de la Residencia. De nuestra querida y entrañable Residencia, de la que egresamos hasta la fecha 138 residentes que ejercemos nuestra labor en todo el territorio nacional.

Un alto porcentaje de nosotros lo hace en Hospitales Públicos y/o Unidades Sanitarias, desarrollando actividades como agentes de promoción,

prevención y protección de la salud del individuo, como así de la comunidad.

Esta Residencia trató, a lo largo del tiempo, de proporcionar a sus egresados una información actualizada y una sólida base de conocimientos, dominio de la tecnología en cada período del desarrollo de la Pediatría y la ciencia, de fines del siglo XX y comienzos del actual. Estimular el razonamiento fisiopatológico basado en la pediatría clínica como en sus especialidades, pensamiento con espíritu crítico, integrando al niño con su entorno familiar. Haciendo hincapié en una preparación exhaustiva basada en las enfermedades prevalentes en nuestro medio y en todas sus medidas de prevención. Se priorizó el trabajo en equipo, con una formación ética y humanística en la salud y bienestar tanto del individuo como de la comunidad

Desde su nacimiento, esta casa como el Servicio contó con destacados profesionales, dedicados hombres y mujeres que dieron su trabajo y sus conocimientos para la más humanizada e idónea atención de nuestros pequeños pacientes. Fueron tantos pediatras y tan capaces que poder nombrarlos a todos sería prácticamente imposible, la memoria suele ser frágil y no es mi propósito olvidarme de ninguno. Todos merecen ser recordados, al igual que los miembros del equipo de salud integrado por el conjunto de los trabajadores del Hospital. El esfuerzo de ellos contribuyó todos los días a continuar de la mejor manera posible, las tareas emprendidas una soleada mañana de verano. Ellos son el *ayer*, el *hoy* y sin lugar a dudas el *mañana* de esta institución sanitaria.

Hace dos años la Sala de Neonatología adquiere la categoría de servicio, de acuerdo a los avances de la tecnología y el grado de complejidad alcanzado por la especialidad en el ámbito mundial. Desde entonces somos dos servicios que compartimos un pasado común con un futuro hermanado. El último mes de mayo, se iniciaron los trabajos de remodelación total del área pediátrica. Las nuevas instalaciones contarán con los adelantos y el confort que requiere la Pediatría del Siglo XXI y por supuesto nuestros pacientes; se estima su finalización en el otoño 2014.

El Servicio de Pediatría y la Sociedad Argentina de Pediatría

La presencia más activa del Servicio en la Sociedad Argentina de Pediatría, se inicia aproximadamente a fines de los setenta, de la mano del Dr. Miguel Ángel Naser y la Dra. Beatriz Burbinski. Ambos desarrollaron una vasta y fructífera actividad

en la Sociedad habiendo sido ambos miembros de Comisiones Directivas de la Entidad Matriz y unos de los fundadores de Región Metropolitana SAP, de la cual fueron Directores.

Los días 23 y 24 de Octubre de 1993, se desarrollaron en toda la planta hospitalaria las Terceras Jornadas de la Región Metropolitana. "Educación para la Salud". El Dr. Naser siempre nos estimuló a asociarnos; casi todos los ex residentes lo hicimos, algunos con roles más presentes, entre otros el Dr. Pablo de la Colina, Presidente hace unos años de la Filial Mar del Plata y Presidente de 33° Congreso Argentino de Pediatría y el Dr. Ricardo Furche Presidente de la Filial Ushuaia.

Entre los años 2000-2013, alrededor de 50 pediatras de nuestro Servicio optaron por ser miembros adherentes y continuar el camino, participando activamente en los eventos científicos de SAP, en los cursos de la Red Nacional de Educación Continua y PRONAP. También se dictaron en nuestras aulas un sin número de cursos y actividades, junto con la SAP y la Región Metropolitana.

Palabras del Director Ejecutivo Dr. Jorge Trainini

"... la conciencia establece que el ser humano no es un sistema físico aislado sino que interactúa con el juego de factores psíquicos, sociales y ecológicos. Los sociales por fuera de su conciencia y los psíquicos dentro de ella, ejercen una presión constante

y desconocida sobre la integridad cuerpo-alma del hombre. Esta concepción en los lineamientos de la enfermedad, los cuales dejan de ser simplemente causales, implica avanzar en un terreno desconocido pero que es inevitable, ya que al modelo tradicional de la medicina se le han agregado los vicios de una deshumanización creciente. El desafío de revertir esta situación es el objetivo que persigue el Hospital Presidente Perón, entidad de "Cuerpos y Almas"

Esta reseña histórica no pretende registrar minuciosamente todo lo transcurrido y realizado en más de medio siglo, muy probablemente falten datos o algunos acontecimientos, pero el espíritu que guió esta nota fue recordar y respetar a quienes nos precedieron, conociendo y haciendo conocer nuestras raíces.

Bibliografía

- Celestino JL. Tan solo cuarenta y siete años. Revista del Hospital mayo 1998;(1)2:4-6
- Savoia N. 50 Aniversario HIGA Pte. Perón. Edición multimedia (CD). Feb. 2001.
- Diario "La Nación". Domingo 25-2-1951.
- Diario "Clarín", Año VI, Bs. As. Sábado 24-2-1951, N° 1942.
- Año VI, Bs. As. Domingo 25-2-1951, N° 1943.
- Cartilla Área Programática "HIGA Pte: Perón" 2013.

"CUANDO UN AMIGO SE VA..."

¡Cómo no evocar la bella canción de *Alberto Cortez* cuando nos golpea la noticia de la muerte de *Ricardo Straface*...!

En el próximo mes de marzo se cumplirán 70 (¡setenta!) años de nuestro primer día de Primer año en el Colegio Nacional Bartolomé Mitre, donde conocí a Ricardo, ambos aún de pantalones cortos. Allí nació una amistad que nos unió, junto a otros cuatro compañeros, hermanados para siempre en una coincidencia de ideales compartidos.

Fue un brillante y versado pediatra, generoso de sus conocimientos, verdaderamente preocupado por la salud de sus pacientes y la infancia en general, tanto en lo físico como en lo espiritual y social. Lo atestiguan su paso por la ex-Casa Cuna, el Hospital Larcade de San Miguel, la Región Metropolitana y el Coeme de la SAP, su capacidad como Profesor de Pediatría, sus trabajos científicos y la hombría de bien que supo transmitir a cuantos lo conocieron.

Su hermosa familia, sus colegas y alumnos, sus innumerables pacientes y amigos lo tendrán siempre presente.

Ricardo Straface **ES** de esas personas que no se olvidan y que no mueren.

Jorge Alberto Buraschi



¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Respuesta de ¿Se atreve al diagnóstico?

Respuesta correcta: **d.**

Los fármacos administrados a una madre que amamanta, en la mayoría de los casos, no son excretados en la leche en cantidades suficientes como para afectar al lactante. Aunque las concentraciones a veces son considerables en la leche humana, éstos no son bien absorbidos por el lactante.

Sin embargo, el Diazepán alcanza concentraciones en la leche humana y además es absorbido por el lactante en una proporción suficiente como para provocar un estado de sedación considerable.

Esto no pasa con la Furosemda, el Paracetamol, la Gentamicina y la Penicilina. En otro orden, el Metotrexato también está contraindicado.

Si una madre en período de lactancia requiere tratamiento farmacológico, el médico tratante debe considerar primero si existen tratamientos alternativos. Caso contrario se debe suministrar la medicación inmediatamente después de mamar para disminuir probables efectos secundarios en el hijo. Se recomienda siempre recurrir a las tablas que indican el nivel de contraindicación existente en los fármacos prescritos a una madre que amamanta.

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.