



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

EQUIDAD E INIQUIDAD EN SALUD

El Diccionario de la Real Academia Española cita a la palabra Equidad, **entre otras acepciones, como la: “Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.”** No reconoce la palabra Inequidad pero sí Iniquidad y dice de ella: (Del lat. *iniquitas, -tis*).f. “Maldad, injusticia grande”. El concepto de iniquidad se ha considerado sinónimo del concepto de desigualdad. Es importante diferenciar estos dos términos. Mientras desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, iniquidad representa la calificación de esta diferencia como injusta.

Como dice José M. Paganini en “La Salud y la Equidad”: “La equidad en salud ha sido y es una meta aceptada y una preocupación permanente de las políticas de salud. Sin embargo, poco se ha avanzado en este tema”.

En cualquier orden de la vida las injusticias son desagradables pero cuando éstas las llevamos al terreno de la salud, son aún peores. La casi generalidad de los estudios empíricos sobre equidad en salud se limitan a describirla en regiones o en países, pero eso poco nos sirve como efectores de salud primarios en las microáreas en donde trabajamos (áreas programáticas, barrios, municipios). Es por eso que se hace necesario conocer las realidades locales a través de estudios que contemplen las posibilidades de mejorías que aunque parezcan pequeñas sean seguras. El Dr. Gleich desde el Observatorio de la Salud de la Región Metropolitana propone el análisis situacional por municipios en el conurbano y por comunas en CABA. En definitiva; desagregar la información.

Manifiesta Rolando García en “Equidad en Salud: teoría y praxis” Seminario VII-2002: “No se trata de encontrar nuevas respuestas para viejas preguntas, sino nuevas preguntas para viejos problemas”.

Esos datos ayudan a identificar las inequidades en la atención de salud, es decir, las diferencias injustas y evitables en la prestación. La transición demográfica y epidemiológica; la migración, y

(Continúa en pág. 3)

Director Titular

Dr. Leonardo Vázquez

1º Director Asociado

Dra. Débora Rocca Huguet

2º Director Asociado

Dr. Edgardo Flamenco

Coordinadores

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino /

Dra. Mariana Rodríguez Ponte /

Dr. Oscar Ruiz

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dr. Fausto Ferolla / Dr. Alberto Libanio /

Dr. Silvia Redensky

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dr. Carlos Luzzani /

Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /

Dr. Mirta Vázquez /

Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /

Dr. Jorge Buraschi / Dr. José Luis Cervetto /

Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo /

Dr. Gustavo Bardaui / Dr. Saúl Gleich

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Actividades de la Región 4
- Red Metropol 4
- ¿Se atreve al diagnóstico?..... 5
- Fobias alimentarias en primera infancia 5
- Dr. Fabián Rubén González 6
- ¿Qué debo hacer ante una diarrea crónica?..... 7
- Entrevistas 8
- Desarrollo infantil I 10
- Boletín bibliográfico 14
- Historia del Hospital de Niños de San Justo 18
- Vulnerabilidad infantil..... 20
- ¿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 definen 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, representa efectos tóxicos sobre los cilios.
- Es el coadyuvante ideal en el tratamiento de rinitis 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)*

el crecimiento urbano acelerado son los principales disparadores para aumentar las iniquidades. Son estos determinantes sociales los que marcan la “buena o mala calidad de salud” (las causas de las causas).

Debemos tener como objetivo claro y siempre presente que nuestros niños tienen derecho a la mejor atención médica, y ésta debe llegar con médicos que, en su formación, hayan incorporado sólidos conocimientos de atención primaria.

Los centros de atención públicos deben ser el resguardo para que se cumplan los objetivos de salud. La contaminación ambiental, las malas conductas higiénicas dietéticas, la mayor violencia, la falta de vacunas, la deficiente nutrición, etc. son situaciones con las que se enfrentan a diario quienes trabajan con poblaciones más vulnerables. Entre pobreza y enfermedad existen vínculos estrechos. Por eso, hay que salvaguardar el acceso al cuidado de la salud en forma igualitaria y equitativa y, para ello, la atención primaria es fundamental. Por eso es obligación del Estado jerarquizarla y promoverla. Recordemos que toda población debe estar cubierta con servicios básicos de salud.

Desde su Alemania natal Rudolf Virchow (1821-1902), acuñó la célebre frase: “los médicos son los abogados naturales de los más vulnerables y los problemas sociales caen en su mayor parte dentro de su jurisdicción”.

La equidad en salud es definida por la OMS, como “la situación donde todo individuo tenga oportunidades imparciales para lograr su plena potencialidad en salud y donde no esté en condición de desventaja o discriminación para alcanzar ese potencial”. La equidad es crear igualdad de oportunidades en salud para todos los ciudadanos independientemente de su condición social y reducir cada vez más las diferencias asociadas a estas.

Margaret Whithead en 1991, propuso una definición de equidad en salud: “Ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables”. Equidad es la valoración de las desigualdades desde lo que se considera justo o injusto.

Mario Róvere en el libro “La Inequidad en la Salud. Hacia un abordaje integral” (2008) expresa con su acostumbrada claridad conceptual: “Un caso paradigmático lo constituye el área metropolitana de Buenos Aires.

Podríamos afirmar, sin riesgo, que hay distintas ciudadanías según el municipio en el que uno tuvo en suerte nacer, vivir, o incluso fallecer. De qué municipio le toque dependerá la salud que le corresponda, con diferencias dramáticas a pesar de los leales esfuerzos de los municipios por resolver problemas de equidad intra-municipales”.

Las ciencias médicas tienen probados conocimientos de eficacia para la promoción, prevención y atención de la salud que no siempre llega a toda la población. Es este un mandato moral remediarlo.

Cuántas veces nos hemos preguntado ¿por qué existe una brecha tan grande entre las necesidades, la demanda y las respuestas sociales, cuando tenemos los conocimientos para resolverlas? Pero poseemos el poder de decisión necesario? La realidad, que nos golpea a diario, diría que no.

Debemos seguir bregando para lograr una acción conjunta y permanente de toda una sociedad actuando positivamente en función de la salud individual y colectiva. No bajaremos los brazos. Nuestros niños, niñas y adolescentes lo necesitan. Que así pueda ser.

Dr. Leonardo Vázquez

Director Titular de la Región Metropolitana
leovazquez@intramed.net



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Curso: EL NIÑO NORMAL DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Destinado a los integrantes de las diferentes disciplinas en el área de la salud.
Se dictará los días martes de 11 a 13 hs, desde el 22 de abril a 30 de septiembre de 2014,
en el Hospital del Niño de San Justo.

Lugar: Aula Magna del Hospital.

Dirección: Granada y Centenera. San Justo, Provincia de Buenos Aires.

Teléfono: 4651-5555 / 4441-2776 / 4441-9371 (int. 139 docencias)

Mail: uniacademicasanjusto@gmail.com.

Arancelado.

Inscripción a partir del 1° de abril.



RED METROPOL

Suscríbase a la **Red Metropol** y reciba todos los beneficios de información sobre cursos, jornadas, actualizaciones pediátricas, etc.

Si se es de la Región Metropolitana, ¡¡pertenece a la red tiene sus ventajas!!!

¿Cómo se hace?

Mail a: regionmetropolitana@sap.org.ar

Asunto: Suscribe lista metropol

Datos en el cuerpo del mensaje:

Nombre y Apellido:

Mail:

Enseguida empezará a recibir información...

Dr. Edgardo Flamenco
2^{do} Director Asociado

Dra. Débora Rocca Huguet
1^{ra} Directora Asociada

Dr. Leonardo Vázquez
Director Titular



¿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)

Una madre adolescente de 17 años tuvo tos seca con paroxismos durante un mes. Luego, su hijo de tres meses estuvo enfermo con rinorrea y también tos paroxística. Ud. sospecha la posibilidad que la madre lo haya contagiado...

¿Cuál es el microorganismo más probable que cause los síntomas y signos de la madre y su hijo?

- a) Adenovirus
- b) *Streptococo Pneumoniae*
- c) *Bordetella Pertusis*
- d) *Chlamydia trachomatis*
- e) *Pneumocystis carinii*



FOBIAS ALIMENTARIAS EN PRIMERA INFANCIA

María Paula Gerardi

mpgerardi77@yahoo.com.ar

Licenciada en Psicología UBA.

La alimentación es una forma de comunicación entre la madre y el bebé; dar el pecho o la mamadera en un ambiente cálido, de conexión y de ternura va dejando huellas psíquicas en el niño y construyendo su subjetividad. Es saludable que desde esos primeros momentos que son las primeras experiencias del niño con la alimentación y que están muy ligadas al contacto con el cuerpo materno, con las miradas, las caricias y las palabras sean experiencias placenteras para ambos.

El pasaje de líquido a sólido es un momento muy importante en lo que respecta a la alimentación, es un momento donde es importante la exploración, permitir que el bebé juegue con los alimentos, que los toque, que se ensucie, que pase los alimentos por su carita, que juegue con la cuchara, que tome el vaso. Estas experiencias enmarcadas en un ámbito de juego, exploración y afecto marcan el futuro vínculo del niño con la alimentación.

En su libro *"Padres e Hijos"*, R. Rodolfo plantea

"¿Cómo se cuida una experiencia para que pueda desenvolverse, desplegarse, para que pueda tener lugar?". D. Winnicot habla de que algo para ser considerado experiencia debe estar hecha en juego y de juego.

Es importante establecer una diferencia entre experimentar y reaccionar. El experimentar tiene que ver con la creación, con el juego, en cambio el reaccionar impide la constitución de una experiencia propia, tiene que ver con la adaptación. Tener una experiencia equivale a "ser", en cambio reaccionar ante un ataque o una interferencia que viene del medio no permite tener una verdadera experiencia.

Experimentar con el alimento implica que el adulto facilite un ambiente donde el bebé pueda tocar la comida, pasarla por su cara, explorar con la cuchara, etc. Experimentar tiene que ver con el deseo, el juego y la exploración.

Rodolfo en su libro de psicoanálisis, de nuevo

plantea *“La emergencia de las primeras y universales actitudes de rechazo al alimento permiten entrever que merecen ser incluidas entre las fobias universales... a la vez el niño descubre y disfruta cierto poder desconocido cuando amamantaba: la práctica del sí y del no. El ejercicio activo de; lo tengo lo escupo”...Estas fobias...” constituyen parte de un juego de una estrategia de escritura de diferencialidades a través de la cual el niño organiza su deseancia”.*

El niño comienza el ejercicio de diferenciarse del adulto a través del ejercicio activo del “no”, lo cual implica comenzar a conectarse con su propio deseo.

En el pasaje del líquido al sólido suelen presentarse fobias alimentarias saludables, negarse a comer, seleccionar la comida, etc.; habla de que el niño está haciendo un trabajo psíquico activo para resolver el conflicto que se le presenta (pasar de líquido a sólido, comenzar a diferenciarse del adulto, conectarse con su deseo). Si esto se instala y se rigidiza entramos en el campo de la psicopatología pudiendo instalarse una anorexia de la infancia.

Reaccionar a diferencia de explorar se asocia a situaciones en las que el bebé solo recibe pasivamente el alimento impidiéndole la exploración, o lo recibe en forma violenta. El niño puede reac-

cionar negándose a comer y si esto perdura en el tiempo puede instalarse una patología.

En el tratado de psiquiatría del niño y el adolescente de Lebovici, Soulé y Diatkine se plantea la necesidad de *“...Tener una bivisión focal centrada simultáneamente en el niño y la madre. El síntoma es entonces un centro geométrico, relacionado con las participaciones conjunto de la madre y el niño”.*

En el libro *El niño y su Cuerpo*, estos autores plantean *“... todo ocurre como si se estableciera un sistema de reacciones recíprocas entre la madre, fijada en su actitud coactiva, y el niño, fijado en su actitud opositora... Si se logra que la madre invierta la táctica, la anorexia desaparece rápidamente”.*

Conclusión

Alimentación y afecto están íntimamente ligados. Dependiendo de cómo sean las primeras experiencias de encuentro del adulto y el niño con la alimentación desde los primerísimos tiempos va a depender el vínculo del niño con la comida durante toda la vida.

Fallas en el vínculo entre el adulto y el bebé en estos primeros tiempos pueden generar algunos trastornos en la alimentación como ser fobia a la comida, anorexia u obesidad.



Dr. FABIÁN RUBÉN GONZÁLEZ

El pasado 26 de febrero aparecía en el muro de Pediatras Metropolitanos (nuestro espacio en Facebook) la triste noticia del fallecimiento de Fabián (nuestro querido Chopper), publicada por Ezequiel, su hijo mayor. El estupor y el gran dolor fueron generalizados entre los colegas, amigos y

pacientes. Los mensajes (en FB, Metropól, Pedamb) fueron cientos y todos hablaban de sus excelentes capacidades como persona, pediatra, padre, esposo, amigo. Nuestro humilde y sincero homenaje para Fabián. Seguro estará en un merecido lugar de paz tocando su infaltable batería.



¿QUÉ DEBO HACER ANTE UNA DIARREA CRÓNICA?

Dr. José Luis Cervetto

Médico pediatra gastroenterólogo.

*A partir de este número, y a sugerencia de colegas como **Edgardo Flamenco** y **José Luis Cervetto**, editaremos una sección donde se aborden, en forma resumida, temas de consulta habitual en el primer nivel de atención, como para tener a mano en el escritorio. Dichos temas serán tratados por expertos, pero con la mirada que debe tener el pediatra no especialista.*

Los editores

Como siempre, debemos comenzar con una buena historia clínica, antecedentes familiares, anamnesis y examen clínico. Preguntar sobre comidas fuera de casa, contactos en el jardín o escuela con casos similares, presencia de mascotas en la casa, infecciones recurrentes de vías respiratorias, viajes (especialmente al NEA), ingestión accidental de agua no segura, etc.

Controlar las curvas de crecimiento y los percentiles de peso y talla, tomar el perímetro abdominal (debe tener menos de 4 cm de diferencia entre parado y acostado), presencia de matidez en la percusión abdominal, signos de carencias vitamínicas y/o minerales en piel, pelo, uñas, boca, dientes, etc. y solicitar una muestra de la materia fecal a la madre, preferentemente de 48 horas, para observar si es líquida, presenta mucus o estrías de sangre o si es esteatorreica. Comprobar su peso, teniendo en cuenta que para niños pequeños no debe sobrepasar los 5 a 10 g/Kg/día (es sencillo realizarlo pesando previamente el frasco e indicando que junte toda la materia fecal de 48 horas y volver a pesarla).

También debemos revisar la dieta y aconsejar no ingerir bebidas azucaradas ni dietéticas; si hay exceso de frutas y verduras restringir su consumo, si por prejuicios familiares el niño está sometido a una dieta restringida en grasas, indicar una dieta armónica que las contenga.

En cuanto a los exámenes complementarios, dado que en nuestro medio la causa más frecuente de diarrea crónica son las parasitosis intestinales, pedimos en primer lugar un parasitológico seriado de materia fecal con test de Graham y examen en fresco o directo.

Si resultara positivo se realiza el tratamiento correspondiente, pero si es negativo (hemos encontrado comparando parasitológicos de materia fecal con aspirados duodenales, que hasta un 50 % de los pacientes con *giardia lamblia* en el segundo, daban falso negativo en el primero) antes de indicar estudios más complejos, podemos realizar un tratamiento empírico con Furazolidona a 10 mg/Kg/día 7 a 10 días o con Metronidazol a 20 mg/Kg/

día durante 7 días en 3 tomas; si mejora solo resta controlar su crecimiento y desarrollo.

Si no remitiera el cuadro se debe solicitar, además de los estudios de rutina (como hemograma, glucemia, uremia, TGO, TGP, orina, proteinograma, ionograma, calcio, fósforo y FAL) IgA, edad ósea en mayores de dos años y Anticuerpos Antitransglutaminasa IgA. Si este último examen resultara positivo, debe remitirse el niño al gastroenterólogo pediatra para completar los estudios y eventualmente, para diagnosticar enfermedad celíaca (E. C.), realizar una biopsia de intestino delgado que es indispensable para confirmarla.

Si fuera negativo, pero continuara el cuadro de diarrea y mala absorción, debemos tener en cuenta en primer lugar si el laboratorio donde se realizó es confiable y en segundo término que en menores de dos años es frecuente que haya falsos negativos.

En ese caso se deberá solicitar anticuerpos anti-endomisio (EMA) y anticuerpos para péptidos deaminados de gliadina (anti DPG). Hay pocos laboratorios que realizan estos exámenes y por otra parte la mayoría de las obras sociales y prepagas no los cubren. Nuevamente si estos exámenes resultaran positivos, se remitirá el paciente al especialista para confirmar el diagnóstico de E.C. mediante la biopsia intestinal, la que se realiza actualmente por vía endoscópica para seleccionar el lugar más representativo para efectuar la toma. Si fueran negativos solicitar test del sudor.

Si todos los exámenes fueran negativos o en la zona donde vive no se realizan los exámenes más específicos, deberá derivarse al paciente a un centro de mayor complejidad para completar estudios. Además debemos tener en cuenta que ningún anticuerpo tiene una sensibilidad y especificidad del 100%, por lo tanto si la clínica fuera característica de mala absorción y continuara deteriorándose el estado nutricional, deberá derivarse al gastroenterólogo pediatra para su estudio, dado que si bien las parasitosis y la E.C. son las patologías más frecuentes, hay muchas otras causas de diarrea crónica y mal absorción.



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. SAÚL GLEICH

El Dr. Saúl Gleich se autodefine **Pediatra**.

Entiende que “es lo que soy”, sin dar importancia a otras incursiones profesionales que destacan su brillante trayectoria.

“Un compañero de guardia y del alma –Samuel Perelmuter– me convenció de hacer un año de pediatría antes de dedicarme a la cirugía. Ahí fue el click que me llevo a ser pediatra.”

Hizo la carrera en la década del 60, alternando democracias y dictaduras, y recuerda que “con una facultad en ebullición entre reformistas (izquierda) y los humanistas (derecha), sin ser activista, fui un espectador de lujo, con un sesgo hacia el reformismo”.

Recibido Médico en la UNBA a sus flamantes 23, en 1967, titulado Pediatra en la S.A.P., después Pediatra Jerarquizado por el Colegio Médico de la provincia de Buenos Aires (Distrito II), se diplomó Infectólogo en UNBA en 1978 y coronó Epidemiólogo en 2001 en el Instituto Nacional de Epidemiología en Mar del Plata.

Gleich hizo guardias desde 2º año de medicina, y en 4º año llevado por un compañero de la ayudantía de la cátedra de Química, el Dr. Eugenio Monmany, comenzó con guardias en el Hospital Gandulfo de Lomas de Zamora –“un hospital en serio”– en el cual se jubiló 45 años después.

Un largo y fructífero camino que comenzó en la Residencia de la que alcanzó la Jefatura siendo también Instructor, Pediatra de Guardia y de la Sala de internación, de la cual fue también Jefe y Director Asociado durante 10 años.

En la Municipalidad de Lomas de Zamora fue entre '91 y '93 Director Materno Infantil y entre '94 y '99 Director Provincial de Medicina Preventiva dos años

En cargos municipales fue dos años Director Materno Infantil y cuatro años Director de Educación para la Salud.

El Dr. Gleich recibió de OMS-PNUD una Beca



internacional por 2 años a la que supo hacer lugar fuera de sus horarios laborales.

Gleich tiene trabajos premiados y artículos presentados en revistas pediátricas y capítulos escritos en libros de Pediatría sobre Desnutrición Infantil.

Autor y relator en eventos científicos locales, argentinos e internacionales ha participado con presentación de Trabajos en Cursos, Jornadas y Congresos nacionales e internacionales.

El Dr. Gleich fue Vicepresidente del Congreso Argentino de Pediatría Ambulatoria 2001 y Secretario del Congreso en su

versión 2004

En 2005 fue Presidente de la Jornadas de Región Metropolitana Sociedad Argentina de Pediatría

Prosecretario del Congreso Argentino de Pediatría Ambulatoria en 2007, fue Presidente del V Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria, en 2010 en Buenos Aires

En el aspecto societario el Dr.S.Gleich ha sido y es muy activo.

Fue desde 2011 hasta el pasado octubre 2013 Director de nuestra Región Metropolitana y antes Director Asociado en dos períodos entre 2005 y 2011.

En la SAP integró desde la década del 80 Comités de Infectología y actualmente, desde el 2000 , el Comité de Pediatría Ambulatoria,

Miembro hoy –“desde el llano”– de nuestra Región, impulsa entre otros proyectos y con su entusiasmo acostumbrado. El “Observatorio de Salud” en vistas a un seguimiento y análisis nacional, en pasado y prospectiva ,del gran problema de la Pediatría: la morbi-mortalidad infantil.

Decidido defensor e impulsor de la lactancia materna, Saúl refiere su peor experiencia en una dilatada atención a familias en muy distintas situaciones normales y en riesgo: “si me preguntas cual es la peor consulta que he recibido por parte de una madre es: ¿Cómo hacer para cortar la lactancia?” , por trabajo o por lo que sea.

¿Alguien interrumpe un antibiótico si el paciente evoluciona bien?"

Saúl resume su biografía:

"Soy único hijo de padres inmigrantes, refugiados de la Primera Guerra mi papá y de la Segunda mi mamá. Dentro de los agradecimientos a la vida, figura el haber cumplido el sueño de mis viejos. "Gringos" que soñaron con "mi hijo el doctor".

Revista Noticias: *Cómo fue tu despertar vocacional?*

Dr. Saúl Gleich: "Elegí la Medicina como carrera por la bronca que le tenía a mi pediatra que me ponía la cuchara sopera hasta el "caracú" para verme la garganta.

No me equivoqué en la elección. Soy feliz de ser médico, y más de ser pediatra."

Al principio creí que mi futuro estaba en la cirugía.

Perelmuter y yo éramos los practicantes que veíamos los chicos de nuestra guardia, impulsados por la vocación y la formación de nuestro maestro el Dr. Abraham Cosin, recién llegado al Hospital como Jefe de Pediatría, que venía desde Casa Cuna, (Dr. Albores).

Este gran maestro recreó el Servicio de Pediatría creando la primer Residencia en el conurbano sur.

Con orgullo formé parte de la primera camada de residentes, con otros cinco amigazos de la vida, y de la profesión, Catedro Corimayo (fallecido) Carlos Rodríguez, Samuel Perelmuter, Lita Araujo y Eduardo Egea.

RN: *Un momento de excepción, casi histórico?*

Dr. S.G.: La revolución en el Servicio de pediatría fue tal que los médicos residentes jóvenes tomamos la "batuta" del manejo de los pacientes internados, y los médicos veteranos se reclinaban en el Consultorio Externo.

Comencé a inclinarme por la Infectología pediátrica por sugerencia de mi maestro, y a dar charlas de temas afines a la clínica y terapéutica infectológica, a los residentes y luego en cursos locales para pediatras de los Centros de salud.

En la década del '70, mi maestro es jubilado de oficio. Le sucedió otro gran tipo, el Dr. Oscar Anzorena, que influenciado por los pediatras veteranos decide sacarnos a los jóvenes de la Sala dejándola a cargo de ellos y pasarnos a Consultorio externo.

RN: *Hubo alguna reacción?*

Dr. S.G.: Sí. Ante este evento, creo el Consultorio externo pediátrico vespertino, y por la mañana

hago el Curso superior universitario de Infectología de la UBA en el Hospital Muñiz, recibíendome de Infectólogo en el 1978.

En el '72 gano el concurso para Pediatra de guardia, siendo los ex Residentes los Primeros pediatras de Guardia del Hospital.

Junto con esta actividad, actuaba en forma honoraria como Instructor de residentes.

En 1978, el Dr. Anzorena al ver el funcionamiento del Servicio decide dar un golpe de timón, y nos llama nuevamente a los jóvenes para reasumir el manejo de la Sala, pidiéndonos disculpas por lo sucedido. ¡Solo un grande lo hace!!!!

El Dr. Anzorena realizó y continúa una actividad ininterrumpida, que fue iniciada por el Dr. Cosin: la rotación de los residentes por los Centros de Salud y los Cursos anuales de actualización.

RN: *Y en el orden familiar, ¿cómo ha ido la vida?*

Dr. S.G.: Te presento lo mejor de mi vida: la familia. Ya somos 16, te recuerdo que soy único hijo de padres inmigrantes, que no conocí tíos ni abuelos, así que te imaginarás como me siento cuando veo esta mesa completa en las reuniones familiares.

Casado el 2/12/1967 con Teresa, llevamos ya ¡46 años!. Tenemos 3 hijas: Adriana (1968), Psicopedagoga, casada con 2 hijos; Ezequiel de 18 años (universitario, carrera ciencias políticas) y Tamara de 15; Verónica (1971) Médica Traumatóloga Infantil, casada, con 2 hijas, Martina de 6 años y Carolina de 3 años. Daniela (1974) Fonoaudióloga recibida, no ejerce, trabaja de "mamá", la profesión ignorada por la sociedad; casada, con 4 hijos: Luciana de 12, Jazmín de 9, Joaquín de 6 y Lucas de 2 años.

RN: *Y los amigos?*

Dr. S.G.: Pertenezco a una barra de amigos no médicos, desde hace más de 45 años, cuando de Villa Crespo, mi barrio de origen, me vine a Lanús.

Sigo reuniéndome con los compañeros del primario, no así con los del secundario y de la facultad, ¿raro no?

Hincha de Atlanta de corazón y de Lanús por simpatía vecinal.

RN: *Y los hobbies?*

Dr. S.G.: Soy deportista, fin semanero en la actualidad, pero siempre practiqué fútbol, natación y tenis, ... y ahora, se ríe, sólo tenis dobles y con viejitos como uno...!

Saúl se despide "con un abrazo metropolitano y bohemio."

Es cierto, de poeta y de loco... todos tenemos un poco.



Los Editores de Noticias Metropolitanas agradecen a la Dra. Mariana Rodríguez Ponte el permitirnos publicar un capítulo de su autoría sobre Desarrollo Infantil. El mismo se publicará fraccionado en los tres números de este año.

Introducción

Para comenzar el tratamiento del tema de le proponemos una sencilla actividad: observe atentamente a las personas que le rodean o piense en los componentes de algún grupo de estudio o de trabajo que le resulte familiar.

En ese grupo, las personas ¿poseen características físicas similares? ¿Sus niveles intelectuales son idénticos?

Seguramente advertirá que si bien puede existir alguna característica común, por ejemplo que sean todos del mismo sexo o de una misma franja etaria o que compartan intereses, esas personas son diferentes.

No obstante, todas ellas han sido niños y han experimentado un cierto desarrollo que les permitió crecer y llegar a lo que hoy son.

Respecto del crecimiento físico y del desarrollo intelectual que experimentaron esas personas podemos formularnos dos preguntas.

1. *¿Ese crecimiento habrá sido lineal?*
Evidentemente no, porque cuando un niño nace, su crecimiento durante los primeros años es tan acelerado que si continuara creciendo al mismo ritmo durante el resto de su vida, sería un gigante. En cuanto al desarrollo se da la misma fantástica evolución de manera que si siempre aprendiera a la misma velocidad que en la infancia sin ninguna duda sería un sabio.
2. *¿Es el crecimiento sinónimo de desarrollo?*
La respuesta a esta pregunta también es negativa, ya que por crecimiento entendemos aumento de masa por incremento en el número de células mientras que el concepto de desarrollo implica adquirir funciones a través de procesos como la maduración, diferenciación e integración.

Resulta evidente, por lo tanto, que el desarrollo de un ser humano desde su infancia puede verse desde distintos puntos de vista que, por razones didácticas, los abordaremos en forma separada siguiendo a los investigadores que, en distintos países, crearon escuelas de pensamiento y se ocuparon de alguno de estos aspectos.

Aspectos que, aunque analizados en forma independiente para su mejor comprensión, interactúan entre sí; por lo cual no hay que olvidar que cada uno de ellos representa una porción de un total y todos ellos se dan en el mismo niño simultáneamente.

Las distintas líneas de trabajo aludidas, son el producto de teorías originales unidas a incontables horas de observación de niños.

En el tratamiento de estos aspectos, veremos que, con respecto al desarrollo del aparato psíquico, se elaboraron modelos conceptuales procurando acercarse a una mayor comprensión.

Donald Winnicott en sus trabajos, desarrolla la importancia de la díada madre-hijo y la comunicación afectiva, mientras que René Spitz postula sus organizadores y observa las catastróficas consecuencias del abandono y el *hospitalismo*.

También plantearemos algunas ideas de Jean Piaget quien se cuestiona como se desarrolla la inteligencia y la descripción de los distintos estadios evolutivos. Asimismo, las ideas de Arnold Gesell quien observa que la conducta de los niños se correlaciona con su maduración neurológica.

Obviamente, a todo lo anterior habrá que agregarle la influencia de la familia y el medio ambiente.

La mayoría de las personas adultas, familiares o no, cuando vemos a un bebé o un niño, generamos espontáneamente la necesidad de protegerlo de aquello que puede alterar su natural desenvolvimiento: enfermedades, experiencias traumáticas, accidentes.

Algunas circunstancias de la vida de los niños escapan a nuestra esfera de acción y pueden ser inevitables, otras, tal vez, podían haberse evitado.

Sin embargo, no hay duda de que muchas de nuestras propias intervenciones profesionales pueden ser determinantes para favorecer o por lo menos no interferir en el adecuado desarrollo de un niño y la creación de sus vínculos familiares en un período crítico de la vida y por eso la importancia de saber más y reflexionar antes de actuar.

A modo de ejemplo: evitar las separaciones y en caso de internar a un niño procurar que sea con su madre; indicar la profilaxis prequirúrgica y ser prudentes al hablar frente a él.

El desarrollo psíquico a través del vínculo de la díada madre hijo

Es Donald Winnicott, (1896-1971) pediatra y psicoanalista inglés, quien estudia la función de sostén materno y a partir de ella la estructuración del aparato psíquico del bebé.

“Porque un niño es un niño que recibe cuidados, un ser dependiente, absolutamente dependiente al principio: y no es posible hablar de un niño sin que al mismo tiempo nos refiramos a su cuidado y a su madre.”¹

Es evidente que el proceso de maduración de un niño necesita de un medio ambiente que lo sostenga, de lo contrario no hay posibilidad de supervivencia para el cachorro humano.

La madre desde el momento de la concepción comienza una etapa en la cual le irá dando a ese niño por nacer un lugar en su vida. A partir del nacimiento sus cuidados crearán un ambiente de sostén del bebé, en el que su vida sea posible.

El proceso de maduración del niño tiende naturalmente a la integración y si bien ésta es una tendencia innata, para que se produzca, el ambiente que forma un adulto maduro y responsable, generalmente la madre, lo debe ayudar adaptándose a sus necesidades.

Los cuidados que recibe al ser sostenido, acunado, alimentado, bañado, mientras le hablan y acarician, unido a las experiencias instintivas que nacen desde el interior de su cuerpo, tienden a reunir la personalidad en un todo.

Al principio, la devoción materna consigue una

1. Winnicott, D. W., Escritos de pediatría y psicoanálisis. Paidós Psicología profunda, Barcelona. Laia, 1979

adaptación casi total pero, gradualmente, será necesaria cierta desadaptación para permitir en el futuro la independencia y autonomía del pequeño. Dentro de ese medio ambiente posibilitador, el bebé consigue ciertas metas como la *integración*, **la personalización y la comprensión de la realidad; la apreciación del tiempo y del espacio y las relaciones con los objetos.**

Es especialmente al principio cuando la importancia de la madre es vital para el niño y es ella la que se encarga de protegerlo de las complicaciones que el bebé no es capaz de comprender y le ofrece, a través de ella misma, un pedacito de mundo a su medida, para que lo pueda ir conociendo. La dependencia es al principio absoluta y no le permite a la madre ausentarse por un lapso prolongado, superior al período de tiempo que le permita al niño conservar la imagen de su madre cariñosa y dispuesta.

En los momentos iniciales de la relación madre-hijo es también posible que médicos o enfermeras con buena voluntad pero poca experiencia se ofrezcan a dar consejos no pedidos o indicaciones de puericultura, bien intencionados quizás, que pueden hacer sentir a la mamá como no capacitada para desempeñar su función. Es mucho más acertado darle todo nuestro apoyo y confianza en su desempeño y no interferir en esa incipiente comunicación madre-hijo.

Aún cuando la madre pueda cometer errores, estos le sirven de experiencia y así va construyendo un lenguaje especial con su niño e interpretando sus necesidades.

“La salud mental del individuo es establecida por la madre, la cual, por estar dedicada a su pequeño es capaz de llevar a cabo un adaptación activa. Esto presupone que en la madre existe un estado básico de relajación, así como la comprensión del modo de vivir propio del pequeño, que también nace de la capacidad materna de identificarse con él”.

Winnicott también describe la importancia de lo que se conoce como **Objeto transicional** y el valor que éste tiene para el bebé. Se trata de un objeto blando y suave, un juguete de blanda textura o una mantita, una almohadita o un trapo, al que el bebé, entre los cuatro meses y el año, le atribuye vida propia y lo lleva a todos lados y resulta imprescindible a la hora de dormir.

Este objeto tiene que reunir ciertas características como para que el niño le confiera esa catego-

ría, que sepa que le pertenece y que los padres se lo permiten. Este objeto no debe lavarse aunque se ensucie ya que el olor, y con el tiempo a veces el mal olor, es parte de su esencia. El bebé lo ama y lo acuna y en otro momento lo muerde y lo mutila, en una típica relación de amor-odio. Los padres que se dan cuenta de la importancia que este objeto tiene para su hijo, lo llevan a todas partes, por ejemplo, si van de viaje.

Desde un punto de vista teórico el objeto transicional representa el pecho materno o el objeto de la primera relación. Este objeto es anterior a la instauración de la realidad y le permite al pequeño pasar del control mágico omnipotente al control por la manipulación del objeto.

La madre al principio y gracias a la adaptación casi total entre ella y las necesidades del hijo, provee al bebé la ilusión de que el pecho que lo alimenta es parte de él. A la larga, el niño se irá desilusionando y abandonado ese control mágico y será también tarea materna el lograrlo.

El objeto transicional pertenece al reino de la ilusión y tiene un valor altamente positivo para muchos bebés.

Desarrollo emocional adecuado

Durante la infancia la suma de experiencias felices y agradables que le proporciona al niño una madre “suficientemente buena”, le van generando confianza en la gente y en el mundo, así como también seguridad. La solución de pequeños problemas de la vida cotidiana contribuye a que perciba la estabilidad del ambiente y le van permitiendo sentar los pilares del desarrollo emocional. Esta es la base de la salud mental y es la madre, a través de sus cuidados, la autora principal de esos logros.

Con respecto a la profilaxis de las enfermedades mentales y la responsabilidad del pediatra que acompaña el crecimiento y desarrollo del niño, dice Winnicott: “La mala salud mental de naturaleza psicótica tiene su origen en los retrasos y deformaciones, las regresiones y confusiones de las primeras etapas del crecimiento de la organización medio ambiente-individuo. La mala salud mental surge imperceptiblemente de las dificultades ordinarias inherentes a la naturaleza humana y que dan relieve a la tarea del cuidado infantil, esté a cargo de los padres, de una niñera o del maestro. Así, pues, la profilaxis contra la psicosis es res-

ponsabilidad de los pediatras, ¡ojalá lo supieran!”.

En nuestro país, hay “hospitales amigos de la madre y el niño” que fomentan la lactancia materna y la internación conjunta de la madre con su bebé. En el caso de que un recién nacido se encuentre internado en una unidad de cuidados intensivos se procura que la madre lo amamante, de ser esto factible, y que permanezca en el hospital o en una casa de madres en un lugar cercano para facilitar el contacto.

Hay otros nosocomios en los que esto no es considerado y sin tomar en cuenta las necesidades de la madre y su bebé, se los separa, muchas veces por motivos nimios.

El desarrollo psíquico y los organizadores

Una mirada diferente, aunque complementaria, sobre el desarrollo psíquico la realizó René Spitz (1887-1974). Este profesional nació en Viena en una familia húngara y estudió medicina en Budapest. Tuvo oportunidad de realizar un análisis psicoanalítico con Sigmund Freud, aunque luego realizó sus observaciones, mayormente, en instituciones de Estados Unidos. Allí tuvo oportunidad de observar las importantes alteraciones que se daban en niños alejados de sus madres luego de haber establecido relación con ellas en una institución carcelaria. Describió así la depresión en los lactantes alejados de sus madres, observando cómo las carencias afectivas afectaban el lenguaje y la inteligencia y, cuando el cuadro era más grave, el célebre “hospitalismo”.

Desde su mirada de psicoanalista se dedicó a estudiar las primeras relaciones de objeto y los estadios que se sucedían. Estos estudios lo llevaron a postular un modelo ideal, para comprender mejor el desarrollo psíquico, que se basa en la existencia de *organizadores*. Este concepto lo tomó de la embriología, donde un organizador es una fuerza operante en el desarrollo embrionario que ordena la diferenciación de los tejidos según un eje evolutivo y facilita la emergencia de un segundo organizador en un tejido que tenga la potencialidad para ello. Es algo así como un coordinador para un eje del desarrollo o como un centro que irradia su influencia. Como producto de esta acción integradora, el aparato psíquico se re-estructura en un nivel de complejidad superior.

En el aparato psíquico la presencia de un organizador es un signo que indica el adecuado desa-

rollo infantil y facilita la aparición del siguiente. En cambio cuando el niño sufre un desvío en esa secuenciación, su desarrollo se detiene.

Para Spitz existen tres organizadores claves:

Primer organizador

Existe una primera etapa sin objeto o pre-objetal desde el nacimiento hasta que aparece el **primer organizador** que es la **sonrisa social**. Al nacer, el bebé se encuentra protegido por una barrera contra los estímulos. Es capaz de dormir en medio de un ambiente de ruidos y los estímulos que registra son los que proceden de su interior, siendo la madre quien lo ayuda a aliviar las tensiones que lo afectan, por ejemplo la del hambre, alimentándolo. Cuando el bebé mama al pecho materno, siente el pezón en su boca y ve el rostro de su madre. El rostro humano es el estímulo visual más constante que es ofrecido más frecuentemente en los primeros días.

Por ello, la aparición de la sonrisa es el primer atisbo de conducta activa y es el signo visible de la integración alcanzada por la psique del pequeño. Esta se presenta como respuesta a una señal centrada en el rostro alrededor de los ojos, con la frente y la nariz. No se obtiene la misma respuesta con el rostro de perfil.

Es una etapa de "yo" rudimentario del bebé que no es capaz de protegerlo de los peligros y necesita para su supervivencia del "yo" auxiliar de su mamá.

Es de destacar la plasticidad de la mente infantil que es capaz de adquirir innumerables habilidades que le permiten adaptarse durante el transcurso del primer año de vida.

"La presión adaptadora es poderosa, el desarrollo rápido y en ocasiones tempestuoso. Jamás en el resto de la vida se aprenderá tanto en tan corto tiempo."

Segundo organizador

Cuando el lactante atraviesa con éxito este primer organizador está en condiciones de continuar su desarrollo en la dirección del **segundo organizador** que es la **angustia del octavo mes**. Entre el sexto y el octavo mes el niño ya no sonríe cuando se le acerca un extraño porque sabe que no es su madre. Es un indicador del establecimiento del objeto libidinal propiamente dicho.

La respuesta de cada niño ante el extraño varía desde ocultar su vista con la mano o con el ves-

tido o remera hasta un llanto agudo o grito. Esta señal no suele obtenerse si la madre está presente, ya que eso tranquiliza al bebé. Lo que el extraño destaca es la ausencia de la madre y la angustia de separación.

Nos encaminamos a partir de ahora hacia el tercer organizador.

Tercer organizador

El tercer organizador es la instalación del **no**: gesto y palabra.

Al comenzar la deambulación el lactante se ve expuesto a una gran cantidad de peligros y la madre se encarga de protegerlo haciéndole saber lo que no debe hacer o tocar.

La madre dice no y al mismo tiempo mueve la cabeza, gesto que si bien no es universal se encuentra en muchas culturas. En la mente del niño se va formando, entonces, el primer concepto abstracto y esto se debe a que generalmente se recuerdan más las experiencias inconclusas acompañadas de una carga de displacer por la frustración.

"... lo que el niño entiende es que el afecto de la madre quiere decir: "Si no estás a favor mío, estás contra mí". De lo que se sigue que, al identificarse con el agresor, por medio del gesto negativo, el niño se ha apropiado sólo del gesto mismo, juntamente con el afecto en contra.

No obstante, es éste un progreso extraordinario. Hasta ahora, la expresión de los afectos del niño en la situación de las relaciones de objeto estaba limitada al contacto inmediato, a la acción. Con la adquisición del gesto de negación, la acción es remplazada por mensajes y se inicia la comunicación a distancia"

Resumiendo:

Los organizadores de Spitz son

- Sonrisa social (alrededor del 2° o 3° mes).
- Angustia (6° a 8° mes).
- No (a partir de 8° o 9° mes).

Las relaciones de objeto normales se monitorean observando el crecimiento y desarrollo de un niño. Si el niño se ve bien, aumenta de peso, da la impresión de estar feliz y sobre todo se observa que los padres disfrutan la relación con él, todo se está dando adecuadamente.

(Se continuará la publicación en los dos próximos números)



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

1) ¿LA ADMINISTRACIÓN INTRANASAL DE ESTEROIDES RESULTA EFECTIVA CONTRA LAS SINUSITIS AGUDAS?

Introducción: La sinusitis aguda es una de las principales causas de visitas a consultorios de atención primaria. Esta revisión, que actualiza la originariamente publicada en 2007, evalúa la posibilidad que la administración intranasal de corticosteroides, utilizados con frecuencia en las rinitis alérgicas y en las sinusitis crónicas, resulta también efectiva para el tratamiento de las sinusitis agudas de niños y adultos.

Fuentes de información: Se identificaron estudios mediante búsqueda hasta mayo de 2013 en el registro especializado del *Cochrane Acute Respiratory Infections Group*, en la Biblioteca Cochrane (2013, N° 4) y en las bases de datos MEDLINE y EMBASE. También se orientaron búsquedas a través de los sitios de Internet ICTRP, de la Organización Mundial de la Salud, y ClinicalTrials.gov, del gobierno de Estados Unidos, se formularon consultas a autores y se practicó examen manual de las listas de referencias bibliográficas de los artículos recuperados.

Selección de estudios: Fueron seleccionados estudios en cualquier idioma, que consistieran en ensayos aleatorizados y controlados en los que se evaluara la administración intranasal de corticosteroides a adultos y niños con sinusitis aguda.

Extracción de datos: Se extrajeron los datos demográficos y clínicos pertinentes. La principal medida de evolución sería la proporción de participantes que alcanzaran resolución o mejoría de sus síntomas. Complementariamente se evaluarían los índices de recaídas, los efectos adversos severos, el

abandono de los tratamientos, las complicaciones y el tiempo requerido para retomar actividades de trabajo o estudio.

Principales resultados: No ha habido incorporación de nuevos estudios. Reunían los criterios requeridos 4 trabajos con 1.943 participantes. Se trataba en general de ensayos bien diseñados y en doble ciego, que comparaban el suministro intranasal de corticosteroides con la ausencia de intervención o con el suministro de placebo. Los tratamientos duraban entre 15 y 21 días. Las pérdidas de participantes durante el seguimiento variaron entre el 7 y el 41%. Se indican los principales resultados obtenidos.

En un metaanálisis de tres trabajos alcanzaron resolución de los síntomas el 73% de los sujetos receptores de corticosteroides y el 66,4% de los receptores de placebo. El riesgo relativo (RR) es de 1,11, con intervalo de confianza (IC) del 95% entre 1,04 y 1,18. Una dosis más alta potenciaba los efectos de los corticosteroides: con 400 microgramos de furoato de mometasona se observa más significativa mejoría de los síntomas (RR de 1,10, con IC entre 1,02 y 1,18) que con 200 microgramos de la misma droga (RR de 1,04, con IC entre 0,98 y 1,11). No se han comunicado efectos adversos severos, y los índices de abandonos de los tratamientos no son significativamente diferentes en ninguna de las comparaciones.

Conclusión: La administración intranasal de corticosteroides resulta suficientemente efectiva contra las sinusitis agudas de adultos y niños, aunque las diferencias con la administración de placebo o la abstención de intervenir no son muy pronunciadas. Queda por establecer todavía si el citado tratamiento es más útil como monoterapia o como terapia

adyuvante. También parece necesario evaluar los efectos de la medicación en casos de sinusitis confirmados por radiología o endoscopia nasal.

Fuentes de financiamiento: Sin financiamiento externo.

Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; N° 12: CD005149. Obtenido de Medline Pearls-RIMA.

Dirigir correspondencia a: Dra. A. Zalmanovici Trestioreanu, Department of Family Medicine, Beilinson Campus, Rabin Medical Center, 39 Jabotinsky Street, Petah Tikva 40100, Israel. Correo electrónico: anca_z@hotmail.com.

2) LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD EN LOS NIÑOS CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: UN ESTUDIO NACIONAL CONTROLADO

Objetivo: Identificar el estado de salud y enfermedad de los pacientes antes y después de un diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la mortalidad a los cinco años del diagnóstico.

Diseño: Estudios de casos y controles, y de cohortes, basados en información del Registro Nacional de Pacientes danés (RNPd).

Emplazamiento: Estudio poblacional en Dinamarca.

Población de estudio: Se identificaron 2.998 pacientes de 0 a 19 años con SAOS y 11.974 controles emparejados por edad y sexo.

Evaluación del factor de riesgo: Los factores de riesgo y exposición se obtuvieron del RNPd, incluyendo información administrativa, diagnósticos principales y secundarios y sobre los procedimientos terapéuticos codificados mediante varios sistemas de clasificación, incluida la CIE10. El diagnóstico del SAOS se hizo sobre la base de la práctica clínica, identificando a los pacientes retrospectiva y prospectivamente, así como el facultativo que lo atiende y la medicación prescrita. No se pudo recoger el índice de masa corporal (IMC), el índice de apnea-hipopnea, ni la presión arterial.

Para el diagnóstico de SAOS se utilizaron los códigos de la CIE9, que se asignan después de la evaluación del paciente en el hospital (basada en polisomnografía/poligrafía). Para los controles se utilizaron los datos del Registro Civil danés, seleccionando al azar pacientes de la misma edad

y sexo y sin diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño (ronquidos, SAOS o hipoventilación), intentado hacer coincidir los pacientes por nivel socioeconómico (residentes en la misma localidad). La proporción de controles a los pacientes era de 4:1.

Medición del resultado: Se valoraron todos los códigos de diagnósticos y procedimientos de los casos y controles en los tres años previos y posteriores al diagnóstico (hasta 2009). Como medidas de riesgo se calcularon *odds ratios* (OR) y el cociente de riesgos instantáneos (CRI; *hazard ratio*) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) mediante modelos de regresión logística condicional. La mortalidad se valoró mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados principales: Los pacientes con SAOS tienen, tres años antes de su diagnóstico, mayor número de infecciones (OR 1,19; IC 95% 1,01 a 1,40), neoplasias (OR 1,66; IC 95% 1,05 a 2,63), enfermedades del sistema nervioso (OR 2,12; IC 95% 1,65 a 2,73), trastornos oculares (OR 1,43; IC 95% 1,07 a 1,90), enfermedades de garganta, nariz y oídos (OR 1,61; IC 95% 1,33 a 1,94), enfermedades del sistema respiratorio (OR 1,78; IC 95% 1,60 a 1,98), enfermedades gastrointestinales (OR 1,34; IC 95% 1,09 a 1,66), enfermedades de la piel (OR 1,32; IC 95% 1,02 a 1,71), malformaciones congénitas (OR 1,56; IC 95% 1,31 a 1,85), alteraciones clínicas o de laboratorio (OR 1,21; IC 95% 1,06 a 1,39) y otros factores que influyen en el estado de salud (OR 1,29; IC 95% 1,16 a 1,43).

Además, tres años después del diagnóstico tienen también mayor número de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (OR 1,78; IC 95% 1,29 a 2,45), enfermedades del sistema nervioso (OR 3,16; IC 95% 2,58 a 3,89), enfermedades de garganta, nariz y oídos (OR 1,45; IC 95% 1,14 a 1,84), enfermedades del sistema respiratorio (OR 1,94; IC 95% 1,70 a 2,22), enfermedades de la piel (OR 1,42; IC 95% 1,06 a 1,89), enfermedades musculoesqueléticas y de tejido conectivo (OR 1,29; IC 95% 1,01 a 1,64), malformaciones congénitas (OR 2,24; IC 95% 1,30 a 3,84), alteraciones clínicas o de laboratorio (OR 1,37; IC 95% 1,17 a 1,60) y otros factores que influyen en el estado de salud (OR 1,35; IC 95% 1,20 a 1,51). La tasa de mortalidad a los cinco años fue de 70 por cada 10 000 pacientes y de 11 por 10 000 en los controles. El CRI para la mortalidad fue de 6,58 (IC 95% 3,39 a 12,79).

Conclusión: Los niños y adolescentes con SAOS tienen una amplia gama de morbilidad al menos tres años antes y después del diagnóstico, y la

mortalidad es mayor en el SAOS pediátrico que en los controles.

Conflicto de intereses: No existe.

Fuente de financiación: No se indica.

Justificación: El SAOS en la infancia es un trastorno relativamente frecuente, que está asociado a la presencia de sobrepeso, anomalías cráneo faciales y enfermedades neurológicas y otorrinolaringológicas. Es una entidad infradiagnosticada, a pesar de que puede producir compromiso cardiovascular y problemas de conducta y aprendizaje, así como una menor calidad de vida. Interesa cuantificar la morbilidad y la mortalidad asociadas a este diagnóstico, para poder priorizar medidas de diagnóstico y tratamiento específicas.

Validez o rigor científico: Tanto el estudio de casos y controles (tres años previos al diagnóstico) como el de cohortes (retrospectivo y prospectivo) han definido correctamente la población y los criterios para diferenciar los grupos comparados.

Sin embargo, los factores de riesgo valorados previos al diagnóstico y las medidas de efecto del seguimiento no se han predefinido, salvo la mortalidad, ya que el análisis se ha basado en diagnósticos agrupados, extraídos de registros médicos. Existen dudas también sobre hasta qué punto el diagnóstico es objetivo, ya que no se aclara si todos están basados en polisomnografía. Por las características de la fuente de datos, no es previsible la existencia de pérdidas o sesgos en el seguimiento. El ajuste por nivel socioeconómico no parece adecuado, ya que se emparejaron por localidad de residencia, por lo que no puede descartarse algún sesgo de confusión. Esto es especialmente importante para el cálculo del riesgo de mortalidad; de hecho, no se detallan las covariables incluidas en el modelo de Cox. Además, a la hora de valorar la magnitud del riesgo en el seguimiento, deberían haberse considerado los diagnósticos presentes antes del diagnóstico.

Importancia clínica: No sorprende encontrar en los casos una mayor frecuencia de diagnósticos de enfermedades relacionadas directa (sistema nervioso, otorrinolaringológicos, respiratorios, malformaciones congénitas) o indirectamente (infecciones, neoplasias, enfermedades gastrointestinales, etc.) con el SAOS.

El hecho de que los riesgos hayan sido evaluados por grupos de enfermedades no permite valorar la importancia clínica de diagnósticos concretos. No obstante, en conjunto, la carga de morbilidad asociada al SAOS es alta. Asimismo, la supervivencia de los pacientes con SAOS está claramente comprometida, con un riesgo de muerte a cinco años 6,58 veces mayor y un aumento de seis

muertes cada 1.000 pacientes (proporción atribuible 84%). Lamentablemente, por el diseño del estudio, no puede estimarse el riesgo que la presencia de SAOS añade a las enfermedades relacionadas que lo facilitan o desencadenan. Por el tipo de diseño, no es posible encontrar estudios similares con los que compararlo. En una reciente revisión sistemática de estudios de cohortes, solo se encontraron estudios en adultos, en los que el SAOS se asociaba a un mayor riesgo de problemas cardiovasculares y mortalidad.

Aplicabilidad en la práctica clínica: El presente estudio nos indica que el SAOS en la infancia se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad. Si tenemos en cuenta la existencia de un importante infradiagnóstico, esta información parece justificar la realización de una búsqueda activa de los casos no diagnosticados. No obstante, interesa saber qué proporción del riesgo es atribuible al SAOS y si es evitable con medidas de soporte respiratorio, como la presión continua de la vía aérea, o con intervenciones sobre las enfermedades asociadas.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: No existe.

Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J. Thorax. 2013;68:949-54. D.O.I.: 10.1136/thoraxjnl-2012-202561.

Revisores: *Ochoa Sangrador C, Andrés de Llano JM*¹⁻²*Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España).*²*Servicio de Pediatría. Hospital General del Río Carrión. Palencia (España).*

Correspondencia: *Carlos Ochoa Sangrador. Correo electrónico: cochoas2@gmail.com*

Agradecemos al Dr. Javier González de Dios la autorización para la difusión de este artículo



3) SÓLO LOS PADRES: UN PROGRAMA QUE PUEDE AYUDAR A NIÑOS OBESOS

El estándar de oro para el tratamiento de la obesidad infantil, es el uso de un enfoque basado en la familia, en la que los padres y los niños asisten a las reuniones sobre la pérdida de peso. Una nueva revisión de estudios anteriores sugiere que reuniones con los progenitores solos pueden funcionar igual de bien.

“La obesidad infantil es un problema grave de salud pública en los países desarrollados y en los en vías de desarrollo y tenemos que establecer un curso para mejorar, tan pronto como sea posible” dijo Hannah Ewald a Reuters Health en un correo electrónico.

Ewald, autor principal del estudio, es un investigador de la Escuela de Medicina de Warwick, en Coventry, Reino Unido. "Al ser una enfermedad crónica puede ser una carga pesada, pero el aspecto físico es sólo una cara de la moneda", dijo. "Cuando veo a los niños con sobrepeso que se burlaban de su peso, cuando los veo jadeando en lugar de reírse al perseguirse unos a otros en el recreo o cuando veo ciertas miradas en sus rostros, siempre me da un pinchazo".

"Utilizar un enfoque único, con los padres, para abordar el peso de sus hijos, podría ser más barato y menos embarazoso para los niños" dijo David Janicke a *Reuters Health*. Janicke, de la Universidad de Florida, en Gainesville, ha estudiado las intervenciones de sólo los padres para la obesidad infantil, pero no participó en la nueva revisión. Él dijo que los padres también pueden encontrar más fácil un enfoque y participar en un programa sin el niño presente.

Los investigadores revisaron los papeles en ocho estudios anteriores o en curso. En todos ellos, las familias de niños con sobrepeso y obesidad, fueron asignadas al azar a diferentes intervenciones para perder peso. Cinco de los estudios compararon los programas de grupo para los padres, con las intervenciones dirigidas a padres y niños. Dos comparan un solo padre con las intervenciones de sólo el niño. En el estudio restante, algunos de los padres y sus hijos se reunieron por separado y luego juntos.

Los programas para los padres incluyen la dieta y la educación en nutrición, además de información sobre la actividad física. Las intervenciones de sólo los padres fueron al menos tan eficaces (si no más) en la promoción de la pérdida de peso en los niños, que las intervenciones de padres e hijos combinados, según los resultados publicados on line el 21 de noviembre en la revista *Journal of Public Health*.

Sin embargo, más familias se retiraron de las intervenciones de sólo los padres. El equipo de Ewald sugirió que podía deberse a padres que se sienten abrumados por asumir la responsabilidad de los problemas de peso de sus hijos. Pero Janicke

dijo que los padres están a cargo de la salud de sus hijos en programas de pérdida de peso entre padres e hijos también. "En las intervenciones de comportamiento de la familia que incluyen niños con sus padres, a los padres se les enseña a utilizar las mismas habilidades que en las intervenciones de sólo padres y todavía se les anima a asumir la responsabilidad primordial de hacer cambios amplios de la familia".

"A un niño que se le da la responsabilidad exclusiva de su peso, es probable que tenga éxito en la obtención de un peso saludable", dijo Ewald. "Cómo comer sano, cómo ejercer correctamente y cómo lidiar con el lado emocional son temas difíciles de abordar, incluso para los adultos. Por eso, los padres (o cuidadores), que tienen el mayor impacto en el niño, necesitan entender su participación en el proceso. "Los resultados deben ser interpretados con precaución", dijeron los investigadores, en parte porque la mayoría de los estudios que observaron eran pequeños.

Janicke dijo que no tiene conocimiento de las clínicas u organizaciones que en la actualidad tienen un enfoque de único padre en pérdida de peso de los niños. "Un desafío potencial de estos programas es que en mi experiencia, con nuestros estudios de investigación de intervención, algunos padres son reticentes a inscribirse en los programas o tratamientos en los que sus hijos no asisten al programa con ellos. Algunos dicen que quieren que sus hijos sean capaces de socializar con niños similares". "Otros padres han expresado que no pueden hacer que su hijo cambie y quieren que sus hijos aprendan acerca de modificar su estilo de vida de los profesionales".

"Pero", dijo Janicke, "desde nuestra experiencia, una vez que los padres asisten a los programas de sólo los padres, han estado muy contentos con el proceso y los resultados."

Shereen Jegtvig J. Public Health 2013 Reuters Health Information December 06, 2013

Adendum

"No vivas para que tu presencia se note, sino para que tu ausencia se sienta."

Robert Nesta Marley Booker

(6 de febrero de 1945, Nine Mile, Saint Ann, Jamaica - 11 de mayo de 1981, Miami, Florida, USA)



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el *Dr. Juan Luis Marsicovetere*)

Dra. Martha Curba
Dra. Débora Rocca Huguet
Médicas Peditras



HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO, partido de la Matanza

El Intendente de La Matanza, Sr. Remigio Colombana, junto con el Director de Salud Pública, proyectaron la creación del "Instituto del Niño" para atender las emergencias de la epidemia de parálisis infantil, alrededor del año 1956.

Recién dos años más tarde los Concejales Sres. Enrique S. Inda y Rubén Benítez elevaron una ordenanza para concretar la continuidad del mismo, con unánime aprobación.

La Dirección de Salud presentó un proyecto de organización del cual formaron parte los Dres. Recagno Urruti (Pediatra de la Municipalidad), Jorge Oliva (Jefe de Rehabilitación) y el Mario Rapaport (Psiquiatra). Se logró, entonces, crear 3 divisiones: Clínica Médica, Psicología Infantil y Rehabilitación.

Los primeros Jefes fueron: Dr. Recagno Urruti (Clínica), Dr. Tisminetzky (Salud Mental) y Dr. Oliva (Rehabilitación) convirtiéndose ésta última en una institución autónoma y las otras dos como Hospital. El Dr. Samuel Bodner intervino en la creación de la Unidad Hospitalaria Oeste, reconocida a posteriori por la Universidad de Buenos Aires.

En 1960, por decreto municipal, se crea el Instituto del Niño de La Matanza en el centro de San Justo. Comienza a funcionar un área de Consultorios Externos, para luego construir otra de Internación, que constaba de diez cunas. Un año más tarde, se muda a una vieja quinta, que es el predio que ocupa actualmente, con el agregado de cinco cunas y Consultorios Externos. Llega a atender, en ese momento, ochenta pacientes por día.

A los dos años de la apertura, comienzan a desarrollarse las áreas Técnica, Profesional Docente y Administrativa del hospital; prueba elocuente de ello es el aumento de las prestaciones que de 6000 pasaron a 36.000 en el año.

Se pone en marcha la estructura interna, cuyo objetivo es la construcción de una Secretaría Técnica, Departamento de Enfermería y Departamento Administrativo.

En el área Docente, se desarrolla un Comité Bibliográfico, Ateneos Internos y cursos para posgraduados. Años posteriores se constituyen consultorios de diversas disciplinas como Tisiología, Odontología y Radiología.

En 1966 se agregan veinte camas de internación, llegando a un total de treinta y cinco y el Hospital es considerado como una dependencia de la Cátedra de Pediatría de la Unidad Hospital del Oeste dependiente de la Facultad de Medicina -UBA. En adelante se continúa con la inauguración de Consultorios Externos de otras especialidades pediátricas, por lo que el hospital se convierte en el receptor de pacientes referentes de Unidades Periféricas del Partido.

Un año más tarde se creó la residencia de Clínica Pediátrica. Por otra parte en el hospital funciona un "grupo de voluntarias necesarias para el sostén del niño y su familia", creado en 1969, por iniciativa del doctor Héctor Ianichilo, Jefe de Sala. Tres años más tarde fue aprobado su funcionamiento y reglamento interno.

En 1970 se crea el Laboratorio y la Sala de Recién Nacidos. En 1971 comienzan a funcionar los Consultorios Externos de Nefrología y una Sala de Internación de Cirugía. Los años fueron pasando y el número de especialidades creciendo, a pesar que lo edilicio no lo hizo en forma paralela.

En 1980 el Servicio de Gastroenterología empezó a funcionar en un vagón de tren ubicado en el jardín del hospital. Luego se construyó un sector para Consultorios de Especialidades, ya que surge la vocación de muchos profesionales pediatras clínicos, de capacitarse en distintos centros de referencia.

En 1981 se inaugura el Servicio de Nefrología con ocho camas de internación, contando con la ayuda del Municipio y fundaciones privadas. Cinco años más tarde se inicia la residencia de la especialidad.



Fueron sucediéndose distintas Jornadas de nuestro hospital realizadas dentro y fuera de la Institución: en 1985 al cumplirse los 25 años de su fundación, en 1987, 1991, 1996 y otras.

En 1995 se estrenó una nueva aula gracias a la colaboración del Municipio y de Laboratorios, con el fin de realizar actividades formativas en paralelo. En 1996 la Sala de Clínica constaba de un solo piso con 30 camas. Se inicia Hemodiálisis y Transplante Renal. Comienza, además, el sector de Diálisis Peritoneal Crónico.

En 1997 se estrena la nueva Sala de Emergencias, alojada en otro punto del hospital, con mayor número de camas de observación y consultorios de atención inmediata. En 1999 se construye el primer piso de la Sala de Clínica Médica con 30 camas más.

El 1º de Abril del año 2000 el Hospital Municipal del Niño de San Justo cumplió cuarenta años de existencia. Ingresa un tomógrafo computado en 2005 al Servicio de Diagnóstico por Imágenes, destinado para el Partido y un año después se inaugura el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica con una dotación de 12 camas. Con el transcurso de los años fueron necesarias varias remodelaciones, tanto en el recurso edilicio como de infraestructura.

Actualmente se prestan 245.907 consultas am-

bulatorias, cuenta con una dotación de 94 camas, entre clínica, nefrología, cirugía, neonatología y emergencias, generando 7.269 egresos anuales.

El Departamento de Docencia e Investigación cuenta con una intensa actividad en capacitación continua, tanto de pre como de posgrado: ateneos clínicos, curso anual, jornadas y talleres para la comunidad, con la participación del plantel profesional en Entidades Científicas, Jornadas y Congresos (locales, nacionales e internacionales), en el funcionamiento de diversos Comités y la actualización de Guías de Diagnóstico y Tratamiento.

Los alumnos de las Escuelas de Auxiliares de Enfermería y de Enfermería Profesional, concurren para cursar las prácticas de la asignatura Pediatría, como también aquellos que cursan en la Unidad Académica de Radiología de la Facultad de Medicina-UBA. En la actualidad existen tres carreras universitarias dependientes de la UBA, en funcionamiento: Clínica, Nefrología y Terapia Intensiva Pediátrica.

Es así que, contando con casi todas las subespecialidades pediátricas, el hospital se transforma en un centro de consulta de primer nivel de calidad y resolución de problemas, tanto de la zona como de otros partidos (aledaños y alejados) e inclusive del interior del país y del extranjero.



VULNERABILIDAD INFANTIL. Experiencia vs. Riesgo

Dra. Patricia Cirigliano

A lo largo de cinco décadas hemos asistido a importantes cambios en el Paradigma Científico en varias áreas.

Nuestro interés en el progresivo conocimiento de la infancia temprana focalizó nuestras investigaciones sobre el comportamiento infantil (como ente holístico) y en el estudio sistemático de las adquisiciones psicomotoras.

Los hitos evolutivos del crecimiento y desarrollo son, como se sabe, de interés global y coexisten guías y tablas locales e incluso étnicas con distintas posibilidades de "universalización".

Sin embargo, no hemos encontrado valoraciones que permitan transpolar resultados estandarizados en el medio terrestre a resultados evolutivos en referencia al medio acuático.

Algunas de las causas estructurales y no estructurales que facilitan los accidentes acuáticos infantiles, en el hogar, piscinas y aguas abiertas, son erróneamente adjudicadas a la vulnerabilidad del niño.

Existen características evolutivas estructurales que hacen al niño vulnerable ante el riesgo del accidente acuático durante los años de la infancia, pero es errónea la convicción que expresa como causa inmodificable de tal vulnerabilidad, a la inmadurez psicomotora del niño considerada, sincréticamente, como un todo.

Es sabido, que los rasgos de inmadurez psicomotora en los niños cambian constantemente con el desarrollo. Sin embargo, no todos lo hacen a la misma velocidad y por lo tanto, deben diferenciarse aquellos rasgos que se modificarán notoriamente solo después de varios meses o años (acompañan a la primera infancia casi en su totalidad) de aquellos que se modifican visiblemente en tiempos relativamente breves.

En el balance madurez/inmadurez a medida que avanza la primera, retrocede la segunda y es en este equilibrio que deben ubicarse las ejercitaciones que pretenden del niño respuestas psicomotrices reveladas como habilidades de nado o supervivencia.

Es cierto que la inmadurez hace al niño vul-

nerable, pero no absolutamente vulnerable, ni absolutamente dependiente.

Es el análisis de los distintos aspectos psicomotores de la infancia temprana, lo que permite discriminar entre causas estructurales (que no pueden, por tanto, ser modificadas por el aprendizaje), de aquellas que admiten ser transformadas.

Se investigó la relación entre los factores de riesgo para el accidente acuático en la edad temprana tradicionalmente aceptados como "vulnerabilidad del infante" debido a su inmadurez psicomotora por debajo de los 5 años.

La generalización, englobando en el concepto de inmadurez a todos los rasgos (físicos y psíquicos) y durante todo el tiempo del desarrollo de la infancia, impide proyectar y ejercer acciones preventivas concretas y sistemáticas, asentadas en la maduración alcanzada.

El énfasis en la inmadurez, convierte al niño en un ser pasivo y se desechan por tanto importantes oportunidades para que el infante aprenda, desde temprano, a evitar el riesgo y sobrevivir a los accidentes, de principio con ayuda, y años después autónomamente.

La categorización de la Psicomotricidad Acuática que formulé en 1979 es producto de nuestra investigación en la observación continua de miles de familias que participaron con sus niños en el Programa de Matronatación para bebés entre los 0 y los 5 años.

El estudio logró discriminar (superando la anterior generalización) aquellos aspectos evolutivos estructurales de aquellos otros que, en las distintas fases del desarrollo infantil constituían un sustrato neuromotor suficiente para que los infantes y sus padres pudieran poner en práctica conductas activas de supervivencia, modificando el "estándar" de riesgo de accidente.

Este conocimiento analítico de los aspectos del desarrollo, bien estudiados ya científicamente, permite ofrecer a los niños en el oportuno momento evolutivo, los estímulos adecuados en gradación e intensidad para que culminen en la adquisición de logros permanentes, base de futuras habilidades.

**CAUSAS COMUNES DEL RIESGO DE FALSOS “ACCIDENTE” (LLAMADOS HOY LESIONES),
MODIFICABLES CON EL PROGRAMA MATRONATACIÓN / SUPERVIVENCIA,
EN EL SIGUIENTE CUADRO COMPARATIVO**

Facilitan los accidentes	Evitan los accidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de vigilancia adulta responsable. • Desconocimiento por parte de adultos y niños de las normas de Seguridad en el agua. • Falta de conciencia de los riesgos reales. • Vulnerabilidad de las edades tempranas ante los traumas de diverso origen en lo físico y psíquico. • Aguas sucias o no transparentes que impiden visualizar el fondo. • Gritos y ruido excesivo que impiden oír voces de pedido de auxilio. • Objetos flotantes que dificultan la visión del espejo de agua. • No saber nadar. • Falta de aprendizaje de las habilidades de SV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia adulta responsable. • Conocimiento de las Normas de Seguridad y Prevención del Accidente Acuático. • Concientización de los riesgos reales. • Disminuir la vulnerabilidad (con las experiencias de aprendizaje SV). • Mantener aguas limpias. • Evitar los gritos y ruido excesivo. • Quitar del espejo de agua objetos flotantes. • Aprender a nadar. • Aprender las habilidades de SV.

Disminución de los aspectos negativos

Crecimiento, desarrollo y experiencias calificadas generan riqueza del *background* infantil y en el caso de las ejercitaciones específicas, éstas constituyen logros perdurables que estarán dispuestos para facilitar nuevas asociaciones neuromotrices desde una edad en que la plasticidad cerebral está en su plenitud.

La diferenciación entre aspectos estructurales (de lenta modificación); cuasi-estructurales (de modificación menos lenta) y no estructurales (modificables durante la edad actual del niño), es base del Programa educativo de Matronatación/Supervivencia para la infancia temprana.

Se cambia así en el concepto de la vulnerabilidad infantil el eje de madurez/inmadurez, al de experiencia/inexperiencia al considerar los aspectos no estructurales del riesgo, adjudicados antes a toda la infancia.

El programa de Matronatación/Supervivencia se apoya en el nuevo concepto dinámico de la vulnerabilidad infantil que proponemos y que destaca la importancia de identificar los rasgos de madurez disponibles en el desarrollo para articular las propuestas de aprendizaje posible mientras el niño continúa su normal crecimiento y desarrollo.

Creemos que ya no puede pensarse a la inmadurez psicomotriz de la infancia como un conjunto

homogéneo integrado por rasgos contemporáneos cuando éstos son visiblemente diferentes y de asincrónico progreso.

A esta nueva conceptualización debemos añadir dos expresiones que han requerido de palabras auxiliares para evitar malentendidos u omisiones.

Así, hablamos de **dependencia madura** y no de **independencia** en el campo psicológico y de **Autonomía bajo control**, y no de **Autonomía** cuando nos referimos a las realizaciones del niño en el ámbito de lo psicomotor.

Es corriente aceptar que un bebé aprendió a caminar solo, aunque lo haga naturalmente en forma aún imperfecta y no pueda salir a pasear sin compañía adulta pero muchos se resisten a expresar que, de un modo muy semejante un bebé aprendió a nadar solo.

El temor a que los adultos responsables del niño equivoquen su conducta de protección constante, lleva a muchos a negar los logros infantiles.

En Matronatación, repetimos, es la familia la que recibe lecciones de educación acuática, y no solo el niño.

Esta característica del método Matronatación, anula aquel temor y coloca la apreciación de las conquistas del niño en un lugar más acertado al nombrarlas ligadas invariablemente a la compañía adulta y responsable.

Clasificación de distintos rasgos evolutivos de la psicomotricidad infantil y su relación con los factores de riesgo del accidente acuático:

- a) **estructurales,**
 - b) **cuasi-estructurales,**
 - c) **no estructurales.**
- a) **Rasgos estructurales** (inmodificables por largo tiempo)
- Mente pre-lógica.** El niño razona con bajo nivel de abstracción (*Está allí, lo tomaré ahora*).
- **Egocentrismo.** El niño cree que es el “centro del universo” (*Quiero eso y yo tomo y hago todo lo que yo quiero*).
 - **Falta de ajuste de la percepción de los cuerpos en movimiento.** El niño no puede establecer relaciones adecuadas entre velocidad y distancia, por la debilidad evolutiva de las nociones de tiempo y espacio y sus relaciones.
- b) **Aspectos cuasi-estructurales** (en constante modificación por el desarrollo)
- **Omnipotencia.** El niño se cree capaz de hacer aquello que no puede (*Ya soy grande, yo sé, déjame solo*).
 - **Fantasías.** El niño confunde fantasías y ficción con la realidad (*Yo soy como el hombre araña*).
 - **Negativismo.** En las etapas de la afirmación del Yo, el niño contradice y desafía las opiniones del adulto (*Iré aunque no me lo permitan. Iré a escondidas*).
 - **Desequilibrio normal debido al mayor peso proporcional de tronco y cabeza en los niños pequeños.** Al inclinarse sobre una fuente de agua, los niños caen por su propio peso y por el movimiento habitual de extender el brazo hacia delante en el intento de alcanzar o tocar el agua u otros objetos que considera cercanos.
- c) **Rasgos no estructurales** (modificables por la experiencia)
- **Imitación.** El niño se siente fuertemente motivado a imitar a otros sin medir sus posibilidades personales (*Si la sirenita puede, yo también podré*).
 - **Escasa capacidad de anticipación.** El niño no puede imaginar las consecuencias de su acción.
 - **Esquema corporal en formación.** El niño posee un esquema corporal naturalmente pobre e

inmaduro, si se lo compara con el de la segunda infancia; por lo tanto, en la infancia temprana es común que no se correspondan las intenciones del niño con el resultado de sus acciones para lograr lo que pretende.

- **Percepción engañosa de la profundidad.** El niño confunde la superficie del espejo de agua con un plano, por lo que ignora la existencia de la profundidad.

- **Percepción engañosa de la distancia.** El niño cree que están cerca y le serán accesibles –objetos que flotan o están sumergidos. Por no saber nadar no podrá alcanzarlos y además de desconocer las técnicas adecuadas valora erróneamente el espacio acuático.

- **Realización de acciones inadecuadas.** Después de una caída sorpresiva al agua el niño alza sus brazos e intenta gritar, llenando su boca y pulmones de agua.

- **Conductas anormales.** El niño entra rápidamente en pánico al caer al agua, intenta gritar, se agita y dificulta su salvataje.

- **Ausencia de las habilidades de supervivencia y práctica de las normas de seguridad y prevención del accidente acuático.**

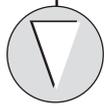
Agravantes frecuentes una vez producido el “accidente”

a) Por parte del adulto

- No conocer las técnicas de salvataje.
- Desconocer las maniobras de resucitación cardiopulmonar.
- No reaccionar adecuadamente ante el pedido de auxilio.

b) Por parte del niño:*

- Altera negativamente su conducta ante el agua después de un percance o “accidente”.
- Su aprendizaje de la natación se dificulta seriamente.
- Si la experiencia “accidental” fue severa, queda muy dañada su autoestima y la confianza social, hacia los adultos y otros niños.
- El niño se autodesvaloriza, y al no poder medir la relación entre las causas facilitadoras de su “accidente” suele pensar y sentir que es menos competente de lo que en realidad es.
- Si sobrevive al accidente, padece secuelas físicas y psíquicas de intensidad y gravedad diversas.



¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Respuesta de ¿Se atreve al diagnóstico?

Respuesta correcta: **c**.

La causa más probable es la *Bordetella pertusis*. Este lactante por su edad no pudo haber recibido más de una dosis de vacuna para este germen por lo que su inmunidad es insuficiente. A esta edad puede haber al final del paroxismo túsígeno no solamente la inspiración forzada característica de esta enfermedad (tos convulsa o tos ferina) si no apneas. Es más grave en los lactantes más pequeños y en los neonatos y menos intensa a medida que se avanza en la edad y en la vacunación.

De ahí la importancia de tener adolescentes y adultos jóvenes correctamente inmunizados para esta enfermedad (vacuna triple bacteriana acelular) para impedir ser reservorios de la *Bordetella pertusis* en la comunidad y tener el poder de contagiar a los contactos pequeños.

El resto de los microorganismos producen cuadros muy distintos tanto en la madre como en su hijo lactante. Distintos tiempos evolutivos, conjuntivitis, cervicitis, fiebre intensa, etc.

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.