



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

ÉTICA EN PEDIATRÍA

Quisiera en este editorial tomar distancia, de ninguna manera desvincularme, de las tantas situaciones coyunturales que nos agobian y nos rodean en lo cotidiano y abordar, aunque sea parcialmente, un tema que concierne a la vida misma y por supuesto a nuestra vida médica pediátrica: LA ÉTICA.

Se la suele definir como una conjunción de Moral y de Conducta y sin duda como uno de los temas trascendentes en el quehacer del hombre. Se halla presente en todos nuestros actos médicos (consultas y prácticas médicas, secreto médico, investigación en medicina, ejercicio profesional, etc.).

Para la Real Academia, Ética es el conjunto de normas morales que rigen la conducta humana. En el día a día, la Bioética, como ética aplicada al mundo sanitario, tiene que ver con *el respeto a los valores del otro*, en este caso el paciente, y no tanto con saberse de memoria cantidad de normas y leyes. Más simple pero más concreto y verdadero.

Cuando realizamos el juramento hipocrático, en varias de sus secuencias nos recuerda el mantenimiento de la Ética que deberemos mantener en nuestra vida profesional futura. En escritos hipocráticos se lo llama al médico *"servidor de la naturaleza"*. De hecho ha sido considerado como el primer documento de bioética. Su comienzo está dedicado fundamentalmente a las relaciones con los maestros, colegas y familiares y en su segunda parte este juramento expone, las obligaciones para con los enfermos.

A partir de 1971, Van Rensselaer Potter, oncólogo y profesor de la Universidad de Wisconsin, introduce el término de Bioética como una disciplina que debía enlazar las ciencias naturales y humanísticas y a la que integró posteriormente los problemas relacionados con la Medicina, fundamentalmente como consecuencia del impetuoso desarrollo tecnológico y su aplicación en los pacientes.

En la actualidad, la medicina se encuentra ante una encrucijada ya que en el último siglo, la evolución social y científica a planteado un desafío de gran alcance; la demanda de la sociedad para tener una mayor autonomía, el viraje de la práctica hacia las organizaciones médicas, la introducción de los *conceptos económico y de calidad*, con el consecuente requerimiento de rendición de cuentas, así como el explosivo crecimiento de la tecnología. Todos estos ingredientes plantean un escenario excesivamente tecnificado y administrativo de la profesión, y esto necesariamente hace que se genere un distanciamiento de los elementos éticos y humanísticos que solían caracterizar a la profesión médica.

(Continúa en pág. 3)

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Actividades de la Región 4
- ¿Se atreve al diagnóstico? 4
- Perlitas legales..... 5
- Red Metropol 6
- ¿Qué debo hacer ante un síndrome urémico hemolítico? .. 7
- Entrevistas 9
- Desarrollo infantil II 13
- Tercerización de la crianza 17
- El control de esfínteres 18
- Boletín bibliográfico 19
- Historia del Hospital General de Agudos Donac. F. Santojanni 21
- ¿Se atreve al diagnóstico? 23

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 células.
- ✓ 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)

La Pediatría no es la excepción en el avance acelerado de la tecnología biomédica, por lo que un desafío fundamental para la práctica clínica pediátrica es el de mantener, rescatar o redescubrir los valores esenciales de la medicina en función de su último fin, que es el de cuidar y servir al niño y al adolescente.

El niño es un paciente ultrasensible a la percepción de las virtudes del médico y es quien espera no sólo ser curado, sino ser tratado con amor y respeto. En la población infantil se encuentran todas las potencialidades de la naturaleza humana y, por ende, la responsabilidad del personal de salud en contacto con los niños es inmensa, ya que hay que buscar asegurarse que estos pacientes, vulnerables por definición, alcancen la plenitud de la vida con la mayor calidad posible, junto con sus familias.

El médico que atiende al niño y al adolescente bajo esa consideración, entiende que deberá de cuidar que estos individuos se desarrollen en ambientes y con cuidados que le permitan desarrollar al máximo su potencial biológico para lograr su mejor madurez futura.

Puede haber ocasiones en que las condiciones sociales del ambiente, y/o particulares del paciente, puedan generar dificultades de aceptación en la decisión del médico, principalmente entre los familiares del mismo, creando cierta incertidumbre con respecto a que si esta decisión sea la más correcta o bien, que pueda quedar la impresión que el profesional ha fallado, en alguna conducta diferente a la que el sentido común apuntaría como la más adecuada o lógica.

La actitud natural del médico ante cualquier paciente, siempre será con la mayor predisposición a buscar su mejoría, tratando de actuar con los demás como quisiera que actuaran con él.

El médico con los conocimientos adquiridos trata siempre de hacer el bien, pero su condición humana lo expone al riesgo involuntario de cometer errores.

La personalidad del profesional es la que puede marcar la diferencia y ante eso el paciente o sus familiares le podrán conceder la responsabilidad de la atención, sin objeciones de ningún tipo.

Todos los pediatras sabemos que no siempre debemos indicar medicamentos; la mayoría somos conocedores de sus posibles efectos primarios y/o secundarios, ¿por qué entonces no emplear más tiempo en explicar lo innecesario de una terapéutica? La palabra segura después de una correcta y atenta anamnesis y un riguroso examen físico nos permiten tomar decisiones con un alto grado de confiabilidad para los padres, la familia y para nosotros mismos. “Cubrirlo con medicamentos” por lo que pudiera sucederle y/o por consiguiente sucedernos, es tan falto de ética como imponer un tratamiento inadecuado, por lo que el juicio clínico debe ir siempre acompañado del juicio ético.

En *Atención Primaria*, como parte del examen físico se incluyen las mediciones antropométricas, las valoraciones del ritmo de crecimiento y ganancia de peso y las pautas madurativas de desarrollo, además de contemplar las medidas de prevención en donde debe incluirse el esquema de vacunación obligatorio actualizado para la edad.

De especial interés es la actividad de *promoción y protección de la salud*, la cual debe considerar la explicación de la alimentación en las diferentes etapas de la vida, así como los hábitos higiénicos y dietéticos. Para ello es necesaria una buena comunicación con las madres con especial atención desde el mismo nacimiento, donde la labor del médico debe contribuir a crear un ambiente favorable para poder ser sostén y tutor en la crianza de esa verdadera incógnita que es ese hijo recién nacido.

Tener presente que la verdadera *base de la ética médica* son las preferencias, necesidades, deseos y expectativas del sujeto enfermo o sano y su familia, ya que esta se centra siempre en la protección de estos, que en algún momento acuden a nosotros requiriendo ayuda.

Como nos enseñó Carlos Gianantonio: curar a veces, acompañar siempre.

Me parece oportuno citar la “*plegaria del médico*” de Maimónides, que dice: “*haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte, y que sigan mis consejos y mis prescripciones*” y termina con “*que yo pueda hoy descubrir en mi ciencia algunas cosas que ayer ni llegaba a sospechar*”.

Recordemos, finalmente, que *lo primero* para nuestros niños, niñas y adolescentes, es **la mejor atención**; no la única, la muy buena o la súper, sino **la mejor atención que le podamos ofrecer**.

Dr. Leonardo Vázquez

Director Titular de la Región Metropolitana
leovazquez@intramed.net



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

XI JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

CRECIMIENTO Y DESARROLLO: Pilares fundamentales en la vida del niño “Un abordaje interdisciplinario”

8 y 9 de mayo de 2015

SEDE: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr Carlos A. Gianantonio”.

TEMAS: Antropometría - malnutrición - juego - dibujo - sueño - lenguaje - lectura - aspectos psicológicos - herramientas informáticas.

Dirigido a: médicos pediatras, médicos pediatras de distintas sub especialidades, médicos pediatras en formación, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores y a todo el personal de salud en general.

JORNADAS NO ARANCELADAS



¿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*).

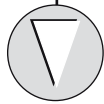
Dr. Leonardo Vázquez

(Ver respuesta en la página 23)

Los padres de Francisco, un adolescente de 13 años, se encuentran preocupados porque su hijo a comenzado a juntarse con un grupo de adolescentes mayores que tienen la sospechan que pertenecen a una banda violenta.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **más probable** que Ud. comente con certeza cuando hable con los padres de Francisco sobre las amistades de los adolescentes?:

- A. Los adolescentes en general buscan la aprobación de sus padres para elegir sus amigos.
- B. Los amigos tienen una gran influencia sobre las conductas riesgosas de los adolescentes.
- C. Los adolescentes se visten en forma diferentes a sus amigos para marcar su independencia.
- D. Es más probable que los adolescentes mayores pasen el tiempo con amigos del mismo sexo que cuando son más jóvenes.
- E. Los adolescentes mayores prefieren tener amistad con adolescentes más jóvenes.



*Tenemos el gusto de presentar a partir de este número una nueva sección de **Noticias Metropolitanas** que hace a aspectos legales de la medicina y de la pediatría en particular. Esta sección estará a cargo de la **Dra. Mercedes Acuña** (Pediatra y Abogada). Le damos la bienvenida y esperamos sea de utilidad para los lectores.*

Los Editores

Parte 1. HISTORIA CLINICA

Definiciones

Relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento a que se lo somete y a la evolución de su enfermedad.¹

Relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual.²

Constancia escrita de todas las comprobaciones realizadas en el examen médico, como también de todas las efectuadas en el curso de la evolución y de los tratamientos instituidos aún por terceros.³

Desde el punto de vista jurídico, es la documentación de la que se basa la obligación del médico del deber de informar, asentando los datos relevantes del diagnóstico, de la terapia y de la enfermedad del paciente.⁴

La Historia Clínica como documento

- Intrínsecamente representa su objeto en sí, es decir es la manifestación del pensamiento médico que la confecciona.
- Es un documento informativo.
- Es un documento probatorio (jurídico procesal).
- Es un documento privado, cuando lo confecciona una institución privada sanitaria, carece de valor probatorio hasta tanto se acredite la firma que figura en ella, mediante su reconocimiento (expreso o tácito), o cualquier otro medio de prueba, ejemplo a través del cotejo de letras.
- Es un documento público cuando lo expide un ente asistencial público (pero está excluido del instrumento público del art. 979 del Código Civil).
- Es un documento de forma libre (la legislación no exige forma determinada).

- Con respecto a la autenticidad del documento, aplicable a la historia clínica como documento:
 - Es auténtico cuando constituye plena prueba.
 - El Código Civil, establece autenticidad a los documentos públicos a todos los reconocidos o declarados debidamente reconocidos en juicio. (art. 933 y subs).
 - La firma es un signo personal autógrafo (de puño y letra del autor), indispensable para la existencia de documentos privados. La firma es una condición esencial para la existencia de todo acto bajo forma privada. No puede ser reemplazada por signos ni por la iniciales de los nombres o apellidos.
 - El reconocimiento judicial de una firma en un documento privado, lo convierte en un instrumento público y se lo tiene como auténtico. La palabra auténtico designa todo escrito público o privado, atribuido con certeza a determinado autor.

Desde la medicina legal⁵, se indicó que la historia clínica ha de contener como mínimo los siguientes elementos:

- Datos personales del paciente.
- Persona a quien comunicar o consultar temas de urgencia, fecha de ingreso o reingreso.
- Estado clínico en que fue recibido el paciente.
- Diagnósticos presuntivos.
- Antecedentes hereditarios y familiares.
- Antecedentes personales.
- Estado actual.
- Examen físico.
- Exámenes complementarios.
- Evolución y tratamientos diarios y horarios.
- Hojas para consultas con especialistas.
- Partes quirúrgicas y de anestesia.
- Espacio u hojas destinados al consentimiento informado.
- Epicrisis.

La ley 17.132 impone al Director Médico del establecimiento asistencial el deber de:

"... adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen las Historias Clínicas de los pacientes y que se utilicen en las mismas nomenclaturas de morbilidad y mortalidad establecidas por las autoridades sanitarias así como adoptar medidas necesarias para una adecuada conservación de las Historias Clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional." [Art 40- inc. i) y m].

Esta obligación impuesta por ley a los Directores Médicos, puede ser delegada, por escrito, en los médicos Jefes de Servicio, a quienes se deberá supervisar y controlar.⁶

Referencias bibliográficas

- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 10ª ed., Salvat, Barcelona, 1968.
- Cossio P, y col. Medicina interna. CTM, Buenos Aires, 1987, reimpresión de la 6ª ed., pp. 31/33.
- Lorenzetti RL. Responsabilidad Civil del médico, T. II, Rubinzal-Culzoni. Buenos Aires, 1997, p.243. Derechos y Deberes del Hombre, 1948.
- Patito JA. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Quórum, Buenos Aires, 2003, p.76.
- Garay OE. Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas. Tomo I, ed. 2009.



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



¿QUÉ DEBO HACER ANTE UN SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO?

Dra. Débora Rocca Huguet / Dra. María C. Rapetti / Dr. Ramón Exeni
Médica Pediatra / Hematóloga Pediatra / Nefróloga Pediatra

Enfermedad caracterizada por una microangiopatía trombótica.

Principales manifestaciones: insuficiencia renal aguda, plaquetopenia y anemia hemolítica, con compromiso multiorgánico. Su incidencia en nuestro país es la más alta del mundo. Es la primera causa de insuficiencia renal aguda en Pediatría.

Existen 2 tipos de SUH de acuerdo a su etiología:

1. **SUH típico:** Diarrea provocada por bacterias productoras de Verotoxina (Ejemplo: *E. Coli* y *S. Dysenteriae*). El más frecuente.
2. **SUH atípico:** causado por alteraciones genéticas:
 - a) En el metabolismo de la vitamina B.
 - b) En el Adams 13.
 - c) Alteraciones en la vía alterna del complemento.

Cómo se debe enfocar el estudio de estos pacientes:

Prácticamente todos presentan diarrea sanguinolenta luego de la ingestión de alimentos contaminados: carne picada que no alcanza niveles de cocción (70°), alimentos lácteos que pierden la cadena de frío, contagio persona-persona. Cerca del 10% de los pacientes que sufren una intoxicación por Verotoxina padecerán de SUH, por lo que la conducta ante la consulta debe ser muy cuidadosa: solicitar estudios de laboratorio para evaluar la función renal (uremia, creatinemia), detección precoz de anemia, alteraciones del medio interno (ionograma) y manifestaciones de daño renal (proteinuria, sedimento urinario). Solicitar coprocultivo, con énfasis en la búsqueda de *E. Coli* 0157:H7 (la más frecuente) con determinación de toxina libre en materia fecal.

Puede suceder:

- a) Que los resultados sean normales y el coprocultivo y búsqueda de la toxina sean negativos.
- b) Que haya manifestaciones incipientes de desarrollo de la enfermedad: micro hematuria, elevación leve de la urea, descenso del hematocrito.
- c) Que las manifestaciones sean categóricas, con insuficiencia renal, anemia hemolítica, plaquetopenia lo que sin duda lleva a la internación del niño.

En las dos primeras situaciones (especialmente opción b) evaluar al niño diariamente, con instrucción a los padres de las pautas de alarma. Es recomendable repetir la orina diariamente, el hematocrito y la función renal a las 24 y 72 de la primer determinación. Si el niño presenta manifestaciones de alteración renal o hematológica, por leves que sean, debe internarse.

Confirmado el diagnóstico de SUH:

Evaluar la posibilidad de encontrarnos frente a una emergencia, por lo que debemos controlar:

- a) Nivel del hematocrito.
- b) Valores de urea, creatinina, ionograma (especial cuidado del potasio).
- c) Rx de tórax, para evaluar sobrecarga cardíaca.

Ya internado y hasta conocer la diuresis: restringir a 1 ml/kg/hora el aporte de líquidos. No debe aportarse potasio. Restringir el aporte proteico, según niveles de la uremia.

En caso de hiperkalemia:

• Si es superior a 7 mEq/L, es una emergencia: dar gluconato de Ca: 2 mEq/kg + bicarbonato de Na: 2 mEq/kg, pudiendo agregarse insulina. Se puede completar con salbutamol.

• Concomitantemente: resinas de intercambio catiónico: Rycalcio o Kayexalate, a 1gr/kg por enema a retener, mientras se deriva a un Centro en el que se pueda efectuar diálisis peritoneal.

Hiponatremia: no debe corregirse con soluciones de cloruro de Na hipertónico, por el peligro de provoca mielinolisis. La medida más adecuada es la diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Anemia: con hematocrito del 20 %, administrar 10 ml de GR desplasmatisados. El valor de 20 % es relativo: si el niño muestra signos de que hemoliza rápidamente, debe transfundirse cuando la caída del hematocrito sea muy brusca (Ejemplo: de 30% a 23%).

Indicaciones de diálisis:

Hiperkalemia, hiponatremia, acidosis metabólica severa, edema de pulmón, hipertensión arterial (HTA), compromiso neurológico.

La evolución es muy variable, los períodos de oligoanuria son impredecibles, se continuará con diálisis hasta su resolución. Lo habitual es que la oligoanuria se prolongue entre 7 y 14 días, pero puede pasar las 3 semanas o, en pocos casos, no recuperan la función y deben pasar a procedimientos de diálisis crónica.

Solicitar complemento (C3, C4) para descartar la posibilidad de SUH atípico. Esto solo no lo descarta, pero es lo único a nuestro alcance y puede ser orientativo.

Al alta: completa evaluación con ecografía renal y controles al mes, 3, 6, 9 meses y al año (con hemograma, estudio de función renal, proteinuria y micro albuminuria en orina de 24 hs, serología para hepatitis y VIH en el primer control)

De acuerdo a la duración del período agudo y los valores con que se maneje el niño se indicará dieta controlada en proteínas. Si mantiene valores anormales de proteinuria se agregará Enalapril para disminuir la presión intraglomerular y evitar el daño renal.

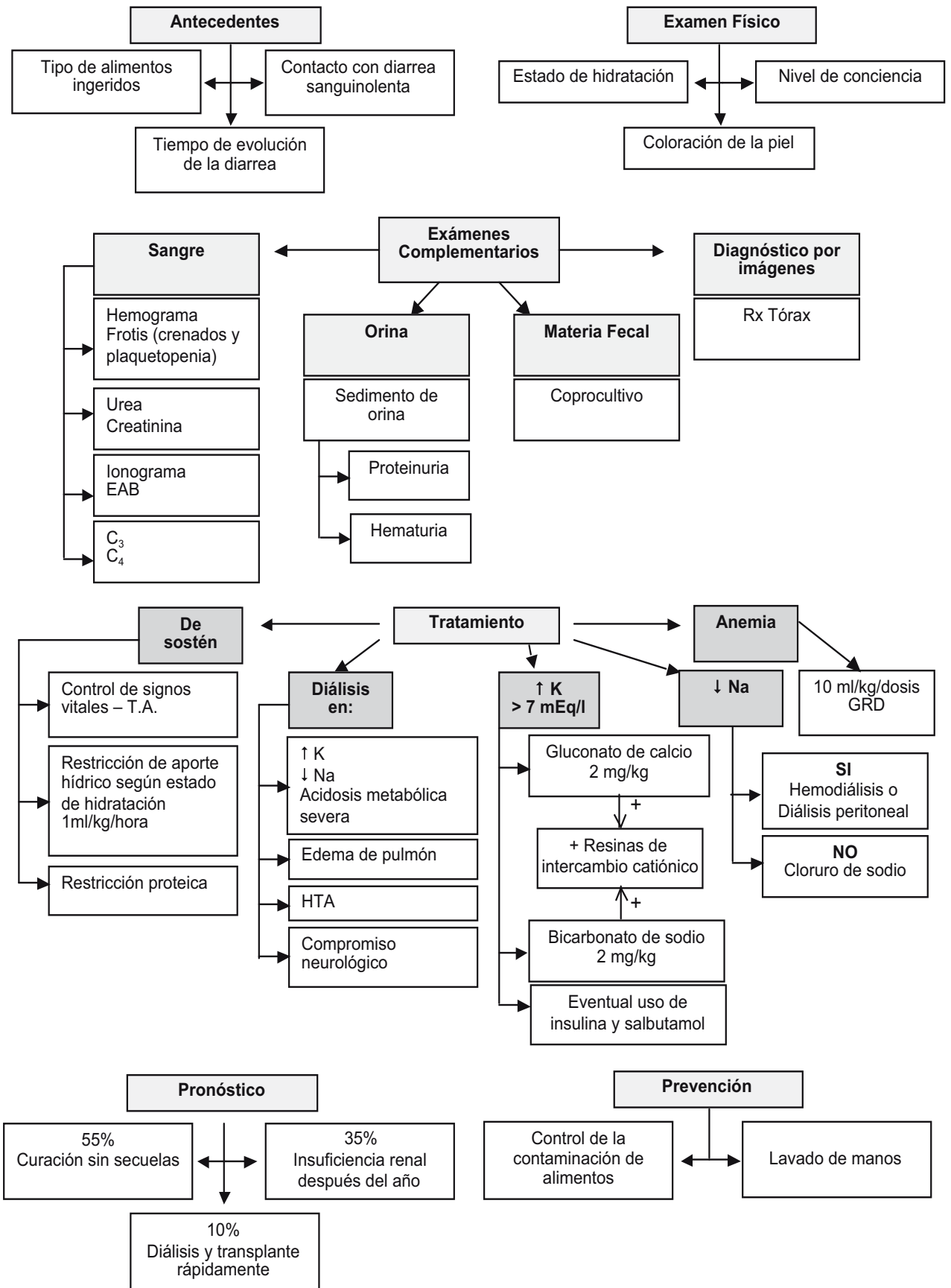
Aproximadamente el 55% curan sin secuelas, el 35% presenta proteinuria, caída de la función renal, HTA evolucionando un porcentaje de ellos a los largo de los años hacia la insuficiencia renal y un 10% requiere procedimientos de diálisis y trasplante rápidamente.

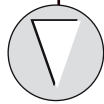
El trasplante renal es exitoso y no se producen recidivas de la enfermedad original.

¿Qué medidas a tomar ante la altísima tasa de incidencia de esta enfermedad?:

Controlar la contaminación de los alimentos, en especial la carne picada (corresponde a las autoridades implementar un programa de educación sanitaria). Las perspectivas futuras: vacunas (varias en desarrollo), medicamentos que impidan la unión del receptor GB3 a la toxina y acciones sobre el ganado vacuno (vacunas y probióticos están en estudio)

Ante la sospecha de S.U.H.





ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. JOSÉ MARÍA CERIANI CERNADAS

El Dr. José María Ceriani Cernadas médico por la Universidad del Salvador hace 48 años, definió ya en los últimos años de su carrera de grado su vocación por la pediátrica.

Abrazó con la Especialización en Neonatología el interés que lo llevó a desarrollar su práctica e investigar originariamente en ese campo que abonó con artículos científicos nacionales e internacionales. Escribió con sus colaboradores, tres libros considerando las bases teóricas y las prácticas neonatológicas. El último, apareció en 2009, fue "Los bebés prematuros".

Ceriani Cernadas se hizo acreedor de tres importantes Becas y fue dos veces Primer Premio en su tema favorito, la Investigación en Neonatología y Perinatología.

Continúa hoy su fecundo trabajo en la SAP siendo Director del Consejo de Publicaciones desde 2006 y desde el mismo año Editor Jefe de *Archivos Argentinos de Pediatría*. En 2013 fue entusiasta precursor y Presidente del "Primer Encuentro Nacional de Humanismo en Medicina".

Es actual Secretario del Comité de Seguridad del Paciente y activo integrante del Instituto Universitario, Escuela de Medicina, en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Desde 1999 es allí Miembro del Consejo Académico y Profesor Asociado en Pediatría desde 2003.

Es Director del Departamento de Posgrado desde 2005 y Director desde 2009 y 2011 los Cursos Virtuales Universitarios "Aspectos básicos de Fisiología Perinatal" y "Fisiopatología de trastornos neonatales frecuentes".

Hizo su Residencia en Clínica Pediátrica en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en Buenos Aires (1967-70) donde fue elegido Jefe de Residentes, cargo al que renunció para continuar en la Maternidad Sardá.

Fue Médico de planta de la División Neonatología en el Hospital Ramón Sardá, en Buenos Aires, desde 1970 al 77.

Fue también Jefe de la División de Neonatología en el Hospital Italiano de Buenos Aires, entre 1977 y 2006 y Jefe del Departamento de Pediatría, entre 1995 y 2006.

El Dr. José María Ceriani Cernadas ejerció varios cargos anteriores en actividades académicas. En la SAP ha sido Integrante del Jurado para la Certificación en Neonatología. Secretario General entre 1981 y 84. Secretario de Publicaciones entre 1984 y 1990. Vicepresidente entre 1990 y 93 y Presidente desde 1993 a 1996. Miembro de la Subcomisión de Ética de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1984-1996 y asimismo, Presidente de la Subcomisión de Investigación Pediátrica de la SAP, 1996-2006.



En el Hospital Italiano, fue Miembro del Comité de Ética en el Departamento de Pediatría, 1985-1995 y posteriormente Director hasta 2006. Fue Miembro fundador de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario.

Ha sido distinguido como Jefe Honorario y Presidente de Honor en más de una docena de oportunidades en prestigiosos Congresos organizados por la Sociedad Argentina de Pediatría que lo nombró Miembro Honorario Nacional en 1997.

El Dr. Ceriani Cernadas fue Miembro titular de la *American Academy of Pediatrics* durante más de 25 años desde 1972. Miembro titular de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica, 1974 y Miembro fundador y titular de la Sociedad Latinoamericana de Perinatología en 1981.

Siendo muy joven eligió entre los deportes el fútbol y, sonríe al recordar con añoranza que jugó fútbol desde chico en las calles de Palermo, cuando Buenos Aires era otra ciudad. Luego el tenis fue también su elección. Amante de la música. Es una necesidad, comenta, "me acompaña siempre, trabajo, estudio, escribo y descanso con música... en especial la clásica que es la que más me gusta. Aunque también fui contemporáneo de los Beatles y asimismo, me encanta el tango... tal vez *Cuesta Abajo* y *Sueños de Juventud* sean algunos de mis preferidos, pero en general, me gusta todo lo que canta Gardel y otros grandes."

Revista Noticias Metropolitanas: *¿Como acompañó la familia tu deslumbrante trayectoria?*

Dr. Ceriani Cernadas: La familia bien. Mirando hacia atrás tal vez dediqué muchas horas a la Medicina sin dejar a mis hijos de lado pero sí en mi primer matrimonio, el cual luego se resintió. Tuve 3 hijos, mis 3 hijos mayores. La mayor de todas es psicóloga, María Victoria que ya tiene cuarentipico; el segundo, Cesar, es Antropólogo y está un poco por encima de los 40; Clarita, la tercera, es Médica Pediatra, hizo la residencia en el italiano, sigue mis pasos y es una excelente médica

En mi segundo matrimonio, mi mujer Diana, es Médica Pediatra dedicada al Seguimiento de Prematuros de muy bajo peso, mi hija Luz que acaba de cumplir 24 es Psicopedagoga y, Pedrito como le decimos, está terminando este año el secundario.

Creo que todos me han "bancado" bastante. Porque si uno quiere hacerla bien, la Medicina no es fácil, requiere mucha dedicación.

Mis 3 hijos mayores están casados, cada uno tiene dos hijos. Así que tengo 6 nietos: Ramón el mayor y Marcos el segundo,

son de mi hija María Victoria y Ramón Puga; Manuel el tercero y Dante, son de mi hijo Cesar y Luján Somoza, su esposa y de mi hija Clarita y mi yerno Félix son Francisco, que tiene 4 años y Paz que cumple 2 años mañana.

Aun con mis ocupaciones nunca descuidé a mis hijos, todos tuvieron mis cuentos nocturnos, a todos los llevaba a los lugares de juego, al zoológico, etc, pero creo que de lo que no se olvidan es que les conté cuentos todas las noches durante toda su infancia.

R.N.M: ¿Cómo fue que encontraste tu mejor espacio profesional?

Dr. C.C.: Muchas veces el azar te lleva a ciertos lugares y luego uno empieza a desarrollar el potencial que hasta entonces podía no estar manifestado. En mi vida profesional, en varias oportunidades intervino el azar, como un factor muy importante.

Hice la Residencia en el Hospital Gutiérrez Y luego en la Maternidad Sardá donde hice mi primera formación (y la que me marcó para el resto de mi vida, que fue la Neonatología). Hubo dos factores de azar que hicieron que siguiese mi carrera en la Sardá. En el Gutiérrez, los residentes cuando se sorteaban las rotaciones debíamos sacar un papelito y antes de comenzar el segundo año (1968), en el sorteo me tocó el que decía Maternidad Sardá, un lugar que ni sabía que existía. Un par de años más tarde otra vez intervino el azar con el Dr. Alfredo Largaña, al ofrecerme antes de finalizar mi pasantía si quería quedarme como Médico de Planta en la Sardá.

La SAP fue otro de los lugares donde sigo estando y he podido desarrollar muchísimas cosas durante años. También en cierta medida estuvo el azar. A fines del 76 y principios del 77, cambiaba la comisión Directiva. Las listas se iban haciendo meses antes. El Dr. Noccetti Fasolino era el Presidente y le preguntó al Dr. Alfredo Largaña, ya jubilado como Jefe de la Maternidad Sardá, si le gustaría incluir a alguien que viniera de la Neonatología que era una disciplina muy incipiente; usando una metáfora "estaba en pañales". Y Largaña le recomendó que hablara conmigo y, me acuerdo mi primera charla con Noccetti (excelente persona también), donde me ofreció ingresar a la Comisión Directiva en 1977. Justo ese año dejé la Sardá y fui como Jefe de Neonatología al Hospital Italiano. Era muy joven, tenía 36 años y uno emprende cosas con ese ímpetu que tiene la juventud.

Mi carrera médica se desarrolló en el Hospital Italiano, y sigue aún hoy, aunque ya jubilado de los cargos de Jefatura.

O sea que fundamentalmente en el Hospital Gutiérrez, Maternidad Sardá, Hospital Italiano y la Sociedad Argentina de Pediatría encontré muchas cosas realmente agradables que me fueron formando.

En todos ellos, el ambiente de trabajo, los compañeros y las posibilidades de progresar, estaban presentes. En mi Presidencia de la SAP, se pudo construir el Centro Gianantonio, mérito de toda la Comisión Directiva que me acompañó, y que dio la posibilidad de dar un gran salto cualitativo a la Sociedad. Construir departamentos para médicos pediatras del interior y todo lo que significa el Centro, es realmente algo sumamente trascendente. La SAP es un ámbito en que se trabaja con entusiasmo, con motivación.

Siempre me gustó crear, generar cosas... Seguramente eso también lo heredé de mis maestros, el Dr. Gianantonio, que fue mi Jefe en el Italiano durante 18 años (los años en que más aprendí y no solo de Medicina) y que ya había sido Jefe

de docencia e investigación cuando hice la Residencia en el Gutiérrez y también, como te decía, del Dr. Alfredo Largaña.

R.N.M: Tu trabajo como editorialista y como propulsor, está extremadamente ligada a Archivos, ¿verdad? De tu mano Archivos ha conseguido escalar en calidad científica.

Dr. C.C.: Es muy interesante tu pregunta. Cuando asumí la Presidencia Gianantonio en el año 84, me ofreció que me encargara de la Secretaría de Publicaciones y Biblioteca. Le dije que con todo gusto. Había estado antes en Archivos, formando parte de un Comité Editorial en la época del Congreso Mundial de Pediatría unos diez años antes. Era para mí un gran halago que Gianantonio me dijera justamente: "Ceriani, tenemos que mejorar la Revista". La Revista estaba muy abajo, no eran buenos momentos, tampoco en el país; se salía de una dictadura militar...

Entonces pensé que con Gianantonio al lado, una persona que alcanzó una sabiduría enorme, cualquier cosa era mejorable. Estuve tres años y el mismo Gianantonio antes de terminar me ofreció si quería cambiar y estar como Vicepresidente y le dije que prefería seguir. Estuve seis años en Publicaciones. Esos seis años me permitieron también generar varios cambios, mejorar la revista. Para lograr eso tuve una ayudante excepcional, Gerda Rhades. que era la Bibliotecaria; ella fue mi mano derecha e izquierda y la revista en esos años mejoró.

En el año 90 paso a vicepresidente en la gestión de Marilú Ageitos y luego a la presidencia.

En esta segunda vuelta, como vos dices, que ocurrió en el 2006 cuando ya me estaba jubilando como Jefe del Departamento de Pediatría del Italiano, enfocamos las mejoras de Archivos en otros aspectos.

La Revista tenía que dar un salto que permitiera su expansión externa. En la Argentina era indudablemente la revista N°1 de Pediatría, ya que los Editores anteriores hicieron muy buenas gestiones. Pero aún en el resto del mundo era prácticamente ignorada porque obviamente el mundo científico está dominado por el idioma inglés y también por si la revista está indexada o no, en los sitios de indexaciones más respetados. El principal es el Medline que está bajo la dirección de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

Comencé este segundo período en marzo del 2006. Formé un grupo de Directores Asistentes y con la Dra. Hebe González Pena como Directora Asociada, reemplazada un año más tarde por la Dra. Rossato ya que Hebe debía asumir la Jefatura de Neumología en el Garrahan. A fines de 2007 (todavía no hacía 2 años que estábamos) hicimos la presentación al Medline. Debimos mandar todas las revistas de los últimos meses que se enviaron por Correo y nos dijeron que la revisión se iba a realizar en los meses entre mayo y junio y que para julio iba a estar la respuesta.

Con una puntualidad envidiable, el día 1° de julio de 2008 llegó la carta a la Sociedad Argentina de Pediatría. En ella nos comunicaban que Archivos había sido aceptada para ingresar al Medline. Habíamos entrado sin ninguna enmienda, sin ninguna corrección, nada!!!

Teníamos esperanza, pero sabíamos que era muy difícil, por eso fue una alegría enorme que lo festejamos con gran emoción.. Todo los números del 2008 se indexaron en el Pubmed. Ya llevamos entonces 6 años, y en ese tiempo hemos ido mejorando cada vez más para poder mantenernos, porque es como esa frase "no solo basta llegar sino que hay que mantenerse".

Las Revistas tienen que seguir cumpliendo los estándares que ellos exigen, si uno deja de cumplir cualquiera de esos estándares se pierde la filiación. En el *Medline*, si no se cumple te retiran la indexación, no es algo vitalicio!

Fuimos agregando secciones, siendo estrictamente puntuales, la revista de Diciembre sale el 1° de diciembre, la revista de febrero sale el 1°, y así todas. Ese es un punto que todos los países valoran muchísimo.

Entre otras varias cosas más, en el año 2012, en Agosto, comenzamos con la traducción al inglés de los artículos originales. Luego se agregaron las Editoriales, los comentarios, las comunicaciones breves. La parte central de una revista desde el punto de vista de su conocimiento en el mundo está traducida al inglés en la versión electrónica.

Y ahí, no te puedo explicar, algo más de un año después, el salto se empezó a ver. En este momento, nosotros por ejemplo, tenemos entre un 25 a 30% de trabajos que llegan de España, de Chile, de México, países de habla hispana, aunque también recibimos de Turquía y otros países con diferentes idiomas.

Los manuscritos se pueden enviar en castellano o en inglés y entonces cada vez más se nota esa expansión. El número de trabajos ha aumentado notablemente y creo que *Archivos* ha recibido muchos elogios en los últimos años. Pero no es tarea solo mía ni mucho menos sino de todo el grupo que me acompaña. Yo creo que nada en la vida lo hace uno solo, es necesario crear buenos grupos de trabajo.

R.N.M: ¿Tu estrategia con los grupos?

Dr. C.C.: Alguno de mis escasos méritos fue elegir bien la gente que me rodea; si uno trabaja con gente que realmente se lleva bien y son buenas personas, las cosas indefectiblemente funcionarán mejor. En mis años de jefatura, al elegir a los médicos más jóvenes yo no me preguntaba si sabían algo de Neonatología porque eso se lo podíamos enseñar. Lo que siempre tuve como prioridad era saber si eran buenas personas, porque eso viene "de la cuna", no se enseña.

R.N.M: ¿Y la decisión de "traducir" contenidos de *Archivos*?

Dr. C.C.: Volvíamos con Norma Rossato de la Reunión de Editores de las Revistas Pediátricas del Cono Sur (Argen-

TIPS del Dr. Ceriani Cernadas

- En lo personal, mi gran afecto por Gerda, mi admiración como persona y el enorme agradecimiento por todo lo que significó para mí y para la Sociedad, estarán por siempre presentes.
- *Los pacientes quieren que nosotros seamos aptos, pero, asimismo, quieren que los escuchemos.*
- *Una buena medicina es aquella que la gente necesita.*
- *Gianantonio, nuestro siempre presente maestro, nos decía que todo acto médico, aún el más sencillo, lleva implícito una actitud ética que es absolutamente inseparable del conocimiento científico.*
- *Es necesario que los Pediatras asistenciales asumamos un papel más activo, que contribuya a generar cambios.*
- *Al menos en nuestro medio el honorario de la consulta médica es inaceptablemente baja.*
- *La "era tecnológica" creó múltiples beneficios, pero también generó múltiples efectos indeseables, entre ellos la mercantilización de la Medicina originando la pérdida de sus metas originales y los principios éticos.*
- *Es indudable que uno de los mayores problemas actuales en la Medicina es la alteración sufrida en el acto médico por excelencia que es la relación con el paciente.*
- *Estamos ante la gran oportunidad de implementar medidas diferentes a las usualmente empleadas para la prevención de errores en la atención médica.*
- *Existe actualmente un acceso demasiado fácil a una inmensa información, mucho mayor de la que necesitamos para ser buenos médicos. Esto es uno de los mayores problemas de hoy en la educación médica. Gran parte de esa desproporcionada información es inútil e irrelevante y por lo tanto es posible que más que ayudar confunda, principalmente a los médicos jóvenes.*
- *La confianza es un aspecto básico e imprescindible en toda relación humana.*
- *En Medicina, no todo lo que se puede hacer, debe hacerse.*
- *No conozco un modo mejor de enseñar que con el ejemplo.*

tina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay, y Brasil) que ese año se realizó en Uruguay (cada año se va rotando el país) y entonces pensando, mirando un poco a través del vidrio el paisaje (me gusta mucho Montevideo) de repente me digo ¿porque no empezamos a traducir al inglés? Se lo comenté a Norma que le gustó la idea y así empezó. *Archivos* junto con la Revista Española de Pediatría son las únicas dos revistas de Pediatría en el mundo en idioma castellano indexadas en el *Medline*.

No es nada fácil llegar al *Medline*, en Sudamérica, la revista chilena es una buena revista; sin embargo, todavía no ha podido entrar, y la revista brasilera, editada en inglés y portugués que nos precedió en unos años. Por eso es un mérito muy grande y creo que todos queremos que la Revista trascienda y pase las fronteras de nuestro país, por eso el ingreso al *Medline* lo seguimos festejando como un logro importante, y hacemos muchos esfuerzos para mantenernos.

R.N.M: En la búsqueda profesional veo como que tomás como desafío el tema del error, el tema de la revisión, el tema de someter a la crítica severa los materiales, los procedimientos, la técnica profesional eso es un leit motiv en tu trabajo?

Dr. C.C.: Sí, reconozco que en ese tema he sido uno de los pioneros porque ya hace más de

15 años que empecé a interesarme en el tema del error en medicina. También hubo algo al azar, parecido a lo que te comentaba antes. Me acuerdo perfecto, sería año '98, tenía que ir a dar una conferencia al Colegio Médico de Morón para el Curso Anual de Neonatología. Me habían pedido si podía hablar de iatrogenia en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Me puse a leer una conferencia que había escrito Gianantonio años atrás (ya había fallecido). No son sinónimos error y iatrogenia; los errores pueden no producir daño, la iatrogenia sí.

Pero como los errores muchas veces producen daño, me puse a buscar algunos trabajos y vi que había un movimiento mundial en la Seguridad del Paciente, sobre todo en Estados Unidos, de algo que comenzó muy poco tiempo antes a partir de una publicación en el *New England Journal Medicine* en el año '91.

Recuerdo que en el Congreso de Salta (septiembre del 2000), me habían invitado para que diera una Conferencia. Sugerí que el tema fuera "El error en Medicina". Aceptaron..., pero habrán dicho: ¿esto qué es? ¿de qué va a hablar?

Había dos grandes carpas, en el Campus de la Universidad Católica de Salta. Estaba convencido que iba a estar semivacía; me dije ¿quién va a venir a escuchar esto? La carpa tenía capacidad para 800 a 900 personas. Con gran sorpresa observé que estaba llena y bastante gente parada! Lo que escucharon ahí fue cómo era la situación y cuales eran las reflexiones que uno tenía que hacer con algo que vos dijiste: en Medicina no hay certezas, lo que debe predominar siempre es la incertidumbre. Todos los seres humanos nos equivocamos, porque el error forma parte de la condición humana y eso nos debe llevar a tener una actitud crítica, basada en una virtud que a mi juicio actualmente no es muy frecuente y que se llama humildad. Si uno es humilde reconoce los errores y reconoce que tiene que aprender de ellos.

Si uno lee alguna biografía de Einstein, él tenía una auto-crítica enorme, reconoció errores incluso importantes en su carrera y sin embargo es considerado uno de los científicos mas importantes que tuvo el mundo.

En la Medicina estábamos y todavía estamos muy atrás de esa cultura donde la seguridad de los pacientes tiene que ser una absoluta prioridad. Todo lo que ha hecho la Medicina y sigue haciendo es ocultar los errores, no aprender de ellos, y castigar a quienes los cometen como si fuera solamente el ser humano el culpable, que obviamente no lo es. Son los sistemas deficitarios en general los culpables de que los errores ocurran.

R.N.M.: *Es imperativo mirar y corregir?*

Dr. C.C.: Sí. Cuando se publicó en el año 91 un artículo hecho por la gente de la Universidad de Harvard produjo una conmoción enorme porque dedujeron que 100.000 personas morían por año en Estados Unidos debido a errores médicos.

Ahora en el 2013 haciendo revisiones nuevas y con metodología más fieles se calcula que son cerca de 300.000 personas las que mueren por año. No hay "tsunami", no hay terremoto no hay ninguna tragedia que tenga ese número de muertes. Es decir... esto puede parecer una broma, pero macabra. Es mucho peor internarte en un hospital que tirarte de una montaña en aladelta. La mortalidad más alta que hay en la actividad humana es esa, son los cuidados médicos en los hospitales. Es un tema apasionante.

En 2001 formé el Comité de Seguridad en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano. Una de mis tareas más importantes actuales en el Italiano es seguir siendo el coordinador del Comité de Seguridad del Paciente.

R.N.M.: *Que expectativa importante te queda sin cumplir?*

Dr. C.C.: La más importante y más reciente, llegó el año pasado fue haber creado el Encuentro Nacional de Humanismo en Medicina en la SAP. A medida que uno envejece, mira para atrás, como decía Borges, uno mira más para atrás que para adelante ... y estoy reflexionando este tema desde hace varios años. Incluso he escrito algunas cosas muy críticas de la profesión médica, del rumbo que ha tomado la medicina, diríamos posterior a la 2ª Guerra Mundial en la década del 50, una medicina cada vez mas mercantilizada, más deshumanizada. Creo que con asentar este tema y seguir bregando por una medicina más humana, eso sería como culminar un deseo que para mi es esencial. No creo que por ahora surjan otras cosas ya que este es un punto muy importante y asimismo, muy arduo. Algo hicimos ya en Congreso del Centenario que fue un Congreso totalmente atípico. No se habló prácticamente de enfermedades, se hablaron de lo que había detrás de las

enfermedades, de las cosas que rodeaban alguna enfermedad, de los aspectos sociales, de la ética en nuestra profesión, etc.

En los Encuentros de Humanismo tampoco se mencionó para nada lo que sea referido a una enfermedad sino todos los aspectos que hacen a la atención de los pacientes. Incluso tenemos una sesión en las cuales los mismos pacientes relatan sus experiencias. En esas exposiciones de los pacientes, al 80% del auditorio se les están cayendo las lágrimas porque hay que escuchar a los pacientes cuando han pasado situaciones muy traumáticas y cuando ellos no se han sentido ni consolados ni ayudados por la conducta médica. Ese es un desafío muy grande y creo que es muy bueno que la Sociedad Argentina de Pediatría lo haya hecho y es según nuestro conocimiento, la única Sociedad Científica que realiza un encuentro específico para hablar solamente de Humanismo, y lo hace con las Ciencias Sociales, es decir participan en el grupo organizador y participan en las Conferencias, Filósofos, Antropólogos, Sociólogos. Es la mirada que la Medicina debe tener. Hemos perdido gran parte del humanismo al creer que la Medicina es una Ciencia. Si solo fuera una ciencia biológica, indefectiblemente dejaría de lado el Arte y en el Arte está el Humanismo. Son dos columnas que tienen que ser idénticas... diríamos 50 y 50 %, si tenemos 90% ciencia y 10% humanismo, estamos perdiendo el camino hacia una buena medicina y a cumplir con el ancestral imperativo ético de considerar solo los intereses del paciente.

R.N.M.: *¿Qué pasa con las carreras? ¿A dónde cala este Humanismo, hoy día en las distintas universidades?*

Dr. C.C.: En el último encuentro le dedicamos una sesión a eso. En Argentina hay 32 facultades de Medicina, más de la mitad no tiene ningún programa de Humanismo. El resto que tiene, en la mayoría es ínfimo y que no le dan ninguna trascendencia incluyendo la Universidad de Buenos Aires que tiene una Cátedra de Ética que es prácticamente, no digo inexistente, pero que depende mucho de un pequeño grupo de personas pero no tiene casi ninguna trascendencia. Lo mismo sucede en la Plata que es otra Universidad importante.

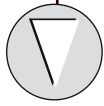
Hay una sola Universidad de las 32 que tiene Humanismo en todos los años de la Carrera. Creo que la pregunta esa es muy buena, porque, cultivar el humanismo tiene que comenzar en la Universidad. Los jóvenes con el idealismo que traen, son mucho más fértiles como para tomar ese Humanismo. Si ellos lo toman como un estandarte, es muy probable que eso persista de por vida en todo su ejercicio profesional

R.N.M.: *Un hobby?*

Dr. C.C.: Leo mucho, siempre me gustó leer, tengo mis autores favoritos, probablemente Borges a la cabeza. Ah! en los últimos años en una casa que tenemos en Pilar, me gusta cuidar el jardín, las flores. Asimismo, la música, como ya señalé.

Leo el castellano para las lecturas que no sean médicas; me cuesta leer el inglés, es un esfuerzo, uno se pierde, tengo que estar consultando. En la parte médica no, porque el inglés médico es interesante, podríamos hablar un rato largo, el inglés médico tiene muchos términos del latín porque el Imperio Romano estuvo 600 años en Inglaterra. Y entonces por eso se nos hace más fácil a los del idioma castellano. El cine también me encanta y suelo concurrir con frecuencia.

Esas son las cosas mas importantes, son casi todos hobbies que pueden ser viejos, ahora hay muchos hobbies tecnológicos pero no tengo ninguno. Tal vez por suerte.



DESARROLLO INFANTIL II

El desarrollo de la inteligencia

Dra. Mariana Rodríguez Ponte
Médica Pediatra

I

En este tratamiento que realizamos, con el objeto de comprender un poco más el desarrollo infantil en sus variados aspectos, es importante refrescar algunas de las ideas de **Jean Piaget** (1896-1980), psicólogo experimental, filósofo y biólogo suizo quien comienza por plantearse una pregunta de neto corte filosófico:

¿Qué es el conocimiento?

Este interrogante es transformado por Piaget en cuestionamientos científicamente verificables:

¿Cómo se pasa de un estado de menor conocimiento a un estado de mayor conocimiento?

¿Cómo se puede alcanzar lo nuevo?

Este es el punto de partida que lo conduce a la creación de la epistemología genética, a partir de la cual llega a determinar que hay algo que se llama inteligencia y ese algo evoluciona a través de la capacidad de adaptación a situaciones nuevas. Dice Piaget:

“El desarrollo psíquico que se inicia con el nacimiento y finaliza en la edad adulta es comparable al crecimiento orgánico: al igual que este último, consiste esencialmente en una marcha hacia el equilibrio.”¹

Para el investigador, la inteligencia es sobre todo un instrumento adaptativo y sobre su papel dice: *“Es un equilibrio estructural de la conducta, más flexible y a la vez durable que ningún otro; la inteligencia es un sistema de operaciones vivientes y actuantes. Es la adaptación mental más avanzada, es decir, el instrumento indispensable de los intercambios entre el sujeto y el universo, cuando sus circuitos sobrepasan los contactos inmediatos y momentáneos para alcanzar las relaciones extensas y estables.”²*

En cada edad del niño existe un esquema interno de observación que le permite comprender el mundo. Esto lo construye fundamentalmente a partir de la acción, de manera que los objetos, por ejemplo, se clasifican como los que pueden chuparse y los que no; los que pueden agarrarse y los que no...

A través de esta interacción con los objetos el niño va construyendo su pensamiento, de acuerdo a la respuesta que esa interacción produce (Teoría constructivista).

Los trabajos del científico demuestran que para el desarrollo de la inteligencia los grandes conceptos son: maduración, experiencia, transmisión social y equilibrio. Siendo la inteligencia para Piaget fundamentalmente un proceso de adaptación biológica, un equilibrio entre el niño y su medio ambiente con una actividad mental en evolución gradual.

En este marco, divide los períodos de la inteligencia

en cuatro, si bien el acceso a dichos períodos tiene un orden y se establecen edades aproximadas en que se pasa de uno a otro estadio; en realidad las variaciones individuales pueden ser grandes en distintas culturas y dentro de una misma cultura en diferentes estratos socioeconómicos.

Ahora bien, cada estadio se construye sobre el anterior o sea que la construcción de un nuevo concepto se funda en conceptos previos. De este modo los estadios son niveles de organización estructural del esquema interno del niño, de su modo de conocer el mundo.

A su vez los estadios tienen ciertas propiedades comunes como la sucesión de las nociones, que es constante y universal, aunque como ya dijimos puede haber variaciones en cuanto a la edad cronológica que se adquieren. Otra propiedad es la integración, por medio de la cual los elementos de un estadio integran el siguiente.

Y por último el estadio es una estructura de conjunto, por medio de la cual se integran los esquemas operatorios previos que están aparentemente separados entre sí.

El desarrollo mental de un niño es, por lo tanto para Piaget, una sucesión de construcciones, cada una de las cuales prolonga la precedente, reconstruyéndola en un nuevo plano, para sobrepasarla luego.

Los estadios para Piaget son:

Período **sensorio motor**, desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente.

Estadio **preoperatorio**, semiótico o simbólico: de los 2 a los 6 años

Período **de las operaciones concretas** que coincide con la asistencia a la escuela primaria, 6 a 12 o 13 años.

Período **de las operaciones formales**: donde aparece la capacidad de abstracción, que coincide con la adolescencia y se continúa en la adultez.

Período sensorio-motor

Este período abarca desde el *nacimiento hasta la adquisición del lenguaje*. Está caracterizado por un desarrollo mental muy marcado que comienza con el ejercicio de los reflejos, por ejemplo el de succión, que luego se transforma en hábito.

A continuación, el bebé puede reproducir resultados interesantes descubiertos al principio por casualidad, para luego desarrollar la intencionalidad. Ante

la reiteración de comportamientos realiza algunas modificaciones que le permiten alcanzar un mejor conocimiento del objeto explorado.

El lactante tiene un vínculo fundamentalmente experimental con el mundo exterior y sus juegos son de acción directa sin posibilidad de simbolización.

Dice Piaget: " ... existe una inteligencia antes del lenguaje. En esencia práctica, es decir, tendiente a consecuciones y no a enunciar verdades, esa inteligencia no deja de resolver finalmente un conjunto de problemas de acción (alcanzar objetos alejados o escondidos, etc.), construyendo un complejo sistema de esquemas de asimilación, ni de organizar lo real según un conjunto de estructuras espacio-temporales y causales."³

Este entramado a causa de falta de lenguaje y de representación simbólica se apoya exclusivamente en percepciones, esto hace que le resulte más difícil sostener el recuerdo de su madre, a la que todavía no puede nombrar, cuando ésta se ausenta por largos períodos de tiempo.

Período preoperatorio

Hasta aquí para el lactante, la única forma de resolver un problema era mediante pruebas de ensayo y error; pero cuando aparece la imagen mental, el niño puede imaginar la acción que va a efectuar y darse cuenta de si resultará eficaz o no.

Imitando a los adultos aprende la lengua materna y con el lenguaje da un gran paso que le permite relatar hablando del pasado y proponer acciones para el futuro.

Aparece en esta etapa el *juego simbólico* por medio del cual elabora situaciones traumáticas o compensa necesidades. El primer juego simbólico es el de "presencia/ausencia", con el que intenta manejar lo que le resulta difícil de soportar, que es la ausencia materna.

Por ejemplo, si un perro grande lo asustó, en el juego se mostrará como un niño muy valiente que no le teme a los perros o si una niña es retada por los padres retará más tarde a sus muñecas.

El pequeño está obligado a adaptarse a un mundo que no conoce, con reglas que no comparte y el juego lo ayuda a elaborar su sufrimiento.

Así un niño internado y sometido a múltiples extracciones de sangre, jugará a pinchar a sus juguetes. Todavía no es capaz de tener una visión de conjunto de la realidad y por eso si ve un árbol grande y otros dos más pequeños no los compara sino dice: "hay un árbol grande y otro chico y otro chico".

Su pensamiento posee algunas características curiosas como el "animismo" por medio del cual el niño le atribuye a las cosas sentimientos o vida propia y, así, si choca contra una puerta dirá: "puerta mala, lastimó al nene".

La causalidad, en esta etapa, es denominada "mágico-fenomenica" porque el niño creerá, por ejemplo,

que la luna lo sigue o, más todavía, que él consigue que la luna lo persiga. Tampoco es capaz de diferenciar tiempo y espacio y así al preguntarle "¿Quién es más vieja; mamá o la tía Marcela?" podrá inferir que la tía Marcela porque es más alta.

Su conducta durante este estadio es muy egocéntrica, porque asimila todas sus experiencias del mundo al modelo de su mundo interior. Ese egocentrismo tiende a bajar por medio de la socialización, que es en esencia comunicación con otro.

Cuando nos detenemos a observar niños de esta edad que juegan, veremos que cada uno está concentrado en su juego, ejercitando su propio monólogo, con poca predisposición al diálogo e incapaz de comprender al otro niño: este es el llamado "juego en paralelo".

Período de las operaciones concretas

Para resolver problemas comienza a desarrollar *conceptos lógicos* que va integrando, pero necesita la presencia de objetos concretos, ya que podríamos decir que piensa con los ojos y las manos.

Un clásico experimento realizado por la escuela de Piaget consiste en amasar dos bolitas de barro o de plastilina iguales y luego una de ellas convertirla en algo alargado como una salchicha.

Si a un niño de 6 años se le pregunta "¿Cuál es más grande?" contestará "la alargada" y recién a los 7 años adquirirá vivencias sobre la ley de conservación de la materia.

Si preguntamos si tiene el mismo peso, a los 9 o 10 años sabrá que es así por la ley de conservación del peso y para los 11 o 12 años sabrá que tienen el mismo volumen por la ley de conservación del volumen.

La característica principal del pensamiento en este estadio es la reversibilidad definida por el autor de la siguiente manera: "Llamamos reversibilidad la capacidad de ejecutar una misma acción en los dos sentidos de recorrido, pero teniendo conciencia de que se trata de la misma acción".⁴

Por ejemplo: puede ordenar una serie de palitos de menor a mayor ya que cada palito es mayor que el anterior y menor que el siguiente. La reversibilidad a nivel social se manifiesta como cooperación y puede ponerse en el lugar del otro a diferencia del período anterior.

Período de las operaciones formales

Aparecen los conceptos de proporciones, conjuntos y combinaciones. En este período es posible la *abstracción* y las operaciones pueden hacerse sin requerir la manipulación de los objetos. Los objetos son substituidos por proposiciones dando lugar a la reflexión, la elaboración de hipótesis y teorías.

La inteligencia formal señala el despegar del pensamiento que puede alcanzar alto vuelo filosófico, el adolescente es también muy propenso a elaborar complicadas teorías que no tienen relación con su mundo

cotidiano, puede volcarse a la poesía y tener una estética particular. Si bien puede hacer una distinción sistemática y organizada entre lo real y lo posible, esto se va dando en etapas porque inicialmente existe un egocentrismo adolescente que pretende que el mundo se someta a los sistemas y no los sistemas a la realidad. Paulatinamente irá reconciliando el pensamiento formal y la realidad. El equilibrio se alcanza cuando por medio de la reflexión en lugar de contradecir se propone interpretar sus experiencias.

En la educación las teorías de Piaget cambiaron la idea del niño imaginada como una cabeza vacía que debía ser llenada de conocimientos y se pudo entender que el conocimiento se construye por la acción, el intercambio con el mundo y su accionar sobre él.

Su consigna era: "conocer desde la acción".

II

EL DESARROLLO COMO PROCESO MADURATIVO

Otras interesantes ideas sobre el desarrollo infantil estuvieron a cargo de **Arnold Gesell** (1880-1961) psicólogo y pediatra norteamericano quien observa que las conductas y comportamientos de los niños son indicativos de su grado de desarrollo.

Estas conductas se presentan a una cierta edad promedio, si bien con variaciones individuales.

Al respecto Gesell establece que: "No podemos medir el desarrollo con toda precisión porque no existe la edad absoluta de desarrollo, no es posible medirlo en calorías, o en ohms, pero podemos expresar grados y niveles de desarrollo en términos de seriación, de madurez."⁵

Si bien para este autor es un proceso continuo, a fin de evaluarlo se pueden establecer conductas típicas para cada edad y, además, establecer hitos.

Existen diversas pruebas y se han confeccionado tablas por medio de las cuales los pediatras monitorean la evolución madurativa de los niños y siguen sus desviaciones, que aparecen, por ejemplo, como detenciones ante una enfermedad.

Las conductas que aparecen después son más complejas que las anteriores en una secuencia progresiva, expresando un nivel mayor de maduración.

Gesell divide a las conductas que observa en cuatro áreas: *motriz, adaptativa que incluye la motricidad fina, del lenguaje y personal-social.*

En el primer año de vida en que el desarrollo es tan acelerado y tanto es lo que podemos observar en el lactante pequeño, las conductas se agrupan por trimestres.

Primer trimestre

Constituye la transición entre los reflejos arcaicos que lo rigen hasta la adquisición de los movimientos voluntarios, cuando la corteza cerebral comienza a tomar el control. El sistema nervioso establece conexiones sinápticas, y la actividad eléctrica neuronal desencadena la

liberación de neurotransmisores que se unen a receptores específicos de la neurona, induciendo potenciales que llegan a la corteza cerebral, donde se procesa la información recibida.

La estimulación que recibe el bebé es la que consigue que la profusión de conexiones cerebrales permanezca estable, por medio de la experiencia adquirida. La influencia ambiental es también determinante por medio de una adecuada nutrición. La maduración tiene una dirección céfalo caudal, son necesarios tres meses para mielinizar el nivel cervical de la médula y alcanzar de esta manera el control muscular que permite el sostén cefálico.

Característico de esta etapa es el reflejo de succión-deglución y el reflejo tónico cervical asimétrico, también llamado "postura de esgrimista" que le permite al bebé ver su mano.

El tono muscular es flexor y de una postura fetal, acurrucado, irá progresivamente relajando su musculatura. Al mes se instala la fijación ocular y hacia el 2° o 3° mes percibe el color.

Su lenguaje inicial es el "ajó..." primeros indicios de comunicación.

Segundo trimestre

Los miembros pierden rigidez y puede mantenerlos en la línea media, entrecruzarlos y contactar mano con mano y pie con pie.

En decúbito ventral los miembros superiores sirven de sostén para que se eleve, en lo que se llama "balconeo".

Sonríe espontáneamente, ríe fuerte y se entusiasma.

Con la vista sigue objetos a 180° y descubre sus rodillas y pies.

Puede girar, rotar la cabeza y el tronco y cambiar de decúbito, que se denomina "rolar".

Juega con sus manos y coordina ambas manos con la vista, con su prensión voluntaria puede pasar objetos de una mano a otra.

Tercer trimestre

Es inquieto y curioso. Posee una gran laxitud que le permite, característicamente, chuparse los pies. Al sentarlo colabora y cuando se sienta lo hace sin apoyo en forma de "trípode".

En decúbito ventral despega el tórax del plano de apoyo y luego gatea. De pie extiende las piernas y hacia el 8° o 9° mes se para con apoyo. Realiza un barrido con su mano que le permite alcanzar los objetos.

Emite sonidos vocales en forma de parloteo espontáneo.

Cuarto trimestre

Pasa fácil del decúbito dorsal al sentado, se desplaza, gira del dorsal al ventral, utiliza los muebles para pararse. Con la mano realiza la oposición del pulgar, que le permite agarrar objetos más pequeños con precisión.

Comienza a decir las primeras palabras con sentido: "mamá", "upa".

Responde a su nombre y al "dame", hace gracias como aplaudir, tirar besos, saludar con la mano. Camina con apoyo y luego solo.

Lo anterior corresponde al primer año de vida. Veamos al pie, otro cuadro que refleja las pautas de comportamiento del primero al quinto año de vida, modificado de Nelson sobre datos de Gesell y otros.⁶

Resumiendo

Los ejes rectores del desarrollo infantil son entonces: la herencia genética, la maduración neurológica, la

estructuración de su aparato psíquico, las que junto a la relación con su madre y su familia y la interacción con el medio ambiente van a dar lugar a un niño sano.

Referencias bibliográficas

1. Piaget J. Seis estudios de psicología, Barral Editores, Barcelona, 1970.
2. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño; Ed. Morata, Madrid, 7° edición, 1977.
3. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño; Ed. Morata, Madrid, 7° edición, 1977.
4. Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Paidós Psicología profunda, Barcelona. Laia, 1979.
5. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño; Ed. Morata, Madrid, 7° edición, 1977.
6. Gesell A, Amartruda C. (1952): Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño, 2° ed., Buenos Aires, Paidós.
7. Nelson W. 15° ed. McGraw-hill, Interamericana, 1997.

	Comportamiento motor	Coordinación	Uso del lenguaje	Aspectos sociales
12 meses	Camina tomado de una mano.	Usa el índice y pulgar como pinza.	Emite las primeras palabras: mamá, upa, etc.	Reconoce objetos cotidianos, entrega un objeto ante orden verbal.
15 meses	Camina solo, sube escaleras reptando.	Hace torres de 2 cubos, dibuja líneas con el lápiz, introduce una pelotita en un frasco.	Pronuncia 10 palabras de promedio, identifica partes del cuerpo.	Prefiere comer solo, Realiza juego simbólico: habla por teléfono, peina a la muñeca.
24 meses	Corre, abre puertas, se sube a los muebles.	Arma torre de 7 cubos, dibuja garabatos circulares, pateo la pelota.	Pronuncia frases de 2 palabras.	Maneja bien la cuchara, refiere las experiencias inmediatas, ayuda cuando se lo desnuda, escucha relatos con imágenes.
2 ½ años	Sube las escaleras alternando los pies, salta.	Traza líneas horizontales y verticales, imita el trazo circular.	Utiliza "yo", "mío" y "tuyo", hace garabatos con intención.	Ayuda a recoger objetos, juegos de fingimiento, control diurno de esfínteres.
3 años	Corre bien, anda en triciclo.	Arma torres de 8 cubos, copia círculos, imita cruces, arma rompecabezas simples.	Cuenta hasta 3 objetos, repite números. Usa frases de 6 palabras, conoce su sexo. Pregunta "¿por qué?"	Juega en paralelo con otros niños, ayuda a vestirse, se lava las manos.
4 años	Salta en largo, trepa bien, arroja el balón sobre su cabeza, usa tijeras para recortar imágenes.	Copia la cruz; dibuja la figura de un hombre con dos a cuatro partes además de la cabeza. Indica la mayor de dos líneas.	Domina oraciones simples, cuenta historias, recita versos, canta.	Juega con varios niños iniciando la interacción social y el desempeño de papeles. Va solo al baño.
5 años	Al correr y jugar es capaz de evadir a otro niño	Indica el más pesado de dos objetos, dibuja personas completas (6 partes), junta dibujos semejantes (aparea figuras).	Aumenta el vocabulario, inicio de la sintaxis compleja, acceso al lenguaje escrito; escribe su nombre.	Se viste y desnuda solo, pregunta el significado de las palabras, juega con consignas.



TERCERIZACIÓN DE LA CRIANZA

Lo que se pierden l@s pediatras

Dr. Saúl Gleich
Médico Pediatra

Definición

- El término **tercerización** no figura en el diccionario.
- Es un concepto economicista para reducir costos en distintas operaciones.
- Contratación de un proveedor externo para realizar actividades que se realizaban o podrían realizarse en la empresa (en este caso los padres) y así poder enfocarse en sus actividades centrales (la crianza no lo es).
- Concertar una subcontratación para determinados servicios, en este caso la crianza de los hijos en los primeros años de vida.
- Dilema: "Hacer o Comprar".

Vivimos una nueva sociedad que tiene estos cambios:

- Socialización de la tercerización de la crianza.
- Nuevo modelo de familia: los dos padres trabajan.
- Crisis económica.
- Profesionalización de la mujer.
- Desprestigio de la profesión "ama de casa".
- Lo importante es ganar y tener, más que recibir y disfrutar.
- La pregunta que me surge es:
¿Se cumplen los derechos del niño?

"La familia es el elemento básico de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, quienes deben recibir la protección y la asistencia necesarias para poder asumir sus responsabilidades dentro de la comunidad" (Ley 23.849 Constitución Nación Argentina).

Vemos ahora niños a cargo de:

- Guarderías, salitas maternas.
- Abuelos.
- Hermanos mayores en el caso de las familias más pobres.
- Personal de servicio de la casa.
- **La familia ampliada: padres, abuelos, guardería, cuidadora!!!**

Los padres los cuidan cuando están cansados de haber estado trabajando fuera del domicilio por más de 8 horas.

Hay falta de lugares apropiados para la extracción de leche materna en los lugares de trabajo. Dificultades para cumplir con la consigna "pecho exclusivo hasta los 6 meses".

Como responde el sector salud con su recurso humano: **acentúa la tercerización.**

- Licencias maternales muy cortas.
- Lactancia exclusiva en las pediatras, difícil de cumplir???
- Se reintegran las madres rápidamente después del parto a sus actividades profesionales.
- Falta de licencias de los padres.
- Guardias de 24 horas.

Es una asignatura pendiente del sistema de salud y de las entidades científicas, discutir este tema, tratando de encontrar una solución reparadora a esta separación forzada de nuestros hijos.

Soy un pediatra que perdió más de 1.000 días del crecimiento y desarrollo de mis hijas haciendo guardias.

Un ejemplo es que solo ví los primeros pasos de una hija. De las otras dos me enteré telefónicamente, por medio de mi esposa, ama de casa orgullosa, estando yo de guardia.

Estoy recuperando los momentos perdidos del crecimiento y desarrollo de mis hijas, con la observación, en mis ocho nietos, de esos momentos irrepetibles.

Esta situación la podemos transferir a cualquier profesión o trabajo que requiera alta dedicación horaria fuera del hogar.

El sentido de este artículo es valorar lo que perdemos en pro de "ganar", "tener" más, o "realizarse".

¿Porque hay países que consideran licencias posparto más prolongadas de las madres e incluyen a los padres en ellas?

Sé que se generarán distintas opiniones en pro y en contra de mi ponencia, pero lo importante es que lo discutamos, nos escuchemos y aportemos la mejor salida para esta situación, que para mí es un problema serio.



EL CONTROL DE ESFÍNTERES

María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA
mpgerardi77@yahoo.com.ar

La caca es la primera creación del niño, el primer producto; este está marcado por la ambivalencia: es el regalo esperado por la madre, el padre y otros familiares que lo festejan y también algo a ser desechado, algo propio que debe expulsarse y que antes se mantenía unido al cuerpo a través del pañal.

Para alcanzar el control, el niño tiene que poder esperar, regular, controlar el esfínter anal y hacerlo en el lugar designado culturalmente para ello.

Esto conlleva la renuncia a placeres (defecar cuándo y dónde quiere) y la incorporación de normas culturales (defecar cuándo y dónde se debe) impuestas por los adultos.

Encopresis

Se denomina así cuando el niño evacúa en forma repetida las heces en lugares inapropiados (ropa, piso) ya sea en forma involuntaria o intencional.

El niño tiene que ser mayor de cuatro años (la edad varía según diversos autores).

No tiene que deberse exclusivamente a un efecto fisiológico de alguna sustancia (por ejemplo laxantes) o enfermedad médica.

Clasificación

La encopresis puede ser primaria o secundaria:

- **Primaria:** Cuando no se adquirió nunca el control esfinteriano. Nunca dejó de hacer caca encima o en lugares inapropiados.
- **Secundaria:** Hubo control de esfínteres pero en algún momento se perdió.

Hay chicos que se hacen encima por rebasamiento después de largos períodos de constipación en los que retienen la caca.

Otros chicos que registran la necesidad de hacer caca y eligen dónde y cuándo hacerlo.

En otros casos pareciera que la caca “se escapa”, que la perdieran indiscriminadamente sin registro de sensaciones.

Las diferencias no siempre son siempre claras. Hay que poder hacer un diagnóstico diferencial entre la encopresis como síntoma neurótico o como trastorno. La encopresis como síntoma neurótico ya operó la represión, se encuentra en el plano de la defensa. Puede tener que ver con el control y la posesión.

En la encopresis como trastorno estamos en momentos previos de la constitución subjetiva. Al hacer caca el niño siente que se va todo él con la caca. El adentro y el afuera no están bien diferenciados. Hay cuestiones en la constitución psíquica del cuerpo que no están bien constituidas.

La familia y los lazos sociales

Los padres suelen alarmarse mucho cuando su hijo se mancha la ropa interior, cuando no llega al baño o cuando se hace caca frente a otros. Es una situación incómoda que puede generar enojo, vergüenza, culpa, angustia, etc.

Para los niños también suele ser muy incómodo; el olor puede generar rechazo en los otros niños.

Muchas veces los chicos no van de campamento o a dormir a casa de amigos por este motivo (la vergüenza, el rechazo, el miedo) lo cual influye en los vínculos sociales.

Los profesionales

Es importante hacer las consultas con los profesionales pertinentes, descartar cualquier patología orgánica e indicar tratamiento psicológico para el niño y orientación a padres.



1) La mayoría de los pacientes con historia de alergia a la penicilina, en realidad no la tienen.

Aunque la alergia a penicilina es la más común de las alergias a drogas, como se informó según los registros médicos de los Estados Unidos, la mayoría de las personas (aproximadamente 95%) con esta historia, en realidad no son alérgicos y toleran el uso futuro de ese antibiótico (ATB). Tener este diagnóstico incorrecto puede afectar negativamente su utilización en la asistencia sanitaria y la calidad de la misma. Estos pacientes a menudo reciben otros ATB: fluoroquinolonas, clindamicina, vancomicina y cefalosporinas de tercera generación, algunos de los cuales han sido asociados con mayores tasas de enfermedades resistentes a ATB.

Los objetivos de este estudio, fueron determinar el número total de días de hospitalización en los pacientes con una alergia a penicilina vs. pacientes sin este diagnóstico, así como determinar los antibióticos específicos utilizados y la prevalencia de tasas de tres infecciones graves resistentes a los antibióticos (*Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina –MRSA– y *Enterococcus* –VRE– resistente a vancomicina).

La cohorte de este estudio consistió en 51.582 pacientes ingresados en los hospitales de la Fundación Kaiser, en California del Sur, con ese diagnóstico, entre 2010 y 2012 (representaron el 11,2 % de todos los ingresos). El autor principal fue Eric Macy, MD, de *Southern California Permanente Medical Group*, Departamento de Alergia, *San Diego Medical Center* y el coautor Richard Contreras, MS. Fue publicado en la edición de marzo de 2014 de la revista *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Duración media del seguimiento fue de $20,1 \pm 10,5$ meses.

En comparación con el grupo control, los pacientes con alergia a penicilina tenían un promedio de 0,59 días más de hospitalización durante el seguimiento (9,9 %, 95 % intervalo de confianza [IC]: 0,47 a 0,71) y recibieron un número significativamente mayor de fluoroquinolonas, clindamicina y vancomicina ($P < 0,0001$ para cada uno). También tenían infecciones más resistentes durante el seguimiento: 23,4 % más *C. difficile* (IC del 95 %, 15,6 % - 31,7 %), un 14,1 % más de MRSA (IC 95 %, 7,1 % - 21,6 %) y el 30,1 % más de VRE (IC del 95 %, 12,5 % - 50,4 %). Dijo el Dr. Macy: “el trabajo previo de nuestro grupo ha demostrado que menos del 5 %

de los individuos que llevan una historia de alergia a penicilina son verdaderamente alérgicos a ese ATB”.

La mayor parte del *C. difficile* (74,4 %), las infecciones por SARM (86,9 %) y VRE (89,7 %) fueron adquiridos en el hospital. Los investigadores sugieren que el aumento de la prevalencia de *C. difficile* podría ser explicado por el incremento del uso de las fluoroquinolonas, clindamicina y cefalosporinas de tercera generación. El aumento de la tasa de prevalencia de ERV podría explicarse por casi el doble de aumento de la tasa de uso de vancomicina, así como por un mayor uso de fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación. Los investigadores no tenían ninguna buena explicación para el aumento de la tasa de prevalencia de MRSA, en casos que no sean sólo por permanecer más tiempo en el hospital.

¿Cómo pueden los médicos distinguir la verdadera alergia a la penicilina a partir de los síntomas alérgicos inespecíficos?: “Mediante la búsqueda de una consulta de alergia y tener una prueba de piel hecha con los reactivos apropiados y mayores controles (penicilina, Pre-Pen y mezcla determinante menor)”, dijo Mariana Castells, MD, PhD, directora de *Drug Hypersensitivity and Desensitization Center and of the Allergy Immunology Training Program* y directora asociada del *Mastocytosis Center at Brigham and Women's Hospital*, Escuela de Medicina de Harvard, Boston, Massachusetts.

La principal fortaleza de este estudio, según la Dra. Castells, es el acceso a una gran población de pacientes y la combinación con los controles. Las limitaciones incluyen no poder categorizar alergia a la penicilina por síntomas clínicos (anafilácticas o tipo 1 vs tipo 4) o que lo confirmen las pruebas cutáneas. Concluyó: “algunos pacientes son etiquetados como alérgicos ya que se les dijo que habían tenido reacciones cuando chicos, pero no se registraron tales reacciones”.

Las pruebas de alergia a la penicilina pueden resultar en un ahorro de costos, la mejora de la atención al paciente y un menor número de bacterias resistentes a los medicamentos.

Los investigadores presentaron estimaciones sobre los posibles ahorros: el costo estimado de la realización de las pruebas cutáneas de penicilina, en los 51.582 pacientes con presunta alergia, sería de aproximadamente \$ 6,8 millones (según un editorial acompañante escrito por Roland Solensky, MD, de la Clínica de Corvallis en Corvallis, Oregon) pero la

reducción de la estancia hospitalaria en 0,59 días por paciente ahorraría \$ 64.600.000. “Lo más importante: el análisis de costos se basa en un solo encuentro con el paciente, mientras que el costo a lo largo de la vida del mismo, con múltiples encuentros y prescripciones de antibióticos, probablemente producirá diferencias de costos mucho mayores”.

Las implicancias para la salud pública de la alergia a penicilina son enormes y es más claro que nunca, que las pruebas cutáneas de penicilina deben desempeñar un papel importante en la mejora del uso apropiado de la terapia con antibióticos”.

Laurie Barclay, MD;

Medscape Education Clinical Briefs, 04/03/2014

2) ¿Los niños reconocen mejor las marcas de los alimentos poco saludables o la de los más sanos?

Para los niños, la conciencia de las marcas de alimentos aumenta en gran medida entre los tres y cuatro años de edad y es más alta para los alimentos poco saludables, según un nuevo estudio realizado en Irlanda, por Mimi Tatlow-Golden de la Facultad de Psicología de la Universidad de Dublín.

El estudio incluyó a 172 niños en Irlanda, de tres a cinco años de edad, una cuarta parte de los cuales eran de Irlanda del Norte, donde las normas de comercialización se diferencian del resto del país. Poco más de la mitad de los niños asistían a escuelas en una comunidad desfavorecida. Los padres completaron cuestionarios sobre datos demográficos de la familia, hábitos alimentarios y si los niños ven televisión solos o acompañados.

Los investigadores encuestaron a los niños en la escuela de uno en uno, mostrándoles logos de las marcas de nueve alimentos e imágenes de productos, cuatro pertenecientes a alimentos saludables y cinco a alimentos menos saludables, todos ampliamente publicitados en Irlanda.

Primero, los investigadores preguntaron a los niños si conocían el nombre de marca de un alimento basado en el logo, luego si sabían qué tipo de comida era, después si podían hacer coincidir el logo de una marca con una imagen del producto alimenticio correcto. Las puntuaciones de los niños sobre las cuestiones de la marca aumentaron, para todos los tipos de alimentos,

entre los tres y cinco años de edad. En promedio, los niños podían nombrar a una tercera parte de las marcas, el nombre del tipo de producto de la mitad de las marcas y que coincidiera con las imágenes en casi dos tercios de las marcas.

En todas las edades, los niños estaban aprendiendo a reconocer mejor los alimentos menos saludables. Su conocimiento de los alimentos no saludables fue más fuertemente predicho por los alimentos no saludables que comieron sus padres, que por el tiempo de exposición a televisión o el nivel de educación de la madre.

“Definitivamente no podríamos concluir que el marketing no funciona, sólo tenemos que mirar más allá de la televisión”, explicó Sandra Jones, directora del Centro de Iniciativas para la Salud de la Universidad de Wollongong, Australia.

“Algunas de las marcas sanas en el estudio (como yogur en tubo o queso de hebra) se refieren únicamente a un producto alimenticio específico, mientras que las marcas no saludables, que incluyen Cadbury, McDonald’s y Coca-Cola, producen una amplia gama de productos. Esto podría haber sesgado los resultados”, dijo Jones, quien no estuvo involucrada en la investigación.

“Aunque los hábitos alimenticios de los padres fueron el predictor más importante de lo que los niños reconocen, la publicidad afecta a la alimentación de los padres” dijo Tatlow-Golden.

Agregó: “hay otras vías de publicidad y diferentes formas en que los niños pueden estar expuestos a las marcas. Los niños se ven con sus amigos en la escuela o pueden ver las propagandas en la calle o en una tienda. La publicidad hace que alimentos poco saludables parezcan como algo que los niños deben desear y que les hace sentirse bien, por ello los padres a menudo terminan ofreciéndolos como un regalo. Todo lo que los padres tienen que hacer es decir que no, pero eso simplifica demasiado la situación. Es muy difícil decir que no.

Aunque nos gusta pensar que nuestras relaciones con las marcas son siguiendo la lógica, realmente son por la emoción y la comercialización, en todas partes, comienzan esa relación muy temprano. Es difícil para los padres hacer lo correcto, pero deben en todo caso deben ser conscientes de lo que está pasando. Las marcas piensan que si se puede conseguir un cliente joven, tienen un amigo para toda la vida”.

Kathryn Doyle;

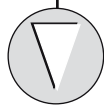
Reuters Health Information; 09 de junio 2014.

Adendum

*“Hay dos cosas infinitas: el Universo y la estupidez humana. Y del Universo no estoy seguro.”
“¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio.”*

Albert Einstein

(14 de marzo de 1879, Ulm, Alemania-18 de abril de 1955, Princeton, Nueva Jersey, Estados Unidos)



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

Espacio creado por el *Dr. Juan Luis Marsicovetere*

Dra. Viviana Soligo

Médica Pediatra



HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI

En Pilar 950, barrio de Liniers de la ciudad de Buenos Aires funciona el Hospital Santojanni. Esta institución tiene su propia historia como antiguo hospital de tuberculosas. Pero es ineludible tomar como antecedente que en la actualidad es el sucesor del antiguo Salaberry que fuera el Hospital de Agudos con que contaba la comunidad del sudoeste de la ciudad en el barrio de Mataderos.

En 1981 el ya muy deteriorado edificio fue desactivado y trasladado en 1981 con todo su plantel y estructura al más moderno edificio ubicado a solo ocho cuadras.

El edificio que ocupa el hospital, como el nombre del nosocomio lo indica, es una Donación Don Francisco Santojanni. Inmigrante italiano que muy joven vino a Argentina para trabajar, ayudar a los suyos que quedaban en su tierra natal. Como tantos otros compatriotas su sueño era labrarse un porvenir de progreso, que claramente cumplió. No tardó en afincarse y encontrar el bienestar con que había soñado en Europa trabajando primero como cochero para la familia Flores, de quien recibe los terrenos en los cuales se levantaría el hospital. Se habría desempeñado como granjero y comerciante logrando un buen pasar económico. Haber perdido a su único hijo por Tuberculosis lo llevó a que el 10 de enero de 1929, con 69 años y ya viudo de doña Urbana Sánchez, legara al municipio bajo ciertas condiciones, una fracción de terreno de su propiedad para la construcción de un hospital para tuberculosas. Las condiciones exigían que la municipalidad construyera el hospital dentro de los cinco años posteriores a su muerte, o su legado quedaría para la Sociedad de Beneficencia Italiana.

El informe-memoria de la Dirección de Asistencia Pública del año 1938 destaca la importante labor que cumplirá el nuevo hospital con sus 280 camas. Finalmente, el 18 de mayo de 1940, se entrega formalmente el Hospital Donación Francisco Santojanni al Municipio de la Ciudad de Buenos Aires. El terreno cuenta con 66.185 metros cuadrados. El "legado Santojanni" destinó para la construcción del hospital, la suma de \$1.336.22

Los planos fueron confeccionados por la Sección Estudios y Proyectos dependiente de la Inspección General de Arquitectura, de acuerdo a las características de los "monoblocks", estando limitada en principio

su construcción a la sección hospitalización con sus anexos correspondientes y a los consultorios de vías respiratorias y tuberculosis. El edificio consta de un primer y segundo subsuelo, planta baja y cuatro pisos altos, y posee una capacidad de 400 camas.

Para diversión de los hospitalizados se proyectó un "teatro de verdura" a cuyas representaciones podrían asistir los enfermos sin necesidad de trasladarse de sus locales de asistencia. El edificio fue rodeado de parques.

La fachada está resuelta con un gran pórtico de entrada y una torre identificadora.

Funcionaba una Asociación Médica científico-gremial. Se efectuaban ateneos y se presentaban trabajos científicos en todos los Congresos de Tisiología y Neumonología

En 1953, recibió la demanda de camas con pacientes portadoras de la infección que tanto dolor causó antes de la era antibiótica. Luego la demanda de camas fue variando transformándose en Hospital de Hombres, pero el servicio de Cirugía conservó un Sector de Mujeres, hasta 1977, año en que se cierra para su remodelación.

Luego, tras una importante obra que significó la ampliación de todos los servicios y la incorporación de otros nuevos, se reinaugura el establecimiento como Hospital General de Agudos el 14 de abril de 1981, fusionando toda la estructura y personal del antiguo Hospital Salaberry, siendo que fue demolido en 1982.

Como se mencionó anteriormente, el antiguo Hospital General de Agudos F. Salaberry, atendía la populosa zona de Mataderos y Liniers, con el agregado de gran cantidad de pacientes provenientes del partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, con una obsoleta estructura. Esto hizo que las autoridades municipales decidieran sustituirlo por el Hospital Santojanni, que se encontraba en la misma zona y con una buena estructura. .

En el año 1912, se inauguraron las instalaciones del hospital Juan F. Salaberry, construido a partir de una colecta pública realizada por los herederos y amigos del popular hombre de negocios, muy querido en la zona, por lo que el hospital recibió su nombre.

La zona en la que se encuentran los dos hospitales era solo campo el 14 de abril de 1889 cuando se coloca la piedra fundamental de un conjunto de edificios que



sería el Mercado Nacional de Hacienda y Matadero Municipal en una zona, que no tenía nombre, en los solares cercanos a la estación Liniers, siguiendo el cauce del arroyo Cildañez.

El terreno había pertenecido a Bernardo Terrero, próspero comerciante de mediados del siglo XIX, y a Joaquín Rivadavia (1810-1887), hijo del primer presidente argentino y nieto del Marqués del Pino, Virrey de estas tierras. En su entorno comenzaba a crecer el barrio de "Nuevo Chicago". Solo años más tarde tomaría el nombre de Mataderos. La avenida de Circunvalación (actual Av. General Paz) y el Camino Real a Las Cañuelas tenían acentuado tránsito de arreos hacia dicho mercado de haciendas

En 1911 un aviso en un diario de la ciudad se publicó un anuncio en el que decía: "Se necesita médico suplente por una semana: 80 pesos". Saúl Nasso se presentó al director, Dr. Garzoglio... y la semana se prolongó por casi cuarenta años. El Hospital estaba en la Recova, y le decían Estación Sanitaria Liniers.

El Dr. Salaberry (h) había organizado la colecta pública donde colaboraron gran cantidad de consignatarios y personas vinculadas a la actividad, juntando casi 130.000 pesos y se pide a la Municipalidad que permita la construcción en la manzana comprendida por las calles Cafayate, Alberdi, Pilar y Bragado, lo que es aprobado rápidamente.

En 1912 se habilitaron las primitivas instalaciones del hospital Juan F. Salaberry. Según el diario "La Nación", fue inaugurado el día 3 de setiembre de 1915. En el acto habló el doctor E. Obejero, director de la Asistencia Pública y en el palco estuvieron el Intendente Municipal, los secretarios de Hacienda y de Obras Públicas, y la familia Salaberry.

Había ya en el barrio alrededor de 3.000 casas; pero existían grandes espacios baldíos. Así fue creciendo este barrio, cuya denominación, Mataderos, nacida y acuñada en forma tradicional, se impondrá definitivamente en la nomenclatura porteña.

El primer director del Hospital es el doctor L. Pippo y los primeros médicos, además del Dr. Saúl Nasso, fueron Ramón Badía, Julio Moscoso, y Santiago Raño.

1917 La Comisión de Homenaje a Juan F. Salaberry, encabezada por su ex socio señor Bercetche, dona al Hospital cincuenta camas, con su dotación de colcho-

nes y almohadas. Se dice que también atendió en el antiguo hospital el Dr. Ignacio Arieta que fue médico y legislador, y un pionero de la zona sudoeste del Gran Buenos Aires. En estos días la principal calle de la ciudad de San Justo lleva su nombre

En 1940 se produce lo que será el último duelo criollo en nuestro Barrio, en un bodegón conocido como La Mal Parida, en la esquina sudeste de Manuel Artigas y Tellier, entre el "Japonés" y un tal Fernández, apodado el "Chino". Se habían desafiado el sábado anterior ante mucha gente, de manera que en el momento del duelo hubo numeroso público. Ambos murieron... ¡porque la ambulancia del Salaberry llegó tarde!

En 1969 se constituye el Cuerpo de Voluntarias con cuarenta personas llenas de amor hacia sus semejantes, para mitigar el dolor físico y anímico de los internados en el hospital Salaberry. Las primeras: señoras de Parodi, de Pezzano, de Parisi y de Rojas.

En la historia reciente es importante destacar que durante el año 2002 una intensa actividad de los trabajadores del hospital junto con los vecinos del barrio realizaron un importante movilización para lograr que se lograra concluir la ampliación de las instalaciones que por dificultades imprevistas pusieron en riesgo la continuidad del funcionamiento del hospital.

Actualmente, aún con todas las dificultades, sostiene una intensísima e irremplazable tarea asistencial hacia una muy extensa población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Partido de la Matanza, provincia de Buenos Aires.

Fuentes bibliográficas

- La Ingeniería, vol. 44, ene. 1940
- <http://www.hospitalsantojanni.gov.ar/sitio/index.php/el-hospital/historia>
- <http://www.acceder.gov.ar/es/880819>
- http://www.r-aquimataderos.com.ar/historia_barrial_1911.htm
- <http://www.encontrarse.com/notas/pvernota.php3?nnota=26035>
- http://www.modernabuenosaires.org/obra_detalle.php?obraid=152
- <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/barrios/buscador/ficha.php?id=18>



RESPUESTA A: ¿SE ATREVE AL DIAGNÓSTICO?

Respuesta correcta: B.

La necesidad de coincidir en las normas de los pares en la ropa, el peinado y el comportamiento aumenta notablemente en la adolescencia temprana.

Las presencias hacia la concordancia son más fuertes durante los primeros años de la escuela secundaria y tienden a equilibrarse cuando los adolescentes llegan a los últimos años.

El grupo de pares tiene una enorme influencia sobre el comportamiento del adolescente y es un de los tantos factores que hacen que adopten conductas riesgosas, como unirse a una banda violenta o participar en abuso de alcohol, abuso de sustancias o experimentación sexual temprana.

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.