



NOTICIAS

Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
REGION METROPOLITANA

CORONEL DÍAZ 1971/75 • (1425) CAPITAL FEDERAL • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: metropolitana@sap.org.ar

EDITORIAL

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Acercándonos a los treinta años de la histórica *Declaración de Alma Ata*, más allá de la sorpresa por el tiempo transcurrido, los sentimientos nostálgicos que pudiera despertarnos, las discusiones y dudas que extrañamente todavía persisten acerca de su definición, de su significado como estrategia, nivel de atención, programa o puerta de entrada al sistema, es casi inevitable que detrás de todas estas disquisiciones percibamos, en el fondo, un cierto sabor a frustración. Si bien hace tiempo se abandonó la pomposa meta de “*salud para todos en el año 2.000*”, la pregunta formulada en la actualidad es si esta meta sólo ha sido diferida en el tiempo o si, por el contrario, estamos marchando en dirección contraria a sus postulados.

Ni los Centros de Atención Primaria de la salud ni la comunidad, se han transformado todavía en el centro del sistema. Aún no se ha instrumentado la participación comunitaria en los niveles de discusión, planificación y toma de decisiones. La re jerarquización del recurso humano esta aún pendiente.

En la denominación de la estrategia Primary Health Care se planteaba el concepto de “cuidado de la salud” como término más abarcativo que el de “atención” y mucho más relacionado con la salud pública y la intersectorialidad en el enfoque de los problemas.

Recordemos que en la *Declaración de Alma Ata* se expresaba un conjunto de actividades esenciales como ser:

1. La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.
2. La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
3. El abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
4. La asistencia materno infantil con inclusión de la planificación de la familia.
5. La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
7. El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
8. El suministro de medicamentos esenciales.

La salud ha sido reconocida en las distintas conferencias internacionales como uno de los derechos fundamentales. La equidad como objetivo ha sido declamada en todos los foros.

Se ha reconocido que los principales determinantes de la salud de la población se encuentran en las condiciones de vida y en el medio ambiente, en la pobreza, en la desigualdad social y en la distribución injusta de los recursos.

Sin embargo el sistema de salud sigue funcionando básicamente como reactivo a la demanda. Seguimos teniendo el grueso del esfuerzo y el gasto en salud orientado en un sentido de atención médica mas que de salud publica. Hospitales de distintas complejidades, centros de salud y consultorios descentralizados siguen sin transformarse en niveles de complejidad crecientes de un mismo sistema.

La referencia y contrarreferencia siguen muchas veces siendo una asignatura pendiente. Las redes a veces una ilusión. El discurso de la Atención Primaria de la Salud continua teniendo mucha fuerza en el espacio teórico, pero sigue siendo demasiado extensa la distancia que lo separa de la realidad.

Queda tanto por hacer...

Durante estos treinta años todos hemos aprendido en atención primaria a decir lo que hay que decir, quizás haya llegado la hora de hacer lo que hay que hacer.

Dr. Domingo Longo
Director Titular

Director Titular

Dr. Domingo Longo

1er. Director Asociado

Dr. Gustavo Bardauli

2do. Director Asociado

Dr. Saúl Gleich

Coordinadores:

Distrito Sur:

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /
Dr. Clara Massola de Muiños / Dra. Mariana
Rodríguez Ponte / Dr. Rubén Porto

Distrito Oeste:

Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /
Dra. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis
Marsicovetere / Dra. Débora Rocca Huguet

Distrito Norte:

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /
Dra. Miriam Vasalo / Dr. Leonardo Vázquez /
Dra. Mirta Vázquez

Asesores ex directores:

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski

SECCIONES

- Editorial 1
- Cuando hablamos de ADD, ¿de qué niño estamos hablando? 2
- Breve historia de la Medicina 4
- Boletín bibliográfico 7
- Actividades de la región 9
- 8^{vas} Jornadas de la Región Metropolitana 10
- Internacionales 10
- Frases célebres 11

GRUPO EDITORIAL
REGIÓN METROPOLITANA

Editores de *Revista Noticias*: Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani.
Boletín Bibliográfico: Director Dr. Ricardo Straface
Colaboradores: Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,
J.L. Marsicovetere y L. Vázquez.



CUÁNDO HABLAMOS DE ADD, ¿DE QUÉ NIÑO ESTAMOS HABLANDO?¹

Lic. LILIANA VOLANDO²

El título de esta ponencia es la pregunta clave y por esto me permito dar vuelta los términos que la componen: **¿De qué niño estamos hablando cuando hablamos de ADD?**

De esta forma nos permite ubicar primero al niño, como sujeto singular, desde su historia de vida y en segundo lugar el ADD como síntoma que caracteriza su malestar. Desde allí es imposible definir UN niño.

Hago un paréntesis para aclarar que quiero decir cuando hablo de sujeto singular; me refiero a la especificidad de cada historia y como en ella se contextualiza diferente las características del déficit atencional. Su manifestación cobra dimensión de acuerdo al *entramado de variables que atraviesa la vida de ese sujeto*. No hay dos niños con ADD iguales, no sienten las mismas cosas, no tienen los mismos padres, sus familias se constituyeron de manera diferente, los profesionales que trabajan con ellos como sus docentes, terapeutas etc. los “connotan” singularmente. Todo esto motiva que las causas por las cuales ha llegado a esta situación no sean las mismas.

Sólo es posible seguir sosteniendo la pregunta, para que la particularidad hable en la voz del niño, en la de sus padres, en la de la escuela, del médico etc. Pregunta que podemos sostener a través de un proceso diagnóstico diferencial que nos permitirá profundizar sobre el conocimiento de algunos aspectos de esa realidad.

Todos los profesionales de la salud hablamos de “síntomas”, pero cada uno de nosotros desde nuestra especificidad lo ubicamos y comprendemos desde visiones diferentes.

Los especialistas profundizamos sobre el conocimiento de la realidad que tenemos delante, el niño, pero no podemos olvidar que abordamos sólo un aspecto de esa realidad, y esto de manera alguna logra definirla completamente.

La vida de un niño está atravesada por múltiples dimensiones, y cada una de ellas se crea y constituye “en relación a...”. Por esto la importancia de la interdisciplina; el contacto directo entre los profesionales. Pero para poder hablar de lo interdisciplinario tenemos primero que aceptar que hay algo que no sabemos, o que desde nuestro lugar no lo-gramos abarcar o dar respuesta al niño en su totalidad, y esto muchas veces provoca una herida narcisística difícil de soportar o que en realidad no queremos ni pensar como profesionales.

Estando todos en el ámbito de la salud no agotamos separadamente el conocimiento de este niño que tenemos delante, y hasta a veces *producimos tironeos* que pueden terminar despedazando a este sujeto.

El peligro aquí es pensar desde una lógica excluyente o disyuntiva, perdiendo de vista la riqueza de la complejidad en la construcción del sujeto, donde no existen causas lineales, únicas, últimas o primeras, sino un entramado, un tejido que se inicia mucho antes de la aparición de este niño, en los aspectos fantasmáticos de las generaciones que lo anteceden pero que tampoco se agota allí, sino que se significarán y resignificarán en el encuentro con la estructura biológica.

El sujeto se produce en la interrelación dialéctica de estos elementos (lo psíquico y lo biológico) e inmerso en una dimensión socio histórica que enmarca y crea significaciones a su actuar.

Desde el mundo “*psi*” pensamos al sujeto desde su estructura psíquica y al déficit atencional como el medio y la forma a través del cual el niño expresa un problema que no puede poner en palabras y que en la particularidad de su historia encontraremos el sentido.

Estas ideas que estoy desarrollando probablemente tomen cuerpo y les resulte ilustrativo a través de estos tres recortes clínicos de niños o adolescentes con ADD y ADD con hiperactividad:

- Andrés llega a la consulta a los 8 años, cursando 3^{er} grado y mostrando desde bebé irritabilidad,

1. Exposición realizada en el 4^o Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria (Noviembre 2007).

2. Licenciada en Psicopedagogía: lilianavolando@yahoo.com.ar

baja tolerancia a la frustración y desde el inicio de su escolaridad dispersión, dificultades para acomodarse a las consignas escolares. Le costaba escribir, siendo su caligrafía casi ininteligible. Realizó una serie de estudios médicos, donde se observaban trastornos de sueño, recomendándose medicación. Antes de dársela los padres pidieron la interconsulta. Un niño con una gran capacidad intelectual que no la podía poner al servicio del aprendizaje. Para él atender y responder puntualmente a lo que el otro le ofrecía escolarmente significaba seguir acomodándose a la *"sobre exigencia"* de los padres, que sabían de su enorme capacidad intelectual, pero que no se detenían en *"prestar atención"* a sus necesidades afectivas. Gracias a la doble escolaridad posibilitaba y sostenía el horario de trabajo de los padres, quienes al volver y revisar sus cuadernos incompletos y desprolijos, le borraban aquellas oraciones sencillas que él había realizado para pedirle que las complejizara. Andrés en su renuncia a la escuela sostenía la atención de los padres hacia él en permanente tensión, mostrando que aún necesitaba que le dijeran como hacer, que lo pautaran por sólo tener ocho años, a pesar de recitar desde los cuatro años (como decía su mamá) los derechos del niño. Una pareja joven que conforman su familia a partir del *sorpresivo embarazo* de este niño, y que desde el comienzo también ellos se sintieron *"sobre exigidos"* al tener que renunciar a su lugar como hijos para hacerse cargo de su responsabilidad como padres. Dos jóvenes que más allá de esto y en forma conjunta, pudieron hacer su carrera universitaria en forma meteórica y ocupaban laboralmente lugares privilegiados. A Andrés *no le sobraba movimiento sino que le faltaba relajación*.

- Horacio es un adolescente de 16 años, que cursa el 3^{er} año de la escuela secundaria, que ha pasado por muchos tratamientos psicológicos y psicopedagógicos desde muy chico por *graves problemas de atención*, estuvo medicamentado durante un tiempo, lo cual no cambió mucho su situación. La muerte de una hermana cuando él tenía 2 años condicionó mucho su relación con los padres, quienes en ese momento tenían puesta su atención y energía en la elaboración del duelo lógico. Lo mandaron al jardín para que se *"distrajera"*, encontrando él un refugio en su mundo de fantasía, allí donde todo es posible y nada se resiste a lo que nosotros deseamos. Esto fue armando una modalidad, una forma de encuentro con los objetos de conocimiento, y con toda situación de vida que le supusiera un es-

fuerzo, pues la posibilidad de un potencial fracaso era vivido como un daño. Salir de su ensimismamiento, descentrarse, implicaba un trabajo al cual él no estaría dispuesto. Frente a la posibilidad de la muerte, que trunca nuestros deseos de proyectarnos, lo importante es disfrutar hoy, y allí también está su familia cuidándolo, protegiéndolo y muchas veces haciendo por él.

- Fernando es un niño de 9 años, que cursa 4^{to} grado; inquieto, no puede quedarse sentado, no trabaja en clase y cuando lo hace se mantiene parado, se distrae y provoca distracción en sus compañeros, todas las pruebas las tiene que recuperar por no alcanzar los objetivos mínimos. Recibió tratamiento psicológico con orientación cognitiva conductual y también antes de ser medicamentado la madre decide *hacer una interconsulta y tener otra opinión*. En su primera consulta plantea que por más que él repite en el trayecto de su casa hasta la escuela *"...debo atender hoy en la clase..."* como le decía su psicólogo, según los propósitos de la semana propuestos y pegados en la puerta de la heladera, *él quería pero no podía*. Llamó la atención su increíble posibilidad de estar absolutamente atento a todo lo que pasaba a su alrededor, escuchaba los diferentes ruidos por fuera del consultorio así como se preocupaba por la cara de la madre cuando entraba a su casa y los detalles que registraba en las actitudes del padre cuando lo pasaba a buscar semanalmente. Evidentemente la atención estaba centrada *en el afuera*, en los detalles que mostraban que existía un gran malestar que los otros querían disimular y no podían poner en palabras, esto ocupaba *"toda su cabeza"*. El me decía: *"cuando tengo que hacer un ejercicio solo, se me vienen encima todos los problemas que tengo en casa"*. Todo aquel que haya pasado en su vida por algún problema que lo angustia sabe muy bien lo difícil que es descentrarse del mismo evitando que invada todo nuestro quehacer. Nada nos satisface, todo nos aburre, nos inquieta. Se sale a caminar intentando que en ese movimiento la angustia se salga de nuestro cuerpo, pero al rato vuelve y nos oprime.

Aburrirnos es no encontrar una actividad que nos identifique, un objeto sobre el cual plasmar nuestra energía e involucrarnos, y muchas veces esto está motivado por alguna situación que nos excede. Para poder involucrarnos tenemos que conectarnos con nuestra interioridad, pero si en esta, hay un excedente de angustia buscamos evitar el encuentro, escapar de ella y esto es lo que le ocurría a Fernando, que además recordemos que tenía 9

años y a esa edad es más difícil poder dissociarse. Para cada uno de estos niños/jóvenes *la atención estaba significada de una manera diferente*. Destinada hacia otros fines que los involucraba pero a su vez los dejaba afuera de sus responsabilidades. Se hace imprescindible por esto abrir la posibilidad de una escucha que singularice cada situación. *El síntoma habla, el niño transmite cosas a través de él*, el problema es que no tiene conciencia de esto que plantea y nosotros como adultos tenemos que tratar de descifrar este mensaje.

Descifrar no quiere decir descubrir mágicamente los aspectos ocultos, descubrir una clave al estilo de una lógica matemática donde haya una correspondencia término a término, no quiere decir revelar una verdad absoluta sino es un “*develar*”, como si sacáramos el velo para poder ver con mayor claridad, rearmar los lazos sobre los cuales se estructuraron las bases que dieron cuerpo al síntoma y a partir de ahí construir con el paciente y su familia el significado del mismo, para habilitarlo en la aventura de explorar nuevas formas de habitar el mundo y que así *se transforme en un sujeto singular*, como lo enuncié al comienzo de la exposición.

Son frecuentes en las escuelas los pedidos que realizan algunos profesionales para que los docentes completen encuestas pautadas o semipautadas, que tienen por objetivo evaluar el rendimiento académico y la eficacia o eficiencia de la función cognitiva de la atención. Una evaluación que se centra en los síntomas que se ven y se observan en forma directa pero que nada dice esta de las causas que lo motivan, que los singulariza. Nada dicen de ese entramado inconsciente que se va armando desde el nacimiento a partir de la dimensión orgánica, la socio-cultural y la emocional, conformando la estructura psíquica.

Estructura imposible de visualizar directamente y que sólo se puede inferir y suponer a partir de lo que se observa.

El sujeto no es su conducta, sino más bien que a través de ella muestra su “*mal estar*”, su posición y tiempos de constitución.

El síntoma aparece como una señal de alarma. Haciéndose necesaria una “*deconstrucción*”, un desarmado que permita por un lado precisar los puntos de contacto y relaciones que dieron lugar a su existencia y por el otro evaluar el grado de movilidad de los componentes de la estructura psíquica en pos de un reajuste, compensación y/o reacomodamiento que permita mayor flexibilidad en el funcionamiento de la misma.

Pensar *la atención* sólo como una de las funciones cerebrales superiores, sin tener en cuenta que se va desarrollando, en la medida que el sujeto se construye y va haciendo uso de esa función, al ser requerido por otro significativo para él, es acceder a un *reduccionismo* que desaloja al ser humano como sujeto, para ubicarlo como una máquina de ingreso y egreso de datos.

Si bien planteamos la importancia de escuchar la singularidad de la significación de los trastornos atencionales, es llamativa la cantidad de niños diagnosticados como ADD en estas últimas décadas y esto nos lleva a poner sobre el tapete la dimensión socio-cultural para replantearnos seriamente que se les está pidiendo a estos niños. Hablamos de “*prestar atención*”, pero cuando presta algo es para que se lo devuelvan. Revisar los motivos por los cuales pedimos prestado, y bajo que condiciones devolvemos eso que nos fue cedido, es lo que como sociedad tenemos como cuenta pendiente. ■



BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA (CAPITULADA)

Dr. LEONARDO VÁZQUEZ
Dra. PAULA DAL DIN

Continuamos con la publicación de este resumen de la Historia de la Medicina, recordando los principales hitos en la vida médica universal. Los gráficos sintetizan el mismo. Al finalizar los capítulos se publicará la bibliografía.

Medicina Greco-Romana

Gran parte de los conocimientos de los helenos se basan en la épica de Homero con narraciones reales y fantásticas. En la etapa presocrática (1400-

600 a.C) se perfilan los fundamentos de la ulterior ciencia natural y acceden con su obra a la racionalización y tecnificación de la *medicina griega*.

Basándose en la observación y el razonamiento filo-

sófico, concluyeron que la *enfermedad es un proceso natural* y que el cuerpo humano *tiene un poder innato de curación*.

Con esta medicina coexistía la *medicina religiosa* quien tenía en ASCLEPIOS O ESCULAPIO a su máximo exponente, de gran popularidad. Entre sus seguidores se encontraron los primeros médicos griegos. Muchos de ellos oficiaban de sanadores en los templos.

Los griegos fueron más allá del pensamiento mágico, demostrando ser más racionalistas y no poseyendo la rigidez religiosa de otrora.

La ciudad de Crotona, en la costa oriental de Calabria frente al Mar Jónico, (VI a.C.) fue la sede de la escuela de PITÁGORAS y de ALCMEON DE CROTONA que es con quien nace la fisiología, manifestando que la *isonomía* es un estado de equilibrio y salud, y declarando a la *monarquía* como un estado de enfermedad.

En Éfeso, que fue en la antigüedad una localidad del Asia menor, en la actual Turquía, HERÁCLITO consideraba que la salud era la resultante de la armonía universal. Su adversario fue PARMÉNIDES de Elea, ciudad al sur de Italia, quien proclama la inmutabilidad del ser. EMPÉDOCLES de Agrigento, ciudad que se encuentra en la costa sur de Sicilia, admite como "raíces constructoras" de todas las cosas al *fuego, aire, agua y tierra*, que se fusionan o se separan por el amor o el odio, generando de esta manera, enfermedad.

DEMÓCRITO de Abdera, ciudad de la región griega de Macedonia Oriental y Tracia, fundador de la teoría atomista, consideraba a los átomos como integrantes de la materia y del espíritu.

Hacia el año 600 a.C se entra en el *siglo de oro*, etapa Hipocrática, en que se comienzan a practicar una medicina basada sobre la "*physiología*" de los presocráticos.

Siglo de PERICLES, ARISTÓTELES Y PLATÓN en cuanto a la filosofía antigua y de HIPÓCRATES de Cos, isla griega del Dodecaneso en el Mar Egeo, en cuanto a medicina, quien se basa en la naturaleza del hombre y no en lo sobrenatural. Se *interesa en el enfermo* a diferencia de la Escuela de Cnidos que jerarquiza más la enfermedad. Su sabiduría médica se refleja en el *Corpus Hipocrático*, que está conformado por unos sesenta escritos que se ocupan de la medicina en el sentido más amplio que se puede pensar para esa época.

Se supone que fueron varios sus autores, de las dos escuelas (Cos y Cnidos) y que su redacción demandó varios siglos.

Los de mayor importancia e influencia proceden de los siglos V y VI a.C. La anatomía hipocrática es elemental. Su teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis negra y amarilla) está vinculada a las cuatro cualidades de ARISTÓTELES (caliente, frío, húmedo y seco) y más adelante con los cuatro temperamentos galénicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).

Existía el convencimiento que los *días críticos* (impares) predisponían a las enfermedades. Se describen numerosas patologías y muchas de ellas harán referencia a Hipócrates en sus nombres (fascias hipocrática, dedos hipocráticos, etc.). La base terapéutica eran el descanso físico y espiritual. Es en esta época donde nacen la historia clínica y los archivos médicos.

De los escritos deontológicos sobresale el *Juramento*. Mientras concluye el *Corpus Hipocraticum* (IV a.C) aparecen simultáneamente los más importantes movimientos filosóficos griegos; *Platón y la Academia, Aristóteles y el Liceo y Zenón de Citio y los estoicos*.

En la etapa Alejandrina, (III a.C) HERÓFILO y ERASISTRATO tuvieron como meta crear una nueva medicina científica sobre una nueva experiencia del cuerpo humano. Ambos fueron *antihipocráticos* y *antiaristotélicos*. Para HERÓFILO, cuatro fuerzas son las que controlan el organismo: nutritiva, sensitiva, calorífica y mental cognoscitiva.

Paulatinamente se produce la penetración griega en Roma y ya comienzan a haber escuelas de pensamiento distinto entre sí (I a III a.C): **empíricos**, médicos prácticos; **dogmáticos**, hipocratistas puros; **metódicos**, atomistas opuestos a la patología "humoral"; **neumáticos**, aceptan los humores pero los supeditan al "neumo" y **eclécticos**, conciliadores de las doctrinas anteriormente citadas.

GALENO de Pérgamo, ciudad situada en el noroeste de Asia Menor (actual Turquía) a 30 Km. de la costa del mar Egeo y frente a la isla de Lesbos, fue su máximo exponente, quien llegó a ser médico de la corte imperial. Eximio disector de animales, reconoce la función de numerosos músculos. Para él la enfermedad respondía a causas *externas, internas o sinécticas* (mezcla de las anteriores). CELSO (siglo I) fue otro prestigioso médico romano a quien se debe la *tétrada* del proceso inflamatorio (calor, tumor, dolor y rubor). En Roma se priorizaba la salud del soldado ya que su historia permanente de guerras y expansión territorial, así lo justificaba.

Se construyeron gran cantidad de acueductos, cloacas y baños públicos.

MEDICINA PREHIPOCRÁTICA E HIPOCRÁTICA

Período	Características	Figuras relevantes	Pensamiento científico	Eventos a destacar
Siglo V-VI a.C. *	La salud como armonía y equilibrio, la enfermedad como ruptura o desorden.	Demóseles. Alcmeón de Crotona. Empédocles de Agrigento (493-433 a.C.).	Observación clínica y experiencia. * Pensamiento riguroso: responsabilidad de someterse a pruebas de verificación.	Escuela Pitagórica. * Nacimiento de la fisiología. Concepto de isonomía y monarquía.
300 años a partir del siglo VI a.C.	Nacimiento de la medicina como saber técnico.	Hipócrates de Cos (460 a.C- 377 a.C).	Se explica la salud o la enfermedad desde una teoría circunscripta al hombre y la naturaleza. * Alteración de los humores.	Aparecen tres ramas de la medicina clásica: la dietética, la farmacéutica y la cirugía. <i>Corpus Hipocrático</i> * Aspecto ético, juramento Hipocrático. * Nace la Historia clínica y los archivos médicos

MEDICINA GRECO-ROMANA

Período	Características	Figuras relevantes	Pensamiento científico	Eventos a destacar
Siglo I - VI	Enseñanza y organización de la salud pública.	Aulio Cornelio Celso (primera mitad del siglo I).	Galeno de Pérgamo (129-199)	Describe la anatomía del hombre comparándola con la de los animales.
		Dioscórides (60 d.C.).	Botánico. Propiedades curativas de los vegetales.	*
		Galeno de Pérgamo (129-199).	Es posible comprender los designios divinos estudiando la naturaleza. La idea central de la fisiología es un fluido o espíritu: <i>el pneuma</i>	Desarrollo de la dietética, terapéutica general y particular, remedios, cirugía y enfermedades de los huesos. * Construcción de acueductos, cloacas, termas y baños. * Escuelas médicas oficiales.

Próximo: **La Edad Media**



BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

1) EL ÁCIDO VALPROICO SE ASOCIA CON PANCREATITIS EN NIÑOS

Desde 1979 se han reportado casos en series pequeñas (5 pacientes) de pancreatitis por el uso de ácido valproico en niños y adultos, algunos de los cuales fueron severos y en otros casos fatales. En el Hospital de Niños de Wisconsin, Milwaukee, se presentaron 22 pacientes en un lapso de 10 años, quienes fueron diagnosticados como pancreatitis. Todos ellos recibían ácido valproico. El diagnóstico se realizó sobre la base de la sintomatología referida por los pacientes y por los estudios de laboratorio, con niveles de lipasa 3 veces mayores a lo normal. Los síntomas fueron: dolor abdominal en 83%, vómitos en 74%, distensión abdominal en un 30% y fiebre en 26%. Paradójicamente, los niveles de amilasa no fueron demasiado altos en un 31% de los pacientes (en contraste con los referidos arriba para la lipasa sérica). Dos pacientes murieron. El resto tuvo una corta estadía hospitalaria, no mayor de 8 días y 5 pacientes sufrieron recaídas.

Comentario: *Los efectos adversos del ácido valproico más frecuentes son: anorexia, náuseas, vómitos, exantema, alopecia, a veces estimulación del apetito. Afecta la función hepática con aumento de las enzimas en un 40% de los casos. Raras veces hepatitis fulminantes, muchas veces letales. En menores de 2 años es más frecuente la lesión hepática letal. Como se refiere arriba, también pancreatitis aguda e hiperamonemia.* Werlin S.L, Fish. D.L Pediatrics, 118: 1660-1663, october 2006

2) MALFORMACIONES GASTROINTESTINALES: CAUSA DE DOLOR TORÁCICO

El dolor torácico es una causa poco común de consulta en la infancia; menos frecuente aún es que su origen sea de etiología digestiva. Presentamos 2 pacientes en los que se diagnostican malformaciones del tracto digestivo (divertículo y quiste de duplicación esofágico) a partir del estudio realizado por dolor torácico. El divertículo podría ser debido al efecto de tracción ejercido por una adenopatía fibrosada secundaria a una primoinfección tuberculosa. En caso del quiste de duplicación se trata de una malformación congénita. Aunque estas malformaciones son hallazgos poco frecuentes, deberían ser tenidas en cuenta al abordar el estudio de un paciente con dolor torácico.

A. González de Zárate Lorente. An. Pediatr. 2007; 66: 309-312.

3) PRIONES Y ALZHEIMER. Biología Molecular

Algunas proteínas deformes llamadas *priones*, constituyen la causa de la enfermedad de la "vaca loca" y otras similares como el Kreutzfeld-Jacob. No está claro sin embargo, que papel cumplen los priones en estado normal, sin deformar. En los humanos las proteínas priónicas normales podrían proteger contra esas patologías. Quienes sufren esos trastornos degenerativos presentan acumulación en el cerebro de la proteína beta-amiloide, plegada de forma incorrecta. Nigel Hooper, de la Universidad de Leeds, ha descubierto que la existencia de altos niveles de proteínas priónicas normales en las células humanas, evita la formación de beta-amiloide al inhibir la enzima beta-secretasa. Hooper afirma que las proteínas priónicas podrían evitar la aparición precoz del Alzheimer; también protegen contra el stress por oxidación, asociado al Alzheimer y a otras enfermedades neurodegenerativas. De acuerdo a esto, se podrán preparar en un futuro próximo, fármacos en base a beta-secretasa. Ha habido casos de esas patologías en jóvenes y es bueno conocer su fisiopatología.

Charles O. Choi. Investigación y Ciencia, pag. 4, octubre 2007

4) EFECTOS COMPARATIVOS DE UNA ÚNICA DOSIS DE CEFTRIAXONA vs. ATB ORALES, EN LA COLONIZACIÓN DE MATERIA FECAL POR BACILOS RESISTENTES

Una dosis única de **Ceftriaxone** (CTX) es comúnmente dada en chicos febriles con riesgo de bacteriemia oculta y es una opción en algunos niños con **OMA**. Sin embargo las Cefalosporinas de 3º generación son especialmente propensas para ser elegidas por microorganismos beta lactamasa resistentes, comparadas con otras clases de ATB. La CTX en particular, causa sustanciales **alteraciones de la flora normal del intestino**. Este estudio de Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, enroló 1009 pacientes entre 3 meses y 7 años, con diagnóstico de OMA, durante 3 inviernos sucesivos. Los chicos fueron aleatoriamente asignados a recibir tratamiento con una única dosis de CTX o Cefprozil, Amoxicilina o Azitromicina vía oral. Fueron investigadas muestras de materia fecal, en diferentes días del mes posterior

al tratamiento, buscando bacilos gram (-) resistentes a los ATB usados. Entre varios efectos se notó una disminución importante en la prevalencia de colonización por bacterias resistentes, entre los receptores de Azitromicina en los días 3 a 5 y 10 a 14 ($P < 0.001$). La colonización por bacilos gram (-) resistentes a CTX, fue inusual en cada estudio, sin tener en cuenta el tratamiento asignado. Los autores concluyen que una única dosis IM de CTX, tiene efectos similares en la prevalencia de resistencia antibiótica en bacilos gram (-) facultativos de las heces de niños sanos, cuando comparamos este tratamiento con los ATB orales comúnmente usados.

Toltzis P et al. Pediatr. Infec. Dis. J. 26:25-30, January 2007

Comentario: *el uso de una dosis única IM de CTX, para casos seleccionados de OMA (usualmente para chicos que rechazan el ATB oral por capricho) es un regalo del cielo para padres exhaustos. Este estudio no autoriza a usar libremente CTX en general, pero es tranquilizador en cuanto a que las consecuencias no son peores que con los ATB orales. (J. Hailey)*

5) EL GRAN DEBATE DE LA CIRCUNCISIÓN RESUCITA EN UN NUEVO CONTEXTO... PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR HIV

La idea de que la circuncisión del varón reduce el riesgo de adquirir HIV fue propuesta por primera vez en 1986. Desde entonces algunos estudios ecológicos mostraron la relación inversa entre prevalencia de HIV y circuncisión en varones. Más de 30 estudios cruzados encontraron que la prevalencia de HIV era significativamente mayor en no circuncidados que en circuncidados y 14 estudios prospectivos mostraron mayor efecto protector de la circuncisión, en un rango del 48 al 88%. Ahora, en una de las más dramáticas revelaciones de los años recientes, dos estudios largos, randomizados, reportaron que el efecto protector de la circuncisión contra el HIV-1 fue determinante.

En el primero de ellos, en Kisumu, Kenya, 2784 varones, de 18 a 24 años, todos sexualmente activos durante el año anterior, fueron divididos en 2 grupos randomizados: 1391 circuncidados y 1393 grupo control. Todos con test de HIV, control clínico y controles posteriores a los 1,3,6,12,18 y 24 meses. Los pacientes tenían cuidados de salud gratis, fueron aconsejados acerca de practicas sexuales no peligrosas y acceso irrestricto a profilácticos. Fueron testeados de ETS (enfermedades de transmisión sexual) y tratados de infecciones bacterianas. La circuncisión proporciona 53% de protección de adquirir HIV con respecto a los controles.

Bailey RC et al. Lancet, 369,; 643, Febrero 24, 2007

Comentario: *a medida que se hagan buenos estudios, se generaran varias preguntas a contestar, que pueden tener importantes implicancias en pediatría, ejemplo: ¿la circuncisión sería mejor antes de la edad de actividad sexual o después del nacimiento? ¿a que nivel de población HIV prevalente puede la circuncisión proveer un mayor beneficio sanitario?*

(R. Goldbloom)

6) PRUEBA RANDOMIZADA SOBRE CIRCUNCISIÓN PARA PREVENIR HIV EN RAKAI, UGANDA

Este estudio, hecho por John Hopkins Universidad Bloomberg Escuela de Salud Publica, es uno de los descritos en el artículo anterior y llevados a cabo en Sudáfrica. En este caso, 4996 no circuncidados, HIV (-), varones, de 15 a 49 años, se dividieron en dos grupos (previo acuerdo): 2474 circuncidados inmediatamente y 2522 a los 2 años. Completaron un interrogatorio previo al ingreso con aspectos sociodemográficos, conductas sexuales de riesgo, higiene genital y salud, además de estudio de HIV. Todos los pacientes fueron vistos a los 1, 6, 12 y 24 meses contestando aspectos de conducta sexual. Se tomaron muestras de sangre y se dieron consejos sobre HIV y educación para la salud. Se le ofrecieron profilácticos gratis. A los 24 meses la incidencia de HIV fue de 0,66/100 pacientes en los circuncidados y 1,33 / 100 en el grupo control. La incidencia de HIV fue menor en todas las categorías donde no se adoptaron conductas sexuales de riesgo. No hubo evidencia que los circuncidados tomaron mas riesgo que los del grupo control.

La reducción del riesgo atribuible a la circuncisión es biológicamente posible, ya que el prepucio es rico en HIV-células target y la mucosa interna no esta queratinizada, haciéndose un lugar muy vulnerable a la infección de HIV. El número de cirugías necesarias para prevenir un caso de HIV puede variar, dependiendo de la incidencia de HIV, nivel de aceptación y a la duración de la protección. Con el tiempo, la circuncisión neonatal o en jóvenes pre puberales puede proporcionar una simple y barata opción.

Gray RH et al, Lancet, 369,657, Febrero 2007

Comentario: *Estos dos reportes generan no pocas editoriales y comentarios. Muestran resultados de una nueva era en prevención del HIV, proveyendo una sólida base para la vigilancia en salud publica. También trae a cuenta la cuestión de la reducción de la enfermedad en varones y mujeres, ya que hay mujeres que no pueden convencer a su pareja en el uso de profiláctico. Se considera, en el editorial de este artículo, que mientras se desarrolle una*

vacuna efectiva el futuro de la prevención esta en combinar nuevos métodos a los ya científicamente aceptados.. La circuncisión puede prevenir 35.000 casos nuevos de HIV en 2007 en Kwa Zulu-Natal solamente. Se observó que la aceptación en África de la circuncisión es alta en varias de las comunidades estudiadas. La discusión ética está

en la decisión de operar a los que no aceptan este procedimiento y es solamente sobre este acto quirúrgico y no sobre otros. No se debe renunciar a determinar si esta evidencia clínica puede ser trasladada en la practica rutinaria. De otra manera una oportunidad histórica para salvar vidas puede ser derrochada. (R. Goldbloom)

ADENDUM

Maravillarse es el primer paso para un descubrimiento.

Luis Pasteur



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

✓ 7º Curso de especialistas en Pediatría 2008-2009

A dictarse en el HIGA EVITA de Lanús, desde el 10/04/2008 al 10/12/2009. Duración: 1220 hs. Exámenes parciales y final con monografía. Directora: *Dra. Silvia Marone*. Coordinadores: *Dr. Carlos Ruiz* y *Dr. Daniel Murgo*. Inscripción en Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito II - Av. Belgrano 763 (Avellaneda) de 9 a 16 hs.

✓ Curso de Actualización Pediátrica 2008

Htal. M. T. de Calcuta de Ezeiza. Directores: *Dra. Mariana Rodríguez Ponte*, *Dr. Alberto Rodríguez Pérez*. Coordinadora: *Dra. Lilian Sosa*. Días viernes del 4 de Abril al 7 de Noviembre, de 11 a 14 horas. 84 horas docentes con evaluación final. Inscripción: R. J. Payro 351 Bº Uno Ezeiza; 4480- 0555/0514 int. 636 liliansos@gmail.com

✓ Tercera Jornada "El niño y la familia"

A realizarse el 13 de Junio de 2008. Organizada por Fundación Extramuros y Equipo de Pediatría H.I.G.A. Evita de Lanús. Directores de la jornada: *Dr. Carlos Ruiz* y *A.S. Leticia Ruiz*. Coordinadores: *Dr. Carlos Moresco* y *Dr. Daniel Benaderette*. Asesores científicos: *Dr. Ricardo Novo* y *Dra. Silvia Beatriz Marone*.

Dirigido a: médicos, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, docentes, abogados, técnicos en minoridad y familia, psicólogos sociales, terapeutas sistémicos y estudiantes.

✓ XVIII Curso de Pediatría Práctica

Htal. Interzonal de Agudos Evita de Lanús. Del 4 de Septiembre al 27 de Noviembre de 2008. Directores: *Dra. Mabel González*, *Dr. Daniel G Benaderette*. Coordinadores: *Dra. Silvia Balestrieri*, *Dra. Patricia Gómez*, *Dra. Ana Gilli*. 52 horas docentes con evaluación final.

✓ Curso anual de Crecimiento y desarrollo. Eje de la clínica pediátrica

Directores: *Dra. Gladys M. Convertini*, *Dr. Enrique*

Bermúdez. Población destinataria: Médicos en formación, Pediatras y Generalistas. A dictarse del 27 de Marzo al 4 de Diciembre de 2008, los días jueves de 19 a 22 hs. Carga horaria: 108 horas con evaluación parcial y final. Actividades de enseñanza y aprendizaje: clases presenciales, discusión de casos clínicos, trabajos prácticos en terreno. Este curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Sede: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III, Buen Viaje 554 - Morón. Inscripción: 4629-1611 / 4628-3035.

✓ Curso Anual de Pediatría.

Estrategias prácticas en Pediatría Ambulatoria

Organiza Consultorios Externos de Clínica Pediátrica del Htal. Pedro de Elizalde. Destinado a Médicos Pediatras y Pediatras en formación. Modalidad presencial. Días jueves de 10 hs a 13 hs (del 10 de Abril al 11 de Diciembre). Lugar: Aula 2 Consultorios Externos - 3er. Piso - Av. Montes de Oca 40 - Capital. Se desarrollará en dos módulos (de Abril a Julio y de Agosto a Diciembre). Acreditación: 80 hs por cada módulo con evaluación (160 horas totales si se realizan los dos módulos). Informes e inscripción: Consultorio Externo: *Dra. Violeta Caputo* (vicaputo@arnet.com.ar), *Dra. D Errico* (derrico@intramed.net), *Dra. A. Nakab* (ansilnak@yahoo.com.ar). Teléfonos: 4307-5842 al 44 (Internos 6101 - 6117).

✓ Curso anual de Actualizaciones en temas de pediatría y adolescencia: 2008

Organizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Juan A. Fernández. Cerviño 3356, Ciudad de Buenos Aires. Destinado a Médicos Pediatras y Pediatras en formación.

Se dictará a partir de Marzo a Noviembre de 2008, los días martes de 12 a 14 horas en el 7º piso Aula Multimedia de dicho establecimiento. El mismo consta de más de 100 horas docentes teórico-prácticas y elaboración de monografía final. Directores: *Dr. Leonardo Vázquez* y *Dr. Ernesto Rozenthuler*. Para informes e inscripción gratuita, enviar un mail a hppediat@intramed.net.ar. ■



AGÉNDELO

8^{VAS} JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE LA S.A.P.

DISTRITO OESTE

Jueves 23, Viernes 24 y Sábado 25 de OCTUBRE DE 2008

“SALUD INFANTIL Y AMBIENTE”

Construcción - Incertidumbre - Compromiso

OBJETIVO: Dotar al médico de herramientas de utilidad práctica para mejorar la calidad de atención.

TEMA CENTRAL: Influencia del medio ambiente en la salud del niño y del adolescente.

Otros Temas:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| • Manejo IRAB 1 ^{er} nivel | • Adopción | • Accidentes |
| • Imágenes | • Violencia | • Enfermedad celíaca |
| • Parasitosis | • Pobreza y discapacidad | • Fiebre |
| • Anemias | • Salud ambiental | • Exantemas |
| • Burn out | • CEAMSE | • Alteraciones nutricionales |
| • Ejercicio profesional | • Vacunas | • Diarreas |

SEDE: Universidad Nacional de La Matanza.

Agradecemos su colaboración y sus aportes. Con gusto recibiremos sus trabajos.

FECHA LÍMITE PARA PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES: 31 de Julio de 2008.

Para comunicarse con **SECRETARÍA GENERAL:**

Dra. Débora Rocca Huguet: debora@fibertel.com.ar • 4634-1934 (20:00 a 22:00 hs) • 15 5487-4004

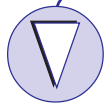
Dr. Alberto Antonio Libanio: albertolibanio@fibertel.com.ar • aalibanio@hotmail.com
4654-7427 (9:30 a 12:00 hs) • 15 4973-6208



INTERNACIONALES

Continuamos informando trabajos presentados en el marco del 25 Congreso Internacional de Pediatría, realizado en Atenas, Grecia, del 25 al 30 de agosto. Los editores felicitamos cordialmente a sus autores.

- | | |
|--|---|
| ✓ “Matronatación, pediatrics and infant psychosomatic reactions” (“Matronatación: Pediatría y reacciones psicósomáticas infantiles”).
<i>Patricia Cirigliano.</i>
Presentación póster. | ✓ “Reading promotion program of the Argentine Society of Pediatrics”
<i>Oswaldo Blanco, Nélide Valdata, Mario Grenoville, Hugo Sverdloff, Claudia Castro, Andrea Maurizi, Ariel Melamud</i> |
| ✓ “10 years in the web, the experience of the Argentine Society of Pediatrics”
<i>Mario Grenoville, Nélide Valdata, Oswaldo Blanco, Paula Otero, Ariel Melamud</i> | ✓ “Value of urinary sediment as a screening test in children with first urinary tract infection”
<i>Ariel Melamud, Rodrigo Matamoros, Mariana Yacachury, Alejandro Suwezda, Salomon Danon, Juan Barrena, Fabián Gonzalez, Adrian Maggio, Sonia Morero, Marta Castelli</i> |
| ✓ “The use of the internet as a resource for health information by pediatricians and their patients”
<i>Ariel Melamud, Paula Otero, Julio Puiggari, Guillermo Goldfarb, Hector Cairoli</i> | |



FRASES CÉLEBRES

Dr. LEONARDO VAZQUEZ

Estas *frases textuales* (especialmente seleccionadas) fueron escuchadas alguna vez en un consultorio pediátrico a lo largo de muuuchos años...

Son transcriptas con todo respeto, con la única finalidad de esbozar una sonrisa:

- ✓ Tiene que ver en el video que tenemos de Maxi, como se rasca las bolitas.
- ✓ Llega un momento en que me "enloquezo" y lo mataría...
- ✓ Le quiere comer el puré al hermano... (Un mes y medio de vida)
- ✓ Realmente este chico es un "zoretito" de chiquitito...
- ✓ En el análisis de la caca tenía un "coli heterogéneo"...

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.