



# NOTICIAS

## Metropolitanas



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**

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

### EDITORIAL

#### MEDIO AMBIENTE Y SUS CONSECUENCIAS

El medio en el cual se genera, organiza y mantiene la vida del humano es la trama familiar. Esta se convierte en un laboratorio metabolizador emocional de cuya eficacia dependerá la salud y de cuyo fracaso, la enfermedad. Debemos priorizar en el acto pediátrico la semiología ampliada, extendida a la familia (Dres. C. Gianantonio, M. Roccattagliata, A. Pérez). Creo que esto está instalado en el inconsciente colectivo de los Pediatras. Con las VIII Jornadas de la Región Metropolitana quisimos hacer lo mismo con el ambiente ecológico del niño, ya que éste condiciona su neurodesarrollo: plomo, mercurio, cadmio, nicotina, pesticidas, dioxinas, PCBs, solventes, etc. presentes en el medio, lo alteran. Se han encontrado 200 sustancias tóxicas en sangre del cordón umbilical de 10 recién nacidos en EEUU.

Dentro de este marco, los objetivos para nuestra Región, siguiendo los lineamientos de la nueva Comisión Directiva de la SAP, son:

Priorizar programas de Atención Primaria de la Salud, Educación para la Salud con participación y repercusión social, promoción y prevención con participación comunitaria en los Centros de Salud y asegurar un 2do y 3er nivel de atención regionalizada, recordando que el recurso humano es el verdadero componente estratégico de la APS.

Actividades de Educación Médica continua y descentralizada.

Aplicación regional de normas actualizadas de prevención y atención en crecimiento y desarrollo, lactancia materna, accidentes, nutrición, adolescencia, inmunizaciones y patologías prevalentes. Estimular la articulación inter e intrasectorial construyendo nodos y redes multidisciplinarias y transectoriales. Intensificar el conocimiento y difusión de los problemas ambientales. Definir nuevas metas en la reducción de la morbi-mortalidad materno-infanto-juvenil. Posicionamiento de las enfermedades sociales y mejora de la calidad asistencial (M. Ramonet).

Lo único permanente es el cambio, decía Heráclito, pero lo único que no debería cambiar, es la atención igualitaria y accesible a todos los que la necesitan y el mayor de los objetivos es hacer de la salud un patrimonio de la comunidad. El Programa "La Revolución por la salud del Niño" de James P. Grant (UNICEF), promovía la necesidad de que los Pediatras organizados en sociedades científicas trabajaran con los equipos de salud en beneficio del niño y su familia y en esa dirección estamos los que pertenecemos a la Región Metropolitana.

*Dr. Gustavo Bardauil*  
Director Titular

#### Director Titular

*Dr. Gustavo Bardauil*

#### 1er. Director Asociado

*Dr. Saúl Gleich*

#### 2do. Director Asociado

*Dr. Leonardo Vázquez*

#### Coordinadores:

##### Distrito Sur:

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

##### Distrito Oeste:

*Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /  
Dr. 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 / 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
- El Pediatra y la prevención activa ..... 2
- Historia de la Medicina ..... 4
- Actividades de la Región ..... 6
- VIII Jornadas de la Región Metropolitana ..... 7
- Boletín bibliográfico ..... 8
- Cuidado emocional del niño internado ..... 10

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, L. Vázquez, M. Vázquez



## EL PEDIATRA Y LA PREVENCIÓN ACTIVA

**Dra. Patricia Cirigliano\***

Por la educación familiar puede agregarse a la prevención pasiva (no entres, no te arrojes, no permitas...) el valioso aporte de la prevención activa.

El médico pediatra es, lo sabemos, el primer educador de la familia desde su inicio y aún antes del primer hijo. Su posición ante la escucha de los padres y del mismo niño o adolescente, tiene un privilegiado espacio en el campo de la prevención.

Lograr que se haga conciente y clara la responsabilidad que cabe a cada integrante de la familia en su relación con el medio acuático, es un camino extenso y cambiante. Las precauciones y los riesgos varían con el crecimiento y desarrollo infantil y la venida de los hermanos. Es fundamental que los padres se interesen por conocer el agua, sus leyes y las condiciones que la hacen segura, tanto como los límites psicomotores de los niños en crecimiento.

Aprender a nadar no es todo. Sobrevivir en el agua, conocer los riesgos y cómo evitarlos, saber conducirse en una emergencia definen la dramática diferencia entre la vida y la muerte. Este aprendizaje debe entenderse como un “continuum” que se inicia en la vida intrauterina y con el primer baño doméstico del recién nacido.

Así de imprescindible es también que el médico esté familiarizado con la totalidad de las Normas de Prevención Acuática para todas las edades y en ámbitos distintos.

### LOS NIÑOS Y EL AHOGAMIENTO

Si es dolorosa la pérdida del niño enfermo a pesar de los esfuerzos terapéuticos, la muerte de un niño sano hasta el momento, que pierde la vida por un evento evitable, suma el penoso sentimiento de no haber hecho lo bastante.

La cultura popular del “accidente” como hecho fatal deslizando las responsabilidades en una mala jugada del destino, conspira ciertamente contra los consejos preventivos. A consecuencia de falsos “accidentes”, mueren o quedan gravemente inválidos niños que pasan a engrosar las escalofriantes estadísticas de lo evitable.

Dice UNICEF “Es el ahogamiento la segunda causa de muerte accidental en el mundo, en niños de 1 a 4 años. Cada año quedan miles de personas con graves secuelas”. Dice OMS “En el agua, 10 cm. de profundidad y 10 segundos bastan para que un niño pierda la vida”.

Las estadísticas expresan el fracaso de la prevención. En nuestro país los reportes desde 2005 (Dirección de Estadística e Información del Ministerio de Salud) referidos solamente a los datos hospitalarios, arrojan cifras preocupantes. La mayor cantidad de casos es en la primera infancia. Luego la franja etárea de 10 a 14 años, cede su predominancia característica a un aumento notorio entre los 15 y 19 años.

La etapa de formación de los hábitos preventivos, como se sabe, es la de los primeros años. Muchas veces las familias ignoran el valor prospectivo de las enseñanzas, en especial las referidas a conductas de autocuidado, que se aprenden en casa y en la escuela durante la infancia. La llegada de la edad de la aventura, del desafío, del riesgo y del rebrote de la omnipotencia infantil es coincidente con el despertar sexual y la oferta medioambiental de alcohol y drogas, lo que configura un cóctel altamente tóxico. Que el adolescente lo consuma hasta arriesgar su vida en comportamientos variados, depende ciertamente de los hábitos infantiles ya instalados en aquellos años tempranos.

### ATRACCIÓN Y PELIGRO

La fascinación del agua es secular. Aún para el hombre de hoy, el agua significa peligro y atracción. En casa, en las piscinas, el mar o el río, en las acequias, en los piletines del jardín, en fuentones y baldes, y hasta en el w.c. doméstico, el agua ofrece por un lado su utilidad alimentaria, higiénica o de recreo, su aporte vital y el frescor del ambiente y por el otro su calma engañosa, como el espejo del Narciso, su tumultuosa irrupción de Tsunami, las inundaciones, los diluvios de este milenio signado, al parecer, por el desorden climático.

Conviene, entonces, protegerse y proteger a los demás, cerca y dentro de las fuentes de agua. En el análisis “*pos factum*” de los mal llamados “accidentes acuáticos”, se encuentra que una o varias de las normas eran ignoradas o se quebrantaron.

\* Dra. en Psicología Clínica, Dra. en Sociología, Lic. en Educación Física y Deportes.

## NORMAS DE PREVENCIÓN DEL ACCIDENTE Y SEGURIDAD ACUÁTICA

### En las piscinas:

- Vigila constantemente a los niños cerca del agua, sepan o no nadar.
- Busca primero a tu hijo en la pileta si no lo encuentras.
- Prevé que el adulto que queda a cargo de los niños sepa nadar y conozca las normas elementales de rescate.
- No intentes rescatar a alguien que ha caído al agua si no sabes nadar. Si no puedes acercarte un salvavidas o vara corre a pedir auxilio.
- Coloca al lado del teléfono y en forma visible los números de Emergencias.
- Evita colocar flotadores a tus hijos, son peligrosos.
- Distingue los flotadores. Los juguetes no deben confundirse con los salvavidas.
- Evita la inmersión completa de los niños que no han aprendido a controlar su respiración bajo el agua.
- Prohíbe, sin excepciones, los gritos, los empujones y juegos de manos en el agua.
- Prohíbe las carreras alrededor de la pileta.
- Confía solamente en profesores idóneos y con título.
- Coordina con claridad quién vigila, si varios adultos comparten la piscina con los niños.
- Exige a los niños pedir autorización a los mayores para ir al agua.
- Prefiere trajes de baño rojo o naranja ya que se visualizan fácilmente bajo el agua.
- No nades de noche en piscinas no iluminadas.
- Coloca luces de emergencia en las piletas con luz artificial.
- Evita los baños en aguas de dudosa calidad sanitaria.
- Prohíbe a tus hijos usar una piscina cuyo fondo no sea perfectamente visible.
- Mantén el agua de la piscina cristalina todo el año.
- Evita dejar en la pileta juguetes que flotan en la superficie.
- Presta particular atención a la instalación eléctrica y conexión de la piscina.
- Coloca una red de protección sobre la piscina sin uso.
- El nadador seguro jamás nada solo: enséñalo a tus hijos.
- Aprende las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

### En el hogar:

- Enseña a tu hijo a nadar cuanto antes.
- Jamás dejes a tu niño solo en la bañera doméstica, **ni un instante.**

- Deja sonar el teléfono o el timbre si estás bañando al niño.
- En el baño diario, los niños no deben cuidarse entre sí.
- Responsabilízate por el cuidado de tus hijos u otros niños a tu cargo cuando están en el agua o cerca de ella.
- No te confíes y vigila aún cuando los niños se refrescan en "aguas pequeñas".
- Cubre los inodoros.

### Hablando con padres en el consultorio:

- Dar tan sólo las indicaciones pertinentes para la edad del niño, evitando dirigirse a los padres con recomendaciones para edades ya superadas o adelantadas en el tiempo.
- Establecer con claridad los conceptos más duros que puedan impactar sin crear temor, dejando claro que a esas situaciones no se llega si los padres están atentos.
- Como el sol, la prevención bien hecha es acumulativa.
- Además de las generalidades algunas grageas puntuales son efectivas. En estos casos es preferible manejarse con "slogans" que son sencillos y están diseñados para recordar.

Reconozco que el modo de hablar a los padres suena poco "académico", pero ya probamos la suavidad y la diplomacia y el resultado, en miles de casos, fue la repetición de la imprudencia ante nuestra propia mirada profesional, a pesar del "Sí, sí, sí" con que amablemente contestaban a nuestras recomendaciones.

Se proponen aquí conceptos básicos que puedan llegar clara y rápidamente a la conciencia de quien los escucha:

- El agua tiene dos caras: es fantástica si se la usa bien y trágica si no se tiene cuidado.
- Si sabe nadar te va a dar los segundos extra que hacen falta. No va a entrar en pánico ni va a tragar agua... Pero ahí tenés que estar vos para darle la mano. No pienses que se va a salvar solo y vos te vas tan tranquila/o a hacer compras o atender el teléfono.
- El agua es siempre agua. Da igual si es la bañera de tu casa, la piletita, el mar o el río.
- ¿Sabías que un chico puede ahogarse en segundos en un poquito así de agua?
- Hay que tapar hasta el inodoro y no dejar agua por allí en baldes o fuentones. Te proteges del dengue y no pones en peligro a tu hijo.
- Lo peor que podés hacer es ponerte a tomar sol mientras tu hijo anda cerca del agua, cerrás los ojos y chau!... perdiste el control.
- Lo mejor es estar bien cerca de tus hijos, atenta/o

para actuar y sin quitarles los ojos de encima, sepan o no nadar.

- Enseñarle a nadar cuanto antes pero asegurarse que además de aprender, le enseñen a tener cuidado. Una cosa sin la otra no sirve de nada.
- Para la enseñanza, asegurar la confianza para ustedes y para tu hijo, agua limpia y profesores con título que te garanticen responsabilidad
- Organícense si van a vigilar los dos (mamá y papá). Sería una desgracia que uno piense que el **otro** lo está cuidando y al final no lo cuida ninguno. Después... no hay reproche que valga.
- Los más chicos tienen ideas muy locas porque todavía no saben razonar y quieren explorarlo todo.
- No hay nada más peligroso que poner al más gran-

de a cuidar a los hermanitos mientras se bañan.

- Si te encanta que jueguen en el agua, te parás ahí, como un soldadito y no te vas hasta que se vacíe la bañera.
- Ya se que me vas a decir que siempre están ahí, pero lo del **minuto fatal** es cierto. Ni en el baño, ni en la pileta, ni en cualquier otro lugar donde haya agua te podés tomar ese minuto porque es **la seguridad y la vida de tu hijo**.

**Si se accidenta tu hijo por un descuido, no vas a parar de llorar en tu vida. Y evitarlo es fácil: no le saques los ojos de encima.**

**Que tu hijo sepa nadar, no excluye tu vigilancia responsable. ■**



## 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.*

### EL RENACIMIENTO

El período renacentista (“vuelta a nacer”) (XV-XVI) es impulsado por el humanismo; con el estudio del hombre, la libertad de pensamiento y el individualismo. Gutenberg (c.1400-1468), impresor alemán y pionero en el uso de los tipos móviles, en 1454 inventa la *imprensa*, hecho trascendente en la difusión del saber. La decadencia feudal da paso a una nueva clase social, la *burguesía*, y es la hora de las *exploraciones geográficas* y descubrimientos de nuevas tierras. Los médicos se agremian con los pintores y los boticarios. La **nueva anatomía** tuvo en Leonardo Da Vinci (1452-1519) un eximio estudioso, genio de las artes y excelso investigador, de quien se conocieron sus “apuntes” cerca del siglo XIX. Fue Vesalio (1514-1564), disector estupendo, quien expone esta nueva anatomía publicando: “*Acerca de la fábrica del ser humano*”, donde presenta sus conclusiones derrumbando la teoría galénica, demostrando que el tabique interventricular es macizo. Mientras tanto, el astrónomo polaco Nicolás Copérnico exponía su teoría heliocéntrica.<sup>1</sup> La *circulación menor* fue estudiada por Miguel Serveto, que murió en la hoguera y Colombo, mientras que D’Acquapendente describió las válvulas venosas. Otros anatomistas famosos fueron:

Eustacchio, Varolio, Falopio Y Silvio. Ambrosio Paré (1510-1590) fue sin duda la figura preeminente de la **cirugía renacentista**. Trabajó en el mayor hospital de Francia (*Hôtel-Dieu*) en donde existían los maestros cirujanos que se distinguían de los barberos por sus largas túnicas. Luego fue contratado por un oficial del ejército, dedicándose a la curación de heridas por arma de fuego con una pomada de su creación, en lugar de aceite de sauco hirviendo, y puso en práctica la ligadura arterial en las amputaciones. Fue *médico de cámara* del rey.<sup>3</sup> La **clínica** renacentista presentó cierto estancamiento. Los enfermos mentales eran conducidos a la hoguera por *posesión diabólica*. El suizo Paracelso (1493-1541) fluctuó sus conceptos entre lo racional y lo demoníaco. De personalidad controvertida se opuso férreamente a Avicena y Galeno, llegando a quemar los libros de éstos en la plaza pública. Sus textos más relevantes fueron *Paramirun* y *Paragranum*. Para él, la salud depende de cinco entes y en el organismo se encuentra el *arqueo*. Su principal discípulo fue Van Helmont, gran alquimista como su maestro. Jerónimo Frascatoro es quien llama *sífilis* a lo que se denominaba *morbo gállico*, ya que las tropas francesas la habían introducido en Italia. También estudió otras enfermedades venéreas. ■

## MEDICINA RENACENTISTA

Período	Características	Figuras relevantes	Pensamiento científico	Eventos a destacar
Fin del Siglo XV hasta comienzo del siglo XVIII	El hombre como objeto de estudio  *  Prevalen la libertad de pensamiento y el individualismo		Prevalece el pensamiento anatómico.  Observación y experiencia se reconocen como indispensables.	Aparición de la clase burguesa, poseedora del poder económico.
		Leonardo da Vinci (1451-1519)	Generador de la anatomía funcional.	Sus escritos permanecen sin publicar durante años.
		Andrea Vesalio (1514-1564)	Inicia el camino al descubrimiento de la circulación mayor.	“De humanis corporis fabrica”
		Gerolamo Fabrici D' Acquapendente		Descubrió las válvulas venosas.
		Miguel Serveto (1509-1553)	Entender el cuerpo es el paso previo para entender el espíritu.  Describe la circulación menor.	<i>Christianismi restitutio.</i>  Muere en la hoguera acusado de herejía.
		Jerónimo Fracastoro (1478-1553)	Padre de la epidemiología, aparece la idea de contagio.	1731: por ordenanza de Luis XV se prohíbe el ejercicio a los barberos, en la Revolución Francesa se crean las escuelas de salud y aparece el título de Doctor.
		Ambrosio Paré (1510-1590)		Método para tratar las heridas por armas de fuego.

Próximo: **El Barroco**

## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

### ► CURSO DE ACTUALIZACIÓN PEDIÁTRICA 2009

**Directores:**

Dr. Alberto Rodríguez Pérez  
Dra. Sosa Celia Lilian.

**Secretaria:**

Dra. María Alba Castro

► **Días:** Viernes 3 de abril al 6 de noviembre de 11.00 a 14.00 horas.  
84 hs. docentes con evaluación final.

► **Inscripción:** R. J. Payró 351 B° Uno Ezeiza.  
Tel.: 4480 0555 0514 Int. 636  
Correo electrónico: liliansos@gmail.com

### ► CURSO ANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. EJE DE LA CLÍNICA PEDRÁTRICA

**Directores:**

Dra. Gladys M. Convertini  
Dr. Enrique Bermúdez

**Población Destinataria:**

Médicos en formación  
Pediatras  
Generalistas

► **Fecha:** 26 de marzo al 10 de diciembre de 2009.108 horas con evaluación parcial y final.

► **Actividades de enseñanza y aprendizaje:**  
Clases presenciales. Discusión de casos clínicos.

► **Trabajos prácticos en terreno:** Días Jueves de 19 a 22 hs. Otorga 12 créditos.

► **Sede:** Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III  
Buen Viaje 554 – Morón.

► **Inscripción:** 4629-1611 / 4628-3035





SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA  
Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano  
en un mundo mejor

2008: Distrito Oeste

## VIII JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

**Influencia del medioambiente en la salud infantojuvenil**  
Construcción, incertidumbre y compromiso

23 • 24 • 25 de Octubre de 2008



*Dr. Juan Luis Marsicovetere\**

La Región Metropolitana abarca geográficamente la Ciudad de Buenos Aires y 24 municipios del conurbano. La población que allí demanda atención médica es muy disímil desde el punto de vista económico, social y cultural y también es muy distinta la infraestructura sanitaria que se brinda en las distintas áreas de la Región.

Nuestro enfoque durante las VIII Jornadas fue bidireccional: se dirigió a la **población con recursos socio-económico-culturales más limitados**: es este grupo vulnerable donde se nota con marcada intensidad la influencia del medio ambiente sobre la salud y **al primer nivel de atención** que es donde concurre esta población para satisfacer sus necesidades de salud.

Las Jornadas se realizaron los días 23, 24 y 25 de Octubre último. Se desarrollaron 8 sesiones en las que se presentaron aproximadamente 50 Temas Libres y 35 actividades, que consistieron en 2 Conferencias Plenarias, 7 Conferencias, 2 Mini conferencias, 2 Talleres

y 22 Mesas Redondas, durante 60 horas de actividad y con la participación de 96 prestigiosos disertantes, expertos en variados temas y la concurrencia de 460 profesionales.

Se analizó la cruda realidad en la que ejercemos nuestra apasionante profesión y cómo influye sobre esta realidad el medio ambiente. Tratamos de dar una respuesta.

Sabemos que las dificultades son muchas, que la solución es compleja y no depende sólo de los prestadores; no obstante nos propusimos analizar y profundizar entre todos el conocimiento de las diversas problemáticas para facilitar así el hallazgo de soluciones, su implementación y poder de esa manera lograr herramientas de utilidad práctica, para mejorar la calidad de la salud y de la atención médica.

Así, parafraseando el lema de nuestra querida SAP:

**“Por un niño sano en un mundo mejor”,**  
intentamos lograr:

**“Un niño mejor en un mundo sano”. ■**

\* Vicepresidente VIII Jornadas.



## BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

### 1) PÚRPURA DE SCHÖENLEIN-HENOCH. ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El antecedente de infección del tracto respiratorio superior y la ingesta de antibióticos se asociaron con el desarrollo de púrpura de Schönlein-Henoch. Otros factores epidemiológicos estudiados no se encontraron asociados con el desarrollo ni la evolución de la enfermedad.

*Martínez López M M, et al, An. Pediatr. 2007; 66: 453 - 458.*

### 2) SÍNDROME METABÓLICO EN LA INFANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado a la obesidad como epidemia mundial del siglo XX, convirtiéndose en el primer problema de salud pública. En España un estudio realizado en la población entre los 2 y 24 años de edad, muestra unas cifras de prevalencia del 13,9% para la obesidad y del 12,4% para el sobrepeso.

Estudios longitudinales sugieren que la obesidad infantil después de los 3 años de edad se asocia a un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta y con un aumento de la morbilidad y mortalidad debido a la persistencia de los trastornos metabólicos asociados, entre los que se encuentran el síndrome metabólico (definido como la asociación de varios factores de riesgo precursores de enfermedad cardiovascular arterio esclerótica y de diabetes tipo 2 en el adulto, en cuya fisiopatología desempeña un papel fundamental la insulino resistencia).

A pesar de su trascendencia no existe aún una definición pediátrica del mismo universalmente aceptada, lo que dificulta el conocimiento exacto de su magnitud, si bien la prevalencia hallada en numerosos estudios realizados en pacientes pediátricos obesos oscila entre el 20-30%.

*Tapia Ceballos L, An. Pediatr. 2007; 66:159-166.*

### 3) TESTÍCULOS NO DESCENDIDOS. LA EXPERIENCIA HOLANDESA

La prevalencia de testículos no descendidos congénitos está entre 0,8 y 1,1% al año de vida, mientras que la tasa de orquidopexias parece ser tres veces mayor. Además, a pesar de las recomendaciones para la pronta orquidopexia, la mayoría de las operaciones se realizan en la infancia tardía. Algunos estudios han sugerido que la falta de descenso

adquirida es bastante común, superando a la variedad congénita. En el Centro Médico Alkmaar, en Holanda, investigaron 2.042 niños de 6 años de edad, 1.038 de 9 y 353 de 13 años. Pacientes en los cuales un testículo podría no ser palpado en la bolsa escrotal, eran referidos al hospital para un examen más detenido. Se definió al testículo retráctil como el que puede ser manipulado en una posición escrotal estable, donde permaneció hasta que se produjo el reflejo cremasteriano. Testículo no descendido (TND) se definió como el que no puede palparse en una posición escrotal estable y que cuando se trata de colocarlo tensionando las estructuras del cordón, duele. TND adquirido es aquel que tuvo una posición anterior, documentada por lo menos una vez. En el examen físico 57 testículos no escrotales fueron encontrados en 48 chicos. Cuarenta y siete de ellos fueron atendidos y en 25 casos se diagnosticó el tipo adquirido (en todos esos chicos, se documentó una posición previa en escroto). La prevalencia de casos adquiridos a los 6, 9 y 13 años fue de 1,2; 2,2 y 1,1% respectivamente, mientras que la tasa de casos congénitos fue de 0,9; 1,2 y 0,6%. Esta observación sugiere que después de los 5 años de vida, los TND son casi exclusivamente adquiridos. Así se puede explicar por qué sólo alrededor de un tercio de todas las operaciones son realizadas durante los 2 primeros años de vida, a pesar de las recomendaciones. Estos resultados indican que los exámenes médicos de rutina en niños de más edad deberían incluir exámenes de ambos testículos.

*Hack WWM et al, Arch. Dis. Child. 92:17-20, January 2007.*

**Comentario:** *El Dr. P. Mouriquand del Hospital Debrousse, Lyon, Francia, comenta que algunos autores consideran el diagnóstico de TND adquiridos como resultado de errores en el examen físico. Sin embargo la experiencia acumulada de examinadores calificados sugiere que los casos adquiridos son un fenómeno real. También señala que el seguimiento a largo plazo de pacientes con testículos retráctiles (testículos en "yo-yo") ha demostrado que muchos eventualmente se presentan como TND. Piensa, además, que muchos TND adquiridos pueden haber comenzado en la categoría de retráctiles. En su opinión, este estudio tiene ciertas fallas que son difíciles de evaluar, incluida la calidad del examen. Además, algunos de los llamados TND, resultaron ser perfectamente normales cuando se coloca al niño bajo*



anestesia general. La otra cuestión importante es si los TND adquiridos deben ser siempre tratados; cita un trabajo en el que 63 chicos con ese diagnóstico fueron seguidos a través de la pubertad, encontrándose descenso espontáneo en 42. Queda pendiente determinar si la mala posición de los testículos tiene implicancias con respecto a cáncer o fertilidad. Evidentemente, aún queda trabajo por hacer.

R. Goldbloom

**Comentario:** Una demostración muy educativa con respeto al volumen de la regurgitación, es verter una cucharada de agua o leche en una sábana o papel y mostrar que la pérdida es menor de lo supuesto. Esto, combinado con espesar la fórmula y señalar que los infantes aumentaban normalmente de peso, es suficiente para constituir el programa de investigación con la colaboración de los padres.

R. Goldbloom

#### 4) SOBRE ¿PRESCRIBIMOS MEDICACIÓN ANTIRREFLUJO EN LOS NIÑOS CON REGURGITACIÓN?

En el centro pediátrico West Jefferson Medical Center, New Orleans, Louisiana, durante 2006-2007, se realizó esta revisión de niños con regurgitación. Excluyeron los pretérmino, los bajo peso para edad gestacional, los niños con enfermedad subyacente, con anomalía del desarrollo psicomotriz o dimorfismo, con enfermedad respiratoria baja, los expuestos directa o indirectamente al humo del cigarrillo y aquellos cuidados por cualquier otra persona que no fuera la madre (64 infantes cumplieron todos los criterios de inclusión). La mayoría (89%) estaba ganando peso en más de >15 g/día. Sólo 7 niños tenían ganancia de peso <15 g/día, incluyendo 4 con estenosis pilórica, 1 con acidosis tubular renal y 2 con phmetría anormal. Se retiró la medicación antirreflujo en 51 niños, aconsejando a los padres espesar apropiadamente la fórmula y posición correcta de administración. Treinta y nueve mostraron mejora o no empeoramiento de síntomas. En la mayoría no se encontró criterio diagnóstico de reflujo gastroesofágico patológico, pero habían recibido alguna medicación para esa enfermedad. Los autores enfatizan la necesidad de espesar los alimentos y dar volúmenes pequeños. Los infantes con phmetría anormal, presentaron a menudo otros síntomas además de la regurgitación. También, una ganancia de peso de <15 g / día, fue asociada con una patología subyacente como la estenosis pilórica, acidosis tubular renal y/o reflujo gastro esofágico patológico. Además, la percepción paternal del volumen de emesis de su niño era exagerada en 5 a 6 veces con respecto al volumen real.

*Khosho V et al, Pediatrics 120:946-949, November 2007.*

#### 5) LA CONEXIÓN FOLATO

En 1978 Richard F. Branda y John W. Eaton, demostraron que las personas de piel clara expuestas a una intensa luz solar simulada, presentaban en la sangre niveles anormalmente bajos de ácido fólico, una vitamina del grupo B esencial. También percibieron que al someter el suero sanguíneo humano a las mismas condiciones, se producía una disminución del folato de hasta un 50%.

La importancia de estas experiencias, en lo que hace a la reproducción, fueron decisivas para evitar defectos congénitos. Fiona S. Stanley y Carol Bower, de la Universidad de Australia Occidental, dejaron establecido a finales de los 80, que las deficiencias de folato en las mujeres embarazadas tenía relación con un riesgo elevado de defectos del tubo neural, tales como espina bífida y mielomeningocele, hecho que fue corroborado posteriormente.

Cuando se realiza la síntesis de ADN, durante la mitosis, el folato es esencial para el proceso. También se demostró que el aporte de ácido fólico eleva el número de los espermatozoides en varones con infertilidad. Además el ácido fólico tiene que ver con la piel, que en algunos casos se vuelve oscura, para proteger los depósitos de folato almacenados en el organismo.

Al controlar a tres mujeres jóvenes, en buen estado de salud, que habían dado a luz niños con defectos del tubo neural, se observó que habían tomado sol en las primeras semanas de la gestación. La destrucción del folato por la radiación UV, se suma a lo que se sabía sobre los efectos nocivos de la irradiación sobre el ADN y producción de cáncer de piel (con mayor riesgo en los niños).

*Chaplin G, Jablonski N, Investigación y Ciencia, Diciembre 2002. ■*

---

## ADENDUM

**“El acto médico es, en última instancia, una confianza frente a una conciencia”**

L. Porter



## CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO INTERNADO

Laura Moncayo\*

Desde el nacimiento el ser humano va creciendo, afrontando y atravesando diferentes momentos críticos. Estos momentos son esperables y necesarios que acontezcan para acceder al siguiente peldaño en la escalera del desarrollo.

Hay otros que no son esperables aunque es posibles, que ocurran a lo largo de la vida de una persona. La internación de un niño puede ser vista y entendida como uno de estos momentos de transición y de cambio.

Para hacer frente a esta situación, promoviendo la salud integral y previniendo futuros desórdenes emocionales, en este período que es la niñez, se cuenta en varios hospitales con la existencia de espacios donde hay profesionales (psicólogos) que asisten y acompañan tanto al niño como a su familia en el transcurso de la internación. Ésta es la función de una sala de juegos terapéuticos en un servicio de internación pediátrica.

El niño internado, por el hecho real y concreto de estar alejado de su hogar, por sufrir una dolencia y estar en un ámbito nuevo y desconocido es muy posible que experimente ansiedades, angustias y temores. El espacio de la sala de juegos terapéuticos, es un lugar donde el niño puede establecer un vínculo significativo con un profesional de la sala, en el cual puede mostrar y expresar todo eso que siente y cómo lo siente. Se lo acompaña para que el niño transite este período de la forma más sana posible. Es decir, desde una visión integral del ser humano, acompañarlo y brindarle herramientas para que el niño tenga acceso a su mundo interno (ansiedades, angustias, broncas, miedos) y pueda expresar lo que siente. Esto es: si el niño siente miedo ante lo que le va a ocurrir durante el tiempo que permanezca internado (procedimientos, maniobras médicas, intervenciones, estudios) es esencial que pueda compartirlo sin ser censurado, minimizado, ni ridiculizado por los otros. El miedo es una emoción natural que surge ante una situación nueva atemorizante.

Se trabaja con la información que el pequeño conozca acerca de su enfermedad o del motivo de internación. El miedo disminuye con la información adecuada e inversamente aumenta con la desinformación. Esta información es brindada de acuerdo a la edad del niño, así como a su grado de entendimiento y comprensión. En otras palabras, se adecúa la información a la etapa evolutiva por la que el niño

está transitando. Este trabajo es realizado de manera individual y personalizada con cada niño-paciente. Lo que se intenta es favorecer la expresión de todo lo que al niño le preocupa, inquieta, teme, imagina acerca de la internación o acerca de su enfermedad. Lo expresa mediante juegos, dibujos, expresiones artísticas (collages) y construcción de títeres. A través de dramatizaciones se trabajan las situaciones temidas. Este proceso ayuda a que el niño tenga acceso a reconocer sus recursos internos, para enfrentar la situación con todo su potencial puesto en acción. Paralelamente a este trabajo con el niño, se realiza un trabajo de acompañamiento y señalamientos a la familia. Se trabaja fundamentalmente con la mamá, que es la persona que permanece junto al niño que se encuentra internado en la mayoría de los casos. Este acompañamiento se focaliza en los motivos de la internación, su información o desinformación; lo que siente, lo que piensa, lo que teme y cree acerca de la enfermedad de su hijo hoy y en el futuro. Muchas veces el registro de las mamás respecto a la enfermedad de su hijo es poco claro; la historia personal, la conflictiva familiar o de pareja es tan compleja que les ocupa mucho espacio interno.

Otra de las preocupaciones que aqueja a las mamás es el tener que dejar a sus otros hijos al cuidado de familiares y/o vecinos. La finalidad de este trabajo es que la mamá esté lo suficientemente contenida para acompañar a su hijo en este período tan especial. Sintetizando, considero esencial contener a los papás para que ellos puedan contener a su hijo internado. En otras palabras, cuidando al cuidador. Es un trabajo que incluye al niño y a toda su familia; el protagonista es el niño internado y los papás son los que permanecen junto a él durante la internación. Por lo que es vital fortalecer y afianzar el vínculo mamá-hijo, papá-hijo y el grupo familiar en su totalidad.

Otro de los objetivos de la sala de juegos terapéuticos es brindar al niño un espacio de juego. Siendo el juego la experiencia natural y espontánea por excelencia, en esta etapa del desarrollo, es un lugar que cuenta con juegos y juguetes para diferentes edades e intereses. El juego es una herramienta para conocer al paciente y para ayudarlo a enfrentar y elaborar lo que necesita en este momento de su vida.

Aparecen juegos de descarga de tensiones (juego de bolos, hacer picar la pelota repetidamente en el suelo, guerra con almohadones, entre otros), dramatizaciones de las situaciones temidas (como el ser pinchado, la extracción de sangre, entre otras).

\* Lic. en Psicología.

Se logra así, la modificación del estado emocional del niño y todos sus sistemas internos (sistema inmunológico, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, sistema endocrino). Este mejoramiento facilita la actuación de los médicos para que realicen las intervenciones convenientes para curar o para mejorar la calidad de vida del niño-paciente.

Durante este período se trabaja para que el paciente conozca y ponga en acción todo su potencial interno. Por ejemplo: el aprendizaje del coraje, la valentía que es el actuar a pesar del miedo; la aceptación de lo que es para modificar lo que vendrá. Es importante que el paciente y su entorno vean la enfermedad como una situación difícil, que abre un espacio de aprendizaje y transformación, tanto en el ámbito personal como en el grupo familiar.

Por otro lado, es fundamental generar un vínculo basado en la confianza entre médico-paciente y entre médico-papás. Este vínculo es de gran importancia para el grupo familiar del paciente internado, favoreciendo el cumplimiento de las instrucciones e indicaciones de los médicos respecto a las medidas de prevención y atención primaria, que hacen al cuidado de la salud del niño desde el momento de la internación en adelante.

El médico es para el paciente y su familia una figura

de poder y autoridad. Dada esta realidad, cualquier gesto, comentario, o actitud del médico hacia el paciente es decodificada por este último como un signo de valorada importancia.

Las investigaciones en el área mente-cuerpo de la Universidad de Harvard mostraron que la confianza en el vínculo médico-paciente puede marcar una diferencia significativa en el proceso de la enfermedad a la salud.■

### **Bibliografía**

- Erikson E. Identidad, juventud y crisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
- Goleman D. La inteligencia emocional. Ed. Vergara, Buenos Aires, 2006.
- Kotliarenco M, Cáceres I y Fontecilla M. Estado de arte en resiliencia. Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer, Buenos Aires, 1997.
- Melillo A y Suárez Ojeda E. Resiliencia. Ed. Paidós, Argentina, 2001.
- Winnicott D. El concepto de individuo sano. Ed. Trieb, Buenos Aires, 1978.
- Zehentbauer J. Drogas endógenas. Ed. Obelisco, Barcelona, 1995.

