



CORONEL DÍAZ 1971/75 • (1425) CAPITAL FEDERAL • TEL.: 4821-8612 - FAX: 4821-2318
E-mail: metropol@pccorreo.com.ar

Directora Titular

Dr. Beatriz Burbinski

1er. Director Asociado

Dr. Domingo Longo

2do. Director Asociado

Dr. Gustavo Bardaui

Coordinadores

Distrito Sur :

*Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino /
 Dr. Edgardo Flamenco / Dr. Horacio Garavaglia /
 Dr. Saúl Gleich / Dra. Clara Massola de Muiños
 Dra. Mariana Rodríguez Ponte /
 Dr. Rafael Toziano*

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. Mario Cesarsky
 Dr. Raúl Larcade / Dr. Carlos Luzzani
 Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /
 Dr. Leonardo Vázquez*

Asesores Ex Directores:

*Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser
 Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi
 Dr. José Luis Cervetto*

SECCIONES

- Editorial 1
- Jornada "El niño Febril", en homenaje al DR RAÚL J. BLANCO..... 2
- Jornada "Prevención en el primer nivel de atención " homenaje al DR. LUIS R WINTER. 3
- Diarrea Aguda..... 4
- Promoción de la lectura..... 6
- Actividades de la Región..... 7
- Jornadas región Metropolitana 2005 7



EDITORIAL

LOS "NIÑOS CULPABLES"

La creciente ola de violencia, inseguridad y miedo que viene azotando a nuestro país en los últimos tiempos ha vuelto a poner sobre la mesa la necesidad de tomar medidas tendientes a prevenir, disminuir o evitar estos hechos.

Las propuestas acerca de qué se puede hacer se suceden sin pausa, como oleadas después de cada hecho aberrante que angustia y exaspera a la opinión pública, que reclama con razón, culpables, mayores castigos y mano dura.

Las justas razones de estos reclamos no nos deben llevar sin embargo a perder de vista el sentido común, que aconseja un análisis racional de las reales causas que han precipitado a nuestra sociedad a padecer esta situación, así como de las consecuencias de las acciones que se instrumenten.

Es en este contexto que por diversos medios los pediatras hemos expresado nuestro temor frente a los recurrentes planteos de modificaciones en los criterios legales de imputabilidad de niños y adolescentes, para su reclusión posterior en instituciones que han probado ser centros de capacitación para el delito más que lugares de protección y reencauzamiento de los menores. En la actualidad se estima que sólo en la provincia de Buenos Aires hay 8000 menores privados de su libertad; el 82 % de ellos internados en institutos por causas asistenciales. Se debe recordar que a partir de la reforma de la Carta Magna de 1994 se ha incorporado con rango constitucional la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

En tanto, en nuestro país, sigue rigiendo la problemática de la minoridad, la antigua Ley de Patronato dictada en 1919 y basada en un antiguo concepto de "control social". Está absolutamente probado que los índices de criminalidad de un país se disparan cuando la inequidad invade su contexto socio económico, cuando las brechas de clase se ensanchan, el tejido social se desgarran y la desesperanza se instala sin remedio.

Si hay un grupo social que ha sido fuertemente golpeado por la crisis, que ha padecido la injusticia, la exclusión, la brutal confiscación de la dignidad y la esperanza, ese grupo es, a no dudarlo, el de los niños argentinos. Y es por estos niños que hoy volvemos a levantar nuestro reclamo, para que no vuelvan a ser injustamente excluidos, castigados y condenados sin razón.

Ellos tienen derecho a ser rescatados con todos los recursos legales y materiales que tanto el Estado como la sociedad civil disponen.

¿Dónde están los proyectos de legislación en cuanto a los niños en situación de calle, al trabajo infantil, a las diversas manifestaciones de su desprotección social? Ellos merecen el esfuerzo de trabajar a largo plazo, de reemplazar un pensamiento facilista, basado en un carácter puramente represivo como el aumento de las penas, o el descenso de la edad de imputabilidad, por estrategias que apunten a las reales causas de esta escalada de violencia, sin caer en la tentación de culpar siempre al más débil.

De no hacerlo así no sólo ellos serán los condenados, también nos condenaremos todos a la peor vergüenza social, la de ser cómplices de la injusticia.

Dr. Domingo Longo
 1º Director Asociado



JORNADA “EL NIÑO FEBRIL”, EN HOMENAJE AL DR RAÚL J. BLANCO

Con la asistencia de 370 participantes, se realizó el 23 de octubre, en el Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos Gianantonio”.

Hubo mesas redondas (que contaron con las exposiciones de los invitados nacionales Dres. Miriam Bruno, Irene Grimoldi, Hugo Paganini y Raúl Ruvinsky y de los integrantes del grupo de trabajo organizador: Dres Patricia Bermejo, Mirta Borrás, Jorge Celestino, Fausto Ferolla, Fausto Martín Ferolla, Elba Pelaya, Graciela Robbio y Ricardo Straface), y una conferencia a cargo del Profesor Martín Pusic de la Universidad de Columbia. Fueron sus conclusiones:

1. La temperatura en ascenso aumenta y / o activa las defensas del organismo.
2. La temperatura en ascenso tiene *techo*, salvo en patologías excepcionales como el “golpe de calor”, la hipertermia maligna, el síndrome neuroléptico maligno y el shock hemorrágico encefalopático.
3. El hombre, como animal endotérmico tiene un *punto de ajuste* en el hipotálamo anterior.
4. Fiebre e hipertermia no son sinónimos.
5. La fiebre debe explicarse según *bases moleculares*. A partir de un gatillo común (principalmente la Interleukina-1) se activan dos circuitos metabólicos independientes entre sí: el de las prostaglandinas y el del metabolismo del Zinc. Las *prostaglandinas* ascienden el punto de ajuste en el hipotálamo anterior, de donde parte la orden para que el *hipotálamo posterior* a través de la constricción o la dilatación vascular haga que el organismo guarde o pierda calor, según le convenga. Las *medidas anti-térmicas* actúan todas en este circuito: si son físicas actúan en lo vascular, no afectan al punto de ajuste y su duración es efímera; si son farmacológicas inhiben a las prostaglandinas, descienden el punto de ajuste, ocasionan disminución térmica por unas horas. Pero ni las físicas, ni las farmacológicas influyen en el metabolismo del zinc del cual dependen las *convulsiones febriles*. En la fiebre baja el zinc en sangre, esto influye en el equilibrio entre los *neurotransmisores* (inhibidores como el GABA y excitantes como los NMDA).
6. El pediatra frente al niño febril tiene 2 preocupaciones. La posibilidad de *bacteriemia* y *enferme-*

dad invasiva y la asociación con *convulsiones febriles*. Sabe que hay una mayoría de *enfermedades virales autolimitadas* y tiene que contener a una familia inmersa en mitos y temores.

7. La introducción de las *nuevas vacunas* está cambiando los planteos en cuanto a la posibilidad de enfermedad bacteriana severa e invasiva.
8. La incidencia de *convulsiones febriles* simples se da en 2 al 4% de la población de 6 meses a 6 años, no dependiendo su aparición del nivel de temperatura alcanzada, ni de la terapéutica antifebril previa, ni de la aplicación de vacunas. La repetición de las mismas depende de la edad menor a 12 meses en la 1ª, o su aparición con temperatura apenas elevada.. Se reitera la inutilidad de las medidas anti-térmicas para evitar la recurrencia. Solamente las *benzodiazepinas* por su acción en el metabolismo del zinc tendrían acción preventiva, pero esto sin consenso universal
9. Las conductas médicas frente al niño febril deben guardar una secuencia obligatoria: *Observación*, mediante las escalas de la U. De Yale, *Interrogatorio* minucioso y dirigido, *Examen físico* buscando enfermedad focal, prestando atención a la presencia de petequias fuera del área de Valsalva. *Monitoreo clínico* cada 4 a 6 horas, por los cambios graves que pueden producirse en lapsos mayores. *Pruebas auxiliares*, siendo el hemocultivo la piedra angular para el diagnóstico de bacteriemia, así como los otros cultivos, la Rx de tórax, la Punción lumbar y como predictores la dinámica de blancos (GB > de 15.000 o < de 5.000, presencia de vacuolas) y las mencionadas petequias. *Tratamiento de la fiebre*: ya explicado en la conclusión 5. Agregar que la razón fundamental es dar confort al niño, calmando los dolores que la acompañan, mediante paños tibios y antiprostaglandinas, alivianar ligeramente las ropas, dentro de un ambiente térmico adecuado. Recordar que el febril puede sentir frío, aún en verano.: dar *paracetamol* a 15 mg/kg/dosis, cada 4-6 horas (el paracetamol en gotas rinde 5 mg/gota y en jarabe 100 mg/5 ml, mientras supere 38°C, evitar la sobre prescripción. No se justifica la alternancia entre paracetamol e ibuprofeno, porque atiende a querer bajar la fiebre a

toda costa antes de considerar la causa que la provoca. Está en controversia saber que el *ibuprofeno* sea más eficaz o no como antitérmico aunque tenga mayor poder analgésico a 10 mg/kg/dosis y no se tendría que usar en varicela porque se sospecha que puede asociarse a la producción de fascitis necrotizante. Nuestro grupo considera que no debe ser de primera elección en menores de 2 años, pues se trata de un AINE y de algún modo podría interferir con las funciones inmunológicas ascendidas como consecuencia de la fiebre. La *aspirina* se descarta por la observación del síndrome de Reye, observado también en adolescentes, la *dipirona* se debe utilizar por excepción ya que se han descrito alteraciones dermatológicas y hematológicas y el *diclofenac* no está suficientemente ensayado. No hacer ni baños fríos ni progresivamente fríos, pues acentúan el disconfort descendiendo la temperatura por un período corto y realizan lo que el organismo "no quiere" (perder calor en lugar de guardarlo). Sabiendo que al procurar descenderla no se evita ni la Bacte-

riemia, ni la focalización grave ni la convulsión febril. Tampoco se consigue diferenciar enfermedad grave de leve. *Tratamiento empírico inicial* hasta la negatividad de los cultivos, fundamentalmente con *Ceftriaxona*.

10. En el sector de 30 a 90 días de vida, hay características especiales, al no poderse tomar la puntuación de Yale, por los signos incompletos de interacción en este grupo etario. Para distinguir el riesgo bajo del alto, se idearon diversos criterios como los de Rochester, Philadelphia y Pittsburg.
11. Los padres deben conocer los beneficios de la fiebre (conclusión 1), informados de la prioridad: conocer la causa de la fiebre más que intentar bajarla a priori y aprender la correcta toma de la temperatura.

Nota. En n/página webb encontrará el detalle de los criterios de Rochester y de Philadelphia, así como la Puntuación de Yale, detallada.



JORNADA "PREVENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN" HOMENAJE AL DR. LUIS R WINTER.

DISTRITO OESTE DE LA REGION METROPOLITANA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA.

El sábado 25 de Septiembre nos reunimos amigos, compañeros de trabajo, familiares de Luis, residentes que gozaron de sus conocimientos y su amor por la tarea que desempeñaba y otros que aún, sin haberlo conocido, quisieron estar presente también para rendirle tributo

El Dr. Domingo Longo, 1º Director Asociado de la Región Metropolitana reseñó la trayectoria del Dr. Winter., entregando posteriormente al Dr. Horacio Repetto, Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Posadas, una plaqueta en nombre de la S.A.P, para ser colocada en el aula de dicho Servicio.

Por su parte, el Dr. Repetto dijo unas sentidas palabras acerca de su relación personal y profesional con Luis y en nombre de sus compañeros entregó una medalla de oro al hijo del Dr. Winter, quien la recibió con gran emoción.

A continuación el Dr. José Luis Cervetto, Director Asociado del Hospital y ex Director de la Región, dio apertura a la sesión científica, cumpliéndose el siguiente programa:

- *Importancia del conocimiento de la historia familiar por el pediatra.* Disertante: Dr. Carlos Needelman.
- *La familia, su crecimiento y sus crisis.* Dra. Diana Colaiacovo
- *Actualización de infecciones prevalentes en A. P. S.: infección respiratoria aguda* (Dra. Beatriz Broglia), infección urinaria (Dr. Horacio Repetto), diarrea aguda (Dra. Maria del Carmen Toca), VIH en APS (Dra. Gabriela Gregorio).
- *Nuevas vacunas.* Dra. Ángela Gentile

Dada la calidad de esas exposiciones, en próximos números de Noticias publicaremos una síntesis de las mismas.

Luis Winter estaba convencido que, según sus propias palabras, "en ausencia física del ser, lo trascendental de cada uno de nosotros mismos, es lo que podemos dejar para los demás". Y mucho fue lo que nos dejó, desde lo profesional y más aún desde lo humano.

Dra. Gladys Convertini
Directora de las Jornadas



DIARREA AGUDA

DEFINICION: Es el aumento de la frecuencia, fluidez y/o volumen de las deposiciones, con pérdida variable de agua y electrolitos, con una duración menor de 14 días.

CUADRO CLINICO: Signos y síntomas que pueden ser causados por una gran variedad de microorganismos (virus, bacterias, o parásitos) con distintos mecanismos de acción.

Un interrogatorio detallado orienta hacia la etiología y permite evaluar factores de riesgo.

El examen clínico determina el estado de hidratación,

nutrición y presencia de enfermedades concomitantes. Los factores de **riesgo** para contraer, prolongar o complicar la enfermedad diarreica, pueden ser:

- 1) Del medio: Condiciones socio – económico – ambientales - culturales.
- 2) Inherentes al niño: Lactancia materna, edad, estado nutricional y enfermedades de base.

SIGNOS DE ALARMA: Signos de shock. Alteración del sensorio. Estado toxi-infeccioso. Acidosis metabólica severa. Abdomen distendido y doloroso a la palpación. Vómitos biliosos.

EVALUACION DEL ESTADO DE HIDRATACION

	A) Normo hidratado	B) Leve y Moderado	C) Grave
1. PREGUNTE POR:			
Sed	Normal	Más de lo Normal	Excesiva
Orina	Normal	Poca cantidad. Oscura	No orinó por 6 hs.
2. OBSERVE:			
Aspecto		Irritado o somnoliento	Deprimido o comatoso *
Ojos		Hundidos	Muy hundidos. Llora sin lágrimas
Boca y Lengua		Secas	Muy secas, sin saliva
Respiración		Más rápida de lo normal	Muy rápida y profunda
3. EXPLORE:			
Elasticidad de la piel	Pliegue se deshace con rapidez	Pliegue se deshace con lentitud	Pliegue se deshace muy lentamente: + de 2 seg.
Fontanela	Normal	Hundida	Muy hundida (se palpa y observa)
Pulso	Normal	Más rápido de lo normal	Muy rápido, fino o no se palpa *
Llenado capilar	Menor de 2 "	De 3 a 5 segundos	Mayor de 5 segundos *
4. DECIDA			
	No tiene deshidratación	Si tiene 2 o más síntomas o signos, tiene deshidratación	Si tiene uno o más de los signos marcados con* tiene deshidratación grave con shock. Si tiene dos o más de los otros signos pero ninguno marcado con * tiene deshidratación grave sin shock
5. TRATAMIENTO			
	Aplique el Plan A para prevenir la deshidratación	Aplique el Plan B para tratar la deshidratación	Aplique el Plan C para tratar la deshidratación grave con shock . Inicie tratamiento con rehidratación intravenosa. Para tratar la deshidratación grave sin shock , inicie tratamiento por vía oral y observe la respuesta.

* ESTOS SIGNOS INDICAN LA PRESENCIA DE SHOCK HIPOVOLEMICO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: la mayoría de los pacientes no requieren exámenes complementarios.

Cuando se justifiquen, estarán orientados a evaluar:

- 1.- Disturbios hidroelectrolíticos y metabólicos
- 2.- Búsqueda etiológica.

TRATAMIENTO

El objetivo básico del tratamiento es: Reposición de líquidos y electrolitos. Mantenimiento del estado nutricional. En el 95 % de los pacientes con diarrea aguda, el tratamiento es ambulatorio y la hidratación por vía oral es exitosa.

Esto se logra con la **Terapia de Rehidratación Oral (TRO)** propuesta por la O.M.S. que consiste en: Mantenimiento o recuperación de la hidratación con sales por vía oral.

PLAN A: Paciente Normo hidratado. Prevención de la deshidratación. Manejo ambulatorio

- 1.- Dar más líquido de lo usual para prevenir la deshidratación. Después de cada evacuación en menores de dos años: 50 a 100 ml de solución de sales de hidratación OMS, en mayores de dos años: 100 a 200 ml.
- 2.- Dar alimentos acordes a edad y estado nutricional.
- 3.- Enseñar a la madre signos de alarma para consultar nuevamente.

PLAN B: Paciente con deshidratación leve a moderada. Rehidratación oral con sales OMS.

- 1.- Cálculo de solución de hidratación oral de 50 a 100 ml/kg, para administrar en 4 a 6 horas en biberón, sorbos o cucharita hasta la normo hidratación.
- 2.- Si el paciente vomita la solución de hidratación oral, esperar 10 minutos y recomenzar con pequeñas cantidades a intervalos cortos.

Uso de sonda nasogástrica: si vomita más de cuatro veces o si se niega a tomar la solución. Ritmo de infusión por gastroclisis 0,5 ml/kg/minuto; si tolera seguir a 1 ml/kg/minuto.

- 3.- Cuando el paciente se hidrata pasa al PLAN A.
- 4.- De no lograr hidratación en 4 a 6 horas, se debe indicar hidratación endovenosa (H.E.V.).

PLAN C: Paciente deshidratado grave. Manejo hospitalario en internación.

- 1.- Sin shock se puede indicar hidratación oral igual que el PLAN B.
- 2.- **Paciente deshidratado grave con shock: Hidratación parenteral.**

Fracaso de la hidratación oral:

- * Empeoramiento de los signos clínicos, valorados cada dos horas.
- * Pérdidas no compensadas por ingesta.

* Vómitos frecuentes a pesar de haber intentado todos los pasos de rehidratación oral.

* Distensión abdominal prolongada (tercer espacio).

* Peso estacionario o escaso incremento a las 4 horas de la terapia de rehidratación oral.

Contraindicaciones de rehidratación oral: Shock. Ileo. Depresión del Sensorio. FR > 60 por minuto.

HIDRATACION ENDOVENOSA: Está indicada en contraindicaciones o fracaso de TRO.

ALIMENTACION

La alimentación puede evitar la pérdida de peso, previniendo que se instale el círculo vicioso: diarrea - desnutrición - infección.

Los ingresos calóricos deben ser suficientes para cubrir el mantenimiento, las pérdidas por mala absorción y el déficit previo. Los factores a tener en cuenta para iniciar la alimentación son: Edad, estado nutricional, y situación fisiopatológica. Es menos importante el número y las características de las deposiciones. La alimentación se debe iniciar una vez lograda la hidratación.

- 1.- Alimentados a pecho: continuar amamantamiento con aumento de las frecuencias de las mamadas.
- 2.- Alimentados con fórmulas o leche de vaca (menores de 6 meses), evaluar:

a) Estado nutricional normal o con déficit de peso/edad menor de 25%: Se mantiene alimentación con fórmula o leche de vaca a concentración habitual.

b) Pacientes desnutridos con déficit de peso/edad mayor del 25%: Alimentar en forma inmediata a la hidratación con fórmulas sin lactosa o leches parcialmente deslactosadas. No debe usarse leche de vaca diluida con el objeto de disminuir la lactosa porque se disminuye el aporte calórico.

3.- En los niños mayores de 6 meses, mantener alimentación habitual, basándose en el aporte de nutrientes con alta densidad calórica (cereales sin fibra, arroz, pastas, sémola, harina de maíz, papa) con el agregado de aceites y leches. Aumentar la frecuencia de comidas administrando raciones cada 3 o 4 horas.

En todos los casos, evitar la ingesta de soluciones hiperosmolares y los líquidos con azúcares simples en concentraciones superiores al 7% (jugos comerciales y gaseosas).

MEDICACIÓN

La mayoría de las diarreas acuosas son causadas por virus o bacterias con capacidad de auto limitarse, no requiriendo antibióticos, excepto las que cursen con un cuadro de disentería grave.

Otros fármacos existentes para el tratamiento de la diarrea, poseen efectos secundarios importantes o tienen actividad antisecretoria escasa o nula. Por lo dicho no deben utilizarse en diarrea aguda: Bismuto, Carbón, Silicatos, Anticolinérgicos, Difenoxilato y Loperamida.

Recientemente ha surgido una nueva arma profiláctica y terapéutica, los probióticos; se los define como suplementos alimentarios microbianos vivos que afectan beneficiosamente al huésped. Deben reunir las siguientes condiciones: Ser inocuo, estable y viable en el ecosistema del huésped, tener propiedades terapéuticas evaluables en concentraciones aceptables, acción de inicio inmediato, resistencia a antibióticos y eficacia demostrable en estudios de fase III.

En nuestro país el *Saccharomyces boulardii*, es el único medicamento de este grupo que reúne estas condiciones, es una levadura no patógena disponible comercialmente en forma de un preparado en concentración adecuada, lo cual ha permitido realizar estudios doble ciego controlados. Es resistente a la acción del ácido clorhídrico y la bilis, pudiendo recuperarse en todo el tracto digestivo en forma viable. Sus mecanismos de acción son: efecto antisecretorio neutralizando toxinas bacterianas, antagonista directo de patógenos inhibiendo su crecimiento y efecto trófico directo sobre la mucosa, que se ejerce por medio de la

secreción de poliaminas aumentando la actividad enzimática y la secreción de IgA.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Consenso Diarrea Aguda. Sociedad Argentina de Pediatría. 2003
- 2) Yvan Vandenplas. Tratamiento de la diarrea infecciosa aguda y crónica.
- 3) Jean Paul Buts. Mecanismo de acción, indicaciones para el uso de probióticos farmacológicos. Medical Congress 2001; 40: 3-14.
- 4) Jean Paul Buts. Diarrea aguda de origen viral del lactante y del niño.
- 5) Hania Szajewska y Jacek Mrukowicz. Probiotics in the treatment and prevention of acute infectious diarrhea in infants and children: A systematic review of published randomized, double blind, placebo-controlled trials. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2001; 33: S17-S25.
- 6) Zauche A. & colab. Effects oral *Saccharomyces boulardii* on bacterial overgrowth, translocation and intestinal adaptation after small bowel resection in growing rats. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1998; 26: 570.
- 7) Buts J. P. & colab. Maturation of villus and crypts cell functions in rat small intestine role of dietary polyamines. Dig. Dis. Sci. 1993;38:1091-8.
- 8) Buts J. P. & colab. Stimulation of secretory IgA and secretory components of immunoglobulins small intestine of rats treated with *Saccharomyces boulardii*. Dig. Dis, Sci, 1990;35:251-256.

REGIÓN METROPOLITANA



PROMOCIÓN DE LA LECTURA

REGIÓN METROPOLITANA

La Sociedad Argentina de Pediatría se encuentra comprometida con el Programa de Promoción de la lectura, cuyo objetivo fundamental es concienciar al pediatra, para que incorpore la recomendación de acercar el libro al niño, reconociendo la importancia que ejerce la lectura de cuentos desde etapas muy tempranas de la vida, en el desarrollo integral del niño y por ende en la promoción de la salud.

Desde el lanzamiento del programa en octubre del 2002 y a través de un grupo interdisciplinario de profesionales interesados en el tema, ha participado en múltiples actividades académicas y producido materiales con el objetivo de brindar información y aportar herramientas para que el pediatra pueda utilizarlas con los niños y sus familias, en todos los ámbitos públicos o privados, en que los mismos entran en contacto con el equipo de salud.

En esta oportunidad, la SAP ha editado tres folletos para padres con información sobre como estimular la lectura en sus hijos. Estos trípticos llevan los siguientes nombres: "Los bebés y los libros", "Leer es un juego" y "El arte de contar cuentos".

Todos los pediatras han recibido en el último Mail Doctor, un ejemplar de cada uno de estos folletos, a modo de muestra, junto a una carta de presentación donde se explicita el procedimiento para obtener cantidades mayores del material de acuerdo a cada necesidad y una breve reseña con los fundamentos del programa y memoria de lo actuado y producido por la SAP en estos dos últimos años.

En el caso concreto de Área Metropolitana, se ha decidido que este material debe ser solicitado a los Coordinadores de distritos Norte, Sur y Oeste de la Región Metropolitana quienes se encargarán de la entrega del material. El anual se encuentra almacenado.

Deseamos que este material sea de utilidad y pueda contribuir al logro de los objetivos propuestos, reforzando además el rol del pediatra como cuidador de la salud integral de los niños y adolescentes en todos los niveles de atención.



ACTIVIDADES DE REGION

CIENTIFICAS

- Curso de actualización Pediátrica 2005 3/5/05 al 25/10/05 Martes de 10:00 hs. a 12:30 hs. 60 hs. docentes con evaluación final. Directoras: Dra. Clara Massola de Muiños y Silvia B. González. Secretarías: Dra. Turati Cèlica (U.S. Nº 19, TEL: 4204-1175) y Dr. Pablo Casagrande, Htal de Wilde; Baradero 5808, Wilde, TEL: 4227-7638-7639.
- Curso anual de medicina interna "Viejos temas, nuevos enfoques"
Director. Dr. Juan Carlos Peuchot.
Asesor docente Dr. Angel Cedrato
Htal. Eva Perón - San Martín.
A realizarse de abril a noviembre de 2005
Informes 4724-3000 int. 3118.
- Curso de Actualización en Temas de Nutrición Infantil de Interés para el Pediatra. Modalidad teórico-práctico con evaluación final . 57 horas docentes. Desde el 10 de marzo al 21 de julio de 2005. Días: Jueves de 10 a 13 hs. Sede : Aula Magna del Higa "Evita" de Lanás.
Informes: TE 4241-4051/59 int. 228.
e-mail : duenask@speedy.com.ar
- Curso Intensivo de Actualización en Urgencias Pediátricas.
18 horas
Docentes. Días: Martes 12 y Miércoles 13 de Abril de 2005 . Sede : Aula Magna del Higa "Evita" de Lanús .
Informes: TE 4241-4051 /59 int. 212 .
e-mail : duenask@speedy.com.ar
- Manejo Pediátrico en internación - II PARTE. Lugar: Hospital del Niño de San Justo - Granada 4175 -San Justo, Pcia de Bs. As. Día: jueves de 13 a 15 hs 70 hs con evaluación final, Comienza el primer jueves de abril. Para mayor información llamar al 4441-2776 ó 9371 interno 102 y 108. Destinado a médicos pediatras ó con dedicación a pediatría.

RECREATIVAS

Se recuerda que a partir de Agosto, el 3er sábado de cada mes se realizan las bicicletadas.



JORNADAS REGIÓN METROPOLITANA 2005

“COMUNIDAD-EDUCACIÓN-SALUD” *Hacia un cambio saludable* (ADROGUÉ 2005)

Desde 1994, a través de las editoriales de la revista Noticias, surge claramente el compromiso de la región Metropolitana con un objetivo fundamental para el desarrollo de la salud de nuestros niños:

“Una atención altamente calificada en el primer nivel, con sólida base científica”.

Esto también se vio en las Jornadas anteriores realizadas en las distintas zonas (Norte, Oeste y Sur), en las que los temas elegidos por sus organizadores rondaban alrededor de ese objetivo.

No podíamos en estas nuevas Jornadas del área Metropolitana, a realizarse en Octubre del 2005 en la zona Sur, estar fuera de esa línea.

El lema de las mismas es *“COMUNIDAD-EDUCACIÓN -SALUD” Hacia un cambio saludable* y sus objetivos están centrados en:

- 1.- contribuir a la formación de redes entre los equipos de salud, las escuelas y la comunidad para atender las necesidades de los niños y adolescentes.
- 2.- fomentar la promoción y prevención de la salud.
- 3.- colaborar en la capacitación continua de los sectores individuales, familiares y sociales desde el enfoque de la atención primaria de la salud.

El tema que nos convoca en este caso es la participación comunitaria y de las escuelas en la ardua tarea, junto a los médicos, de acompañar a nuestros niños y adolescentes en un crecimiento y desarrollo feliz, realizando no solo tareas asistenciales sino de promoción y prevención.

Es un orgullo y un honor que hayan elegido a la zona Sur para su organización, y es por ello que pondremos nuestro mayor esfuerzo en lograr que se cumplan todas las expectativas.

Las Séptimas Jornadas de la Región Metropolitana se realizarán en la Ciudad de Adrogué, en la Casa de la Cultura, que seguramente será un ámbito cálido y acogedor para todos los concurrentes a las mismas.

Los esperamos!!!

DR. SAÚL GLEICH
Presidente 7as Jornadas 2005

“El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”