



## EL MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO CLÍNICO

DRA. PAULA DAL DIN

Un desafío diagnóstico y terapéutico frecuente en la práctica pediátrica es el lactante con fiebre sin signos de localización. Si este es menor de 90 días, el reto es aún mayor ya que en este grupo etario los signos clínicos no son siempre evidentes para poder detectar a los que se encuentren en riesgo de sufrir una infección grave.

Los lactantes de menos de 90 días de vida, febriles y sin foco evidente, constituyen un grupo especial ya que ellos, con temperaturas desde 38°C rectal y sin aspecto tóxico, pueden tener una infección bacteriana seria en aproximadamente un 9 %; bacteriemia en un 2 % y Meningitis bacteriana aguda en un 1%. Si el aspecto del niño es tóxico, la posibilidad sube a 17 %, 11 % y 4 % respectivamente.

### ETIOLOGÍA

Las causas de fiebre en lactantes son mayoritariamente de origen viral, desarrollando cuadros breves y autolimitados que no requieren de tratamientos específicos. Entre los virus más frecuentes se destacan el herpes tipo 6, enterovirus, adenovirus y otros virus respiratorios.

Entre los agentes bacterianos y dependiendo de la edad se encuentran, *Streptococos* del grupo b, *Bacilos negativos* (*E.Coli*), *enterobacterias* (*Listeria Monocytógenes*), estos preferentemente en menores de 30 días, y *Streptococo Neumoniae*, *Meningococo*, *H. Influenzae* (no vacunados) y *Salmonella spp.*, más frecuentes en lactantes mayores de 1 mes.

La mayoría de los profesionales mantienen una posición conservadora y prefieren hospitalizar a los lactantes febriles, sobre todo a los menores de 3 meses, administrando antibióticos de manera empírica. Las investigaciones actuales han demostrado que para lactantes seleccionados, el seguimiento y tratamiento ambulatorio es seguro siempre que se efectúe una valoración de riesgo para enfermedad bacteriana y pueda asegurarse una vigilancia cercana.

El riesgo de padecer una infección bacteriana grave (IBG) es inversamente proporcional a la edad del paciente, obligando al médico tratante a categorizar según criterios clínicos y de laboratorio en: *lactantes*

*de bajo riesgo de desarrollar IBG* y aquellos con *mayor riesgo de presentar IBG*.

*La fiebre sin foco evidente* es la aparición aguda de fiebre en un niño, previamente sano, en el que después de un correcto interrogatorio y una exploración clínica cuidadosa, no se evidencia la causa probable de la fiebre.

### DEFINICIONES

**Fiebre:** es la temperatura rectal mayor de 38°C. La respuesta a los antitérmicos no sirve para diferenciar una infección bacteriana grave de una viral.

**Infección bacteriana grave:** es aquella con cultivo positivo en sangre, orina, materia fecal o L.C.R.

**Infección grave:** son aquellas enfermedades severas en las que no se pudo documentar germen (neumonías, meningitis asépticas, estados sépticos, etc.).

**Bacteriemia oculta:** es el aislamiento de una bacteria en el hemocultivo, pudiendo ser un fenómeno transitorio no asociado a ninguna enfermedad.

**Aspecto tóxico:** es la presencia de uno o más de los siguientes signos: letargia, mala perfusión, hipo- o hiperventilación y cianosis.

La dificultad que entraña diferenciar en el momento de la consulta inicial los pacientes con enfermedad grave de los que presentan una enfermedad banal dio lugar a múltiples estudios en la literatura y llegado el año 1984, a la descripción de los Criterios de Rochester. Dentro de los criterios empleados, la edad menor a un mes es suficiente para ubicar a este grupo etario dentro del alto riesgo de IBG, por lo que estos niños se internan y tratan empíricamente con antibióticos parenterales hasta la espera de cultivos realizados previamente a la terapéutica y de manera independiente al laboratorio que se presente.

En aquellos niños mayores de 1 mes, los criterios de Rochester han demostrado su utilidad para tomar la decisión terapéutica:

El cumplimiento de todos los criterios de bajo riesgo de Rochester, en lactantes de esta edad con síndrome febril sin foco ha demostrado en estudios prospectivos un valor predictivo negativo en un 98,9% para enfermedad bacteriana invasiva y un 99,5% para bacteriemia.

## CRITERIOS DE BAJO RIESGO (ROCHESTER)

1. Buen estado general.
2. Previamente sano  
Recién nacido a término  
Ningún tratamiento antibiótico en el periodo perinatal, ni posteriormente  
Ningún tratamiento por hiperbilirrubinemia idiomática  
Sin hospitalización previa.  
Ausencia de enfermedad crónica  
No permaneció en la maternidad más tiempo que la madre.
- 3.- Sin evidencia de infección en la exploración clínica
- 4.- Pruebas de laboratorio  
Leucocitos: 5000-15.000/mm<sup>3</sup>.  
Neutrófilos <10.000/mm<sup>3</sup>.  
Sedimento urinario <10 leucocitos/campo  
PCR cuantitativa normal  
Heces (sí hay diarrea) < 5 leucocitos/campo

Aquellos pacientes, mayores de 1 mes, que cumplen con los criterios de Rochester, pueden categorizarse como de bajo riesgo de padecer una IBG, permitiéndole al profesional mantener una conducta expectante con o sin hospitalización dependiendo del nivel socioeconómico de la familia y la posibilidad de monitoreo domiciliario.

## ALGORITMO

### Lactantes menores de un mes

Todos los menores de un mes, incluyendo los clasificados como bajo riesgo necesitan ser evaluados como sepsis (hemocultivo, urocultivo, LCR etc) y ser hospitalizados con dos opciones:

- 1) Tratamiento hospitalario con antibióticos por vía parenteral (ampicilina, asociado a un aminoglicósido

o ampicilina-cefotaxime) mientras se espera el resultado de los cultivos

- 2) Observación en el hospital sin tratamiento en espera del resultado de los cultivos (bajo riesgo).

### Lactantes de 1 a 3 meses

En el grupo de bajo riesgo, la probabilidad de enfermedad bacteriana grave es de 0.2%. Se pueden considerar dos opciones de manejo extrahospitalario:

- 1) Tratamiento con Ceftriaxona por vía i.m. 50 mg/Kg/día como paciente extrahospitalario a la espera del resultado de los cultivos y reevaluación a las 24-48 horas.
- 2) Observación como paciente extrahospitalario después de la obtención de urocultivo y conducta antibiótica expectante con reevaluación a las 24 - 48 horas.

Los niños *sin criterio de bajo riesgo*, necesitan ser ingresados con cultivos de sangre, orina, LCR y tratamiento antibiótico parenteral con cefalosporinas de 3ra generación (cefotaxime 150 mg/kg/d o ceftriaxone 50-80 mg/kg/d teniendo en cuenta para esta última, la posibilidad de formación de barro biliar más frecuentemente en menores de 3 meses de edad).

## BIBLIOGRAFÍA

- Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, y cols. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics 1993; 92: 1-12
- Kramer MS, Shapiro ED. Management of the young febrile child-a commentary on recent practice guidelines. Pediatrics 1997;100:128-133.
- Baker MD. Valoración y tratamiento del lactante con fiebre. Clínicas Pediátricas, 1999;46 (6): 1061-72.
- Michael Luszczak, LTC, MC Usa. Evaluation and Management of Infants and Young Children with Fever. American Family Physician. Octubre 2001.
- Albert J Pomeranz, MD y cols. Fiebre sin foco evidente. Nelson Estrategias Diagnósticas en Pediatría, 2002.
- Vázquez, L.; Dal Din, P.: Categorización de Riesgo en Lactantes febriles sin foco menores de tres meses, en una Unidad de Internación.



## FRASES CÉLEBRES...

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

Son transcritas con todo respeto, con la única finalidad de esbozar una sonrisa.

- Yo le hago comidas muy elaboradas (bife, pollo a la parrilla, milanesas, etc)

- Hace una semana que “no está apetitosa”. No come nada
- Doctor, no habría que darle una “esfuerzo” de la vacuna contra el sarampión?
- No tuvo diarrea. Todas sus “exposiciones” fueron normales.
- A un nene de 9 meses: Dr., me gustaría que le revise la “chauchita”.

DR. LEONARDO VÁZQUEZ



## DIARREA CRÓNICA INESPECÍFICA

DR. CARLOS LUZZANI

Es una de las formas más comunes de diarrea crónica, sobre todo en el segundo y tercer año de vida. En muchos casos no es reconocida ni tratada como corresponde, siendo la causa más frecuente de remisión de ese tipo de diarrea en occidente. La diarrea crónica inespecífica (DCI) es considerada como una de las formas clínicas, la hallada con mayor frecuencia, de colon irritable en Pediatría.

Se observa en niños de 1 a 3 años de vida (pero se puede encontrar desde el mes hasta los 54 meses) desapareciendo, generalmente a los 4 ó 5 años. Conocida como una entidad clínica desde 1956, se considera un cuadro benigno caracterizado por:

- Presentar diarrea persistente o episodios recurrentes de deposiciones líquidas, con tránsito intestinal acelerado.
- No presentar alteraciones del desarrollo ponderal. El crecimiento es normal si no se restringe demasiado la alimentación. A pesar del tránsito rápido, la absorción es normal y el niño crecerá bien si se lo alimenta adecuadamente.
- No haber evidencias de mala absorción, ni exámenes complementarios que muestren enfermedad orgánica. Los pacientes no tienen ningún signo físico patológico, a pesar de la diarrea crónica.
- Ser un proceso autolimitado, no necesariamente corto y por definición no existir enfermedad orgánica demostrable.
- Mantener dieta previa disarmónica: muchos disacáridos (gaseosas, golosinas, etc.), poca grasa, poca fibra y a veces excesiva ingestión de leche. Con dieta adecuada, se normalizan los tiempos evacuatorios.

Tiene alta incidencia familiar (padres, hermanos) y es más frecuente en caucásicos. No es habitual en familias de bajos recursos, si en las de buen medio pero con tensiones por distintas causas (suele ser un medio ansioso por "lo que dura la diarrea"). Es evidente que existe un componente emocional, a veces por la manera de la familia de tomar una enfermedad o una situación irresuelta. Algunos la relacionan con el cólico del lactante pero esto no está probado.

Las deposiciones en la DCI son: desligadas, a veces líquidas, lientéricas (con restos de alimentos), fétidas (pero no con olor a esteatorrea, sino más bien a líquido del íleon), ausentes en la noche y más abundantes por la mañana. Es típico que esa primer deposición matutina sea la más abundante y consistente, siendo más desligadas a medida que pasa el día. La frecuen-

cia posterior es variable (entre 4 y 6 deposiciones diarias, pudiendo ser más), se hace evidente el reflejo gastro-cólico. A veces alternan con períodos de constipación o dolor, sobre todo después de los 3 años.

### ETIOPATOGENIA

La etiología de la DCI es desconocida. Se mencionan distintas causas posibles, pero ninguna es categórica. Algunos autores muestran que existe una base psicosomática y disturbios emocionales, así como predisposición constitucional.

Estos pacientes pueden no tener diarrea según la estricta definición cuantitativa, es decir 200 ml de agua fecal por m<sup>2</sup> de superficie corporal por día, pero tienen deposiciones de flojas a acuosas en número aumentado, lo cual debería ser suficiente para clasificarlo como un *síndrome diarreico*. Tienen disminuído el tiempo de tránsito entre la boca y el ano con aumento del tiempo boca-ciego (comprobado por marcadores fecales y pruebas de hidrógeno espirado) y tránsito abreviado en el colon.

La grasa con frecuencia se restringe, porque es considerado "un alimento pesado" y que "da diarrea", ocasionando que el mecanismo de freno ileal no se active y el tránsito intestinal sea más corto. Habitualmente, cuando la grasa llega al íleon, la secreción de hormonas gastrointestinales (polipéptido inhibidor gástrico, glucagon) aumenta el tiempo de permanencia de la comida en el estómago y disminuye la velocidad de tránsito intestinal. El mecanismo por el cual estas hormonas actúan parece relacionarse con el retraso del vaciamiento gástrico que provocan, por efecto directo o indirecto. Ese retraso sería un determinante primario de la disminución de la motilidad intestinal; además el glucagon, por acción directa en el músculo liso colónico, inhibe la actividad del intestino. Pero también las grasas son estimulantes de la secreción de colecistoquinina, que aumenta la actividad motora colónica, lo cual se opone a lo anterior. De ahí que la acción de las grasas en la DCI aún no esté definida, pero al aumentar la ingesta de las mismas, se produce una mejoría sintomática. También se puede explicar su acción por el hecho de que en el colon hay dos tipos de movimientos u ondas: *mezcladoras* (cuando se dan más proteínas y grasas) y *propulsoras* (cuando se dan hidratos de carbono). Las prostaglandinas también han sido implicadas. En algunos pacientes tratados con inhibidores de ellas se observó una buena respuesta clínica.

Las exacerbaciones están frecuentemente relacionadas con episodios de estrés físico o psíquico. A veces las madres refieren que una gastroenteritis desencadenó la sintomatología y que "esa diarrea persistió a pesar de la restricción de leche, cereales y grasas" prescritas por sus médicos. La sospecha de gastroenteritis a repetición determina que se indiquen dietas hipocalóricas alterando el crecimiento. Pero no se cree que la DCI se origine a partir de una diarrea aguda. También se confunde con intolerancia a ciertos alimentos pero no hay una evidencia cierta de ello (esta creencia es sostenida por la naturaleza intermitente de la diarrea y el encontrar restos de alimentos en la deposición).

### DIAGNÓSTICO:

Es *esencialmente clínico*. Se basa en el relato de los síntomas, la anamnesis alimentaria, los antecedentes familiares y un examen físico normal. Pero los pacientes habitualmente llegan sometidos a múltiples análisis y varios tratamientos, con una evolución de 1 mes a 3 años (promedio 4 meses).

No suelen pedirse exámenes complementarios, pero se recurre a ellos cuando hay inadecuado rendimiento nutricional y la anamnesis alimentaria no aporta datos que lo justifiquen, cuando hay alteraciones en el examen físico o cuando se asocian síntomas de otros sistemas. En ese caso se deben descartar otras patologías, como síndrome de mala absorción sin repercusión clínica, evaluando la absorción intestinal de azúcares y lípidos (se ve mejoría clínica después de la ingesta de grasas en las pruebas solicitadas para este estudio). También, en algunos casos, es importante realizar coprocultivos en busca de bacterias enteropatógenas y exámenes parasitológicos seriados con muestra fresca, para descartar que un medio ambiente contaminante sea la causa de diarreas a repetición.

**Diagnóstico diferencial** inicial con:

- Giardiasis: da una diarrea muy parecida y el diagnóstico es difícil por que no siempre se encuentra este protozoo en el examen parasitológico, ya que aún bien hecho puede ser normal hasta en un 50% de los pacientes con giardiasis.
- Intolerancia primaria o secundaria a los disacáridos (lactosa, sacarosa). La primaria o congénita es rara y la secundaria o síndrome post gastroenteritis, mucho más frecuente, comienza con una infección enteral por virus y sigue por la administración de una dieta alta en disacáridos y baja en grasas lo que da una alimentación hipocalórica e hiperosmótica que mantiene la diarrea. El ph de las deposiciones es crónicamente bajo, con aumento de las sustancias reductoras. Estos niños responden con rápida mejoría a una dieta alta en grasas y baja en carbohidratos.

- Otros diagnósticos diferenciales, de causas mucho menos frecuentes, son los tumores que causan diarrea secretoria (aunque suelen darse en niños mayores): neuroblastoma, ganglioneuroblastoma que se detectan por la medición en orina de 24 hs. de ácido vainillil mandélico y tumores pancreáticos que secretan polipéptido intestinal vasoactivo (se observa aumento del VIP en suero). Dan diarrea continua, no intermitente, que no cede a pesar de haber interrumpido la vía oral.

### TRATAMIENTO

Se inicia durante la primer consulta, luego de la anamnesis y examen físico, explicando la naturaleza y pronóstico autolimitado y benigno del cuadro, para manejo de la angustia de la familia (aunque debe advertirse que los síntomas pueden perdurar). La *curva de peso* es aliada para reafirmar lo expuesto y servir de alarma cuando no sea así. Debe advertirse la posibilidad de interurrencia de diarrea aguda, cuyo manejo es diferente.

No está indicado ningún medicamento. Sólo se indica una dieta normoproteica, con restricción de los disacáridos, sobre todo líquidos, para disminuir la osmolaridad de la dieta. El contenido de fibra debe ser normalizado, incluso en los que tienen diarrea asociada, aprovechando su papel regulador. En los alimentos hay fibras insolubles (celulosa, hemi celulosa y lignina, que no absorben agua y aumentan el tránsito intestinal) y solubles (gomas y pectinas, como el salvado de avena, que absorben agua formando un gel en el tránsito intestinal, retardando la evacuación gástrica y dando volumen a la materia fecal). En el caso de la DCI, conviene dar fibras solubles. El suplemento de cualquier fibra está indicado, solamente, cuando hay dolor abdominal y estreñimiento. Se debe llevar la provisión de grasas a los requerimientos habituales. Algunos autores recomiendan dieta rica en lípidos, por lo menos inicialmente, dando 4 a 6 grs /kg de peso corporal (fundamentalmente de grasas insaturadas para evitar el riesgo coronario), manteniendo luego que el 35 a 40 % del aporte total sean grasas. La mejoría con este aumento se considera un criterio diagnóstico. Recordemos que en los menores de un año no es recomendable el exceso de grasas.

Algunos autores suelen agregar leche libre de lactosa, pero esto sólo tendría sentido ante la prolongación del cuadro y/o tratamiento inadecuado, con afectación de las disacaridasas del ribete en cepillo del enterocito.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Gryboski J., Walker W. A.. Problemas gastrointestinales en el lactante. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana, Bs. As.- Año 1985; 18: 574-76.

- Rojas Montenegro C., Guerrero Lozano R.. Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica. Editorial Panamericana, Bs. As. Año 1999; 42:377-80.
- Willye R., Hyams J. S.. Gastroenterología pediátrica. 2ª edición. Editorial Interamericana, México. Año 2001. Diarrea crónica en el lactante mayor: 42-44.

- Cabrol M., Tandazzo P., De Rosa S.. Diarrea crónica inespecífica. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires. Año 1987; XXIX (122); 37-8.
- Aranzamendi R. J.. Diarrea crónica. PRONAP, módulo 2. Año 1999; 18-19.
- Gryboski J.. El niño con diarrea crónica. Correo de la SAP. Abril 1994. Año 9 N°1: 6-7



## DIFICULTADES DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

MESA REDONDA DE LAS VII JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE LA SAP.

### PANELISTAS:

#### ***Dra Mónica Oliver:***

Médica Psiquiatra y Psicoanalista Infantil. Jefa del Servicio de Psicopatología Infantil del Hospital Alemán de Bs. As. Secretaria del Comité Nacional de Salud Mental y Familia de la SAP

#### ***Lic. Lucio Cerdá:***

Psicólogo. Especializado en Neuropsicología. Director de "SAOP" Servicio de Atención y Orientación Psicopedagógica de La UN Lomas de Zamora.

### SECRETARIO:

#### ***Dr. Claudio Mauritzen:***

Médico Especialista Jerarquizado en Clínica Pediátrica del Hospital Oñativia de Rafael Calzada. Bs. As

### COORDINADORA:

#### ***Dra. Gladys Convertini:***

Médica Especialista en Clínica Pediátrica. Jefa del Sector Salud Infantil Servicio de Pediatría. H. Posadas. Bs.As. Coordinadora del Distrito Oeste de la Región Metropolitana de la SAP

### PRESENTACIÓN:

El desarrollo infantil es el curso de los cambios de la conducta sensoriomotriz, las emociones, la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje.

Es el resultado de la combinación de 3 factores:

- El programa genético.
- EL medio ambiente.
- La actividad personal del niño en interacción permanente con los 2 anteriores.

El aprendizaje es un proceso complejo en el que interviene factores biológicos, psicológicos y sociales de ambos actores: alumno y docente.

Cuando hablamos de aprendizaje escolar, nos referimos a:

- La condición interna del niño para acceder al aprendizaje, vocablo que deriva del latín " "

apprendere" que significa "apoderamiento". Para ello requiere de:

- Factores orgánicos: integridad anatómica del SNC.
- Factores madurativos: dependiendo del momento de la organización de sus estructuras cognitivas.
- La relación con el docente. — empatía, transferencia.
- Modo en que se dicta la enseñanza. — estrategias que utiliza el docente.
- Valoración social del aprendizaje.

Desde las más modernas teorías del aprendizaje, éste se inicia mucho antes del ingreso del niño a la escuela. Teniendo en cuenta esto, podemos decir que el niño posee una historia de aprendizajes que va a ser diferente según sus posibilidades y las experiencias que haya tenido en su entorno familiar.

Los disertantes abordarán en esta mesa:

1. Qué elementos necesita un niño para acceder a la maravillosa aventura intelectual que es el aprendizaje?
2. Qué se entiende por dificultades de enseñanza-aprendizaje?
3. Con qué elementos cuenta el Equipo de Salud para abordar esta problemática en su práctica cotidiana?

***"Para hacer hombres buenos es preciso hacer niños felices y un niño o un adolescente que tiene dificultades escolares no puede ser muy feliz"***

***Oscar Wilde.***

### FACTORES PSICOSOCIALES CAUSANTES DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

DRA. MÓNICA OLIVER

Las dificultades de aprendizaje que puede presentar un niño están ocasionadas por una variedad de factores. No sólo el desarrollo del área cognitiva del niño sino también la relación del niño con su ambiente familiar y escolar es de capital importan-



cia. Para poder aprender y estar en la escuela en un vínculo de buena relación con pares y docentes, el niño tiene que haber alcanzado un grado de desarrollo de habilidades sociales que si fallan alteran el rendimiento. Múltiples trastornos de orden emocional generan alteración en el aprendizaje. Esencialmente la atención es una función que se altera frecuentemente en diversos cuadros psicopatológicos. El trastorno de ansiedad, fobias, depresión infantil, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, fallas en la estructuración psíquica, trastorno generalizado del desarrollo y otros. La situación en el ámbito familiar también determina cómo ese niño va a comportarse en la escuela. Si existe violencia, ansiedad, absurdidad psicológica, desorden familiar o fallas en las rutinas de crianza, el niño no logrará presentar condiciones emocionales para colocarse en la situación de aprendizaje.

De la misma forma el ambiente escolar determina y crea situaciones que pueden perturbar al niño. Las escuelas desorganizadas, con docentes que no asumen su función adecuadamente, violencia escolar entre pares y/o trato abusivo de los docentes, influye en algunos niños que no logran permanecer tranquilos y seguros en la escuela alterándose el proceso de aprendizaje. El clima afectivo en la situación de aprendizaje influye en el rendimiento del niño.

Es importante la evaluación diagnóstica en el niño que presenta dificultades en el aprendizaje. Esto implica realizar semiología de todos los aspectos antes mencionados además del examen de las funciones intelectuales a través de un estudio psicopedagógico.

El pediatra puede realizar preguntas que orienten en el sentido etiológico y en ese caso solicitar una evaluación emocional a través de un estudio psicodiagnóstico del niño y su ambiente familiar. Por ejemplo niños que bajan el rendimiento escolar luego de vivir acontecimientos traumáticos: fallecimientos, divorcio de los padres, emigraciones, mudanzas, situaciones de violencia. Es importante conocer cuando aparece la dificultad ya que un niño que cumplía con los objetivos de rendimiento académico y deja de hacerlo, probablemente presente un factor de orden emocional que debe ser investigado.

Siempre es de gran utilidad solicitar un informe sobre el niño a los docentes buscando información sobre su rendimiento y sobre su comportamiento en el área social.

Es muy importante la investigación de los factores emocionales que pueden estar influyendo en el rendimiento escolar ya que más allá que existan factores orgánicos o intelectuales presentes, debe encararse terapéuticamente en forma simultánea el tratamiento del área psicosocial: tratamiento psicológico

del niño, orientación familiar y asesoramiento escolar. Los tiempos terapéuticos se acortan así como su efectividad aumenta si se toman en cuenta todos los factores intervinientes.

Es importante por lo tanto la integración del equipo de salud: pediatra, psiquiatras infantiles, psicólogos y psicopedagogos con el equipo docente para realizar estrategias terapéuticas en conjunto.

## EL OFICIO DE APRENDER

LIC. LUCIO CERDÁ

La vida de todo niño es aprendizaje. Diríase que el oficio del niño es aprender, porque hasta cuando juega suma al placer del juego, la tarea de aprender. Un niño no puede **no** aprender.

Un niño posee un cerebro que al mismo tiempo que crece en cantidad lo hace en calidad y complejidad. Construye aceleradamente rutas neurales que no están programadas por el genoma sino que son la respuesta del Sistema Nervioso Central al medio ambiente.

Esta respuesta será personalísima, fruto de la particular relación con el medioambiente que cada sujeto experimenta. Y medioambiente quiere decir aquí el clima en el cual se desenvuelve su vida; el tipo de alimentación que recibe, las caricias y palabras que la madre le dirige, las atenciones o desatenciones que los adultos que lo rodean le otorgan, etc.

Al programa genético hay que sumarle entonces el desarrollo epigenético. El científico francés Jean-Pierre Changeux, jefe del laboratorio de neurobiología molecular del Instituto Pasteur dice que debido a que todo niño posee una experiencia vital diferente no existen dos cerebros iguales ni siquiera entre gemelos idénticos. Vieja enseñanza también de Sigmund Freud.

Nuestro cerebro le da significado al mundo todo el tiempo, recreándolo. Esto es aprendizaje.

El aprendizaje requiere entonces un cerebro sano tanto como un psiquismo en desarrollo. Cualquier desajuste en psiquismo y/o cerebro origina trastornos.

Un niño no es un cuerpo desubjetivado ni tampoco un psiquismo desencarnado. Ambos aspectos, el cuerpo y el psiquismo poseen un entramado que todavía no vislumbramos con claridad. Por ello es tan frecuente que se piense al niño a veces solamente *como psiquismo* y entonces todo trastorno es "emocional" o por el contrario se lo piense solamente *como un cuerpo* y toda terapéutica acaba en un fármaco.

Todo aprendizaje y sobre todo cualquier trastorno de los aprendizajes exigen el esfuerzo de una mirada amplia y multidisciplinaria para respetar lo que un niño es: una maravillosa complejidad de cuerpo y psiquismo.



## ¿POR QUÉ SE INTERNAN NUESTROS NIÑOS?

UNA MIRADA DISTINTA DE LAS INTERNACIONES PEDIÁTRICAS.  
UNA PROPUESTA DE CAMBIO

DR. SAUL GLEICH

¿Por qué no se usan los diagnósticos de las internaciones pediátricas para las políticas sanitarias locales? ¿Por qué un indicador de mortalidad solamente para medir realidades sanitarias?

Los diagnósticos de los niños internados son una fuente de información con las siguientes 10 características que las diferencian de otras fuentes:

1. Instantánea (población cerrada). No necesita consultar otra fuente de datos.
2. Confiable (historia clínica + encuesta)
3. Recogida en terreno. (toda internación mayor de 48 horas)
4. Analizable intersectorialmente. (equipo multidisciplinario e intersectorial)
5. Vigilancia epidemiológica activa. (área programática)
6. Detección precoz de patologías prevalentes. (indicador de morbilidad)
7. Georreferenciación instantánea. (domicilio actualizado real)
8. Base de referencia y contrarreferencia automática. (sistema activo)
9. Clasificable por nivel de reducibilidad como la mortalidad infantil.
10. Base de políticas locales activas.

Esto lo convertiría en un indicador de morbilidad, o sea de daño posible de reparar no sólo por el sector salud sino por otras áreas: sociales, de infraestructura, etc.

El hecho de no necesitar otra fuente de datos que la historia clínica y la familia del niño internada lo diferencia sustancialmente de la mortalidad infantil que surge de una denuncia a un ente central, de ahí al Registro Civil, de ahí a la Secretaría de Salud, equipo de mortalidad, que a los 2 meses efectúa la autopsia verbal, más la visita al equipo que trató al paciente y luego clasifica definitivamente el caso.

La reducibilidad sería por:

- a. Tratamiento (sector salud)
- b. Tratamiento y prevención (sector salud y comunidad)
- c. Prevención social y biológica (comunidad, familia).

La codificación por el CIE 9 o CIE 10 por si solo no alcanza, ya que pierde lo fundamental que es el con-

tacto con la familia y la percepción del equipo de salud de las necesidades reales de ella.

¿Por qué patologías que pueden ser tratadas exitosamente en forma ambulatoria, terminan en internaciones (que entonces son evitables)? Esta respuesta no la dan las codificaciones, sino que surge de una interacción *entre el equipo de salud y la familia* del paciente internado.

Las respuestas a los “¿por qué?” nos darán elementos reales del problema. La internación evitable no es sólo una enfermedad codificada en un paciente, sino un problema complejo que es necesario conocer para realmente poder implementar las acciones correctivas necesarias en esa familia.

El desafío es crear equipos multidisciplinarios, dentro de las instituciones que internan niños, para que estudien las distintas alternativas que rodean a una internación y así poder clasificarla correctamente. El equipo debe ser integrado por representantes del servicio de pediatría del hospital (pediatra, asistente social, psicóloga) y del programa materno infantil del área programática (pediatra, asistente social, psicóloga, acción social) que se reunirán una vez por semana para evaluar las encuestas de esa semana y definir criterios de evitabilidad. De esa manera se pueden implementar, en el nivel I, políticas concretas basados en esos datos.

Una clasificación correcta conduce a la adopción de conductas integrales hacia la comunidad, el nivel I y la familia que darán un seguro impacto positivo. El desafío del futuro es tratar de *despoblar los hospitales de las patologías que puedan ser resueltas en el primer nivel.*

Un paso importante fue el programa Remediar que dio respuesta, a nivel periférico, en la provisión de medicamentos básicos de las patologías prevalentes. La implementación de programas importantísimos también tiende a ello (Procreación responsable, IRAB, Lactancia Materna, etc.). Esto disminuyó ostensiblemente las consultas en los consultorios externos de las especialidades básicas en los hospitales (pediatría, clínica, obstetricia).

El desafío ahora es disminuir la ocupación de las camas de los hospitales, no sólo bajando el promedio de días de internación sino también el número de las mismas. Esta estrategia conduciría a despoblar las camas de hospitales de internaciones de patologías pasibles de ser solucionadas con tratamiento ambula-

torio, disminuyendo el gasto en el II nivel. Pero también generaría la necesidad de optimizar el "gasto" en salud que se está produciendo en este momento, es decir que lo que se ahorre en el hospital se reinvierta en el primer nivel, en programas de prevención y promoción de la salud. ¿Porqué se gasta tanto en las internaciones y se invierte poco en el seguimiento ambulatorio de los ex internados?. Este despilfarro se obviaría si se pensara que el domicilio sería la sala de cuidados mínimos de un hospital (cuidados progresivos). Se sigue con políticas de puertas adentro y no se sale a terreno, en igual medida, para sostener a las familias de riesgo y con situaciones adversas, que no está en manos del sector salud, solamente, modificar. Las políticas de salud implementadas bajan los indicadores de salud como el de mortalidad infantil; pero manteniendo un alto índice de muertes reducibles, elevamos la edad promedio de vida de nuestra población sin medir si es con mejor calidad de vida. Por eso este autor cree que los desafíos del futuro son el pensamiento integral de la salud, no a través de políticas focalizadas, sino en cambios de paradigmas, como puede ser que el presupuesto del nivel I sea superior al que se aplica a los niveles II y III.

Se ven lucecitas en el horizonte, como son los programas de Médicos Comunitarios, el plan Remediar, Procreación Responsable, etc. pero todos siguen teniendo un gran componente médico y no como se comporta la participación comunitaria en ellos y los impactos que producen.

El cambio sería recrear vigilancia epidemiológica integral de la salud a cargo de los municipios, con dos características básicas: *continuidad e independencia* de los vaivenes políticos a los que estamos acostumbrados.

¿Las entidades científicas madres no tendrían que intervenir en estas estructuras decisivas como asesoras?...

Los municipios, como entes descentralizados, deben generar en sus estructuras grupos de trabajo multidisciplinarios y multisectoriales (comunidad incluida), para la evaluación de la salud de su población y de esa manera desarrollar rápidamente estrategias correctoras de los problemas que surjan. Es imposible que desde los sectores centrales se logren resultados rápidos y que ellos sean los que, con uno o dos años de demora, den los indicadores de salud que los municipios deberán usar, cuando la realidad de ese momento ya es distinta. Por ejemplo, en este momento (mayo de 2006), se está distribuyendo una publicación imprescindible de ser tenida en cuenta por todos los médicos y políticos del país, que es realizada por UNICEF y la SAP, pero con datos del 2004 y del 1º semestre del 2005. Los municipios deben monitorear los indicadores que elijan, en tiempo y forma rápida y oportuna, para que las estrategias respondan a las necesidades y además deberían estar relacionados con entidades científicas nacionales e internacionales de reconocido prestigio (SAP, OMS, OPS, UBA, etc.) como asesores por medio de convenios que evitarían que los cambios de funcionarios de turno, incidan en pérdida de continuidad de políticas locales saludables.

Esta mirada distinta generará distintas reacciones en los que la lean. Creo que no es una verdad absoluta, pero sí estoy seguro que sin un cambio, seguiremos gastando mucho dinero en lugar de *invertirlo*.

¿Por qué países que gastan menos que Argentina lograron impactos en salud mayores que nosotros en iguales períodos de tiempo?

El lema que nos debe regir es: "SE PUEDE CAMBIAR", en contra de los que aduciendo experiencia y conocimientos se encuentran detenidos en el tiempo.



## AURORA PEREZ

El cierre de este número de Noticias nos sorprendió con la muerte de la Dra. Aurora Pérez, ilustre profesional que con su riqueza de conocimientos psicoanalíticos nos ayudó a interpretar conductas de nuestros pequeños pacientes y sus familias.

Autora de numerosos artículos publicados en Archivos de Argentinos de Pediatría y en la Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, recopiló muchos de ellos en su libro publicado en 2001: "Psicoanálisis, Pediatría, Familia y Derecho".

En el final de la Introducción de este volumen, Aurora expresa: ..."Deseo agradecer a todos mis

compañeros en esta tarea, especialmente al grupo pediátrico que fue el que plasmó esta transformación, la Pediatría Ampliada. Entre ellos especialmente al Dr. Mario Roccatagliata y al Dr. Carlos Gianantonio, ambos apasionados gestores y sostenedores de esta tarea"....

Sirva este recordatorio como homenaje a estas tres personalidades que tanto han enriquecido a la pediatría argentina.

LOS EDITORES





La idea de este artículo es contribuir a mejorar la realización de un *trabajo científico* teniendo como base, datos precisos y conceptos teóricos sobre Bioestadística para una realización más correcta del mismo.

Es importante *saber* qué se va a *pedir*.

**Estadísticas:** son datos recogidos en forma sistemática y planificada.

**Estadística:** se refiere a las *técnicas y métodos* utilizados para la elaboración de esos datos. En sí misma no resuelve nada. Si los datos están mal recogidos los resultados no serán buenos. La técnica debe ser adecuada. Se calcula en términos de probabilidades y se observa como una muestra se proyecta en la población.

**Población:** todos los elementos constitutivos del estudio (N). Sinónimo de Universo. Sumatoria de frecuencias.

**Muestra:** es una parte de la población. Debe ser aleatoria. Todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. Es *aleatoria* cuando interviene el *azar*.

**Probabilidad:** es *medir* la manera que un proceso ocurre.

**Fuente primaria:** es aquella en que el que *publica* los datos, los *recogió*.

**Fuente secundaria:** no es el mismo el que recoge los datos que el que los publica.

### MÉTODO ESTADÍSTICO PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS:

**Planificación:** son los *pasos previos* a la recolección de datos. Tipo de muestra, quien recoge los datos, que variables se tomarán. Es importante tener en cuenta el tiempo disponible, gente, posibilidad de lugar y tiempo para reunirse, etc.

**Ejecución** (pasos)

1. Recolección de datos
2. Clasificación
3. Elaboración (Epi Info 6)
4. Análisis
5. Presentación : tabular y graficar

**Publicación:** debe ser interpretado y escrito por los autores, si la participación fue equitativa.

**Variables:** también llamadas *Unidades de Observación*. Se clasifican según el objeto en estudio:

- Cualitativas: sexo, estado civil, residencia, etc.
- Cuantitativas (numéricas): edad, peso, talla, etc. Estas a su vez pueden ser:
  - Continuas: aceptan valores intermedios (talla). Se *miden*.
  - Discretas: valores enteros (N de consultas). Se *cuentan*.

### MEDIDAS DE RESUMEN O DE TENDENCIA CENTRAL:

- **X (Media):** (promedio). Se consideran todos los números por igual. Le da demasiado valor a los extremos.

Ej.

$$1-8-9-7-10 \quad X = 7 (35 / 5) \quad \text{Suma/universo(n)}$$

$$1-8-9-7-10-65 \quad X = 16,66 (100 / 6) \quad \text{Suma/universo(n)}$$

- **Me (Mediana):** nos da el *valor central*. Se divide la serie en dos. El 50% es < y el otro 50% es >. Se ordenan los datos de *menor a mayor*.

Corresponde y marca el Percentilo 50.

Ej.

$$1-8-9-7-10 \quad \rightarrow \quad 1 - 7 - \mathbf{8} - 9 - 10$$

$$1-8-9-7-10-65 \quad \rightarrow \quad 1 - 7 - \mathbf{8} - \mathbf{9} - 10 - 65$$

(Me 8.5)

- **Mo (Moda/o):** es el *dato que más se repite*.

$$\text{Ej. } 2-3-2-8-1-2 \quad \rightarrow \quad \text{Mo } 2$$

### MEDIDAS DE DISPERSIÓN O DE VARIABILIDAD

- **Varianza:** Es la *sumatoria* de las *diferencias* de cada uno de los valores con respecto a la *media*, elevado al *cuadrado* y *promediado*. No es de gran importancia para trabajos científicos.
- **Desvío Estándar:** Es la raíz cuadrada de la *varianza*. En una dispersión de datos sirve para *inferir* el área.

### PERCENTILES

Recordar que la *mediana* por dividir la muestra en dos partes iguales y ser el *valor central*, corresponde al *percentilo 50*. En consecuencia podemos definir los percentilos o centilos como puntos estimativos de una *distribución de frecuencias* que ubican un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos. Es de *aceptación universal* numerar los percentilos de acuerdo con el porcentaje de individuos *existentes por debajo de ellos y no por encima*. Así, el valor que divide a la población en un 95% por debajo y un 5% por encima es el percentilo 95



## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

- **Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**  
**XVI Jornadas Multidisciplinarias de Pediatría**  
*"Avances en diagnóstico y tratamiento en el Nuevo Hospital"*  
8, 9 y 10 de noviembre de 2006  
Asociación de Profesionales  
Presidenta de las Jornadas:  
Licenciada Adela Costa  
Secretaría General: Dra. Ana María de Dios  
Lugar: Auditorio Clarín: Piedras 1743  
Inscripción: 4307-5843 Interno.1010  
Arancel:  
Profesionales del Hospital: no arancelado  
Profesionales de más de 5 años de recibidos: \$30.  
Profesionales de menos de 5 años de recibidos:  
\$20
- **XV CURSO ANUAL DE PEDIATRIA PRACTICA HIGA "EVITA " DE LANUS**  
DIRECTORES:  
Dra. Karina Dueñas; Dra. Graciela Palechiz .  
Río de Janeiro 1910 - Lanus Oeste  
T.E. 4241 4051 / 59 int 213  
Teórico -Práctico - Arancelado -  
Con evaluación Final  
Duración : 72 hs. docentes  
Fecha : del 07 / 09 al 07 / 12 de 2006 .



## MIEMBRO TITULAR:

### REQUISITOS PARA SERLO

#### **Para ser Miembro Titular se requiere:**

- Ser médico con título argentino o revalidado.
- Ser presentado por dos Miembros Titulares que den crédito de sus condiciones morales o deontológicas.
- Poseer Certificación de Médico Pediatra otorgada por la SAP o por Instituciones con las cuales la SAP, a través del Consejo de Evaluación Profesional, tenga un convenio de reciprocidad.  
En el caso de no cumplir con lo señalado en el inc. c) se podrá optar a Miembro Titular siempre que el aspirante tenga una antigüedad mínima de diez años como Miembro Adherente o siete años si tiene la residencia completa en Clínica Pediátrica. En estos casos deberán ser evaluados los créditos obtenidos por su participación en eventos científicos, tareas de investigación, presentación y publicación de trabajos, obtención de becas y premios, actuación en Servicios de Pediatría, actividades docentes de pre y posgrado y cualquier otra labor de relevancia que el postulante presentara.
- La Comisión Directiva estudiará y reglamentará todo lo referido al "Sistema de puntaje de créditos" que una vez aprobado por los dos tercios de sus integrantes se pondrá en vigencia para cumplir el inc. d) o ante cualquier situación similar.
- Cuando la Comisión Directiva de una Filial considere que un asociado ha acreditado los méritos suficientes de acuerdo a lo establecido en el inc. d) para ser Miembro Titular, tal propuesta deberá ser aprobada por los dos tercios de sus integrantes.
- Cuando los Directores de la Región Metropolitana consideren que un asociado ha acreditado los méritos suficientes de acuerdo a lo establecido en el inc. d) para ser Miembro Titular, tal propuesta, con la opinión fundada de los Coordinadores de Distritos, deberá ser aprobada por la unanimidad de los Directores.
- La no aceptación de la propuesta de acuerdo a los incisos d), f) y g), no implica descalificación para el aspirante, quien podrá volver a presentarse nuevamente luego de haber transcurrido un año.
- La Comisión Directiva de la SAP resolverá ante situaciones especiales no contempladas en el presente artículo.