



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: sap-metropol@pccorreo.com.ar

Directora Titular

Dra. Débora Rocca Huguet

1º Director Asociado

Dr. Edgardo Flamenco

2º Director Asociado

Dr. Carlos Luzzani

Coordinadores

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino*

Dra. Mariana Rodríguez Ponte / Dr. Oscar Ruíz /

Dra. Claudia Vaccarelli / Dra. Andrea Rodríguez

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dr. Fausto Ferolla / Dr. Alberto Libanio /

Dra. Silvia Redensky / Dr. Juan Luis Marsicovetere

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dr. Juan Carlos Peuchot /

Dra. Mirta Vázquez / Dra. Irene Dechiara /

Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio

Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /

Dr. Jorge Buraschi / Dr. José Luis Cervetto /

Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo /

Dr. Gustavo Bardaui / Dr. Saúl Gleich /

Dr. Leonardo Vázquez

SECCIONES

- Editorial..... 1
- En memoria del
Dr. Francisco "Paco" Maglio 4
- Adiestramiento vs.
límites saludables..... 6
- Ecos de las XII Jornadas. TDAH.. 7
- Entrevista. Dr. L.A. Ahumada 9
- Hospital Zonal de Agudos
Gobernador Domingo
Mercante..... 14
- Perlitas legales. Derecho animal... 15
- ¿Qué debe saber el pediatra
sobre *staphylococcus aureus*
en la práctica diaria? 18
- Boletín bibliográfico..... 21

EDITORIAL

BALANCE DE GESTIÓN

Ya van finalizando los dos años de mi gestión y quisiera comentarles lo que pudimos concretar en este tiempo.

Ante todo, quiero agradecerles porque me he sentido a gusto en trabajar con los Directores Asociados y los Coordinadores de los diferentes Distritos. He podido desempeñarme con completa libertad a través del diálogo cordial y respeto, con el fin de cumplir con una meta en común: una Región reconocida e integrada. Todos los caminos a recorrer se hacen más llevaderos cuando uno lo hace acompañada y, en realidad, me he sentido de ese modo. He contado con gente para discutir, para resolver dudas o para tomar decisiones.

Hemos ido incorporando nuevos logros:

- Invitación a los profesionales a quienes se les otorgó una beca de perfeccionamiento o de investigación, pertenecientes a la Región, para conocer sus proyectos y sus resultados parciales y/ o finales, si ya los tuviesen. Fueron en total un número de 25 aproximadamente, abordando diversos temas pediátricos y neonatales de la actualidad.
- Visitas a aquellos hospitales pertenecientes a cada Distrito, que no concurren a nuestras reuniones o dejaron de hacerlo, para hacerles conocer nuestra actividad y el compromiso de su representatividad en la Región. Por ello visitamos al Hospital Paroissien (Distrito Oeste), Hospital Dr. Zin (Distrito Norte) y Hospital El Cruce (Distrito Sur) ampliando esta invitación a otros hospitales aledaños y Centros de Salud.
- Mayor número de participantes de uso frecuente en el Facebook, considerada como una herramienta de comunicación ágil para difundir las actividades académicas de la Región y de nuestra Sociedad.
- Encuesta de opinión entre los Coordinadores, al comienzo de la gestión, sobre el funcionamiento de nuestros encuentros, con observaciones pertinentes de las que se desprendieron tareas para mejorar. Una nueva encuesta al año fue realizada para evaluar si los cambios propuestos se habían concretado.
- Talleres para la formación de Instructores en la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sobrepeso y Obesidad, llevados a cabo en cada uno de los Distritos, a propuesta de la Comisión Directiva SAP y de la Academia Americana de Pediatría para su posterior replicación.
- Invitación por parte de los autores del 3º tomo del libro *Pediatría en red* de la Subsecretaría de Planificación de la Salud - Ministerio de Salud de la Provincia

(continúa en página 3)

DOS EMPRESAS CON LA MISMA VOCACIÓN Y COMPROMISO

Le comunicamos que desde NESTLÉ NUTRITION hemos firmado una alianza con el laboratorio nacional Pablo Cassará.

A partir de ahora, los visitantes médicos del laboratorio transmitirán las últimas innovaciones, investigaciones y avances en materia de nutrición infantil a especialistas y pediatras en todo el país. Confiamos en que este trabajo en conjunto es un gran aporte para el objetivo que nos moviliza: acompañar a los bebés en su crecimiento, asegurándoles un comienzo sano para una vida sana.



Vocación científica. Compromiso social.

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



**GRUPO
EDITORIAL
REGIÓN
METROPOLITANA**

Editores de Revista

Noticias Metropolitanas: Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico: Creado por el Dr. Ricardo Straface

Director: Dr. Carlos Luzzani

Editorial (viene de página 1)

de Buenos Aires, a los integrantes de la Región para escribir sobre temas de la actualidad.

- Nuevo espacio en la página Web de la SAP que nos permite conocer el funcionamiento y las metas de nuestra Región.
- Postulación de nuestra Región para organizar los CONARPE 2019 ó 2021.
- La presencia de la Licenciada Agustina Yasielski, quien nos asesoró como *coaching* en la conducción de esta gestión, con pautas de convivencia y armonía y que, al implementarlas con su ayuda, nos permitió abrir nuevos escenarios para el logro de nuestros objetivos.
- Se reflejó un trabajo de equipo entre los Directores, con intercambio de ideas y acuerdos operativos, con la finalidad de convertir a las reuniones mensuales en un lugar de debate y de propuestas aditivas y no en una mera catarsis. Hubo un compromiso hacia los integrantes de la Región y en ciertas ocasiones pudo cumplirse con algunos reclamos. Se trató de trabajar de manera ordenada, minuciosa y constructiva. Nos hemos planteado sobre la Visión (el ¿para qué lo hacemos?) y la Misión (¿qué hacemos?) de nuestra Región.
- Se obtuvo un número importante de becas cedidas por la Comisión Directiva para los distintos eventos científicos, las cuales fueron otorgadas a nuestros socios y se entabló un diálogo amplio con su apoyo e intervención en nuestras peticiones.
- En este bienio se ha otorgado el nombramiento de cuatro Miembros Honorarios Nacionales y un Miembro Honorario Regional.

Continuamos con lo ya construido como los Grupos de Trabajo del Niño Febril (con su Estudio Multicentrico) y del Observatorio de Salud de nuestra Región, con la **Revista Noticias Metropolitanas**, que desde hace tantos años nos acompaña y la organización de nuestras Jornadas, no olvidándose de las “recompensas gastronómicas” tan estimulantes para nuestro quehacer.

Es difícil expresar lo que se siente al finalizar una etapa, pero estoy convencida que el que vendrá pondrá su granito de arena para que todos los logros de mi gestión y de las anteriores se perpetúen, probablemente con otros matices pero siempre con la misma meta: **Trabajar en y para la Región**. Espero que mi gestión lo haya traslucido.

Estas palabras son tan sólo una despedida como Directora ya que continuaré integrándola. Quiero desearle buenos augurios al que me suceda y transmitir que pueden contar conmigo para lo que necesiten.

Dra. Débora Rocca Huguet
Directora Titular

FE de ERRATAS del NÚMERO 68

Los editores queremos advertir un error que se deslizó en el artículo **PIE PLANO y PIE VALGO en la INFANCIA**, del Dr. Darío Rebollo, que el mismo autor pidió notar y corregir.

En el párrafo donde dice: “*Hoy está perfectamente demostrado que los indígenas no presentan pies planos, pero ellos continúan en la actualidad caminando descalzos en terrenos blandos o duros pero irregulares y no lisos, agregándose que además utilizan sus músculos plantares, ya sea para trepar, tomar objetos pequeños del suelo con sus dedos, lo que los mantienen tonificados, algo que el individuo de ciudad no practica y hace que los mismos se mantengan en una mínima función y se hipertrofien.*”

Hay un error cuando dice que los músculos plantares si no se usan se hipertrofian. Debería decir se **hipotrofian**.



Dr. FRANCISCO “Paco” MAGLIO

“Desde el 18 de mayo de 2017 es parte de la historia de la medicina en Argentina”

Dra. Viviana Soligo
Médica Pediatra

Seguramente, él hubiera preferido que se iniciara esta nota solo con su apodo “Paco”, pero por mucha que sea la humildad de un universitario, sus logros académicos son parte de su ser.

Francisco Maglio fue Doctor en Medicina y Máster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires, especialista en Enfermedades Infecciosas y Terapia Intensiva, Vicepresidente de la Asociación Argentina de Investigaciones Éticas, Presidente de la Sociedad Argentina de Antropología Médica, Coordinador de la Comisión de Bioética de la Sociedad Argentina de SIDA, Doctor *Honoris Causa* de diversas universidades del país y consultor internacional entre otras. Pero posiblemente lo que hará que su paso por la vida lo lleve a ser siempre recordado es que después de una carrera tan exitosa como intensivista, decidió explorar marcos teóricos humanísticos para ampliar sus conceptos sobre relación médico paciente y la búsqueda de sentido.

En esta nota se tomarán, para retratar la personalidad del colega, palabras textuales de un reportaje que le realizó Magela Demarco en 2013, publicado por IntraMed.

Periodista: Llama la atención que durante 40 años Ud. se dedicó a la medicina y al final de su carrera se volcó a las humanidades. ¿Qué lo llevó a ese cambio?

Dr. Maglio: Yo solo había visto la medicina y la vida con ojos biológicos, con los únicos que me enseñaron, pero tal como se relata en El Principito, comprendí que lo esencial es invisible a los ojos, que hay otras miradas posibles, por lo que comencé a ir a la Facultad de Filosofía y Letras, no con la expectativa de recibirme, sino buscando otros marcos teóricos que me permitieran reflexionar críticamente sobre la tarea que había realizado. En ciencias sociales la búsqueda de sentido es importante, en ese marco nada es al azar, nada es “natural”.

A mí me engañaron con la historia “natural” de las enfermedades. Pero para las ciencias sociales la enfermedad es un constructo social, nada es “natural” ni nada es “al azar”.

Ahora comprendo que estaba acertado Ramón Carrillo al afirmar que frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia, la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios son unas pobres causas.



Yo sostengo que en Medicina hacemos daño por irnos a los extremos, por un lado al aferrarnos a un biologismo positivista que no tiene en cuenta lo cultural o por un culturalismo relativista que no tiene en cuenta lo biológico.

Periodista: ¿Cómo ocurrió el cambio, hubo un evento que lo produjo?

Dr. Maglio: No, fue de a poco. En los ratos que tenía libres leía algo de mitología, antropología, filosofía. Cuando leí sobre teología, tomé conciencia que a mí siempre me interesó el hombre por lo que sufre, y por eso estudié medicina, por lo que cree, por eso estudié teología, por lo que en resumen comprendí que me interesaba el “ser hombre” lo que me decidió a profundizar en antropología.

Periodista: ¿En base a este proceso qué cree que los médicos deben aprender para que su desempeño profesional sea mejor y más completo?

Dr. Maglio: Thomas Sydenham, un famoso médico considerado el “Hipócrates inglés”, ante la pregunta de un médico recién recibido sobre qué debía leer para perfeccionarse, le recomendó leer *El Quijote*, y que vaya a la humanidad y después vuelva.

Es decir lo que falta es el estudio de las humanidades, el estudio del hombre. Podríamos decir que lo que llamamos enfermedad los médicos como cuestión biológica, es lo visible, la punta del

iceberg, pero abajo está el padecimiento, que es la experiencia social del paciente. Arriba actuamos con eficacia biológica, abajo actuamos con eficacia simbólica, que actúa con los mismos intermediarios inmunocitoquímicos que la eficacia biológica. Si solo atendemos lo de arriba, con todo respeto, actuamos de la misma forma que un plomero.

Actuar sobre lo de abajo, lo simbólico es abordar lo humano, si no consideramos este aspecto estamos ejerciendo una medicina dividida, incompleta. Nuevamente me remito a Carrillo, él decía "tengo miedo de los médicos que solo saben medicina".

Periodista: ¿Cree que se deben hacer cambios en la educación de los jóvenes profesionales?

Dr. Maglio: Creo que el peor problema que existe no es la crisis económica sino la moral, porque si las 300 personas más ricas del mundo tienen los mismos recursos que los 3000 millones más pobres, y si el 30 % más rico concentra el 80% de la riqueza en Buenos Aires, las cosas están mal. Yo creo que la única salida es la solidaridad. Cuando a Mafalda, que es una filósofa contemporánea, le dijeron que un fulano había amasado una gran fortuna, dijo que en ese caso seguro que había usado la harina de los demás.

Periodista: ¿Cómo cree que se educa en la solidaridad?

Dr. Maglio: Este asunto puede enfocarse en tres niveles: para el "macro" me referiré al sistema impositivo alemán. Cuando cayó el muro de Berlín entraron al sistema de salud de Alemania Occidental de golpe 30 millones de personas. El ministro me dijo que su sistema de salud se basaba en la solidaridad, y que para eso tenían el IVA. Yo casi me desmayo. Me preguntó ¿Uds. no tienen IVA?, y yo le dije sí claro, es de 21%, para todos, y ahí el que casi se desmaya es el alemán. En Alemania ese impuesto para los artículos de primera necesidad es del 3%, y aumenta a medida que se consideran superfluos los consumos. Por lo tanto quien realiza gastos superfluos, acepta pagar el 80% en impuestos.

Para el nivel "medio", creo mucho en los grupos de ayuda mutua, que no es lo mismo que "autoayuda". Y a nivel "micro", el de la cotidianeidad, los pequeños gestos. Un periodista que entrevistó a la Madre Teresa de Calcuta le dijo, si le parecía que lo que hacía era suficiente ante los tremendos problemas que existen, que lo que ella hacía era una pequeña gota en el océano. A lo que la Madre respondió "que sí era una pequeña gota, pero que con esa gota ya no era el mismo océano". Yo creo que si cada uno hace un pequeño gesto, algo siempre cambiará.

Periodista: ¿Cuáles son los prejuicios más arraigados en los médicos que se debería desterrar?

Dr. Maglio: Que el médico lo sabe todo, que el paciente no sabe nada, que el enfermo no tiene porqué opinar. Y esto tiene que ver con la formación recibida.

Periodista: ¿Que libros recomendaría a los médicos?

Dr. Maglio: Como Sydenham recomendando *El Quijote*, *El Martín Fierro*, *las Redes del Poder*, de Foucault, y además *La Biblia*, que no me canso de recomendar. Allí encontré conceptos que vendrían muy bien en estos días. Por ejemplo el libro de Samuel dice "Salud es gobernar con justicia y caridad".

Periodista: Después de ejercer 40 años la medicina ¿Qué aprendió del ser humano?

Dr. Maglio: Que no hay ningún ser humano totalmente bueno, ni totalmente malo.

Periodista: Durante mucho tiempo estudió la muerte desde un punto de vista antropológico. ¿Qué significa la muerte para las distintas sociedades?

Dr. Maglio: Siempre existe la noción de trascendencia, como alternativa a la finitud. El *Homo Sapiens* es la única especie que entierra a sus muertos. Resulta importante comprender y valorar las diferentes tradiciones. En México, según la cultura heredada de los aztecas, se considera que la persona al morir entró en una nueva vida, lo que merece ser festejado, y por esto tienen una costumbre que es bien extraña para nosotros: las lápidas son horizontales y son utilizadas como mesa para compartir una comida. Aún un agnóstico como Sábato, dijo ¿Qué sería de nuestras luchas, nuestras pasiones, si la vida no fuera trascendente?. Y hablando de su muerte, Borges decía: "me moriré realmente el día que muera el último que me recuerde".

Periodista: ¿Algunos buenos consejos para no enfermar?

Dr. Maglio: Se feliz, se responsable, se solidaria y se libre, son los cuatro mejores sinónimos de salud. Por lo tanto tristeza, egoísmo, irresponsabilidad y esclavitud son los caminos que llevan a la enfermedad.

Fuente: Magela Demarco. "**Francisco -Paco- Maglio: una presencia entrañable**" (foto-entrevista).

Diálogo con el Dr. Francisco "Paco" Maglio. *La sabiduría y el afecto de un hombre digno.*

<https://youtu.be/FwFvbutEQto>

<http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=47384>



ADIESTRAMIENTO vs. LÍMITES SALUDABLES

María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA • consultas@mariapaulagerardi.com.ar

Los límites existen y son sumamente necesarios. Es responsabilidad de los adultos que crían o educan niños transmitir esos límites, comunicarlos para que los chicos puedan ir internalizándolos. También es función de los adultos ir mostrando a los chicos la forma de ir ajustando sus deseos a las posibilidades de la realidad, *ayudarlos a identificar y regular sus emociones*.

Hay distintas formas de limitar y distintas situaciones que requieren límites pero lo más importante es que **el límite esté presente**. Sin límites los niños se desorganizan, su mundo pierde los bordes que le dan marco, *se sienten desprotegidos*.

Las recetas o las fórmulas “mágicas” no sirven. Existen muchas formas de consensuar y comunicar los límites; criar implica dudar, abrir preguntas, probar, equivocarse, volver a intentar desde un lugar de afecto y responsabilidad e *ir encontrando los propios estilos que son singulares de cada persona y cada familia*.

Premios y castigos, tiempo afuera, carteles de estrellas, puntos o caritas, rincón de pensar, son algunos métodos de moda que circulan por Internet. Estos métodos no educan, no enseñan a los niños *por qué se hacen o no las cosas*. Los condicionan a *reaccionar por estímulos externos*, por lo tanto sirven para adiestrar, pero no para educar, no ayudan a construir desde adentro las propias normas ni a saber auto regularse. Por medio de estos métodos los niños terminan *“haciéndonos caso”*, pero ¿por qué lo hacen?, ¿por miedo a ser castigados?, ¿para recibir un premio?

Abriendo preguntas

La Penitencia o el rincón de pensar: *“Te vas al rincón a pensar”*. ¿Realmente el niño va a pensar algo con respecto a lo que hizo o va a esperar que pase el tiempo lleno de bronca? ¿Está en condiciones de reflexionar solo sin la mediación y el sostén del adulto? Lo excluimos como un castigo sin ayudarlo a entender y expresar saludablemente lo que siente. Un niño en medio de un torbellino de ira, llanto, etc. no puede pensar ni elaborar sólo esas emociones ni el conflicto que está viviendo. Este método termina generando, enojo, confusión y abandono emocional. El adulto no le oferta el sostén necesario para entender la situación y las emociones, ni lo ayuda a encontrar otras opciones para resolverla.

Premios y castigos, carteles de puntos, caritas y estrellas: *“Si hacés la tarea te compro chocolates”, “si te portás mal en el jardín te pongo una carita triste”*. Esto implica adiestramiento, no aprendizaje. ¿Se los recompensa por hacer lo que deben?, ... *“Como no guardaste los juguetes, ahora no ves la tele”*... Estamos

castigando a nuestro hijo, nos hace caso, pero... ¿qué aprenden?...

Al castigar a un niño sacándole juguetes o prohibiéndole usar la computadora, no lo ayudamos a que se apropie de la norma, para que luego él pueda regular su propia conducta y ser un *ser autónomo*.

Si los premiamos por hacer lo que tienen que hacer, si esto se repite en el tiempo volviéndose constante, cada vez que tenga que ir al colegio estará esperando los caramelos. No está mal disfrutar de los logros ni del esfuerzo. Por ejemplo, podemos salir a festejar juntos porque nuestro hijo aprobó la primaria. Lo importante es que no se transforme en una especie de adiestramiento *donde cada cosa que el niño debe hacer sea recompensada*.

Castigos vs. límites saludables

Hay que diferenciar el castigo del límite. El castigo es una imposición arbitraria que no facilita la incorporación de las normas y genera abandono y violencia emocional. En cambio los *límites* son un marco de referencia, de seguridad y contención, ayudan a los chicos a organizar su vida interior y exterior, a saber qué está bien y qué está mal, qué es peligroso y que no, qué está permitido y qué prohibido. Los ayudan a identificar y manejar sus emociones y a auto regularse.

Entonces *no hablamos de imponer límites sino de construirlos y comunicarlos*. Al construir el límite junto a los niños, permitiéndoles tener una participación activa en el proceso, les enseñamos recursos para manejar sus impulsos y sus emociones, a pensar y a buscar opciones alternativas para enfrentarse a diversas situaciones de la vida.

Algunas ideas para acompañar a los padres en el camino de construir límites saludables

Los niños tienen que saber qué cosas pueden hacer, qué cosas no y por qué. Los límites son una forma de dar amor, que los ayuda a organizarse internamente. Es importante permitirles que experimenten los efectos de su comportamiento y que internalicen las normas paulatinamente. También es bueno enseñarles a reparar el daño que hicieron, a hacerse responsables de sus actos y reconocer que sus acciones afectan a los otros; de manera amorosa y gradual.

Esto implica ir acompañándolos para que pongan en palabras lo que sienten, darles tiempo y ofrecerles recursos para manejar sus emociones, conversar sobre lo que pasó y ayudarlos a buscar otras maneras de resolver la situación. Esto implica que el adulto pueda ser empático con el niño, pensar y tratar de entender qué

le pasa. ¿Qué nos está queriendo decir?, ¿qué necesita? ... y luego poner esto en palabras.

Es importante limitar la acción pero no bloquear la emoción y buscar una forma alternativa y aceptable para que exprese lo que siente. *La idea no es ser rígido sino firme pero flexible*, tomando en cuenta las necesidades del niño, la edad y la situación concreta de la que se trate.

Es conveniente que haya muchos "sí" para que cuando aparezca el "no" tenga otro valor. En algunas oportunidades podemos reemplazar el "no" y formular el límite de otra manera.

Por ejemplo: en lugar de decir "No comas caramelos

que vamos a comer" podemos decir "Ahora vamos a cenar todos juntos, mamá preparó una comida muy rica, cuando termines te podés comer un caramelo".

Como conclusión

Es importante establecer diálogos con los niños, poder pensar juntos, construir los límites en forma conjunta *estableciendo acuerdos*.

Los límites se construyen en un espacio "entre" el hijo y sus padres. En este espacio el adulto acompaña al niño a ser responsable, a conocer que hay límites y por qué hay que cumplirlos, a identificar, validar y regular sus emociones.



ECOS DE LAS XII JORNADAS

En el marco de las XII JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: *ENFERMEDADES PREVALENTES EN PEDIATRÍA "Abordaje, conducta y desafíos"*, que se llevó a cabo el 8/4/2017 en el Paseo La Plaza, se realizó la mesa redonda "**Trastornos de aprendizaje, desatención e hiperactividad: novedades, controversias, desafíos**", coordinada por la Dra. Gladys Convertini.

INTRODUCCIÓN

El **Médico Pediatra** realiza el seguimiento longitudinal de niños en su contexto sociocultural e histórico, desde el nacimiento hasta la adolescencia, encontrándose, por ende, en una situación privilegiada para la sospecha de un trastorno de aprendizaje, desatención e hiperactividad (ADH) dado que es el único profesional que está en contacto con ese niño y su familia, mucho antes que sea incorporado a la institución escolar, alrededor de los 3 años.

Es nuestra función detectar oportunamente estas dificultades que muchas veces serán sospechadas por los padres, pero en muchos otros casos, solo surgirán en el curso de nuestra evaluación longitudinal del crecimiento y desarrollo del niño. Contamos con las puertas de entrada al desarrollo que nos alertarán sobre estas cuestiones, tales como: la historia familiar, la alimentación, el sueño, el juego, el lenguaje, el informe escolar desde que el niño se institucionaliza formalmente, las pruebas de pesquisa como la PRUNAPE (entre otras, que nos permitirá detectar niños sospechosos de algún trastorno del desarrollo, que será luego caracterizado con pruebas de diagnóstico).

La sistematización del uso de herramientas validadas ha demostrado ser muy eficaz en la detección temprana de los trastornos del desarrollo, incluyendo en ellos los trastornos del aprendizaje y la conducta, devolviendo a los pediatras la posición de privilegio en la vida del niño: el monitoreo de su crecimiento y desarrollo, fomentando su detección temprana, su diagnóstico y tratamiento oportuno asegurando la mejor calidad de vida del niño y su familia.

En esta oportunidad, publicaremos un resumen de

la exposición del Dr. Jorge Grippo, que disertó sobre: "**TDAH su diagnóstico y tratamiento**"

El Dr. Jorge Grippo es Neurólogo Infantil. Ex Jefe de Neurocirugía y posteriormente de la División Neurología en el Hospital de Niños R. Gutiérrez. Becado del CONICET, posteriormente obtuvo Becas de postgrado del Instituto Max Planck de Investigaciones Neurológicas, en Frankfurt, de la Fundación A. Von Humboldt, para las Universidades de Munich y Tübingen y luego en la Universidad de California, Los Ángeles. En la UBA, es profesor adjunto de Neurología y profesor asociado de Neuropediatría. En la Sociedad de Neurología Infantil se desempeñó como Presidente en dos períodos.

Su vasta experiencia en la Especialidad, su calidad profesional y humana, enorgullece a esta revista y agradece al Dr. Grippo la posibilidad de publicar este resumen.

El trastorno de ADHD es una condición frecuente del Neurodesarrollo que se presenta tanto en niños como en adultos. Posee una etiología compleja en la que intervienen tanto influencias genéticas (Poli-génicas), como factores ambientales. Es una entidad multifactorial, que suele complicar su interpretación y sus enfoques terapéuticos.

Una de las primeras descripciones del trastorno fue expuesta en 1798 por Chrichton, como **Inquietud Mental**. Desde entonces ha recibido diferentes nomenclaturas, resaltando mecanismos neuróticos, lesiones cerebrales, no siempre sustancialmente descriptivas. Las diferentes interpretaciones del cuadro condujeron a denominaciones las cuales, durante mucho tiempo, fueron aceptadas aunque no incluidas

en la clasificación de enfermedades. Las más recientes: Lesión Cerebral Mínima, Disfunción Cerebral Mínima, indujeron en Pediatría y Neuropediatría, a provocar una “Confusión Cerebral Máxima”, con equívocos en la interpretación de los trastornos.

En los Manuales de Clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana, inicialmente el ADHD fue citado como una condición psiquiátrica, mientras que en las últimas ediciones figura como un disturbo o condición del Neurodesarrollo.

En el contexto anatómico y fisiológico existen tractos de circuitos neuronal, preferentemente en la corteza prefrontal, que poseen conexiones con diferentes estructuras (Tálamo, Striatum, Cerebelo, Locus Cerúleus, Hipotálamo). Estos circuitos son vías de transportes y recepción de Neurotransmisores (Dopamina, Norepinefrina). Las alteraciones serotoninérgicas, glutaminérgicas, colinérgicas, influyen desfavorablemente sobre las actividades prefrontales, afectando funciones ejecutivas, vinculadas a expresiones conductuales, motivación, coordinación motriz, entre diversas funciones volitivas.

Se han descrito alteraciones anatómicas y fisiológicas, complicando la interpretación del trastorno. Mediante estudios anatómicos y funcionales (fRMN) se describen cambios morfológicos, modificaciones del volumen encefálico o lesiones, alterando las funciones ejecutivas del cortex prefrontal, influyendo en los diversos aspectos del desarrollo neurológico.

Las alteraciones de las funciones ejecutivas producen manifestaciones neuro-psíquicas: Trastornos del Espectro Autista, Personalidad Bipolar, Depresión Mayor, Esquizofrenia.

Como se menciona al principio, el trastorno del neurodesarrollo ADHD posee una naturaleza poligénica, incidiendo en el funcionamiento de diversos sectores de la sustancia gris y blanca. Varios genes intervienen en la actividad de los canales de potasio y calcio de las membranas, también en la transmisión dopaminérgica, en procesos de desarrollos gliales y en la plasticidad neuronal. Así mismo, se destacan genes en la interacción de señales célula-célula, adhesión celular, funciones de la transmisión de sustancia blanca (leucocentrismo) y sinapsis neuronales (corticocentrismo). Frecuentemente se describen alteraciones génicas, actuando en determinadas regiones cerebrales, explicativas de las manifestaciones funcionales del ADHD.

El ADHD está incluido en la nomenclatura de la APA. Su última versión (DSM 5, 2013) presenta algunos cambios: extiende la edad de los pacientes, incluye la denominación de trastorno del Neurodesarrollo, describe con mayor precisión su persistencia y expresiones sintomáticas en el adulto y la influencia negativa en aspectos de la vida cotidiana y el desarrollo individual y social de la persona.

Los criterios presentes en la versión DSM 5 (USA) difieren parcialmente con aquellos de la Clasificación

Internacional de las Enfermedades, ICD-10, 2016 (UE).

El ADHD presenta algunos factores de riesgo, que en algunos aspectos pueden confundir criterios de inclusión. Se describen influencias maternas, factores genéticos, ambientales, intervención inmunológica, trastornos del sueño.

Esta entidad presenta grados de comorbilidad o síntomas asociados, que suelen complicar la interpretación del cuadro específico. Estas asociaciones dificultan diagnósticos diferenciales, con cuadros depresivos y síndromes maníacos.

El tratamiento habitualmente es farmacológico asociado a no farmacológicos.

Enfoque farmacológico

Entre los fármacos, desde hace décadas, son utilizados psicoestimulantes. En 1934, surge el uso de bencedrina y en 1944, la síntesis de Ritalina. El metilfenidato (y variantes), es el de mayor eficacia, también se incluye atomoxetina, modafilina, y de menor uso, antidepressivos, inhibidores MAO. Los efectos adversos, en algunas oportunidades, requieren modificaciones de planes terapéuticos farmacológicos.

Enfoques no farmacológico

Son útiles y generalmente combinados, poseen eficaz respuesta terapéutica. Se incluyen: psicoeducación, terapia conductual, cognitivo-conductual, entrenamiento social y diversos programas educacionales (intervención de padres).

Existen otras alternativas terapéuticas, relacionadas a dietas suplementarias o restrictivas, ejercicios físicos, contacto con la naturaleza, artes rítmicos, musicales, yoga o técnicas orientales (taichi). Se incluye neuroterapia basada en EEG-Biofeedback.

Los tratamientos no están exclusivamente orientados a modificar los síntomas, sino que poseen positiva influencia en aspectos funcionales del Neurodesarrollo, probablemente estimulando mecanismos de Neuroplasticidad. El ADHD puede persistir más allá de la pubertad y su descripción en la adultez ha sido enfatizada.

Conclusión

El ADHD es una condición frecuente (5-6%, poblacional) del neurodesarrollo de base poligénica e influencias ambientales. Las personas afectadas presentan dificultades en la escuela (aprendizaje, dislexia, discalculia), en el hogar (disarmonía familiar, conflicto padre-hijo) integración social. En la adolescencia y adultez, tiene influencia desfavorable en el desarrollo personal y social. Los diversos tratamientos son efectivos (especialmente combinados: metilfenidato / terapia cognitivo-conductual). Influyen favorablemente en algunos aspectos de síntomas asociados (aprendizaje, autoestima, socialización) y en la plasticidad neuronal funcional.



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. LUIS ALBERTO AHUMADA

El **Dr. Luis Alberto Ahumada** es cordobés, integrante de la Comisión Directiva desde 1996; es desde 2013 Presidente de S.A.P. Filial Córdoba y ha sido designado Presidente del 38 CONARPE. Recibido como Médico Cirujano en 1984 en la Universidad Nacional de Córdoba, es especialista en Pediatría y certificado en S.A.P. Se especializó también, en Neonatología, en 1991. Con puntaje sobresaliente obtuvo, en 2014, su título de *Magister* en Gerencia y Administración de Servicios de Salud en la Universidad Nacional de Córdoba. Realizó, también, a nivel universitario Maestría en Bioética. Cumplió con la Residencia de Clínica Pediátrica en el Hospital de Niños de Córdoba.



Luis es "viajero frecuente" a nuestra Región Metropolitana. En 1988 realizó por 2 años, en Buenos Aires, la residencia pos básica de Neonatología en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá". En '92 al '93 obtuvo la beca de Posgrado en Neonatología en el Sanatorio Otamendi y Miroli.

El rasgo distintivo, más allá de su pasión por la actualización continua, es la idea de conformar equipos con clara impronta comunitaria.

El sesgo decididamente social, lo ha hecho involucrarse de lleno en el quehacer hospitalario y en la adhesión a proyectos internacionales. El uso del "nosotros" antes que el "yo" es una característica en su discurso.

El Dr. Ahumada nos cuenta: "A Larguía y Prudent y sus equipos les debo mucho de lo que soy. Cuando regresé a Córdoba, apliqué lo aprendido en una institución privada. Me encontré con una nueva generación de neonatólogos.

Creo que el mayor logro en mi carrera fue, en equipo, mejorar la Neonatología de Córdoba. En parte y con mucho esfuerzo lo logramos. Tuvimos la tarea de renovar en la provincia y realizar cambios en los Programas del Servicio.

Con Ignacio Sosa, Mario Espósito, Payo Bas, junto a mis compañeras de fierro Ana y Adriana y el resto del Equipo...Y por supuesto Enfermería y en especial,

mi compañera de ideales, socia y amiga y mucho más... Mirta Ferreyra, con la que ingresamos en el 2008, y en poco tiempo, además de ordenar la asistencia neonatal y mejorar los resultados, implementamos programas de cirugía neonatal, de seguimiento de alto riesgo, siendo parte de la red NEOCOSUR. Participamos en investigaciones multicéntricas e inauguramos el primer centro del interior del país de Neuroprotección cerebral (Hipotermia Terapéutica). Ya tratamos casi 40 pacientes).

Lo más importante es el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Incorporamos a padres de RN prematuros egresados (y otros voluntarios) y residencia de madres, que nos ayudan a promover los derechos de bebés y familias. Hubo resultados: en 2015 Córdoba alcanzó los objetivos del milenio en la tasa de mortalidad infantil y el número de neonatólogos aumentó casi al doble. Junto con el Ministerio y los hospitales, aporté en ambos aspectos."

Ahumada dictó en Córdoba los Cursos Bienales de Actualización en Neonatología en (1997-1999) y en (2004-2005), válidos para recertificación de especialidad.

Participó en rotaciones, entre 1997 y 2003, por servicios de Neonatología en el exterior: *University of Alabama at Birmingham* (Alabama, USA), *University of Denver* (Colorado, USA), *University of Duke* (North Carolina, USA), *University of Miami* (*Jackson Memorial Hospital*).

Ha sido y es docente en varios cursos, instructor y consultor en Buenos Aires, Córdoba y Uruguay. Integra doce publicaciones científicas en libros, como autor y coautor de diferentes capítulos.

Luis fue Director Académico/Organizador/Disertante del Curso CEFEN, auspiciado por OPS/OMS. Este curso se realizó también en versión Chubut (2010-2011) con duración de 2 años (1.000 hs. presencial y semi presencial). Fue docente de la carrera superior de Neonatología en la Universidad Católica de Córdoba y Miembro Titular desde 2012

Es Secretario del Comité de Capacitación y Docencia del Hospital Misericordia.

Luis Ahumada es, en Córdoba, referente de varios programas, entre ellos de Neuroprotección Cerebral, de la Semana del Prematuro (UNICEF-Argentina) y de Prevención de ceguera por Retinopatía del Prematuro.

Es también integrante de la Comisión Provincial de Clasificación Internacional de enfermedades –Prevencia– y desde 2011 hasta la actualidad, coordinador en Prevención y Promoción de la Salud en Ministerio de Salud y del Centro Base NEOCOSUR.

Fue director, organizador y disertante del Primer Taller de Ventilación Mecánica Neonatal y del Curso de Capacitación Superior en Universidad Católica. Se replicó este taller en Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Salta, San Luis, La Rioja y Santa Fe.

Disertante, moderador y participante en cursos nacionales y locales; y coautor y autor de publicaciones científicas.

Revista Noticias: ¿Cuándo elegiste ser médico?

Dr. Luis Ahumada: Al finalizar el secundario. En 5^{to} tuve un profesor que me hizo disfrutar Biología, Anatomía y Fisiología humana. ¡¡Me fascinó estudiarlas!!

RN: ¿Quiénes influyeron en la elección?

Dr. L.A.: Creo que mi padre José Víctor, abogado y docente de literatura y mi madre, muy conocida como “Pina”, kinesióloga y profesora de educación física. En mi casa paterna en Villa María, funcionaba una escuela de natación que dirigía mi madre. En los veranos, durante mi adolescencia, enseñaba a nadar a niños de 3 a 10 años. Mi madre, tenía un consultorio en casa. En mi hogar se vivía un clima de docencia, lectura, atención de la salud y niños. Componentes que tienen que ver con la carrera y especialidad que seguiría después.

RN: ¿Familia?

Dr. L.A.: Mi padre falleció hace 23 años. Tengo a mi madre y 2 hermanos: uno filósofo y otro administrador de empresas, son mis mejores amigos. Tuvimos una abuela italiana, María, que vivía con nosotros, muy presente en nuestra infancia y una familia criolla, catamarqueña, que visitábamos las vacaciones de invierno. Vivían como a principios del siglo pasado (un aprendizaje de otra forma de vida).

Tuve 20 años de matrimonio con Marcela, mi primer mujer y con ella 2 hijos maravillosos, Nico y Manu, que son el soporte de mi vida.

Actualmente, convivo desde hace 7 meses con mi pareja actual (también se llama Marcela) y con su hijo Joaco. Son un pilar afectivo muy importante en esta etapa. A todos les debo lo que soy a nivel personal y profesional. Me han bancado y bancan en el camino que he elegido.

Entre guardias respondo consultas, sin importar

la hora, los 365 días del año, con feriados y fines de semana. Ese tiempo profesional que invertimos es tiempo que le restamos a nuestras parejas y a nuestros hijos. Pero no puedo concebir mi trabajo de otro modo.

RN: ¿Cuándo decidiste la especialidad?

Dr. L.A.: Me recibí a los 22 y me siento estudiante todavía. Paralelo a Medicina ingresé a la Facultad de Filosofía, influenciado por mi hermano José, que estudiaba allí. Creía que para ser buen médico debía contar con formación humanística. Las primeras materias de Medicina eran totalmente biologicistas (aspecto que me parece negativo y por suerte algo cambió en los últimos años).

Después del CBC cursé 4 años de Psicología. Una carrera de humanidades me ayudó muchísimo. En mi vida estudiantil y residencia participé en política universitaria, partidaria y gremial, durante los años de dictadura y después en los primeros años de Democracia. Todo influyó para elegir Pediatría.

Muchos aspectos del conocimiento me interesan y gustan y he podido canalizarlos. Luis expresa lo que es notorio “Al principio no estaba seguro que mi elección. Con el paso del tiempo y la práctica, no puedo imaginarme haciendo otra cosa”

RN: ¿Maestros?

Dr. L.A.: He sido muy afortunado Tengo muchos maestros de vida y profesión. Mis abuelos y padres primero. Dos mujeres extraordinarias me marcaron para siempre: Mi abuela y mi madre me enseñaron que nada es imposible en la vida. Algunos docentes de Medicina Interna de 5^{to} año y mi hermano José.

RN: ¿En lo profesional?

Dr. L.A.: Influyeron en mí los que conocí en la formación. Con una gran tradición los pediatras del viejo Hospital de Niños de Córdoba, me enseñaron a estudiar, a pensar en los pacientes, y estar actualizado. Formación científica muy profunda e irrepetible aunque faltaba el componente social y humano. Encontré la integralidad en la Maternidad Sardá de Buenos Aires, y a mi primer Maestro en Neonatología formador de generaciones de neonatólogos y pediatras, el Dr. Miguel Larguía. Profesionales con la vocación humana y el concepto de Medicina que buscaba. Aprendí de todos. Por una beca en la Maternidad Suizo Argentina. conocí a mi segundo gran Maestro y uno de los referentes de la Neonatología del país, el Dr. Luis Prudent. Con él aprendí además organización de servicios de salud... y de la vida.

RN: ¿Alguna experiencia en especial?

Dr. L.A.: Mi encuentro con APS en mi trabajo con el Centro de estudiantes de Medicina y un grupo “Movimiento por un Sistema Integrado de Salud”, definió mi enfoque de profesional.

RN: ¿Tu énfasis en crecimiento y desarrollo neonatal provocó algún cambio... en políticas públicas...?

Dr. L.A.: Fui 3 años referente de Neonatología del Ministerio de Salud de la Provincia. Trabajé fuertemente para la implantación del modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), un Programa provincial que combinara los consultorios de seguimiento con la atención primaria en instituciones cordobesas y un programa de reducción de la Ceguera por Retinopatía del Prematuro (ROP). Era como una epidemia en Córdoba. Redujimos de manera significativa los tratamientos por la enfermedad y el número de niños con discapacidad visual. Otros dos programas fueron implementados: para reducir la Mortalidad Infantil (había aumentado en 2007) y para incrementar el número de Neonatólogos formados en la provincia.

RN: ¿Algún intercambio significativo en el extranjero?

Dr. L.A.: Dos rotaciones fueron relevantes. Una, mis cursos en el CLAP de Montevideo, junto a trabajadores de la salud de Latinoamérica y Europa. Tuve una visión integral de Perinatología y Medicina. La otra fue en USA. Pude visitar servicios de excelencia. Allí conocí algunos de los mejores neonatólogos del mundo. Servicios y hospitales cuyos sistemas funcionan excelentemente en lo organizativo y en el trabajo en equipo. Se realiza investigación muy seria. Por sobre todo, haber estado en las Unidades de neonatología del Dr. Waldemar Carlo y el Dr. Eduardo Bancalari, maestros que producen conocimientos científicos constantemente, trabajan al lado del paciente con un increíble respeto por las familias y los profesionales en formación.

RN: Comunicar... ¿Qué exigencia?

Dr. L.A.: Mucha! Cumplir la actividad asistencial y organizativa y hacer trabajos científicos y luego publicarlos. Es una deuda personal. No publiqué muchos trabajos y quedaron en el olvido. Ahora al pertenecer a la red NEOCOSUR y acordar investigaciones locales sobre Alcohol y Embarazo espero mejorar la capacidad de los Servicios que dirijo para publicar más y mejor.

RN: ¿Premiado por tus pares?

Dr. L.A.: Un solo estudio que hicimos fue premiado. Trató sobre Ictericia Neonatal. Paradójicamente, fue reconocido no por Neonatólogos, sino por Pediatras, en el Congreso Argentino de Pediatría Ambulatoria en Buenos Aires. Insumió mucho esfuerzo y trabajé para presentarlo en eventos nacionales y en el exterior, en el "Meeting de las Sociedades Pediátricas de USA". Allí conocí a los principales referentes de la Neonatología a nivel mundial. Fue muy importante que ellos apreciaran el estudio y opinaran sobre él.

RN: Cómo fue implementar en "tu" Hospital Misorcordia la "terapia del frío"?

Dr. L.A.: Todo un desafío. No había otro centro que hiciera hipotermia en todo el interior del país.

Diseñamos un programa y nos constituimos como centro de referencia para hospitales públicos de Córdoba. Fue fundamental contar con el apoyo del equipo médico, de enfermería y personal de neonatología, como así también de las Maternidades públicas y en especial del Dr. Gabriel Pedetta y el Dr. Ricardo Espósito del Ministerio de Salud. Creyeron en nosotros y nos confiaron el proyecto.

RN: ¿Qué te mueve a la docencia?

Dr. L.A.: Me gustaría haber hecho más. Así me enseñaron mis maestros. Estudiar, investigar y ejercer la docencia continua. Traigo la docencia de mis padres, se respiraba en casa. Teníamos contacto con las actividades que realizaban mis padres en los colegios. A menudo me encuentro con sus ex alumnos que me cuentan sus recuerdos y anécdotas. Una vez, fui a comprar vinos en Villa María; quien me atendió me reconoció y comenzó a recitar una poesía... se la había enseñado mi padre, la recordaba a pesar de haber pasado más de 30 años. Emocionado me dijo: "Es el único poema que aprendí en mi vida"... Ese tipo de docente era mi padre. Trato de enseñar todo que he aprendido en estos años de carrera. (Emoción contagiosa, cuando lo cuenta, Luis tenía literalmente los ojos llenos de lágrimas).

RN: Córdoba destaca por su movimiento médico... ¿es un desafío?

Dr. L.A.: Sí. Existe la generación de conocimiento, docencia e historia política Nos ayudó a desarrollarnos en nuestra idea de salud. Por varios motivos, mi participación en la universidad no ha sido lo intensa que deseaba. Muchas veces debemos elegir. Sigo ligado al ámbito académico. Mi unidad es formadora permanente; trabajamos mucho con las cátedras. Espero profundizarlo.

RN: ¿Discípulos?

Dr. L.A.: Muchos y muy buenos, desde mi primera camada de residentes, cuando era jefe e instructor de la Maternidad Sardá, pasando por la Clínica del Sol, el Curso Bial de Neonatología y mis residentes actuales. Me han estimulado siempre. Espero haberles modificado algo por la forma que yo aprendí a encarar la Medicina. Al final de cada rotación les transmito: espero hayamos contribuido a que sean mejores médicos y no sólo hayan aprendido Neonatología. Mis Maestros me enseñaron ejemplos de humildad y de respeto. Trato de transmitirlo a quienes trabajan conmigo.

RN: ¿Tu compromiso político con la salud infantil, ha sido difícil?

Dr. L.A.: No sé si difícil. Desde residente, traté de hacer una medicina más humana y que respetara los derechos del paciente. En el Hospital de Niños de Córdoba, en el sector Lactantes, en mi Residencia, con mis compañeros logramos que las madres no tuvieran horarios de visita (tenían sólo una hora diaria,

con niños menores de 2 ¡una locura!) Fue una lucha con los jefes y con la supervisora de enfermería de ese momento. Constituimos un Centro de Médicos en Formación para defender nuestros derechos en los distintos servicios. Esto me valió un mote ("Chucho", por narigón) y algún recelo por parte de los que dirigían el Hospital. Donde trabajé en Neonatología y a nivel de Ministerio traté de implantar la filosofía de MSCF que había "mamado" en la Maternidad Sardá de Buenos Aires con el Dr Larguía. Implica motivos de lucha el intentar convencer de brindar una tarea asistencial acorde con una idea humanitaria.

Creo que la prevención que debe ser premisa principal en especial del pediatra. Quién trabaja para que muchos no sufran enfermedad, debiera ser reconocido y estimulado. Si bien la prevención no tiene la prensa que tiene un salvataje complicado o una cirugía compleja. La filosofía de APS debe impregnar todo el sistema y no restringirse a lo periférico. Tal vez otros hospitales de referencia y de servicios complejos, debieran también desarrollar acciones de prevención. En el Hospital realizamos Educación y Promoción de la Salud, como práctica fundamental y con igual prioridad con que asistimos al prematuro extremo y al RN grave.

RN: ¿Cual es, tu postura, dentro de la ética médica?

Dr. L.A.: Hay diferentes visiones. Para algunos es la discusión de casos problemáticos en donde se valoran principios humanos individuales y se les da respuestas. Para otros, es respetar normas de Bioética para la evaluación de trabajos de experimentación clínica. Para mí, todo lo anterior es válido siempre que se tenga en cuenta la vulneración de los derechos a las mayorías. Ejemplo: el maltrato que reciben a diario usuarios de hospitales sin que nadie lo vea, ni proponga cambios para evitarlo. O las diferencias que generan en la vida de miles y miles de niños y otras personas sujetas a inequidades sociales. No me parece ético conmoverse por una enfermedad grave o un caso complejo y no hacerlo por las grandes injusticias que afectan a miles.

RN: Posición muy crítica ¿porqué?

Dr. L.A.: Los principios éticos se vulneran a diario en el ámbito de la salud. De hecho, los resultados neonatales son absolutamente diferentes de acuerdo a clase social o condición o al lugar en donde tocó nacer. Muchas veces son los mismos médicos y enfermeras que trabajan en diferentes instituciones. Por tanto, los niños vienen determinados en su sobrevivencia de acuerdo al lugar que nacen y las diferencias son enormes. ¡Es inadmisibile! El maltrato, el desprecio y la discriminación que se observa con los pacientes, sobre todo en los hospitales públicos, me sublevan y es tal vez, lo que más intento cambiar en mi quehacer. Un tema es la participación de pacientes en estudios científicos con firmas de consentimientos

imposibles de leer y entender para la población general. Sin embargo, respetables investigadores creen que con esto es suficiente para ser ético. Por suerte, los Comités de Ética van cambiando en parte estas situaciones pero falta mucho aún.

La Pediatría argentina pierde cada vez más el interés de los jóvenes. Espero que esto no le haga bajar calidad. El desafío para los nuevos pediatras es mantener la integralidad de la especialidad y evitar que la atomización en subespecialidades quite cariz humano y la importancia del médico de cabecera como coordinador de la atención. Más especialización, será absolutamente necesaria. Deberán atender los Derechos del paciente y saber de comunicación, antropología, ética genética, psicología, sociología, etc. Hoy es impensable que se pueda ejercer la Pediatría sino ampliada.

RN: ¿Diferencias con los de "la vieja guardia"?

Dr. L.A.: No creo que se repita el enciclopedismo y la sabiduría de los maestros de antaño. Siempre hay diferencias. Cada generación es producto de su tiempo y comienza a desarrollar su modelo. La nuestra ha dado a la especialidad improntas muy necesarias. La actual trata de sobrevivir muy atada a la realización individual. Siempre hay quienes trabajan con vocación y compromiso. Es maravilloso ser protagonistas privilegiados del desarrollo de los niños en momentos trascendentes de sus vidas.

Para ser pediatra es muy importante ser "médico" en todo su sentido, preocupado y comprometido con el niño, su familia y entorno, por sus Derechos y las inequidades.

Deseamos que los egresados que eligen esta carrera aprendan a amarla y a disfrutarla por lo que es y no por darles nivel material. Si su meta es ganar mucho dinero, que piensen que tal vez se equivocaron de profesión. Lo que se invierte en formación, trabajo y compromiso siempre tiene compensación. Como dice el maestro Dr. Villada Achával "Somos médicos principalmente porque la Medicina es bella".

RN: ¿Y la vida societaria?

Dr. L.A.: Tiene real importancia. La SAP es una institución democrática, participativa y abierta. Nos acoge a todos. Único lugar de encuentro donde las conclusiones se obtienen por consenso y con amplia participación de todas las voces.

Es para mí un espacio de aprendizaje, de docencia de posgrado y el lugar para canalizar mis inquietudes sociales respecto a la Salud. Participamos voluntariamente. No nos mueven intereses económicos o puramente individuales. Invertimos nuestro tiempo en pos de mejorar como pediatra, continuar nuestra formación y devolver a los más jóvenes las enseñanzas que hemos recibido. Muchos creemos que es el ámbito para mejorar la salud de los niños, adolescentes y sus familias.

RN: ¿Qué te significa presidir el 38 CONARPE?

Dr. L.A.: Es el producto de este ambiente que se vive en la SAP y de un grupo muy dinámico de pediatras con quienes compartimos ideales e inquietudes. De este grupo de compañeros (en muchos casos amigos) surgió esta empresa de organizar el CONARPE y de que yo fuera el Presidente, lo cual es un honor viniendo de ellos.

RN: ¿En lo personal, impactos fuertes?

Dr. L.A.: El nacimiento de mis hijos. Todo lo que les ocurre es lo que más me moviliza. La muerte de mi abuela materna y de mi padre fueron los momentos más duros.

RN: ¿Y en lo profesional?

Dr. L.A.: Muchísimos recuerdos de mis pacientes. Luisito que conocí a los 3 años (ahora 33). Sufría de leucemia. Estaba gravísimo. Me enseñó la fortaleza de espíritu que puede tener un niño y el amor incondicional de una madre... Una bebé prematura de la Sardá, en Buenos Aires, que nació con 900 gramos y estuvo a mí cuidado por 3 meses. Todavía me veo en mis noches de Guardia, sentado en un banco al lado de su incubadora. Guardo la medallita que me entregó su madre cuando su alta... Francisco, que cuidé en su casa más de 3 años. Soy de su familia. Los padres me eligieron padrino. Una exagerada muestra de cariño y generosidad.

RN: ¿Algún “proyecto pendiente”?

Dr. L.A.: Mi vida profesional es la de los proyectos pendientes. Hoy estamos trabajando en un convenio con la Facultad de Psicología (cátedra de Psicobiología Experimental) y el Instituto de investigación Martín Ferreyra, para hacer estudios sobre los efectos del alcohol en el bebe en desarrollo durante el embarazo. Esto es una línea que viene trabajando el Dr. Juan Molina, excelente investigador y su equipo. Queremos integrarle a este trabajo de experimentación básica y clínica, aspectos sociales, emocionales y sanitarios para la prevención y promoción de la salud respecto a la ingesta de sustancias durante el embarazo.

Suelo poner objetivos inalcanzables aun sabiendo que después voy a cumplir el 80% o la mitad. Quisiera obtener el doctorado en Medicina y seguir incrementando los proyectos asistenciales y de investigación en las 2 unidades de Neonatología en donde trabajo (Hospital Misericordia y Sanatorio Allende).

RN: Si desarrollaras “algo más” ¿De qué depende?

Dr. L.A.: De mis energías y que mi grupo de trabajo me siga acompañando... ¡Ah! Y que mi vida personal me lo permita. Es imposible realizar la especialidad de pediatra y neonatólogo sin el apoyo familiar.

RN: ¿Frecuentas la literatura?

Dr. L.A.: La literatura es mi pasión, desde los clásicos griegos hasta el presente. Soy admirador, fanático y hasta apasionado por Jorge Luis Borges.

Siento un placer increíble cuando lo leo. Pienso como Piazzolla, que nadie escribió mejor que él en lengua española... También leo a Cortázar, Neruda, Rulfo, García Marquez, Zandor Marai.

RN: ¿Y la música, qué música?

Dr. L.A.: Es otra de mis pasiones. No puedo concebir mi vida sin música. Tengo un gusto muy variado. Trato de apreciar y entender lo mejor de cada estilo. Me encanta el tango (Goyeneche, la tana Rinaldi, Pichuco, Gardel). La persona quien me emociona y más admiro es Astor Piazzolla. También me gusta el jazz. Creo que Louis Armstrong es el Piazzolla de New Orleans, y viceversa, Astor es el Satchmo de Buenos Aires. Escucho mucha música de Latinoamérica. Me encantan 2 cantautores: Silvio Rodríguez (su poesía y sus canciones son inigualables) y Chico Buarque (conjunción de poesía y música). También Caetano, Serrat y el trío Spinetta, Charly y Fito quien es a mi juicio, quien mejor representa mi generación. Pero qué decir de la Negra Sosa (la mejor voz del mundo), y de Atahualpa (ambos son la voz de nuestra tierra). Otros como León Gieco y Jorge Fandermole y de la última camada Lisandro Aristimuño y Raly Barrionuevo.

RN: ¿Hobbies, deportes?

Dr. L.A.: Hace 18 años comencé a realizar una actividad deportiva con pasión por las carreras de aventuras y maratones. Al principio, con una dedicación muy intensiva que incluyó carreras de 2 días sin parar, Cruce de los Andes, Maratón 42K, Desafío al Champaquí!!!. Estas carreras cuando las hacía bien y entrenaba bien, corría al lado de chicos de 20 años y les ganábamos. Siempre las hice de a dos, el otro te ayuda y vos ayudas al otro.

Con el tiempo fui disminuyendo la intensidad: 3 veces por semanas corro y no lo puedo evitar y en vacaciones o fin de semanas todos los días. Lo que me enseñó este deporte es que una persona no tiene límites en lo que es capaz de alcanzar con su mente y su físico.

RN: ¿Satisfacciones?

Dr. L.A.: En lo personal, una especial. Mi madre, Pina, siendo joven compitió en atletismo.

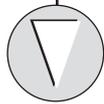
El año pasado mirando por TV los Juegos Olímpicos me comentó con aire nostálgico: –“Pensar que siempre quise ir a los Juegos y nunca fui”.

Le dije: –“Si te animás. Vamos!”

Me contestó: –“Porqué no?”

En 2 días, a sus 87, estuvimos en Brasil. Disfruté al verla feliz, mirando los atletas a metros de la pista. Y otra... Hice una fiesta de 50 multitudinaria. Convoqué 170 personas un 7 de enero.

Un personaje amigo que es escritor, hizo como una reseña y dijo que “Se había dado un caso de adolescente que habría cumplido 50 años”, se ríe (como si fuera una publicación en el *Pediatrics!*)



HISTORIA de NUESTROS HOSPITALES

Espacio creado por el *Dr. Juan Luis Marsicovetere*

Licenciada Andrea Coria

Departamento de Docencia del Hospital G. Mercante



HISTORIA del HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS GOBERNADOR DOMINGO MERCANTE

El distrito de José C. Paz, está ubicado en el noroeste de la Provincia de Buenos Aires, 34° 33' latitud sur y 58° 43' longitud oeste, en el denominado conurbano bonaerense, a 35 Km. de la Capital de la República.

Limita al noreste con los municipios de Pilar y Malvinas Argentinas, al noroeste con Pilar, al sureste con San Miguel y al suroeste con Moreno.

La superficie del distrito es de 50,11 km², con una población de 230.208 habitantes (114.134 varones y 116.074 mujeres). La densidad de población es de 4.586 habitantes/km².

El distrito cuenta con numerosos medios de transporte entre los que se destacan los ómnibus de corta y media distancia. También la línea de ferrocarril San Martín, ramal Retiro-Pilar, tiene estación en José C. Paz. Esto facilita el traslado al hospital ubicado en un punto estratégico, donde los habitantes de los

75 barrios que se ubican en el partido de José C. Paz y los vecinos de los distritos aledaños, tienen un acceso directo.

En el municipio existen centros de atención, recreación, servicios públicos, escuelas estatales y privadas de nivel inicial, primario, secundario, media, técnica y polimodal, institutos superiores y escuelas especiales. Albergan un número importante de habitantes quienes se dirigen para su atención inmediata o emergente, al hospital Gobernador Domingo Mercante.

Cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud del Municipio. Existe un importante compromiso en el traslado de los pacientes en emergencia, a quienes se transporta, desde el lugar de la ocurrencia del evento hasta la institución receptora, de forma segura. La coordinación comprende todos los servicios de salvamentos, atención médica y transporte a enfermos o accidentados fuera del hospital.



El hospital Gobernador Domingo Mercante, que es de dependencia provincial, fue emplazado en los terrenos donados para su creación, proporcionando atención sanitaria a la población paceña y aledaña.

La piedra fundamental fue colocada el 15 de octubre de 1989. En ese momento, las localidades de José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel conformaban un solo partido, el de General Sarmiento, que el 8 de agosto de 2004 se divide en esos tres municipios independientes.

El nosocomio fue oficialmente habilitado en el año 2005, desarrollando la modalidad de Hospital de Agudos, con el equipamiento correspondiente, dándole solución a la situación sanitaria de José C. Paz y localidades vecinas según la disponibilidad del mismo y la infraestructura con la que cuenta. Desde 2011, se brinda un servicio general de todas las patologías, trabajando de forma coordinada con los Centro de Atención Primaria de la Salud y programas implementados por el gobierno Nacional y Provincial.

Podemos denominar a la institución como Hospital Escuela ya que es sede de la Tecnicatura Superior en Enfermería, que permite a otras institu-

ciones educativas la capacitación de sus educandos. Asimismo cuenta, en sus diferentes servicios, con residencias médicas.

En el Hospital existen los Servicios de Cirugía, Traumatología, Pediatría, Maternidad, Ginecología, Clínica Médica, Unidad de Cuidados Críticos, Neonatología, Salud Mental. Además de los Servicios de Guardia, cuenta con consultorios de demanda externa de las diferentes especialidades. Para completar la atención de los pacientes, cumplen su función servicios que colaboran en el diagnóstico y tratamiento como: Servicio Social, Hemoterapia, Laboratorio, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Vacunación, Esterilización, Farmacia y Lactario. Existen, además, servicios de apoyo: Ropería, Cocina, Limpieza, Mantenimiento y Maestranza.

El Servicio de Pediatría tiene 20 camas de internación y sistema de Residencia. En la Guardia 15 camas/cunas y shock room para los casos de urgencias.

Actuales autoridades: Director Ejecutivo: Dr. Etchichury Rubén y Directores Asociados: Rosas Guillermo, Lic. Suarez Ariel y hasta junio 2017 Lic. Monti Alida.



PERLITAS LEGALES

Dra. Mercedes R. Acuña

Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)

DERECHO ANIMAL

Este artículo está destinado a tomar conciencia sobre la protección de los derechos del animal. El Pediatra a través de sus pacientes y sus familias puede ser protector de los mismos.

Las familias desde la antigüedad, siempre adoptaron mascotas. Nos remontamos al antiguo Egipto y en las tumbas se encontraron, entre sus joyas, a su más querida mascota, también embalsamada. Además, a través del tiempo, vemos la depredación de parte de los cazadores de especímenes que están en extinción.

Y si vemos la historia de nuestro país, Domingo Faustino Sarmiento fue el Presidente de la Sociedad Protectora de Animales (1879) y su sobrino siguió con este legado. Fueron los promotores de la Ley 2786, denominada "Ley Sarmiento", promulgada el 25 de Julio de 1891, precursora del proteccionismo animal y antecedente de la legislación vigente, Ley 14346.

Solo voy a transcribir el primer artículo de la Ley de Sarmiento, para introducirnos en el tema:

"Declárese actos punibles los malos tratamientos ejercitados con los animales y las personas que los ejerciten

sufrirán una multa de dos a cinco pesos, o en su defecto arresto, computándose dos pesos por cada día."

También existe un marco superior de este proteccionismo y así mencionamos: **Declaración Universal de los Derechos del Animal**, proclamada en 1978, por la Liga Internacional de los Derechos del Animal, aprobada por la UNESCO y posteriormente por la ONU.

Su PREÁMBULO dice:

"Considerando que todo animal posee derechos, (...) Considerando que el desconocimiento y desprecio de dichos derechos han conducido y siguen conduciendo al hombre a cometer crímenes contra la naturaleza y contra los animales, (...) Considerando que el reconocimiento por parte de la especie humana de los derechos a la existencia de las otras especies animales constituye el fundamento de la coexistencia de las especies en el mundo. Considerando que el hombre comete genocidio y existe la amenaza de que siga cometiéndolo, (...) Considerando que el respeto hacia los animales por el hombre está ligado al respeto de los hombres entre ellos mismos, (...) Considerando que la educación debe enseñar, desde la infancia, a observar, comprender,

respetar y amar a los animales, se proclama lo siguiente:

Artículo 1. Todos los animales nacen iguales ante la vida y tienen los mismos derechos a la existencia.

Artículo 2. a) Todo animal tiene derecho al respeto.

b) El hombre, en tanto que especie animal, no puede atribuirse el derecho de exterminar a los otros animales o de explotarlos violando ese derecho. Tiene la obligación de poner sus conocimientos al servicio de los animales.

c) Todos los animales tienen derecho a la atención, a los cuidados y a la protección del hombre.

Artículo 3. a) Ningún animal será sometido a malos tratos ni actos crueles. **b)** Si es necesaria la muerte de un animal, esta debe ser instantánea, indolora y no generadora de angustia.

Artículo 4. a) Todo animal perteneciente a una especie salvaje, tiene derecho a vivir libre en su propio ambiente natural, terrestre, aéreo o acuático y a reproducirse. **b)** Toda privación de libertad, incluso aquella que tenga fines educativos, es contraria a este derecho.

Artículo 5. a) Todo animal perteneciente a una especie que viva tradicionalmente en el entorno del hombre, tiene derecho a vivir y crecer al ritmo y en las condiciones de vida y de libertad que sean propias de su especie. **b)** Toda modificación de dicho ritmo o dichas condiciones que fuera impuesta por el hombre con fines mercantiles, es contraria a dicho derecho.

Artículo 6. a) Todo animal que el hombre ha escogido como compañero tiene derecho a que la duración de su vida sea conforme a su longevidad natural. **b)** El abandono de un animal es un acto cruel y degradante.

Artículo 7. Todo animal de trabajo tiene derecho a una limitación razonable del tiempo e intensidad del trabajo, a una alimentación reparadora y al reposo.

Artículo 8. a) La experimentación animal que implique un sufrimiento físico o psicológico es incompatible con los derechos del animal, tanto si se trata de experimentos médicos, científicos, comerciales, como toda otra forma de experimentación. Las técnicas alternativas deben ser utilizadas y desarrolladas.

Artículo 9. Cuando un animal es criado para la alimentación debe ser nutrido, instalado y transportado, así como sacrificado, sin que de ello resulte para él motivo de ansiedad o dolor.

Artículo 10. a) Ningún animal debe ser explotado para esparcimiento del hombre. **b)** Las exhibiciones de animales y los espectáculos que se sirvan de animales son incompatibles con la dignidad del animal.

Artículo 11. Todo acto que implique la muerte de un animal sin necesidad es un biocidio, es decir, un crimen contra la vida.

Artículo 12. a) Todo acto que implique la muerte de un gran número de animales salvajes es un genocidio, es decir, un crimen contra la especie. **b)** La contaminación y la destrucción del ambiente natural conducen al genocidio.

Artículo 13. a) Un animal muerto debe ser tratado con respeto. **b)** Las escenas de violencia en las cuales los animales son víctimas, deben ser prohibidas en el cine

y en la televisión, salvo si ellas tienen como fin el dar muestra de los atentados contra los derechos del animal.

Artículo 14. a) Los organismos de protección y salvaguarda de los animales deben ser representados a nivel gubernamental. **b)** Los derechos del animal deben ser defendidos por la ley, como lo son los derechos del hombre."

Si se extiende al concepto "familia", involucramos a nuestros animales que viven con nosotros, a ser parte de nuestra familia. Y mucho más importante es conocer el concepto de un Juez, que pone en alerta y escribió: "Un animal violentado en una familia es indicio de un niño vulnerado". Un Juez de Familia estableció la estrecha relación entre la violencia hacia los animales y la violencia familiar. Alertando: El violento, comienza por el más débil pero no se detiene. El Juez Guillermo Torti, del Juzgado de Familia N° 7, de Morón, agregó en una entrevista lo siguiente: "... A veces uno tiene que tener el ojo avizor para saber que detrás de un niño maltratado y un animal maltratado hay una violencia que puede ramificarse y existir muchas otras personas involucradas en la problemática".

Ley 14346. Sancionada el 27 de Septiembre de 1954. Malos tratos y actos de crueldad a los animales.

Artículo 1. Será reprimido con prisión de 15 días a 1 año, el que infligiere malos tratos o hiciere víctima de actos de crueldad a los animales.

Se cita como ejemplo un caso que fue resuelto en Comodoro Rivadavia cuando los dueños de dos perros, un ovejero y un cocker, fueron a juicio en agosto 2011. Tenían a sus mascotas en situación de abandono, atados, sin agua ni comida presentando signos de desnutrición. La Jueza contravencional a cargo del Juzgado N° 2, Silvia De Los Santos, aplicó 15 días de arresto en suspenso a sus dueños, a quienes además obligó a asistir a charlas educativas brindadas por ALMA, sobre tenencia responsable de animales de compañía.

Artículo 2. Serán considerados actos de malos tratos:

- No alimentar en cantidad y calidad suficiente a los animales domésticos o salvajes.
- Azuzarlos para el trabajo mediante instrumentos, que no siendo de simple estímulo, le provoquen innecesarios castigos o sensaciones dolorosas.
- Hacerlos trabajar en jornadas excesivas sin proporcionarles descanso adecuado, según las estaciones climáticas.
- Emplearlos en el trabajo cuando no se hallen en estado físico adecuado.
- Estimularlos con drogas sin perseguir fines terapéuticos.
- Emplear animales en el tiro de vehículos que excedan notoriamente sus fuerzas.
- El doping animal es un delito de peligro concreto para la salud animal, y deberá correlacionarse con las pericias de laboratorio, y esta debe ser capaz de transformar la aptitud o rendimiento deportivo del animal.

Artículo 3. Serán considerados actos de crueldad:

- Practicar la vivisección con fines que no sean científicamente demostrable en lugares o por personas que no estén debidamente autorizados para ello.
- Mutilar cualquier parte del cuerpo del animal, salvo que el acto tenga fines de mejoramiento, marcación o higiene de la respectiva especie animal o se realice por motivos de piedad.
- Intervenir quirúrgicamente animales sin anestesia o sin poseer el título médico o veterinario, con fines que no sean enteramente terapéuticos o de perfeccionamiento técnico operativo, salvo el caso de urgencia debidamente comprobada.
- Experimentar con animales de grado superior en la escala zoológica al indispensable según la naturaleza de la experiencia.
- Abandonar a sus propios medios a los animales utilizados en experimentación.
- Causar la muerte de animales grávidos cuando tal estado es patente en el animal y salvo el caso de industrias legalmente establecidas que se fundan sobre la explotación del nonato.
- Lastimar y arrollar animales intencionalmente, causándoles torturas o sufrimientos innecesarios o matarlos por el solo espíritu de perversidad.
- Realizar actos públicos o privados, de riñas animales, corridas de toros, novilladas y parodias en que se mate, hiera u hostilice a los animales.

La conducta punible de abandono se configura cuando se deja privado al animal de los auxilios o cuidados que le son imprescindibles para mantener su vida o salud, la cual ya se encuentra deteriorada por haber sido objeto de experimentación. El abandono puede perpetrarlo el agente apartándose del animal, o quedándose con él, pero sin prestarle los auxilios o cuidados necesarios luego de ser utilizado en experimentos.

El delito, en cualquiera de sus formas, requiere dolo directo. El autor debe actuar con conocimiento y voluntad de organizar la conducta prohibida, de preparar o presentar la reunión pública o clandestina, o de querer intervenir directamente con la participación del animal en la realización de la riña, corrida de toros, novilladas o parodia donde se produce la muerte, heridas u hostigamiento de animales.

No se puede dejar de citar y en honor a su sufrimiento del caso del oso polar "Winner", que murió el 24 de diciembre de 2012 en el Zoológico de Buenos Aires, cuando ese día la sensación térmica fue de 45,5°, siendo que este animal en su hábitat natural soporta temperaturas de hasta 50° bajo cero.

El Zoológico a través de su cuenta de Facebook, comunicó que el desafortunado desenlace se produjo: "... como consecuencia de los inusuales picos de temperatura, combinado con la pirotecnia del 24 a la noche y el temperamento nervioso del oso...", los cuales dificultaron la normal termorregulación, llevando a la muerte

del mismo. El diagnóstico presuntivo como resulta de la necropsia es muerte por hipertermia.

Por último, se debe conocer como hacer una denuncia ante los malos tratos a los animales, aclarando que ninguna entidad o sociedad protectora tiene la facultad de recibir denuncias. El maltrato animal es un delito condenado por el Código Penal, y debe ser denunciado por cualquier persona mayor de 18 años, el trámite es gratuito y es un derecho cívico.

Las denuncias son personales, y la realiza la persona que presencié el acto o tiene conocimiento sobre el hecho de maltrato. Debe hacer la denuncia con su documento de identidad, en forma oral o escrita ante funcionario público que la reciba, quien deberá entregarle una copia de la denuncia formulada.

Si el hecho ocurrió en **CABA**, existen unidades de orientación y denuncia, pudiendo acceder a través del 4011-1400, Combate de los Pozos 155 PB, de 9 a 20 hs, www.mpf.jusbaires.gov.ar.

Si el hecho ocurrió en la **Provincia de Buenos Aires**, la denuncia debe hacerse en la comisaría o UFI, correspondiente al lugar donde ocurrió el hecho. Es obligación del Funcionario Público en el caso de la UFI, o del oficial de la Ley en el caso de la comisaría, tomar la denuncia. La ley 14.346, Protección de los Animales, es una ley penal, así como también es obligación del ciudadano de denunciar cualquier hecho que viole una ley. No se debe acceder a realizar una exposición civil, debe ser una denuncia penal.

Otras direcciones útiles: denuncia de tráfico de animales, Gendarmería Nacional, línea verde para CABA, teléfonos (011) 4380-0480/4383-9586/4381-3110/4347-7000, Emergencia ambiental 105, ecologicopfa@yahoo.com.ar ecologico@policiafederal.gov.ar

En todo el país, las denuncias pueden realizarse al 0800-8888804, Gendarmería Nacional Argentina, asuntosambientales@gendarmeria.gov.ar

En CABA, Secretaria de Ambiente y Desarrollo sustentable de la Nación, faunadenuncias@ambiente.gov.ar teléfono (011) 4348-8560/8559. San Martín 451.CABA.

En Provincia de Buenos Aires, Departamento de Flora y Fauna, Dirección de Recursos Naturales adeconrec@maa.gba.gov.ar Calle 12 y 51. Torre 1. CP 1900.La Plata. Teléfono (0221) 429-5312/5321/5360/5363/5206.

BIBLIOGRAFÍA

- *Protección Penal de los Animales. Ley 14346.* Pedro Eugenio Despouy Santoro y María Celeste Rinaldoni. Editorial Lerner.
- *Aporte bibliográfico de la Dra. Laura Velazco, del Departamento de Derecho Animal, del Colegio de Abogados de CABA.*
- *Recopilación Bibliográfica de la Dra. Acuña Mercedes Regina.*

Banco Galicia y la Comisión Directiva de la SAP se unieron para darte más beneficios.



Por pertenecer a la **Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría**, tenés la posibilidad de acceder al Servicio Galicia⁽¹⁾ con:

100%

de bonificación mensual en el servicio Galicia,⁽¹⁾ los primeros 6 meses, y 50% a partir del 7mo. mes realizando compras mensuales con tus Tarjetas Galicia.

100%

de reintegro en el pago de la cuota de SAP.⁽²⁾ Exclusivo para la Región Metropolitana y nuevos clientes Galicia Éminent o Negocios. Tope mensual \$ 300. Vigencia desde el 01/03/2017 al 31/12/2017.

Además, inscribite en **quiero.com.ar** y volá sin poner un peso sumando puntos con los consumos habituales de tus Tarjetas Galicia.⁽³⁾



Estamos trabajando para que, muy pronto, estos beneficios alcancen a **todas las filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría.**

Comunicate al 0810-777-3333, o visitá la Sucursal Galicia Coronel Díaz:

DAIANA V FEYKA: Cel.: (54-9-11)1531981399 / Daiana.V.Feyeka@bancogalicia.com.ar
ESTEFANÍA MAESTRO: Cel.: (54-9-11) 3198-1405 / estefania.maestro@bancogalicia.com.ar



(1) CARTERAS DE CONSUMO Y COMERCIAL. SUJETA A PREVIA VERIFICACIÓN COMERCIAL, CREDITICIA Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES. BONIFICACIÓN DEL 100 % SUJETA A CONDICIONES DEL BENEFICIO CORRESPONDIENTE Y APLICABLE SOBRE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIGENCIA DESDE EL ALTA DEL PAQUETE*, ES DECIR CADA \$ 100 EL CLIENTE SE AHORRA \$ 100. A PARTIR DEL SÉPTIMO MES, O EN CASO DE QUE EL CLIENTE TENGA UNA ANTIQUEDAD MAYOR A SEIS MESES, SE APLICARÁ UNA BONIFICACIÓN DEL 50% EN EL COSTO DEL SERVICIO GALICIA VIGENTE A ESE MOMENTO; ES DECIR CADA \$ 100 EL CLIENTE SE AHORRA \$ 50. PARA ACCEDER A ESTA BONIFICACIÓN EL CLIENTE DEBERÁ REALIZAR COMPRAS MENSUALES CON SUS TARJETAS DE CRÉDITO Y/O DÉBITO GALICIA. PARA EMINENT, PREFER O CUENTA NEGOCIOS SE REQUEREN 15 COMPRAS MENSUALES, CLASSIC 10 COMPRAS, TOTAL Y PROPIA 7 COMPRAS, SIMPLE 5 COMPRAS. EN TARJETA DE DÉBITO SE TOMAN LOS CONSUMOS REALIZADOS ENTRE EL DÍA 1 Y 30 DE CADA MES. EN TARJETA DE CRÉDITO SE TOMAN LOS CONSUMOS INGRESADOS EN EL ÚLTIMO RESUMEN// EL MES QUE NO CUMPLA LA CONDICIÓN NO ACCEDERÁ AL BENEFICIO. VER COMISIÓN DE MANTENIMIENTO MENSUAL VIGENTE EN WWW.BANCOGALICIA.COM.AR. * SE DENOMINA PAQUETE AL SERVICIO CONFORMADO POR UNA CUENTA CORRIENTE, UNA O MÁS TARJETAS DE DÉBITO Y UNA O MÁS TARJETAS DE CRÉDITO. (2) BENEFICIOS SUJETOS A CONDICIONES DEL CONVENIO CORRESPONDIENTE Y APLICABLE A LOS SOCIOS DE SAP QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS Y ESTÉN ASOCIADOS A FILIALES DE SAP SUSCRITAS AL CONVENIO. REINTEGRO VÁLIDO DESDE EL 01/03/2017 AL 31/12/2017 PARA CLIENTES QUE NO SEAN TITULARES DE ALGÚN PAQUETE GALICIA Y ADQUIERAN UN SERVICIO EMINENT O NEGOCIOS A PARTIR DEL 01/01/2017, QUE NO SE ENCUENTREN EN MORA EN SUS PRODUCTOS EN BANCO GALICIA, Y ADHIERAN EL PAGO DE LA CUOTA DEL SAP AL DÉBITO AUTOMÁTICO DE SUS CUENTAS GALICIA. EL REINTEGRO SE VERÁ REFLEJADO DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL DÉBITO AUTOMÁTICO, SUJETO A MARGEN DE CRÉDITO DISPONIBLE. TOPE DE DEVOLUCIÓN \$ 300 MENSUALES, POR PROFESIONAL Y POR CUENTA.



¿Qué debe saber el pediatra sobre *Staphylococcus aureus* en la práctica diaria? Tips para el manejo clínico

Sonia Lepetic. Jefa de Sala de Pediatría. H.Z.G.A. Dr. A. Oñativia, Rafael Calzada, Buenos Aires.

Introducción

El *Staphylococcus aureus* (SA) es uno de los patógenos más frecuentes del ser humano; causa infecciones de piel y partes blandas pero también infecciones invasivas que pueden poner en riesgo la vida. En los 90 surge en EE.UU. una cepa de SA meticilino resistente de características diferentes al SA intrahospitalario. Presenta genéticamente un casete cromosómico de resistencia antibiótica más pequeño, que hace que sea sensible a más de dos no betalactámicos (Clindamicina, TMS, Eritromicina, Gentamicina) y se asocia a infecciones adquiridas en la comunidad.

En Latinoamérica las primeras infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente asociado a la comunidad (SAMRC) se describieron en Uruguay en 2003.

¿Por qué es importante el SAMRC?

El SAMRC aumentó su prevalencia en todo el globo, siendo el principal causante de celulitis y adenitis abscedadas, pero, lo que es más importante, también aumentaron las infecciones invasivas. No tiene foco de ingreso, como lo descrito habitualmente para el SA meticilino sensible (SAMS). Es de destacar el antecedente de traumatismo cerrado, en muchos casos de hematoma sobre infectado por SAMRC, como inicio del compromiso sistémico.

¿El SAMS ya no es un problema?

El SAMS sigue causando infecciones banales y también invasivas aunque en menor proporción. Hay países como Islandia que no reportan bacteriemias por SAMRC.

El SAMS puede portar, como factor de virulencia, la proteína de Phanton Valantine (PVL), asociada generalmente a la gran virulencia y la formación de abscesos e invasividad del SAMRC.

¿La Cefalexina está obsoleta?

No. La Cefalexina es el antibiótico de elección en las infecciones de piel. Cuando se sospecha infección asociada a *Streptococcus Pyógenes*, por ejemplo, en el impétigo, se puede utilizar Cefalexina asociada a TMS o Clindamicina vía oral.

¿Cuándo sospechar la presencia de SAMRC?

El SAMRC se debe sospechar en lesiones de piel que remedan picadura de araña, celulitis y/o adenitis extensas con formaciones de abscesos del TCS, cuando no se observa mejoría o las lesiones empeoren luego de 48 hs de tratamiento antibiótico con Cefalosporinas de 1ª generación.

¿Cuándo internar al niño?

La indicación de internación es clínica y se basa en la gravedad del cuadro del paciente. Lesiones extensas, fiebre, compromiso articular, impotencia funcional.

¿Qué laboratorio debo solicitar al ingreso del paciente?

Hemograma completo	
PCR cuantitativa	La PCR cualitativa no es de utilidad.
Eritrosedimentación	Es útil en los casos de compromiso osteoarticulares para valorar la respuesta al tratamiento.
Hemocultivo	Detecta bacteriemia (BA).

¿Porqué es importante detectar la BA por SA?

La BA por SA puede producir focos secundarios de infección (metastásicos) entre el 15 al 48%. Los sitios de impacto más frecuentes son pulmón y osteoarticulares. En artritis, osteomielitis puede haber tromboflebitis contigua al foco infeccioso. En adultos se observa mayor incidencia de endocarditis.

Cuando sospechar bacteriemia por SA complicada

Cuando se producen focos secundarios a distancia, hablamos de BA complicada. Existen diversos factores de riesgo asociados a la mayor incidencia de BA, siendo el más importante un segundo HC positivo en 48-96 hs de tratamiento antibiótico adecuado.

Hemocultivo positivos entre las 48 a 96 hs de tratamiento antibiótico adecuado	Se recomienda siempre tomar 2º HC ante una BA por SA aunque los síntomas del paciente estén resueltos.
Persistencia de fiebre mayor a 72 hs	
Signos de enfermedad sistémica en piel	

¿Cuál es el riesgo de complicaciones en la BA por SA?

Sin factores de riesgo	16%
Presencia de 1 factor de riesgo	35%

Búsqueda activa de focos metastásicos

Si registramos una BA por SA, debemos realizar una búsqueda activa de focos a distancia.

Radiología de Tórax	Los síntomas respiratorios pueden estar ausentes en un comienzo
Ecocardiograma	Se prefiere el eco cardiograma transesofágico. La endocarditis es más frecuente si el paciente tiene válvulas protésicas
Segundo Hemocultivo	La persistencia de bacteriemia aumenta el riesgo de complicaciones
Examen clínico minucioso	La sospecha clínica es el más importante método diagnóstico

Signos de alerta de infección invasiva por SA

Considerar siempre el estado del paciente: "la clínica es soberana". Hay signos y síntomas que deben hacer sospechar infección invasiva.

Laboratorio	PCR < 100mg/l (Está asociada a la presencia de cepas PVL positivas).
Persistencia de la fiebre luego de 48 a 72 hs	
Tos. Puntada de costado	Focos sépticos pulmonares. Neumonía.
Coxalgia. Impotencia funcional de miembros inferiores	Artritis de cadera. Absceso del psoas. Píomiositis. Absceso epidural espinal.
Síndrome confusional. Lesiones ampollares, petequiales en piel.	Sepsis.

¿Qué es la descontaminación para SA?

Es la erradicación de la portación del SA.

¿A qué paciente debo recomendar la descontaminación?

Infecciones de PPB recurrentes.

Transmisión en curso que se está produciendo entre los miembros de la familia u otros contactos cercanos.

¿Cómo se indica la descolonización?

Descolonización nasal con Mupirocina nasal 2 veces/día durante 5-10 días.

Descolonización nasal con Mupirocina 2 veces/día durante 5-10 días y un régimen de descolonización tópica corporal con una solución antiséptica para la piel (por ej., Clorhexidina) durante 5-14 días o baños de lavandina diluida. (preparación: 1 cucharadita en 3,5 litros de agua [o ¼ de taza en ¼ de la bañera o 45 litros de agua] dado durante 15 minutos, 2 veces/semana durante 3 meses)

BIBLIOGRAFÍA

- Steven Y, et al. Staphylococcus aureus Infections: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical manifestations, and Management. Clin Microbiology Reviews July 2015; 28 (3):604.660.
- Kaplan S, et al. Three_Year Surveillance of Community_Acquired Staphylococcus aureus Infections in Children. CID 2005;40 (15 June) 1785-1791.
- Fowler VG, et al Clinical identifiers of complicated Staphylococcus aureus bacteremia.
- Arch Intern Med 163:2066–2072. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.17.2066>.



1) Caracterización del exantema por el virus de Zika

Investigadores en **Guadalupe, Francia**, han descrito el exantema por el virus de Zika y sus síntomas relacionados, para ayudar a los médicos a diferenciar la infección por zika de otras infecciones virales.

La Dra. Nadege Cordel, del Hospital de la Universidad Guadalupe, en *Pointe-à-Pitre*, Francia, manifestó a *Reuters*: “Comprender la presentación dermatológica completa del zika puede ayudar a distinguirlo de otros virus en zonas donde probablemente existan múltiples brotes epidémicos (ya sea en países menos desarrollados o desarrollados) y, por tanto, esto puede contribuir al diagnóstico, puesto que las complicaciones sistémicas no son las mismas entre los arbovirus”. “También puede ayudar a explicar los mecanismos fisiopatológicos de las complicaciones neurológicas, el problema principal de la infección por el virus de Zika, ya que varias características se enfocan en una neuropatía de fibras pequeñas”, expresó la Dra. Cordel mediante correo electrónico.

Los hallazgos de su equipo, comunicados en versión electrónica el 22 de febrero en *JAMA Dermatology* se obtuvieron de registros médicos de 60 casos confirmados, proporcionados por 10 médicos en Guadalupe, en el Caribe, de febrero a abril de 2016. Treinta y un pacientes eran adultos (media de edad: 39 años) y 29 eran niños (media de edad: 7 años). La proporción de hombres a mujeres era de 25 a 35. Treinta pacientes eran afro-caribeños, 27 caucásicos y tres asiáticos.

La mediana del área de superficie corporal afectada por el exantema fue de 45%. Las lesiones frecuentemente afectaron cara (95%), extremidades superiores (95%), tronco (93%), abdomen (90%) y extremidades inferiores (86%). Las palmas y las plantas de los pies resultaron dañadas con menos frecuencia (30% y 13%, respectivamente).

Tanto en adultos como en niños, el exantema fue principalmente micropapuloso (86%), descendente (70%) y pruriginoso (82%). Las consultas a los médicos se debieron principalmente a prurito intenso (43%) y 20% de los casos informaron padecer insomnio. Otros síntomas comunes fueron febrícula (56%) e hiperemia conjuntival (56%). El edema acral comunicado en la literatura raras veces se observó en niños (14%), por contraposición a los adultos (52%; $p = 0,002$).

La mayoría de los pacientes (52%) refirió disestesias y síntomas posiblemente relacionados, tales como xerostomía (37%), intolerancia al calor (25%) o trastornos de la sudoración (19%), ojos secos (14%) o incontinencia vesical (10%).

Los autores señalan que si bien en el estudio no se

comparó al virus de Zika con otros arbovirus endémicos en los países de América, éste reveló “varios patrones originales”, como la alta prevalencia de disestesia y los síntomas autonómicos posiblemente relacionados.

El Dr. Daniel Caplivski, director del Programa de Medicina para Viajes en el Hospital Mount Sinai, en la Ciudad de Nueva York, Estados Unidos, manifestó a *Reuters* que el estudio presenta «algunos puntos sutiles interesantes para el médico, pero lamentablemente hay demasiada superposición clínica entre los virus de Zika, chikungunya y dengue, que es muy difícil distinguir con base sólo en la exploración clínica”.

“El hallazgo de conjuntivitis es un indicio útil de que el virus de Zika es el más probable. Sin embargo, dadas las implicaciones de cada virus, la confirmación de laboratorio sigue siendo una parte importante en la atención clínica los pacientes”, concluyó el Dr. Caplivski.

Marilynn Larkin

Noticias y Perspectivas Medscape;
6 de marzo de 2017; © 2017 Reuters Ltd.

2) Parto por cesárea electivo y riesgo de asma en la infancia

LONDRES, Reino Unido. El parto electivo por cesárea aumenta el riesgo de asma para el tiempo en que los niños llegan a la edad escolar, según un análisis de nueve cohortes de nacimiento europeas prospectivas.

“Esta información es relevante en vista de la mayor frecuencia de operaciones electivas de cesáreas, sobre todo en países occidentales”, dijo la Dra. Franca Rusconi, investigadora del Hospital de Niños Meyer en Florencia, Italia.

La Dra. Rusconi presentó los hallazgos durante un estudio de último momento en el Congreso Internacional de la Sociedad Respiratoria Europea de 2016. Los comentarios del auditorio después de la presentación se opusieron abrumadoramente a la noción de la relación causal.

En el análisis se incluyeron 67.613 niños de 5 a 7 años de edad. Las tasas de asma en niños de edad escolar fluctuaron de 3,3% a 11,3 por ciento.

Las tasas de operación cesárea fluctuaron de 9,4% a 37,5% y las tasas de parto por cesárea electivo fluctuaron de 4,7% a 17,8 por ciento.

El riesgo de asma fue más alto en niños nacidos mediante parto por cesárea electivo que en los nacidos mediante parto vaginal espontáneo, después del ajuste con respecto a múltiples factores de confusión maternos y del lactante, tales como edad gestacional

(cociente de riesgos [RR] ajustado: 1,33; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,02-1,75). No hubo ningún incremento del riesgo de asma en niños nacidos mediante parto por cesárea urgente o parto vaginal operatorio.

Sin compresión hay más sibilancia

Cuando el análisis se restringió a los lactantes nacidos a término, la relación entre el parto por cesárea electivo y el asma fue aún más potente (cociente de riesgos ajustado: 1,49). En este subgrupo no hubo ninguna relación entre el riesgo de asma o el asma materna o paterna. “Pudieron haber dos factores de confusión principales”, explicó la Dra. Rusconi. “Uno son los antibióticos que se administran antes de la operación cesárea electiva, y el otro que podría ser más importante es que las madres ansiosas podrían pedir operaciones cesáreas electivas y las madres ansiosas traen a sus niños a los médicos con más frecuencia y tener más diagnósticos de asma”.

Después de la presentación, los miembros del auditorio rápidamente opinaron.

Si el parto por cesárea urgente no se relaciona con asma y el parto por cesárea electivo sí, entonces deben haber “algunos factores de confusión aquí”, dijo el Dr. Stephen Turner, de la Universidad de Aberdeen, Reino Unido.

“Esto es típico de la investigación del asma, que existe una relación en algunos estudios, pero no en otros”, dijo el Dr. Turner a *Medscape Noticias Médicas*. “Lo que concluyo es que básicamente no hay muchos indicios de que la operación cesárea sea un factor de riesgo para asma”.

Riesgo de término temprano frente a término completo

“Está surgiendo el concepto de ‘término temprano’”, dijo el Dr. Sailesh Kotecha, PhD, de la Universidad de Cardiff en Reino Unido, quien intervino en un estudio sobre la relación entre el nacimiento a término temprano y las sibilancias.

“Las cesáreas electivas se realizan con más frecuencia en lactantes a término temprano –37 a 38 semanas de la gestación– que a las 39 semanas, y nuestros datos demuestran que lo importante puede ser el nacimiento a término temprano, más que las operaciones cesáreas”, dijo a *Medscape Noticias Médicas*.

“Analizamos a los lactantes a término temprano como un grupo separado y lo que observamos es que tienden a tener más sibilancias, independientemente de las operaciones cesáreas. La operación cesárea no es el principal factor que explique las sibilancias, es el término temprano”.

La Dra. Rusconi y los Dres. Turner y Kotecha han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

*Kate Johnson
Medscape Pediatría;
14 de septiembre de 2016*

3) Respuestas inmunitarias similares después de dos o tres dosis de la vacuna contra virus de papiloma humano

Pacientes pediátricos (género: femenino y masculino, mediana de edad: 11 años) que recibieron dos dosis de la vacuna nonavalente contra el virus del papiloma humano (VPH) presentaron respuestas inmunitarias similares a las de pacientes de género femenino (mediana de edad: 21 años) que recibieron tres dosis, según los resultados de un estudio abierto de no inferioridad, realizado en 15 países.

“Con base en una investigación similar sobre la vacuna tetravalente contra VPH, se podría esperar, o tal vez anticipar, que el esquema de dos dosis de la vacuna nonavalente sería no inferior al esquema de tres dosis”, expresó por correo electrónico el Dr. Ole-Erik Iversen, del Hospital de la Universidad Haukeland y la Universidad de Bergen, en Noruega. “Por fortuna, este fue el caso en el grupo de 9 a 15 años elegido como objetivo. Este es el hallazgo más interesante e importante, aunque no completamente sorprendente”.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación sistemática contra VPH en niñas de 9 a 14 años de edad, utilizando un esquema de dos dosis, con base en datos de estudios clínicos con las vacunas bivalentes y tetravalentes.

El Dr. Iversen y sus colaboradores evaluaron la inmunogenicidad de un esquema de dos dosis de la vacuna nonavalente contra VPH en pacientes pediátricos que recibieron dos dosis separadas por seis a 12 meses, frente a las respuestas en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que recibieron el esquema estándar de tres dosis.

Más del 98% de los participantes de cada grupo experimentó seroconversión hacia el mes después de la última dosis de la vacuna para cada uno de los nueve tipos de VPH que contiene, y los criterios de no inferioridad de respuestas de anticuerpo se cumplieron para los nueve tipos de VPH, según el estudio publicado en versión electrónica de *JAMA*, el 21 de noviembre.

Los títulos de anticuerpos entre pacientes de género femenino de 9 a 14 años que recibieron dos dosis a intervalos de seis meses fueron más altos contra dos tipos de VPH, y más bajos contra cuatro en comparación con los títulos en niñas similares que recibieron tres dosis (a 0, 2 y 6 meses).

Las pacientes que recibieron dos dosis a intervalos de 12 meses tuvieron títulos más altos de anticuerpo contra ocho tipos de VPH, y títulos más bajos contra un tipo del virus, que las niñas que recibieron esquema de tres dosis.

Los resultados fueron similares para los pacientes, de género masculino, después de dos dosis, que para las pacientes después de tres dosis.

Una prueba de hipótesis reveló títulos de anticuerpo significativamente más altos en la cohorte de pacientes pediátricos (ambos géneros) que recibieron dosis a 0 y 12 meses, que en la cohorte de dosis a 0 y 6 meses para todos los tipos de VPH, excepto VPH-45.

No hubo efectos adversos importantes que se consideraran relacionados con la vacuna.

“Con la vacunación escolar, las tasas de cobertura en muchos países europeos son considerablemente más altas que en Estados Unidos (en Noruega >80%)”, señaló el Dr. Iversen. “Diez años después de que se autorizó la vacuna, es infortunado que tantas personas jóvenes en todo el mundo todavía no se beneficien de este importante logro científico”.

“Con un esquema simplificado y un costo más bajo, puede presuponerse que es posible lograr una mayor cobertura, lo mismo que un mejor cumplimiento”, puntualizó.

“En octubre de 2016, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos recomendó un esquema de dos dosis para adolescentes, comenzando la serie de vacunación contra VPH antes de los 15 años de edad», señalaron el Dr. Lauri E. Markowitz, de CDC Atlanta, en Estados Unidos, y sus colaboradores, en un editorial relacionado.

“Una pregunta importante que aun no tiene respuesta es si se puede obtener evidencia que respalde un esquema de dos dosis en personas que inician la vacunación contra VPH a una edad igual o mayor a los 15 años”, manifiestan.

“En lo sucesivo, un esquema de dos dosis debería facilitar completar la serie de vacunación recomendada”, concluye el editorial.

Merck & Co., que produce las vacunas tetravalente y nonavalente contra el VPH, financió el estudio, empleó seis de los 21 autores y tuvo relaciones diversas con los autores restantes.

Dr. Will Boggs

13 de diciembre de 2016

NUEVA YORK, EEUU - Reuters Health
Medscape Mediatría. Noticias y perspectivas

ADENDUM

“A menudo la sensualidad apresura el crecimiento del amor, de modo que la raíz queda débil y es fácil de arrancar.”

FRIEDRICH NIETZSCHE

Friedrich Wilhelm Nietzsche, filósofo, poeta, músico y filólogo alemán, considerado uno de los pensadores contemporáneos más influyentes del siglo XIX. (15 de octubre de 1844, Röcken, Alemania; 25 de agosto de 1900, Weimar, Alemania)

HYPERSOL GOTAS

Cloruro de Sodio / Solución hipertónica

Gotas x 7,5ml

Es el tratamiento indicado en la coriza del lactante.

Hypersol gotas restablece el transporte mucociliar, favoreciendo la lactancia y el sueño normal del bebe.

Al eliminar la obstrucción nasal permite reanudar la respiración nasal fisiológica.

Hypersol gotas previene la sobreinfección bacteriana.

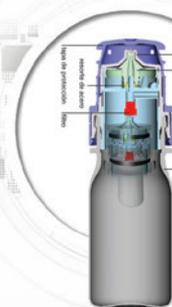
El clearance mucociliar es la principal defensa natural del epitelio respiratorio. Normalmente las partículas nocivas, los alérgenos, y los virus y bacterias son atrapados por el moco y transportados por las ciliadas hacia el aparato digestivo.

Hypersol gotas es totalmente natural e ideal para el lactante.

Hypersol gotas es estéril, no contiene drogas ni conservantes, por lo que está libre de efectos secundarios locales o sistémicos y puede usarse a cualquier edad. Su nueva presentación en frasco gotero de 7,5ml con bomba preservative free, es cómoda e higiénica para el lactante. Con solo unas pocas gotas (1-3) de Hypersol se logra el efecto deseado.

Primer gotero estéril sin conservantes

Bomba Preservative Free que esteriliza el aire que ingresa al envase evitando la necesidad de agregar conservantes.



Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

Atopix Gotas

CETIRIZINA

En el control del cuadro alérgico



Seguro

Sin interacciones cruzadas ni efectos cardiotoxicos. Aprobado para su uso en adultos y niños a partir de los 6 meses de edad.



Potente

Actúa en las fases agudas y tardía de la reacción alérgica. Es de 7 a 9 veces más potente que la loratadina.



Rápido

Alivio sintomático a partir de los 20 minutos.



NAN H.A.

PREVENCIÓN DE LA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

Posee 100% de proteína (OPTI PRO) de suero parcialmente hidrolizada, disminuyendo el riesgo de alergia a la proteína de leche de vaca.

Brinda una protección plus por estar adicionada con probióticos (Bifidus BL), que optimizan el funcionamiento del sistema inmune y DHA/ARA.

Sabor agradable que asegura adherencia al tratamiento.

Presentación: 400 grs.

Reduce el riesgo de desarrollo de patologías con componente alérgico como Asma, Rinitis alérgicas y, sobre todo, la manifestación alérgica más frecuente durante la infancia que es la Dermatitis atópica en un 50%.



150 Años
Nestlé