

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría. Fundados en 1930.

International Standard Serial Number: ISSN 0325-0075.

Inscripto en la Propiedad Intelectual bajo el N° 1.152.966.

Premio "APTA - F. Antonio Rizzuto" a la mejor labor 1973. Categoría Revistas Científicas.

DIRECCION CIENTIFICA

DIRECTOR SUBDIRECTOR

Teodoro F. Puga José A. Bodino

Coronel Díaz 1971 - Buenos Aires - Argentina - Tel. 80-2063/821-0612

SECRETARIOS DE REDACCION

A. Armada	L. Chiappara	F. Ortiz
C. A. Azmat	R. De Napoli	J. Schanton
J. Bulaievsky	J. E. Flores	F. Slaski
V. C. Castiglia	A. de Guillen	A. G. Veglia
J. M. Ceriani Cernadas	N. Labyr	J. B. Vukasovic
		A. Zaccaria

CORRESPONSALES

Región I: Hugo Castellano	Región IV: Juan A. Soler
Región II: Javier Pérez de Eulate	Región V: Luis C. Yanicelli
Región III: Jorge N. Carné	Región VI: Héctor R. Rossi

COMISION ASESORA

Raúl P. Beranguer	Juan J. Murtagh
Felipe de Elizalde	José E. Rivarola
Alfredo Larguía	José R. Vásquez

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA 1975-1977

Presidente:	Jorge M. Nocetti Fasolino
Vicepresidente:	Horacio Aja Espil
Secretario General:	Narciso A. Ferrero
Tesorero:	Angel Plaza
Director de Publicaciones:	Teodoro F. Puga
Secretario de Relaciones:	Carlos A. Gianantonio
Secretario de Actas:	José L. Dibetto
Bibliotecario:	Néstor Aparicio
Vocal:	Eduardo D. Plater
Vocal:	Carlos A. T. Cambiano

MIEMBROS SUPLENTE

Jorge C. Cavagna, Raúl O. Ruvinsky, Oscar Morgenstern, Carlos A. Toriano y Emma O. Correa de Araujo

Editores

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

JUNIN 845 - Buenos Aires, Argentina
Teléfonos Administración: 83-9796/80-3782.
Contaduría y Publicidad: 83-9484



nueva entidad química

loperamida (R-18.553)

altamente efectivo

alivia rápidamente espasmos y cólicos, detiene la diarrea aguda, normaliza la función intestinal y consistencia de heces en la diarrea crónica.

actúa específicamente

inhibe la hipermotilidad por acción directa sobre la pared intestinal, desprovisto de acción sobre el SNC.

remarcadamente libre de efectos secundarios

a excepción de muy raros casos de sequedad bucal, no se han reportado efectos secundarios, ni aún después de administraciones por períodos prolongados.

remarcadamente seguro

no es narcótico, no contiene atropina, no actúa sobre el SNC, no se han reportado efectos adversos en los estudios de seguridad a largo plazo.

los riesgos de constipación son mínimos

su esquema posológico se adecua a la necesidad de cada paciente.

puede usarse concomitantemente

con antibióticos, sulfonamida, antiparasitarios, corticosteroides, tranquilizantes, etc.

actúa aún donde otros fallan

actúa aún en pacientes que no respondieron al difenoxilato.

y detiene la diarrea

HEYKANTS, J.; MICHIELS, M.; KNAEPS, A.; BRUGMANS, J.: Arzneimittel F. (en prensa)

DOM, J.; LEYMAN, R.; SCHUERMANS, V., y Col. Arzneimittel Forschung - 1660 (1974).

AMERY, W.; DUYCK, F.; POLAK, J.; y VAN DEN BOUWHUYSEN, G., Curr. Ther. Res. 17, 263 (1975).

URIA, R.; y col. Hospital Lanús. Estudio aún no publicado.

GALAMBOS, J. T.; HIRSCHOWITZ, B. I.: Clinical research report on loperamide N° 29 and 30. Janssen Research Products Information Service. VERHAEGEN, H.: Arzneim-Forsch. 24, 1657 (1974).

HEYKANTS, J.; MICHIELS, M.; KNAEPS, A.; BRUGMANS, J.: Arzneimittel Forschung (en prensa).

DEMEULENAERE, L.; VERBEKE, S.; MULS, M.; y REYNTJENS, A., Curr. Ther. Res. 16, 32 (1974).

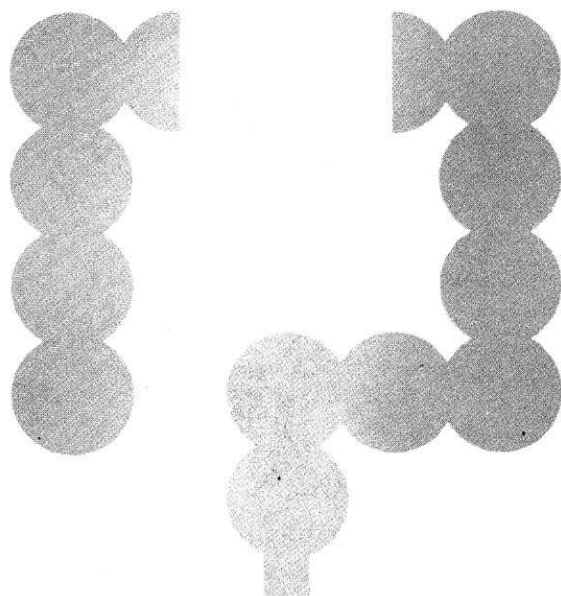
SUMARIO

Tomo LXXIV - Núm. 5-6 - Nov./Dic. de 1976

La sociedad que queremos	195
EDITORIAL	195
COLABORACIÓN INTERNACIONAL	
Estimulación precoz en niños de bajo peso	
<i>I. Villa Elizaga, R. García Fernández, M^ª T. Miguel Martínez</i>	197
TRABAJO ORIGINAL. REGIÓN IV	
Algunos aspectos de la enfermedad alérgica en el niño	
<i>Leonardo Vanella, Juan José Añino</i>	204
¿Cuál es su diagnóstico?	
(1 ^ª Parte)	212
TRABAJO ORIGINAL. REGIÓN IV	
Gemelos unidos isquiópagos	
<i>Ethel Schabelman de Miodowsky, Graciela de Molina, Gregorio Sánchez, Rodolfo Tejada, Roberto Ranea, Miguel Giandinotto, Elisa Chirino</i>	213
JORNADAS Y CONGRESOS	
Seminarios sobre nutrición.	
La alimentación del niño pre-escolar, con especial referencia a la lactancia materna y al periodo del destete	
<i>Prof. H. L. Vis</i>	219
¿Cuál es su diagnóstico?	
(2 ^ª Parte)	225
ACTUALIZACIÓN	
Arritmias cardíacas en pediatría.	
I - Arritmias rápidas	
<i>Horacio A. Rossignoli, Carlos A. Seara, Mariano Ihuralde</i>	226
EDUCACIÓN PEDIÁTRICA	
Necesidad de un nuevo sistema intensivo de capacitación pediátrica de post-gradó	
<i>Vicente C. Castiglia</i>	233
PEDIATRÍA SANITARIA Y SOCIAL	
Plan de promoción del trabajador rural (Plan PTR)	
<i>Carlos A. Ray</i>	236
ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA	
Atención primaria del niño intoxicado	
<i>Carlos Croce</i>	240
INFORMACIONES	245
PUBLICACIONES RECIENTES	247

suprasec

JANSSEN



Producido bajo licencia de
JANSSEN
PHARMACEUTICA n.v.
Beerse, Bélgica.

elaborado por

Johnson & Johnson
de ARGENTINA S.A.C. e I.
Darwin 471 - Buenos Aires

La sociedad que queremos

Se cumplieron ya 65 años desde que un grupo de distinguidos pediatras se reunieron para formar la Sociedad Argentina de Pediatría. El objetivo de entonces era reunirse para mejorar los conocimientos de la medicina, cirugía e higiene infantiles.

Con el correr de los años los planes se hicieron más ambiciosos, la sociedad se jerarquizó acrecentando su prestigio, siendo orgullo de todo pediatra pertenecer a ella. Los 55 de entonces se acercan hoy a 4000.

Cada Comisión Directiva le imprimió un sello propio buscando siempre la unidad de la gran familia pediátrica argentina.

Fue primero la creación de filiales en todo el país, después, hace poco, la regionalización que posibilita un mayor acercamiento y un mejor conocimiento de los problemas.

Antes, la presentación de enfermos, después las Jornadas Argentinas y Rioplatenses, ahora los cursos de actualización y la autoevaluación.

Ayer, la concreción de la sede propia, hoy tres departamentos para alojar a colegas del interior.

El XIVº Congreso Internacional de Pediatría resultó el espaldarazo que permitió mostrar al mundo la capacidad científica y organizativa de los miembros de la SAP, al ser reconocido por propios y extranjeros como el mejor de los realizados hasta la fecha.

Las arduas jornadas preparatorias permitieron que los que trabajamos en su organización adquiriéramos una experiencia que ahora tratamos de volcar en la Sociedad. Muestra de ello son las reuniones semanales de la comisión directiva y la concurrencia asidua de los miembros de la misma a la sede para supervisar de cerca las tareas. La creación de nuevas subcomisiones y comités: Relaciones internacionales, Tumores, Infecciosas, Educación médica y la distribución del trabajo, permiten dinamizar la actividad. La reorganización de la biblioteca a cargo de un bibliotecario universitario y la edificación del salón de lectura, es otro ejemplo. Las reuniones semestrales del Consejo consultivo, la renovación de la revista, la normalización de tratamientos en trabajo colaborativo interhospitalario y la prueba de autoevaluación que posibilitará conocer el perfil del pediatra argentino y las áreas educativas que será necesario reforzar, son otras más.

Los títulos de médico pediatra, de médico neonatólogo y de cirujano pediatra que otorga la Sociedad, prestigian a sus poseedores por el elevado nivel de exigencia en las pruebas de evaluación.

La incorporación de las Sociedades de Cirugía y de Neurología Infantil como sociedades asociadas, la realzan.

El festejo de la semana y el día de la Pediatría hace conocer la Sociedad a través de los canales de difusión de todo el país, llamando la atención de las autoridades y de la población hacia los problemas de la salud infantil.

La SAP debe llegar directamente a la comunidad, y una de las formas de lograrlo es el Programa de educación médica en las escuelas, presentado a las autoridades nacionales.

Todo esto se hace con, por y para los socios de la SAP en aras de lograr "un niño sano en un mundo mejor".

Cuando alguien pregunta "¿Qué nos brinda la SAP?" podemos contestarle que entre otras cosas tiene acceso al material informativo, a los cursos de actualización, a la biblioteca, al servicio bibliográfico y de fotocopias de trabajos. Tiene la posibilidad de consultar sus enfermos con el Comité de interconsultas; de obtener becas nacionales e internacionales, además de pertenecer a una sociedad cuyos méritos son reconocidos en sus miembros: uno de ellos integrante del Directorio de la Asociación Internacional de Pediatría; otro, secretario general de la ALAPE, y otro, Director de Distrito de la Academia Americana de Pediatría.

A todo ello tenemos derecho todos los socios de la SAP con ciertas excepciones: becas y descuentos especiales en cursos y jornadas a los más jóvenes; cursos de actualización limitados a mé-

dicos del interior; uso de los departamentos para alojar a socios residentes a más de 50 km de la Capital Federal.

Este orgullo de pertenencia tal vez no es justamente valorado por los que tenemos la facilidad de obtenerlo. Cuando en oportunidad de programarse la Prueba de autoevaluación, y al solicitar su colaboración, le preguntamos a un experto en educación vinculado desde hace varios años a la enseñanza pediátrica, cuales serían sus honorarios, respondió: "Ser admitido como miembro adherente de la Sociedad Argentina de Pediatría"; la respuesta nos exime de otros comentarios.

Toda la actividad desplegada por la SAP tiene un costo económico. La nota o el boletín que recibimos y leemos (o no) tiene un proceso de elaboración, tipado, ensobrado, de franqueo y de envío de valor elevado. Si consideramos los gastos de sueldos, luz, gas, teléfono, impuestos, mantenimiento del edificio, seguros, etc., el presupuesto es varias veces millonario en alza constante y debemos asumirlo entre todos.

La Sociedad debe mantener su ritmo ascendente y tiene que haber continuidad en su acción para que los programas en marcha puedan concretarse (en becas externas, educación sanitaria, intercambio de docentes con el interior y exterior, autoevaluación, publicaciones, venta de libros y de material médico a precios especiales para los socios, turismo, etc.).

La SAP debe convertirse en la consultora obligada de las autoridades nacionales y provinciales en todo lo que a salud del niño se refiera.

Cada socio tiene el deber y el derecho de hacer conocer sus ideas e inquietudes así como sus desacuerdos para lograr entre todos la sociedad que queremos.

ANGEL PLAZA

Tesorero de la Sociedad Argentina de Pediatría

Día de la Pediatría

20 DE OCTUBRE DE 1976

Como todos los años, entre el 18 y el 23 de octubre fue recordada la Semana de la Pediatría.

En todas las filiales del interior y en servicios hospitalarios, se desarrollaron actos alusivos y reuniones de ateneo conmemorando la fecha.

La entidad matriz le dio trascendencia mediante informaciones a la comunidad a través de periódicos, radio y televisión.

El 20 de octubre a las 21 horas en la sede central, Coronel Díaz 1971, se realizó el acto central.

El presidente de S. A. P. Dr. Jorge Nocetti Fasolino abrió la sesión destacando la importancia de la fecha que se festejaba. Acto seguido le fueron entregados diplomas de miembros vitalicios a los siguientes asociados: Abdala, José; Abel, Marcelo; Alonso, Aurelia E.; Anello, Vicente; Bettinotti, Saúl; Caamaño, Alejandro; Calandria, Félix; Calixti, Sofio; Capurro, Jorge; Cervini, Pascual R.; Cucullu, Luis M.; Chattas, Alberto; Díaz Bobillo, Ignacio; Díaz Nielsen, Juan R.; Egozcue, Francisco Escuder, Guillermo E.; García Díaz, Carlos; Halfon, Samuel; Huergo, Carlos; La Rocca, José; Magalhaes, Américo; Messina, Bernardo; Millán, Justo M.; Minujun, Abraham; Montagna, Carlos; Ortiz Angel; Paglilla, Carmelo; Paz, Benjamín; Pazos, Luis M.; Pelliza, José M.; Pizarro, Juan C.; Scheinberg, Elías; Senet, Ovidio; Seoane, Martín; Shepherd, Gwendolyn; Sotelo, María Estiú de; Sujoy, Enrique; Tahier, Julio; Visillac, Valentín; Vera, Omar. El Dr. Jorge Capurro en emotivo discurso agradeció la distinción en nombre de todos, Cerró el acto una interesante y aplaudida conferencia del Dr. Donato Depalma sobre: "Tango y medicina".

MATERNIDAD DE SANTA CRISTINA (MADRID).
DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA.
CENTRO COORDINADO DEL C.S.I.C.
DIRECTOR JEFE: DR. I. VILLA ELIZAGA.

Estimulación precoz en niños de bajo peso

I. VILLA ELIZAGA
R. GARCIA FERNANDEZ
M^a T. MIGUEL MARTINEZ

En este trabajo preliminar se tabularon los resultados obtenidos en nueve parejas homogéneas de R.N.B.P. seleccionados al azar, estimulados en cuatro áreas: control postural (P.), control visomotor (C.V.), lenguaje (L.) y sociabilidad (S.) (gráfico 11).

El costo económico del procedimiento es bajo y la estimulación no resultó perjudicial para los niños.

En los casos individuales se observó un mayor número de beneficios en las cuatro áreas del test clásico de Brunel. En dos parejas de gemelos, se estimuló el niño con test de Appgar más bajo, comprobándose un mejor desarrollo en las mencionadas áreas.

La acción de la estimulación dio mejores resultados en los cocientes de desarrollo así como en la edad actual y en la ganancia de peso (gráfico 10).

El mayor efecto positivo se encontró en el área de la sociabilidad (estadísticamente significativa con test secuencial).

Arch. Argent. Pediat., 74: 197, 1976. RECIEN NACIDO DE BAJO PESO, PREMATURO, PSIQUIATRIA INFANTIL, RELACION MADRE-HIJO.



Dentro del grupo de neonatólogos iberoamericanos de la nueva generación, sin lugar a dudas Ignacio Villa Elizaga es un destacado representante. Joven y experimentado a la vez, lo vemos en el presente y en el futuro de la neonatología de la Madre Patria. De su vasto curriculum debemos destacar: Premio Extraordinario en el Doctorado, Universidad Complutense de Madrid. Estudios realizados en París y en Montevideo (CLAP), habiendo realizado diferentes cursos en distintos países europeos y americanos. Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro Fellow de la Sociedad de Medicina de Londres. Autor de más de 80 trabajos. Ponente oficial en distintos congresos nacionales y extranjeros. Director del Instituto de Investigaciones Neonatológicas y Perinatales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Director Jefe del Departamento de Neonatología de la Maternidad de Santa Cristina, así como Subdirector de la misma.

Introducción

Los trabajos de investigación que han venido realizando en los últimos años en relación con la evolución psicomotriz de los recién nacidos prematuros, nos muestran una alta incidencia de trastornos que configuran el síndrome del prematuro, así denominado por los doctores Bergès y Lezine.²

Este síndrome incluye una complejidad de factores entre los que destacan:⁶

- 1) Retraso en el desarrollo psicomotor antes de los 3 años.
- 2) Perturbaciones en los test psicológicos después de los 3 años.
- 3) Dificultades en la adquisición del lenguaje.
- 4) Dificultades escolares.
- 5) Trastornos del comportamiento: inestabilidad, emotividad excesiva, miedos, trastornos de la alimentación y del sueño.

¿Dónde remitirnos para hallar las causas que justifiquen estas deficiencias?

Existen dos factores primordiales a considerar: las patologías y las carencias ambientales.

En efecto, el prematuro por su inmadurez fisiológica puede estar sometido con mayor facilidad que los nacidos a término a una hipoxia, a una hipotermia-hipoglucemias y a riesgos de infección que pueden dañar el cerebro en la etapa neonatal.⁹

En esta línea se sitúan autores como Robinson, Wohlmuth, Drillien y Lubchenco, para explicar las dificultades psicomotrices del prematuro.⁸

La influencia del medio y de los estímulos aferenciales en el desarrollo del niño ha sido ampliamente demostrada por Lezine, Douglas, Robinson, Spitz, Vallon.^{10,11}

La prematuridad tiene un porcentaje de incidencia más elevado en las clases sociales menos favorecidas, a la vez que en ellas se dan los coeficientes intelectuales más bajos sean o no prematuros, por lo que el handicap del prematuro se ve reforzado por los escasos estímulos que proporciona el medio ambiente.

Como subraya Ajuriaguerra,¹ los estímulos tienen un valor no meramente informativo sino formativo. Y es desde esta dinámica relacional del organismo con el medio que podemos formular nuestra hipótesis: la estimulación del recién nacido de bajo peso mejora su desarrollo evolutivo.

El síndrome del prematuro presenta una entidad neuropsicológica que solo puede concebirse en una dinámica relacional entre el niño y su contorno en lo referente a la maduración del sistema nervioso.

En los prematuros esta dinámica está alterada debido a la larga permanencia hospitalaria que les priva de una serie de estímulos⁷ y de un contacto inmediato con la madre como fuente primaria de percepciones.^{4,11}

Sabemos que los esquemas mentales comienzan a formarse desde el momento mismo del nacimiento, y esto no es una excepción para los prematuros.

"La estimulación es esencial para el mantenimiento, desarrollo y maduración de los sistemas neuronales, y la privación precoz de una modalidad puede afectar a muchos modelos de comportamiento ulteriores, ya que la organización neuro-comportamental está dislocada", Ajuriaguerra.

En consecuencia hemos desarrollado en nuestro Servicio de Neonatología un plan de trabajo con el fin de modificar el ambiente hospitalario y proporcionar al recién nacido de bajo peso una estimulación y una relación precoz madre-hijo.

El objetivo será verificar mediante un seguimiento longitudinal, si los niños tratados presentan una menor incidencia de los trastornos anteriormente señalados.^{9,8}

Material y métodos

Población: Hemos realizado una selección al azar de recién nacidos de bajo peso (R.N.B.P.), cuyo peso al nacer osciló entre 1000-2000 g, los padres están sanos; el embarazo sin patología y el parto cefálico espontáneo.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO

1) La estimulación la realiza siempre la misma persona.

2) Se comienza a los 7 días de vida y se suspende mientras el niño está sometido a cualquier tratamiento clínico de carácter nociceptivo.

3) La estimulación se realiza diariamente y su duración es de una hora por niño.

4) No se altera el ritmo del sueño sino que se hace en momentos de vigilia.

VARIABLES EXPERIMENTALES

—Auditivas.

—Visuales.

—Táctiles y vestibulares.

1) *Auditivas:* Al comenzar la segunda semana de vida: latido cardíaco. A la tercera semana: voz y música.

2) *Visuales:* A los 15 días del nacimiento se presentan discos de color a 25 cm. Se hacen diez presentaciones. Si a la 5ª no ha habido respuesta no se insiste.

Si hace seguimiento en sentido horizontal, se intenta en vertical. Hay un período de pausa de 30' en cada intento.

Las incubadoras se decoran con adhesivos de color.

3) *Táctiles:* A los 7 días se comienza la estimulación táctil con frecuentes cambios posturales.

Cuando está en cuna se le toma en los brazos para darle el alimento. El orificio de los biberones será siempre adecuado al ritmo de succión. Se le habla y se le mece en los brazos después de la toma.

4) *Vestibular:* Suspendido en un balancín con oscilaciones de 20° en períodos de 10' de duración.

Cuando se traslada al niño a la Sección de Incubadoras a otra de cunas, en la que permanece hasta haber alcanzado un peso de 2500 g, la madre sustituye al personal de Estimulación, estableciendo así una relación temprana con el hijo que tiende a mitigar la excesiva ansiedad tan frecuente en estas madres.

MÉTODOS DE CONTROL

Cada 15 días se pasa un test al niño estimulado por un psicólogo que desconoce a cuál de los dos grupos pertenece, que será confrontado con un control de edad gestacional, características neurológicas, peso y talla al máximo semejantes.

Este test consiste en una selección de ítems del Brazelton que mide:

1) Respuesta a la voz.

2) Respuesta a la campanilla.

3) Seguimiento visual a un objeto.

4) Seguimiento visual a un objeto sonoro.

5) Respuesta a la consolabilidad.

6) Respuesta a la tracción motriz.

Posteriormente cada tres meses se les pasa la escala de desarrollo de Brunet-Lezine, que nos permite detectar alteraciones en la evolución y corregirlas mediante una rehabilitación precoz en la esfera afectada. Esperamos que así puedan corregirse muchas de las dificultades con las que se enfrentan estos niños al iniciar la escolaridad.

Realizamos periódicas entrevistas con los padres que nos permiten controlar el ambiente familiar y las circunstancias que pudieran intervenir en nuestros resultados.

Resultados

Se han tabulado los resultados por parejas homogéneas, (ver gráficos 1 a 9), donde se puede comprobar en este trabajo preliminar que el mayor efecto positivo se ha encontrado en el área de la sociabilidad (S), estadísticamente significativa con test secuencial).

GRAFICO 1

Control	Estimulado
L.G.U.	D.A.D.
Peso 1.830 g	1.900 g
Edad neurol. 33 semanas	34 semanas
Edad actual 0 d.	6 d.
Edad desarrollo 1 m 9 d.	1 m. 12 d.
Cociente desarr. 100	100.

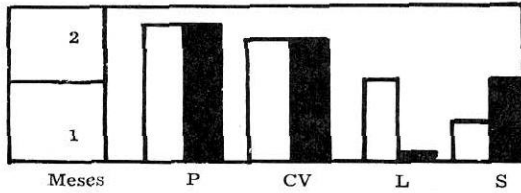


GRAFICO 2

Control	Gemelos	Estimulado
J.A.V.	G.A.V.	
Peso 1.900 g	1.950 g	
Edad neurol. 36 semanas	36 semanas	
Edad actual 2 m 9 d	2 m 9 d	
Edad desarrollo 2 m 15 d	2 m 15 d	
Cociente desarr. 108.	108.	

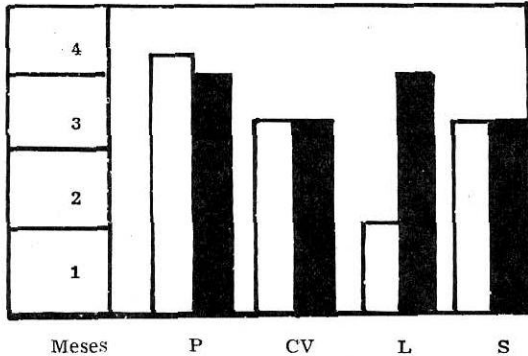


GRAFICO 3

Control	Gemelos	Estimulado
D.G.S.A.	M.G.S.A.	
Peso 1.700 g	1.650 g	
Edad neurol. 36 semanas	36 semanas	
Edad actual 4 m 6 d	4 m 6 d	
Edad desarrollo 4 m 3 d.	5 m 6 d	
Cociente desarr. 97.	121.	

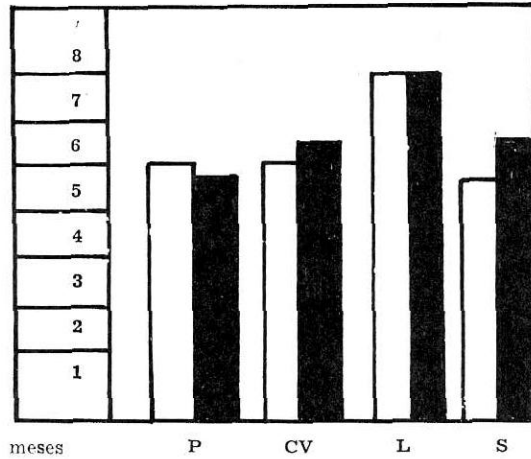


GRAFICO 4

Control	Estimulado
D.V.L.	G.A.G.
Peso 1.900 g	1.880 g
Edad neurol. 32 semanas	36 semanas
Edad actual 8 m	8 m 12 d
Edad desarrollo 8 m	9 m 14 d
Cociente desarr. 100.	111.

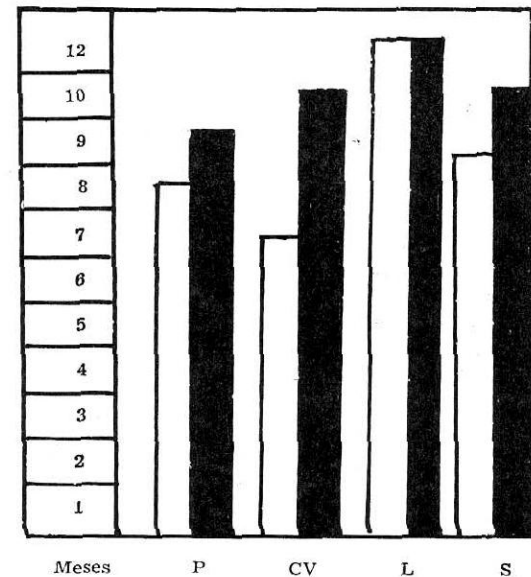


GRAFICO 5

Control		Estimulado	
<hr/>			
M.J.B.		M.C.H.	
Peso 1.820 g		1.850 g	
Edad neurol.	306 semanas	36 semanas	
Edad actual	10 m	10 m	
Edad desarr.	7 m 15 d	10 m 15 d	
Cociente desarr.	75	105.	

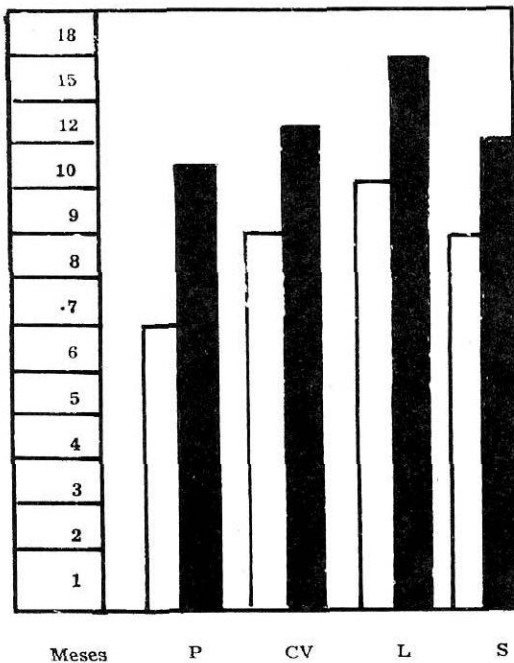


GRAFICO 6

Control		Estimulado	
<hr/>			
J.F.S.		D.A.D.	
Peso 1.800 g		1.900 g	
Edad neurol.	36 semanas	36 semanas	
Edad actual	2 m	2 m 9 d	
Edad desarr.	1 m 28 d	3 m 18 d	
Cociente desarr.	90	130.	

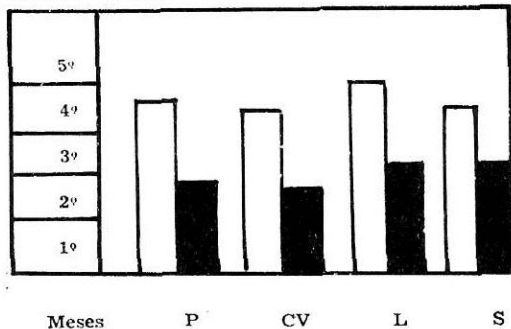


GRAFICO 7

Control		Gemelos		Estimulado	
<hr/>					
T.A.		J.A.			
Peso 1.900 g		1.950 g			
Edad neurol.	36 semanas	36 semanas			
Edad actual	4 m 20 d	4 m 20 d			
Edad desarr.	4 m	4 m 21 d			
Cociente desarr.	90.	100.			

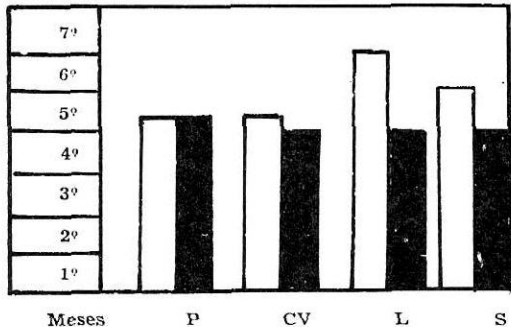


GRAFICO 8

Control		Estimulado	
<hr/>			
S.M.		P.D.	
Peso 1.400 g		1.100 g	
Edad neurol.	36 semanas	32 semanas	
Edad actual	3 m 15 d	3 m	
Edad desarr.	4 m 3 d	4 m 3 d	
Cociente desarr.	122.	136.	

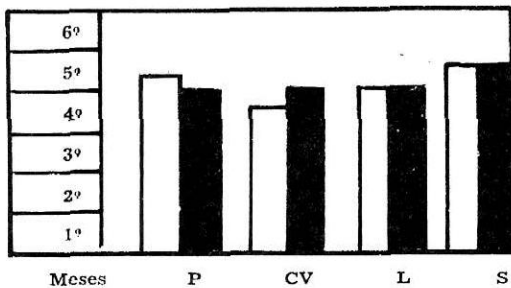


GRAFICO 9

Control		Estimulado	
<hr/>			
A.M.F.		D.A.D.	
Peso 1.800 g		1.900 g	
Edad neurol.	36 semanas	24 semanas	
Edad actual	2 m	2 m	
Edad desarr.	1 m 28 d	3 m 18 d	
Cociente desarr.	90.	130.	

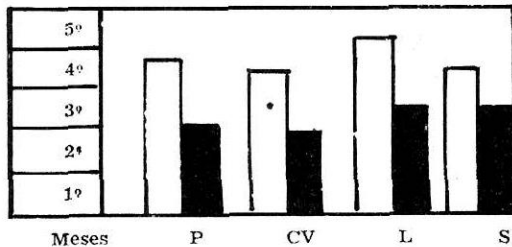
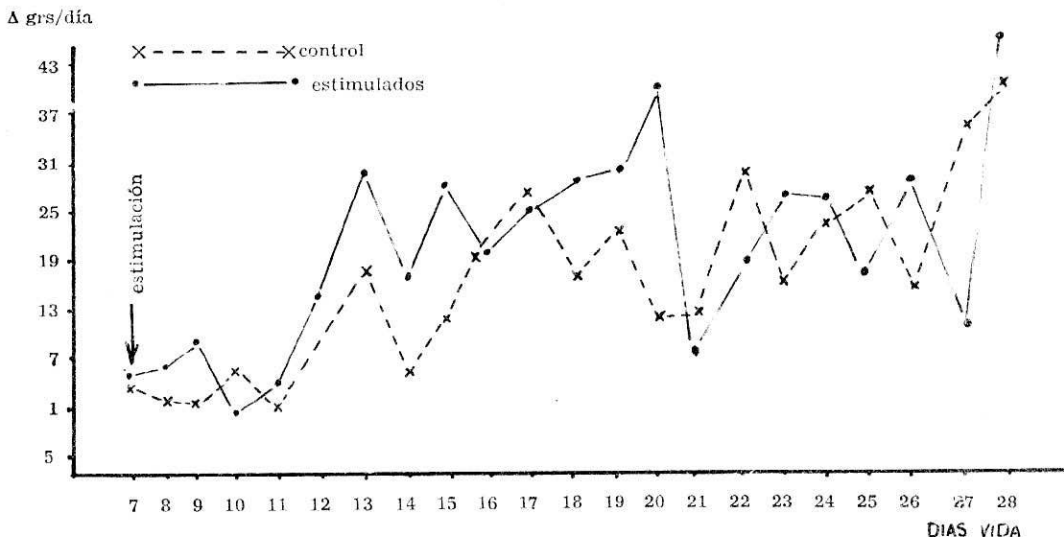


GRAFICO 10

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p	nd	-	-	+	+	+	nd	+	+
cv	nd	nd	+	-	+	+	+	-	+
L	-	+	nd	nd	+	+	+	nd	+
S	+	nd	+	+	+	+	+	nd	+

GRAFICO 11

Evolución del peso con estimulación



En las otras áreas dado el todavía pequeño número de parejas evaluadas, podemos deducir:

- 1) Que la estimulación no ha resultado perjudicial para los niños estimulados.
- 2) Que en los casos individuales se ha visto un mayor número que ha resultado beneficioso en las cuatro áreas del test clásico de Brunet.
- 3) Que en las dos parejas de gemelos, a pesar de que se estimuló el niño con un test de Apgar más bajo, se ha comprobado un mejor desarrollo en las mencionadas áreas.
- 4) Los cocientes de desarrollo así como la edad actual es mejor en los niños estimulados, (ningún estimulado tuvo un C. D. menor de 100).
- 5) El costo económico es bajo y aunque estos

datos son escasos para afirmar de una forma concreta los resultados positivos, creemos que está justificada la consecución de este trabajo.

6) La acción de la estimulación sobre el peso parece ser positiva en los 10 primeros días de ésta, (gráfico 10).

7) En el gráfico 11 podemos ver en la tabla por parejas el resumen de la acción de la estimulación en las cuatro áreas; control postural (P), control visomotor (CV), lenguaje (L) y sociabilidad (S), donde "nd" significa "no diferencia"; el signo "-", "resultados menores en los estimulados y el signo "+", resultados mejores en los estimulados.

Cada número significa "pareja de niño estimulado" con un control homogéneo.

**COMENTARIO DEL
DR. JUAN VICENTE CLIMENT**

Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños de La Plata. Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina Infantil de la U.N.L.P.

La multiplicación celular del sistema nervioso se realiza en los dos últimos meses de embarazo, prolongándose hasta el sexto mes de la vida extrauterina con un pico de máxima multiplicación en las trigésima octava y cuadragésima semanas.

La desnutrición actúa en forma perniciosa sobre este proceso ocasionando un mal desarrollo posterior del sistema nervioso central en sus posibilidades de captación, de aprendizaje y de adaptación psicoemocional para su futuro en la vida adulta.

Obtener en el un crecimiento y desarrollo postnatal prematuro que se pueda comparar con el que tendría que tener en la vida intrauterina, es una de las metas más ansiadas actualmente en el campo de la Perinatología.

Los planteos de esta meta son múltiples, pero es indiscutible que evitar la desnutrición es la pauta inicial. El alimento ideal debe ser siempre el que establezca el riesgo mínimo en el campo in-

ficcioso y con la característica específica de aminoácidos que impidan una lesión en el S.N.C. por déficit enzimático que el recién nacido pretérmino posee en el metabolismo intermedio de aquellos.

El trabajo presentado por Villa Elizaga y col. y las curvas estadísticas adjuntas, demuestran fehacientemente que la estimulación temprana es un elemento útil para obtener un binomio madre-hijo que posibilite que el beneficiario, recién nacido de pretérmino, obtenga un volumen y una adecuación en su alimentación que le permita desarrollar una curva de crecimiento normal.

Por otra parte, creemos, que una buena madre mediante un estímulo continuo y adecuado, suple eficientemente todas las técnicas aparentemente aportadas como descubrimiento en el campo de la maduración del S.N.C.

La importancia del trabajo estriba en poner en evidencia la eficacia de la estimulación temprana del prematuro.

**COMENTARIO DE LA
DRA. NYDIA M. LISMAN**

Coordinadora de la Sección Psicopatología Infantil del Departamento de Pediatría del Instituto Materno Infantil de Lanús.

Apoyo la idea de promover los medios para adelantar el contacto madre-hijo, tan postergado por los problemas inherentes a la prematuridad, como lo central en esta investigación, teniendo en cuenta la sustentación teórica de que aún prematuro, el niño nace con su aparato mental desarrollado al igual que los niños a término.

Si tomamos los informes del Dr. Bowlby para las Naciones Unidas sobre "Los Cuidados Maternos y la Salud Mental" y las experiencias de separación prematura, aún en niños normales, realizadas en Londres por los Dres. Robertson, veremos las alteraciones y trastornos psicológicos que marcan un daño muchas veces irreversibles en la Salud Mental del niño, aún con separaciones caracterizadas por ser en niños de menos de 3 años con padres sanos.

Pero yo tomaría como hecho central la ruptura precoz del vínculo madre-hijo, la ruptura de la simbiosis total que existe durante el embarazo y en donde la prematuridad la rompe en forma abrupta y determina así una situación traumática tanto para el bebé como para la madre.

Es por eso que teniendo en cuenta que el bebé

al nacer se halla en un estado normal de autismo (Francis Tustin, Londres), toda estimulación neurológica activa atentaría contra este estado normal, y que si bien la investigación de los autores muestra datos positivos, pienso que lo que realmente la determina es el hecho de tenderle un hilo al niño y a la madre.

Si el recién nacido normal a término nace con una vivencia de fragilidad y en parte con la necesidad de mantener una adecuada distancia con el nuevo mundo al que comienza a pertenecer, pienso que el prematuro necesita medir más aún esa distancia vehiculizada a través del vínculo con la madre.

Es por eso que desde la perspectiva psicoanalítica lo más importante sería adiestrar a las madres en el manejo y en la presencia de ésta al lado de su bebé y de esta manera la otra parte del binomio madre-hijo estaría incluida en el proceso de elaboración de este nacimiento pretérmino.

Desde ya mi total acuerdo con la necesidad de ocuparnos del bebé prematuro de una manera diferente a la habitual, mas integral y no solo en el área de la recuperación física.

SUMMARY

Nine pair of couples low birth weight, chosen by hazard, were stimulated in four areas: Postural Control (C.P.); Visual Control (V.C.); Speech (L.) and Sociability (S) (Table 11). The results and their tabulation are delineated in this preliminary paper.

The procedure is not expensive, and the stimulation on the children is harmless.

In each case, it has been noted much more benefits over the four areas of Brunel's test. In two couple of twins, it was stimulated only the newborn with the poorest Apgar's Score, and showed evidence of a better development in those areas.

In table 10 we may notice that stimulation has been effective over Intellectual quotient as well as in weight improvement.

The most positive action has been found in Sociability area (statistically significant with sequential tests).

REFERENCIAS

- 1 AJURIAGUERRA J.: Manual de psiquiatría infantil. Toray Masson, 1973.
- 2 BERGES, LEZINE, HARRISON, BOISSELIER: Le syndrome de l'ancien prématuré. Recherche sur la signification. *Rev. Neuropsychia. Infant.*, 17: 719-779, 1969.
- 3 DRILLIEN C. M.: The incidence of mental and physical handicaps in school age children of very low birth weight. *Pediatrics*, 39: 238-247, 1967.
- 4 GUTIERREZ-MINEUR: Le lien mère-enfant chez le prématuré. *Sauvegarde de l'Enfance*, 24: 3-31, 1969.
- 5 VIOLET KATZ: Auditory stimulation and developmental behavior of the premature infant. New York University, 1971.
- 6 LEZINE F., PHILIPPE: A propos du devenir de l'ancien prématuré. *Rev. Neuropsychiatrie Infant.*, 22: 263-280, 1974.
- 7 ROTSCILD B. F.: Incubator isolation as possible factor to the high incidence of emotional disturbances among prematurely born persons. *J. of Gen. Psych.*, 110: 287-304, 1967.
- 8 ROBINSON N. M., ROBINSON H. B.: A follow up study of children of low birth weight and control children at school age. *Pediatrics*, 35: 425-433, 1965.
- 9 SAINT ANNE DARGASSIES: La maturation neurologique du prématuré. *Etudes Neonatales*, 4: 120-123, 1955.
- 10 SPITZ R.: El primer año de la vida del niño. P.U.F., 1968.
- 11 SANDRA SCARR-SALAPATEK: The effects of early stimulation on low-birth-weight infants. *Child Development*, 44: 94-101, 1973.
- 12 NORMAN SOLKOFF: Effects of handling on the subsequent developments of premature infants. *Developmental Psychology*, Vol. 1, No 6, 765-768, 1969.
- 13 WALLON H.: Los orígenes del carácter en el niño. P.U.F., 1970.
- 14 WINICOTT D. W.: De la pediatria a la psicoanálisis. Payot, 1969. Le corps et le self. *Nouv. Rev. Psychan.*, 337-48, 1971.

Una de las primeras inscripciones que incluye alguna mención sobre dieta, es una tabla Sumeria (1900 a. C., ahora en el Museo Arqueológico de Estambul) que recuerda el horario de una escuela para niños. En esa tabla los niños piden a su madre un pequeño pan para comer a la tarde. En el Papiro de Ebers, la gran enciclopedia médica más antigua de Egipto se dedican dos capítulos al niño, incluyendo información sobre nacimiento, enfermedades y alimentación (1550 a. C.). En ellos se mencionan varios métodos para estimular la secreción de leche en la mujer imposibilitada de amamantar, destacando que la alimentación a pecho en ese país, era el único método practicado en la alimentación del niño y que la falta de leche en la madre, constituía un serio problema para la comunidad. (C. T. Gürson: Nutrición en tiempos antiguos.)

Algunos aspectos de la enfermedad alérgica en el niño

LEONARDO VANELLA

Profesor Adjunto de Inmunología, Director del Instituto para Estudios Inmunológicos, Facultad de Ciencias Exactas, Física-Química y Naturales, Univ. Nac. Jefe del Departamento de Alergia Infantil e Inmunología Aplicada, Hosp. Reg. Prov. Río Cuarto, Córdoba.

JUAN JOSE AÑINO

Jefe Int. Serv. de Pediatría Hosp. "Pedro T. Orcellana", Trenque Lauquen, Prov. de Buenos Aires, Asistente al I.P.E.I. de Río Cuarto y al Departamento de Alergia Infantil e Inmunología Aplicada, Hospital Regional Provincial Río Cuarto.

Se analizan los resultados del estudio de 425 niños con afecciones alérgicas, de los cuales 55,86 % son varones y cuyas edades están comprendidas entre 1 mes y 14 años, 5 meses. La edad media es de 4 años, 8 meses y 15 días.

En los casos que permitieron consignar la existencia o no de manifestaciones alérgicas en los progenitores, el 42,47 % resultó positivo. La obtención de este dato está supeditado en buena parte al grado de instrucción, cultura y educación de los familiares del paciente.

Hubo signología respiratoria ya sea en el momento de la consulta o anterior a ella en un 98,59 %; digestiva en un 18,74 % y dermatológica en un 36,58 % de los casos.

Se destaca que la incidencia de afecciones digestivas y de piel son susceptibles de modificarse a medida que el pediatra vaya adquiriendo los conocimientos para interpretar signología menos indicadora de reacciones de hipersensibilidad.

El 95,53 % de los casos que padecía un proceso de moderada intensidad; el resto se repartía en partes iguales entre formas leves y severas.

Esto estaría dado por la precocidad en la indicación de la medicación sintomática, en la reversibilidad de las lesiones y en la falta de tiempo suficiente para siderizar definitivamente el órgano de choque.

La edad promedio de iniciación de la manifestación alérgica fue de 11 meses, 7 días, con una mínima de 7 días y una máxima de 11 años.

El 83,06 % comenzó el padecimiento durante la lactancia. Se explica este hallazgo haciendo consideraciones sobre la maduración morfológico-funcional de la membrana absorto-digestiva, exposición a alérgenos y mecanismos inmunológicos de defensa contra la agresión.

El tiempo promedio que transcurrió entre la iniciación de la enfermedad y la consulta especializada fue de 3 años, 5 meses y 16 días. Esta demora se explica por las características de las afecciones alérgicas en la infancia y la dificultad diagnóstica en los primeros estudios de la patología.

La frecuencia con que cada uno de los distintos alérgenos actúa como factor etiológico del proceso, está íntimamente relacionada con la edad del paciente.

Se destaca la importancia de los ingestantes durante el primer año de vida y principalmente la prevalencia que tiene la leche de vaca entre ellos.

Arch. Argent. Pediat., 74: 204, 1976. ALERGIA INFANTIL, HIPERSENSIBILIDAD, ALERGIA A LECHE DE VACA, INMUNOLOGIA.

Introducción

Las afecciones que responden a un mecanismo de hipersensibilidad de tipo inmediato por anticuerpos reagínicos, están siendo cada vez más fácilmente reconocidas por el pediatra general.

Sin embargo, hasta la actualidad, pocas son las investigaciones clínicas tendientes a puntualizar algunos aspectos cuyo conocimiento contribuye al diagnóstico precoz y manejo correcto, como son: edad de la iniciación de la enfermedad, tiempo transcurrido entre ésta y

el momento de la consulta especializada, edad que cuenta el paciente en el momento en que tanto él como el médico convienen en que la afección clínica que lo afecta responde a una definida fisiopatología de hipersensibilidad. Además, es infrecuente encontrar en la literatura datos sobre la incidencia de las diversas manifestaciones clínicas, como así también sobre la etiología según la edad del paciente.

Motivados por esto, hemos llevado a cabo un estudio transversal en un grupo de niños asistidos en su servicio especializado.

Material y métodos

Se estudiaron 425 niños con afecciones alérgicas, de los cuales 55,86 % eran varones. La mayoría de estos niños provenían de hogares de condición socioeconómica media baja. Residían en zona urbana, suburbana o rural. Fueron asistidos por concurrir espontáneamente o por indicación del pediatra general, en el Departamento de Alergia Infantil e Inmunología Aplicada del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Provincial de Río Cuarto.

El estudio de cada paciente se realizó según una cuidadosa historia clínica tomada directamente de la persona responsabilizada del manejo del niño desde su nacimiento. Cuando fue posible, se interrogó a ambos progenitores o a algún otro familiar de estrecha convivencia, para lograr la mayor fidelidad en los datos.

Complementaron el diagnóstico la búsqueda en forma seriada de la célula eosinófila en el exudado nasal¹ y los estudios de laboratorio y radiológicos de rutina.

Además del examen físico, se evaluó la sensibilidad clínica a los alérgenos más comunes: inhalantes ambientales, hongos y anemófilos y parasitantes, pólenes, drogas y alimentos. En los casos de sospecha de que algún ingestante fuera responsable del proceso, se instituyó una dieta de eliminación de este alimento; luego, cada 7 a 12 días y por separado, fue introducido nuevamente en la dieta. Cuando hubo dudas, se repitió la conducta. En las dietas de eliminación se tuvo en cuenta la existencia comprobada de relación inmunológica de los distintos miembros de una misma familia biológica.²

En los niños mayores de un año, cuando por la evaluación clínica se pensó en la existencia de factores investigables mediante las pruebas cutáneas, se les practicó este método diagnóstico.

Empleamos como antígenos los inhalantes ambientales, hongos y pólenes más comunes en la zona.³ Las pruebas cutáneas fueron realizadas con antígenos en dilución 1:1000 provistos por los laboratorios Dr. B. Cetti de Córdoba y Dr. A. Solari de Buenos Aires. La aplicación de los mismos se hizo por inoculación intradérmica en la cara externa del brazo en cantidades de 0,01 ml aproximadamente.^{4,5,6} Se evaluó la reacción a los 10 ó 15 minutos de efectuada la prueba.

Para la evaluación de los datos referentes a la edad del paciente en el momento de la consulta y de iniciación de la enfermedad, se conformaron grupos etarios considerando que las distintas etapas cronológicas de la infancia poseen características suficientemente delimitadas en cuanto a su personalidad física, psicológica y social.⁷

- a) Lactancia hasta el año.
- b) Primera infancia desde el primer año de vida hasta el cuarto.
- c) Preescolar desde los cuatro a los cinco años.
- d) Iniciación de la escolaridad desde los 5 a los 7 años.
- e) Edad escolar desde los 7 años en adelante.

Se analizaron: antecedentes hereditarios, sintomatología, frecuencia e intensidad, edad de iniciación, tiempo transcurrido hasta el momento de la consulta y factores etiológicos responsabilizados.

Resultados

Edad actual: La edad media fue de 4 años, 8 meses y 15 días; la mínima fue de 1 mes y la máxima de 14 años y 5 meses. La edad modal que se observó en 14 casos fue de 5 años.

El 11,34 % asistió a la consulta especializada antes de cumplir el primer año de vida; al 40,00 % entre el primer y cuarto año; el 8,95 % estaba transcurriendo su cuarto año de edad; el 15,52 % contaba entre 5 y 7 años y el 21,18 % tenía más de 7 años.

TABLA 1

Distribución de los casos según su edad en el momento de la consulta especializada

Edad en meses	Nº de casos	%
0 - 12	61	14,35
13 - 48	170	40,00
49 - 60	38	8,95
61 - 84	66	15,52
85 y más	90	21,18

Antecedentes Hereditarios: En los casos que permitieron consignar la existencia o no de manifestaciones alérgicas de los progenitores, encontramos que en el 42,47 % este dato era positivo, siendo unilateral en el 36,61 % de los casos. Había antecedentes maternos en el 26,76 % y paternos en el 21,59 %.

Localización orgánica: Su incidencia fue determinada teniendo en cuenta no sólo los síntomas actuales sino también los antecedentes personales del niño.

En la evaluación de los síntomas o síndromos consignamos: signología resultante de reacción de diversos segmentos del aparato respiratorio: 98,59 %; asma: 96,94 % y rino-adenosinitis: 75,84 %.

Del aparato digestivo en el 18,54 % y de la esfera dermatológica en el 36,58 %. Hubo otros síntomas incluidos con la denominación de miscelánea, en el 1 % de los casos.

Los resultados señalados expresan la presencia de las manifestaciones, ya fueran éstas única expresión de enfermedad o en asociación con otra; dependiente de otro aparato o sistema (fig. 1).

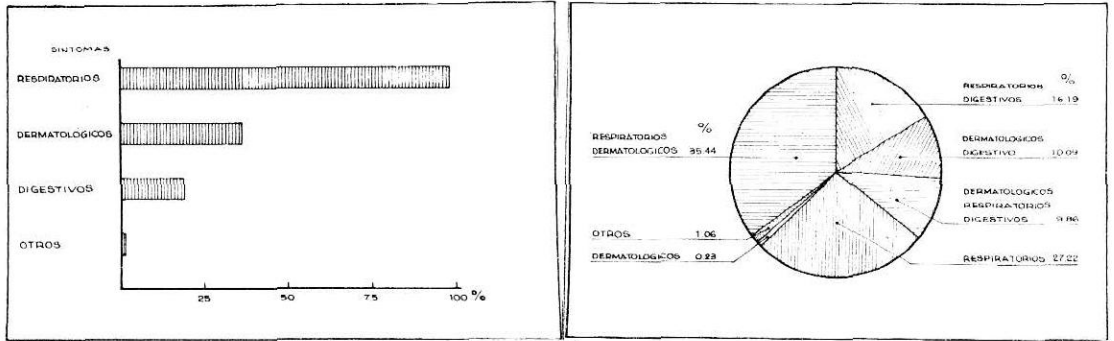


FIG. 1: Incidencia de síntomas o síndromes actuales o anteriores asociados o no según el aparato o sistema interesado. — FIG. 2: Distribución de los síntomas o síndromes observados solos o asociados entre sí.

La frecuencia con que un mismo paciente presentó en algún momento de su historia síntomas dependientes de más de un aparato o sistema puede observarse en la figura 2.

La asociación de síntomas con asiento en distintos segmentos del aparato respiratorio se observaron muy frecuentemente (fig. 3).

Las manifestaciones clínicas de la piel que se evidenciaron en algún momento de la vida de los niños de nuestra serie, estuvieron representadas fundamentalmente por urticaria, dermatitis seborreica, eczema y prurigo (fig 4).

Diarrea, cólicos, vómitos y náuseas fueron las expresiones más frecuentemente anotadas como respuesta a reacciones de hipersensibilidad en el tracto gastrointestinal (fig. 5).

Severidad: De la evaluación de la intensidad y frecuencia de los síntomas surgió que el padecimiento era leve en el 2,11 % de los niños; moderado en el 95,53 % y severo en el 2,58 % de los casos.

Edad de iniciación de la enfermedad: La edad promedio en el momento en que se manifestaron por primera vez los síntomas fue de 11 meses y 7 días; la mínima de 5 días y la máxi-

ma de 11 años. La edad modal fue de 1 mes con 64 casos.

El 83,06 % inició su enfermedad durante el período de lactancia (fig. 6); el 12,24 % entre el primero y cuarto año de vida; el 0,70 % estaba transcurriendo el cuarto; el 1,17 % tenía entre 5 y 7 años y el 2,83 % era mayor de 7 años (tabla 2).

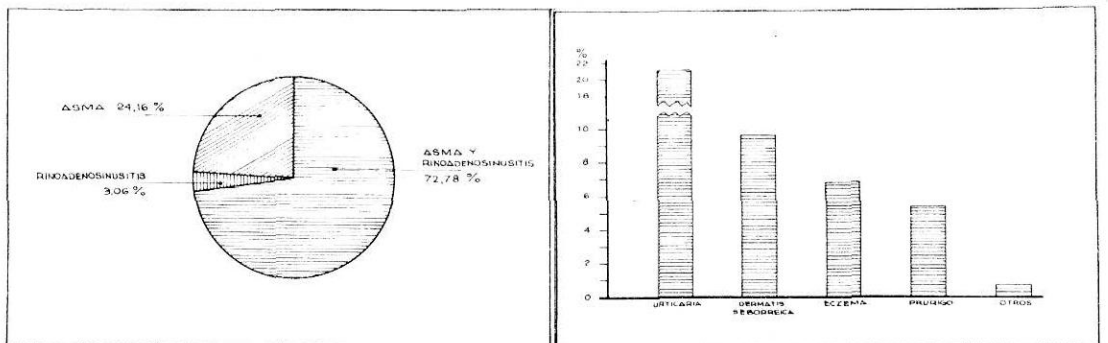
Al conformar grupos con los niños menores de 1 año según el trimestre en que manifestaron por primera vez su afección, dio el resultado que se observa en la figura 6.

Tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y la consulta especializada: El tiempo medio fue de 3 años, 5 meses y 16 días; el mínimo fue de 15 días y el máximo de 12 años y 10 meses. El valor modal estuvo en los 4 meses con 15 casos.

Factores etiológicos responsabilizados: En el 74,89 % de los niños se recurrió a las pruebas cutáneas-diagnósticas para completar los datos obtenidos en la anamnesis.

De los resultados obtenidos por evaluación clínico-cutánea surgen los siguientes guarismos: hipersensibilidad a sustancia inhalantes

FIG. 3: Incidencia de síndromes respiratorios actuales o anteriores. — FIG. 4: Distribución de las manifestaciones dermatológicas actuales o anteriores.



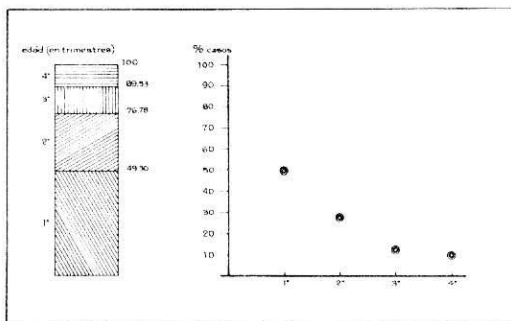
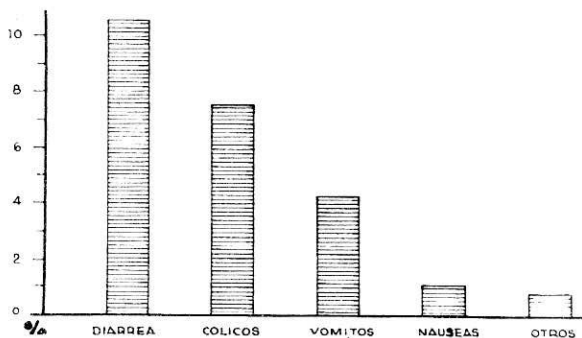


FIG. 5: Distribución de las manifestaciones digestivas actuales o anteriores. — FIG. 6: Distribución de los casos y valores acumulados según la edad de iniciación de la enfermedad en el primer año de vida.

ambientales: 67,76 %; a pólenes: 59,29 % en el 16,43 % de los casos, algún nutriente fue señalado como causante del proceso.

Las drogas y medicamentos fueron imputados como etiología en el 2,58 % de los casos. La frecuencia con que distintos alérgenos fue-

De los ingestantes, la leche de vaca, sus compuestos o derivados ocupa el primer lugar (57,3 %).

Comentarios y conclusiones

Tiene plena vigencia el clásico concepto de que el diagnóstico de enfermedad alérgica se basa fundamentalmente en los datos que surgen de una anamnesis formulada por el médico especializado y dirigida al paciente o familiar motivado para alcanzar dicho objetivo.^{8,9} Cuando el niño presenta sintomatología clínica que responde a un mecanismo de hipersensibilidad de tipo inmediato, una serie de factores adquieren singular significado en la formulación del diagnóstico.

La incidencia relativamente baja de consultas de niños en el período de la lactancia (14,35 % de los casos) se explica por la dificultad de una orientación diagnóstica acertada durante las primeras manifestaciones de la enfermedad, en especial cuando hay infecciones sobreagregadas.¹⁰ El incremento en el grupo de 1 a 4 años (10 % de los casos) puede ser por una mayor posibilidad de diagnóstico retrospectivo o por aumento de la frecuencia e intensidad de los síntomas por incremento de los factores desencadenantes y consiguiente limitación de la vida social del paciente, urgiendo a los padres a la búsqueda de una profilaxis del proceso.¹¹

La herencia actuarial o colaboraría en la producción de la enfermedad en tres diferentes niveles: a) sobre la permeabilidad de la barrera piel-mucosa, facilitando la penetración del alérgeno;^{12,13} b) sobre la competencia de las células formando reagentes (por medio de los anticuerpos que las células forman;^{14,15} c) sobre la reactividad del sustrato morfológico en el órgano de choque.^{14,15}

Diversos autores estudiaron la transmisión hereditaria de las alergopatías y aunque no hay total coincidencia sobre el carácter de la misma, hoy se acepta que el desarrollo de la enfermedad alérgica es controlada sobre

TABLA 2

Distribución de casos según edad de iniciación de las manifestaciones clínicas

Edad	Nº de casos	%
0-12	353	83,06
13-48	52	12,24
49-60	3	0,70
61-84	5	1,17
85 y más	12	2,83

TABLA 3

Frecuencia de las distintas etiologías según la edad

	-1	1-4	4-5	5-7	7
Alimento	60	15	5	20	5
Inhalantes	45	80	90	85	90
Hongos anemófilos	60	80	85	70	95
Hongos parasitantes	15	45	40	45	80
Pólenes gramíneas	—	10	45	60	45
Compuestas	—	15	35	50	20
Chenopodiáceas	—	20	20	55	25
Arboles	—	10	15	15	20

ron señalados como causa de afección de acuerdo con la edad de los pacientes se registra en la tabla 3.

todo por dos genes, uno de los cuales sería un alotipo HL-A.^{11, 16, 17}

En la práctica no es fácil la obtención de este dato anamnésico, pues su conocimiento depende por lo general del grado de instrucción, cultura y educación médico-sanitaria de los familiares del paciente y de alguna manera está también liberada a la memoria de los padres y otros familiares e incluso al reconocimiento por parte de ellos de las diversas manifestaciones y etiologías de hipersensibilizaciones. El criterio médico para catalogar a un sujeto como alérgico tiene indudable importancia.^{18, 19, 20}

Conviene recordar que el antecedente será negativo en caso de existencia de anticuerpos reagínicos débiles²¹ y de actividad competitiva de los anticuerpos bloqueadores naturales.²¹ Estas consideraciones explicarían en parte la gran disparidad de los resultados comunicados por los diferentes autores.^{21, 21}

En un estudio realizado por Klein²² sobre 32 niños, a cuyos padres había asistido en la infancia, el autor señaló que presentaban alguna alergopatía el 62 % de los hijos de padres alérgicos y sólo el 11 % de los niños cuyos padres nunca habían padecido la enfermedad.

Nosotros hemos observado un menor porcentaje. Explicamos esta disparidad en que nuestros resultados están basados exclusivamente en el interrogatorio. Sabemos que toda manifestación alérgica resulta de la reexposición a un antígeno el cual el organismo muestra una sensibilidad exagerada. Esto depende, entre otros factores, de la edad del sujeto.^{23, 24}

La sintomatología es en general, expresión de reacciones de hipersensibilidad citotrópica o citotóxica. Los síndromes digestivos o respiratorios, los cuadros dermatológicos, como así también el colapso fatal o reversible, la jaqueca, los síndromes depresivos, etc., son resultado del mecanismo puesto en marcha en la anafilaxia homocitotropa, mientras que las anemias y trombocitopenias serían manifestaciones anafilácticas citotóxicas.^{25, 26, 27, 28}

La localización orgánica de la reacción y la subsiguiente sintomatología clínica es de singular importancia en el estudio de la fisiopatología de la enfermedad alérgica.²⁹

La capacidad del alérgeno de producir anticuerpos y la reactividad tisular que posee cada paciente, son factores que intervienen en la intensidad de las reacciones y por consiguiente, en la detección de las manifestaciones del proceso.³⁰

En la localización intervienen una serie de factores, algunos condicionantes, como los traumatismos e inflamación. La afinidad de los tejidos, la capacidad de formar anticuerpos y reaccionar, también facilitan la localización de la afección.

En un mismo niño, distintos alérgenos provocan diferentes manifestaciones clínicas y el mismo alérgeno desencadena sintomatología cambiante en el transcurso de la vida. Puede haber cambios de localización que interesen

no sólo al mismo aparato o sistema, sino también a segmentos o tejidos de otros.

El concepto tan difundido de que las afecciones respiratorias que cursan crónicamente pueden responder a una fisiopatología alérgica, sobre todo si asientan en la parte baja del árbol bronquial y el hecho de que los niños que conforman esta serie fueron asistidos en un Servicio de Alergia Infantil, hacen que nuestros resultados muestren un evidente predominio de manifestaciones clínicas con asiento en el árbol respiratorio (98,59 %) presentes en algún momento de la vida del paciente.

Destaquemos que mientras la sintomatología respiratoria se observó como única expresión de la enfermedad en el 27,22 % de los casos, las manifestaciones digestivas nunca fueron observadas aisladamente, sino asociadas con síntomas en el tracto respiratorio (16,19 %), en piel (10,09 %) o en ambos a la vez (9,86 %).

Este hallazgo nos ha resultado muy útil en la formulación de diagnóstico presuntivo de alergopatía digestiva.

En lo que respecta a síntomas gastro-intestinales estamos cada día más convencidos de que las cifras que surgen de nuestro estudio son pasibles de modificación en cuanto a la distribución porcentual según los diversos síndromes que abarcan. Esto dependerá del conocimiento que vaya adquiriendo el pediatra para interpretar signología menor indicadora de reacciones de hipersensibilidad como son: cólicos, náuseas, etc.

Algo similar acontece en el caso de las manifestaciones dermatológicas, a lo que se suma la poca importancia conferida cuando dicha afección es fugaz o de breve extensión, como por ejemplo dermatitis eczematosa, eczemas del surco retroauricular, etc.

Con mucha frecuencia observamos formas leves o moderadas de enfermedad (2,11 %; 95,53 %), cualquiera sea su localización orgánica. Esto estaría condicionado por la precocidad con que se administra en el niño la medicación sintomática durante las crisis, evitando así la participación de otros órganos, aparatos o sistemas que agravarían el cuadro.

Por otra parte, la reversibilidad de las lesiones y la falta de tiempo suficiente para siderizar y secuestrar el órgano de choque, contribuiría para que excepcionalmente se presenten formas clínicas graves (2,58 %).

La alta incidencia observada de iniciación de los síntomas durante la lactancia (83,06 % de los casos) podría explicarse si consideramos que durante ésta, el niño comienza su experiencia inmunológica frente a los alérgenos ingestantes e inhalantes.

Normalmente en esta etapa no se ha completado la maduración morfológica-funcional del aparato digestivo y no está aún asegurada la permeabilidad exclusiva para las sustancias más simples.^{31, 32, 33}

Además, es la época de la vida en que el niño inicia la ingesta de leche heteróloga y alimentación combinada, hechos que implican el

aporte de antígenos suficientemente complejos como para provocar sensibilización.^{22 23 24 25}

También en este primer año de vida el niño ha tenido oportunidades para sensibilizarse a inhalantes ambientales, ya que la mayor parte de su tiempo transcurre en ambientes cerrados como el dormitorio y la sala de estar.¹⁶

En la primera infancia entran en juego la deambulacion y la disminucion de las horas de sueño que exponen al niño a nuevas sustancias inhalantes.

En la edad preescolar el porcentaje evidentemente bajo (0,70 % de los casos) hace pensar que la variedad de antígenos tiende a agotarse.¹⁶

En los niños cuyos síntomas aparecen en el primer año de vida, realizamos una observación digna de destacar: la curva resultante de la frecuencia con que se inició la enfermedad sigue una trayectoria inversa a la que describe normalmente el desarrollo de los niveles IgG. Los puntos más bajos de la curva de las inmunoglobulinas están ubicados cronológicamente un poco por delante de los valores más altos de la curva trazada con los lactantes estudiados (fig. 2). Este fenómeno sugiere que la infección aparente o inaparente puede desempeñar algún papel en la iniciación de la expresión clínica de la hipersensibilidad.^{17 18 19 20 21}

En general, las afecciones alérgicas tienen evolución prolongada y curso insidioso. En la infancia los episodios de crisis, que por lo común no son muy graves, están separados por intervalos de aparentes remisiones más o menos prolongadas.

La confusión al interpretar manifestaciones que son debidas a una inflamación inespecífica con aquellas producidas por infectopatía localizada, y el hecho de que a medida que transcurre el proceso el diagnóstico retrospectivo va surgiendo espontáneamente, explicaría la demora encontrada entre la aparición de los primeros síntomas y la puesta en marcha del manejo adecuado del paciente.

La frecuencia con que cada uno de los distintos alérgenos actúa como factor etiológico del proceso está íntimamente relacionada con la etapa cronológica del niño. Se destaca claramente la importancia que adquiere el rubro de los ingestantes en el periodo de la lactancia, sobre todo la leche de vaca, siguiéndole muy de cerca los inhalantes ambientales, incluidos entre ellos los hongos anemófilos.

En las edades posteriores esta incidencia tiende a inventarse.

Los pólenes, como lo señala la mayoría de los autores, van adquiriendo cada vez más importancia luego del segundo periodo etario.

Las consideraciones expuestas al comentar la edad de iniciación de la enfermedad son avaladas por este hallazgo.

La positividad encontrada en las pruebas cutáneas con hongos parasitantes en los niños mayores es ya conocida. En nuestros niños menores de un año hemos encontrado evidencia clínica de sensibilización por *Candida* en el 15 %. Se explica esto por tratarse de pacientes que lleguen a la consulta luego de múltiples tratamientos con antibióticos por sus reiteradas infecciones respiratorias o procesos catalogados como tales.

Comentari del PROF. DR. ANGEL E. CEBRATO

Secretari General del Comitè de Immunologia y Alergia de la S.A.P.

El trabajo del Profesor Leonardo Manuel Vanella y del Dr. Juan José Añino llena un vacío que debe ser encarado por todos los pediatras del país.

Así lo hemos discutido en el Comité de Inmunología y Alergia Infantil; es imprescindible que todo miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría en su lugar de trabajo lleve un estudio de las enfermedades que atiende y lo informe con las características en que se presentan, con que frecuencia, a que edad, y así conoceremos todos en el tiempo mejor a la problemática pediátrica argentina.

La frecuencia de las enfermedades alérgicas en nuestro país es alrededor del 10 % de la población, esto también ha resultado del análisis de 30.000 historias clínicas en nuestro hospital, pero Vanella y Añino señalan muy

bien que depende de la capacidad diagnóstica de quien atiende a los niños.

Otro hecho muy importante es considerar como los autores que los niños presentan fenómenos alérgicos en su gran mayoría dentro del primer año de vida.

También los autores insisten en que las manifestaciones digestivas serán más frecuentes cuando más se conozcan. La mayor incidencia de varones entre los alérgicos es constante y en nuestra estadística esta diferencia es más importante en los niños asmáticos.

La capacidad digestiva para neutralizar antígenos alimentarios se perfecciona desde el nacimiento. A nivel de la Ig A secretoria se produce entre la 1ª y 3ª semana de vida, pero a nivel de la digestión gastrointestinal recién

se alcanza en el año de vida logrando la desnaturalización de los antígenos.

Por estas circunstancias es fácil comprender que los niños alimentados con leche heteróloga desde el nacimiento, como la precoz introducción de cereales y otros alimentos proveen de antígenos variados para la sensibilización precoz.

La frecuencia del asma y sus formas graves o intratables ha aumentado en los últimos dos siglos, como se lee en los libros desde 1750

hasta la fecha. El motivo del incremento está en los alérgenos en lo físico y en lo psíquico del ambiente.

El trabajo de Río IV y Trenque Lauquen señala la importancia de los factores hereditarios y en este aspecto queremos destacar que desde 1962 demostramos que el grupo 2-1 heterocigota de haptoglobulinas fue estadísticamente mucho más frecuente en los niños alérgicos como también en los pacientes que estudiamos de E. Mathov y M. Asrilant.

SUMMARY

1) Four hundred and forty five children with allergic diseases were studied. 55.86% were males. Aged between one month and 14 years, 5 months. The average was 4 years, 8 months and 15 days.

2) It was found positive hereditary's rates in 42.47%. This depended on the parent's instruction, culture and education grades.

3) We found wether in the moment of the consult or before this 98.59% respiratory signology, digestive 18.74% and dermatologic 36.58%. The incidence of digestive and dermatologic affections could increase if the peditrics kows the minor signs and symptoms of the hypersensibility reactions.

4) Ninety five, fifty three percent suffered of processes of middle intensity, the rest were proportionally distributed between slight and severe ones. This is given by the early symptomatic treatment, reversibility of the process and the relatively short time to damage the functional and morfologic structures.

5) The average age on the beginning of the allergic manifestation was 11 months, 7 days. Mx 11 years and Mn 7 days. 83.06% began the suffering in the infancy. This can be related to the morfologic-functional maturity of the absorptive-digestive gut membrane, allergens exposure and immunologic states of the patient.

6) The average time between the beginning of the disease and peditric allergic visit was 3 years, 5 months and 16 days. The delay is explained by the characteristics of the disease in infancy and childhood and the difficulty to make the diagnosis in the early times of the pathology.

7) There were direct relationship between age and etiology. The value of the ingestant allergens, principally the cow's milk, in the first year of the live is recognized.

REFERENCIAS

- 1 SAPINO A., VANELLA L. M., SANCHEZ B. y col.: El eosinófilo en la alergia infantil. *Arch. Arg. Pediat.*, 10: 324, 1968.
- 2 CRAWFORD L. V., ROANE J., VANELLA L. M.: Relación inmunológica de los antígenos presentes en la leche y carne de vaca. Comunicación XVIII Jornadas Argentinas de Pediatría, San Juan, 1967.
- 3 MARTORELLI J.: Fitogeografía alergológica. Buenos Aires, El Ateneo, 1945.
- 4 CRAWFORD L. V.: Skin testing for allergy. En SPEER F (Ed.): *The Allergic Child*. New York, Harper and Row, p. 419, 1963.
- 5 HAGY G. W., SETIPANE A. G.: Prognosis of positive allergy skin test in an asymptomatic population. *J. Allerg. Clin. Immun.*, 48: 200, 1971.
- 6 ZIPPIN C., GALANT S. P., BULLOCK J. y col.: Antihistamine inhibition of the allergy skin test *J. Allerg.*, 47: 94, 1971.
- 7 EHRENGUT L. J.: Asistencia y cuidados del niño sano durante la primera infancia. En OPITZ H., SCHMID F. (Dir.): *Inmunología y Pediatría Social*. Madrid, Ediciones Morata, p. 468, 1969.
- 8 DEAMER W. C.: The diagnosis of milk allergy in infancy. *Acta Paediat.*, 14, vol. 7, p. 205, 1974.
- 9 GOLEBIOWSKA H., KUNICKA A., BERGER M., KOMAROWA H., KRUKOWA A., BOZKOWA K.: Studies on usefulness of lymphocytes blastic transformation test for early diagnosis of milk intolerance in children. *Acta Paediat.*, 14, vol. 7, p. 202, 1974.
- 10 VANELLA L. M., CARDIO C. A., STEIGERWALD E. y col.: Bronquiolitis: terapéutica y evolución de los pacientes internados. Acta I. Congresos de Pediatría, Córdoba, p. 104, 1972.

- 11 VAUGHAN W. T.: Minor allergy. Its distribution, clinical aspects and significance. *J. Allergy*, 5: 124, 1934.
- 12 BERRENS L.: Nature of the allergenic determinant. En BERRENS L.: The Chemistry of Atopic allergens. Basiles. S. Karger, p. 263. 1971.
- 13 SCHLOSS O. M., WORTHEN T. W.: The permeability of the gastroenteric tract of infants to indigested protein. *Amer. J. Dis. Child.*, 11: 342, 1916.
- 14 COOKE R. A., VANDER VEER A.: Human sensitization. *J. Immunol.*, 1: 201, 1935.
- 15 GELL P. G., COOMBS R. R.: Clasificación de las reacciones alérgicas asociadas o determinantes de la enfermedad. En GELL P. G., COOMBS R. R.: Clínica Immunológica. Barcelona, Salvat Editores, p. 301, 1965.
- 16 MARSH D. G., HSU S., BIAS W.: The genetic basis for atopic allergy in man. Comunicación 29 th. Congreso Anual Academia Americana de Pediatría. Abst. 7. *J. Allerg. Clin. Immunol.*, 5: 60, 1973.
- 17 RATNER B., SILBERMAN D. E.: Allergy, its distribution and the hereditary concept. *Ann. Allerg.*, 9: 1, 1952.
- 18 FRIES J. H.: Factors influencing clinical evaluation of food allergy. *Pediat. Clin. N. Amer.*, 6: 867, 1959.
- 19 HALPERN S. R., SELLARS W. A., JOHNSON R. B., et al.: Development of childhood allergy in infants fed breast, soy or cow's milk. *J. Allerg. Clin. Immunol.*, 5: 139, 1973.
- 20 WERNER M.: Diagnóstico clínico de las enfermedades alérgicas. En HANSEN K., WERNER M. (Dir.): Alergia clínica. Barcelona, Salvat Editores, p. 557, 1970.
- 21 RAPPAPORT H. G.: Heredity and allergy. *New York. J. Med.*, 58: 393, 1958.
- 22 BLOCH K.: The anaphylactic antibodies of mammals including man. *Progr. Allerg.*, 10: 84, 1967.
- 23 BREM J., COLMES A.: Clinical and potential allergy in families with allergic children. *New Eng. J. Med.*, 223: 329, 1940.
- 24 MATSUMURA T., OGURI M., KUROUME T., IWASAKI I., KANBE Y. and YAMADA T.: Congenital sensitization to specific foods and its clinical significance. *Pediat. XIV, vol. 7*, p. 191, 1974.
- 25 CLEIN N. W.: Cow's milk allergy in infants. *Pediat. Clin. North. Amer.*, 1: 949, 1954.
- 26 CRIEP L. H.: Immunología en la atopía. En CRIEP L. H.: Immunología y Alergia. Madrid Editorial Paz Montalvo, p. 197, 1964.
- 27 BECKER E. L., AUSTEN K. F.: Anafilaxia. En MIESCHER P. A., MULLER-EBERHARD H. J. (Dir.): Tratado de Immunopatología. Barcelona, Ed. Científico-Médica, p. 85, 1971.
- 28 CROOKE W. G., HARRISON W., CRAWFORD S. E., et al.: Systemic manifestations due to allergy. *Pediatrics*, 27: 790, 1960.
- 29 HADDAD Z. H., KOROTZER J. L.: Immediate hypersensitivity reactions to food antigens. *J. Allerg. Clin. Immunol.*, 49: 210, 1972.
- 30 STANFIELD J. P.: Review of cow's milk allergy in infancy. *Acta Paediat. Scand.*, 48: 85, 1959.
- 31 AVERY G. B., OLMEDO V., LILLY J., et al.: Intractable diarrhea in early infancy. *Pediatrics*, 41: 712, 1968.
- 32 WERNER M.: Patología funcional de las reacciones alérgicas. En HANSEN K., WERNER M. (Dir.): Alergia clínica. Barcelona, Salvat Editores, p. 103, 1970.
- 33 CLARK S. L.: Mechanisms of intestine and other animals cells. Fiftieth ROSS Conference on Pediatric Research. Columbus, Ohio, p. 58, 1965.
- 34 KLETTER B., FREIER S., DAVIES A. M., et al.: The significance of coproantibodies to cow's milk proteins. *Acta Paediat. Scand.*, 60: 173, 1971.
- 35 PALAY S. L., KARLIN L. J.: Electron microscopic study of intestinal villus. II. Patway of fat absorption. *J. Biophys. Biochem. Cytol.*, 5: 373, 1959.
- 36 ANDERSON A. F., SCHLOSS O. M.: Allergy to cow's milk in infants with nutritional disorders. *Amer. J. Dis. Child.*, 26: 451, 1923.
- 37 LIPPARD V. W., SCHLOSS O. M., JOHNSON P. A.: Immune reactions induced in infants by intestinal absorption of incompletely digested cow's milk protein. *Amer. J. Dis. Child.*, 51: 562, 1936.
- 38 RATNER B., DWORETZKY M., OGURI S., et al.: Study on allergenicity of cow's milk. The allergenic properties of alpha-asein, beta-lactoglobulin and alpha-lactalbumin. *Pediatrics*, 22: 449, 1958.
- 39 RATNER B., DWORETZKY M., OGURI S., et al.: Studies on the allergenicity of cow's milk. II. Effect of heat treatment on the allergenicity of milk and protein fractions from milk as tested in Guinea pigs by parenteral sensitization and challenge. *Pediatrics*, 22: 648, 1958.
- 40 BENDKOWSKY B.: Allergic factors in asthmatic children. *Acta Allergol.*, 17: 456, 1962.
- 41 BELTRAN R., KOTHNY J., OEHLING A.: El factor inhalante y bacteriano en el asma infantil. *Allerg. Immunopat.*, 1: 61, 1972.
- 42 BERG T.: Relationship between infection and immunoglobulin development. *Acta Paediat. Scand.*, 58: 229, 1969.
- 43 BROWN E. B., JOSEPHSON R. M., LEVINE H. S., et al.: A prospective study of allergy in a pediatric population. *Am. J. Dis. Child.*, 117: 693, 1969.
- 44 BUCKLEY R. H., WRAY B., BELMAKER E.: Extreme hyperimmunoglobulinemia E and undue susceptibility to infection. *Pediatrics*, 49: 59, 1972.
- 45 EISEN A. H.: The role of infection in allergic disease. *Pediat. Clin. N. Amer.*, 15: 67, 1969.
- 46 POLMAR S. H., ROBINSON L. D., MINNEFORD A. B.: Immunoglobulin E in bronchiolitis. *Pediatrics*, 50: 279, 1972.
- 47 ZWEIMAN B., SCHOENWETTER W. F., PAPANO J. E., et al.: Patterns of allergic respiratory disease in children with a past history of bronchiolitis. *J. Allerg. Clin. Immunol.*, 48: 283, 1971.

¿Cuál es su diagnóstico?

(1a. Parte)

Niño de 6 meses de edad cuya madre refiere desde el nacimiento historia de catarro de vías aéreas superiores a repetición. Al comenzar a recibir alimentos sólidos manifiesta moderada disfagia adoptando posición en hipertensión de cuello para tragar y para dormir. Entre los estudios efectuados se realiza un relleno esofágico en frente y oblicua anterior izquierda (fig. 1).

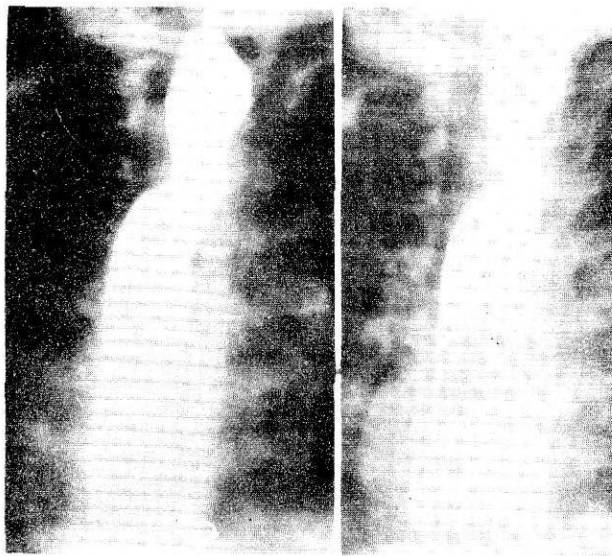


FIGURA 1

(Sigue en pág. 225)

SERVICIO DE NEONATOLOGIA
CENTRO DE SALUD HOSPITAL G. RAWSON,
SAN JUAN

Gemelos unidos isquiópagos

ETHEL SCHABELMAN DE MIODOWSKY ROBERTO RANEA

ERACIELA DE MOLINA

MIGUEL GIANDINOTTO

Cirujano Infantil.

REGORIO SANCHEZ

ELISA CHIRINO

Anatomopatóloga.

RODOLFO TEJADA

Se presentan Gemelos unidos isquiópagos nacidos en la Maternidad del Centro de Salud Hospital Dr. G. Rawson de San Juan e internados en el Servicio de Neonatología.

Se refiere la frecuencia de nacimientos múltiples, con las teorías de formación probable de los gemelos conjuntos.

Se describen las características clínicas y radiológicas que presentaron los niños y la evolución que tuvieron durante los doce días de vida.

Se hace la descripción del estudio anatomopatológico realizado con los hallazgos necrópsicos.

Arch. Argent. Pediat., 74: 213, 1976. EMBARAZO GEMELAR, EMBARAZO DE ALTO RIESGO, R.N. DE ALTO RIESGO, MALFORMACIONES MULTIPLES DEL R.N.

Para el médico los nacimientos múltiples son fuente de interés permanente por el riesgo de mortinatalidad y de muerte en el período neonatal, como asimismo por todos los fenómenos biológicos que tal hecho entraña.

A continuación reseñamos brevemente los siguientes aspectos:

1) *Frecuencia de nacimientos múltiples*: Las cifras varían; en los EE.UU., pueden esperarse gemelos cada 88 nacimientos, trillizos cada 88 cuadrado y cuatrillizos, una vez cada 88 al cubo. Esto es aplicable de acuerdo a estadísticas consultadas.

2) *Teorías de formación*: los gemelos dicoriónicos, pueden ser *monocigóticos* (idénticos) *dicigóticos* (desiguales). Los gemelos dicoriónicos monocigóticos se forman entre el primero y tercer día de la ovulación y cuando el embrión consta de sólo unas pocas células. Los gemelos *monocoriónicos* se dividen a su vez en *diamnióticos* y *monoamnióticos* los amnióticos se forman antes del octavo día los monoamnióticos probablemente antes del día diez. La implantación ocurre alrededor del sexto o séptimo día. A partir del día trece, el disco germinal muestra la aparición de una típica disposición axial, siendo posible que ya se divida en partes iguales. Entonces po-

drían formarse los gemelos conjuntos o monstruos dobles.

3) Gemelos conjuntos enteros iguales: Se denominan así dos niños completos más o menos iguales y unidos. Se los designa por el sitio de unión más la raíz griega = pagos = fusión. Por ejemplo: craneópagos (unidos por el cráneo), toracópagos (que a su vez pueden ser xifópagos o esternópagos), onfalópagos (por el ombligo), isquiópagos (nuestro caso, unidos por la pelvis), pigópagos (por las nalgas).

Según Robertson (1953), cada dos a cuatro millones de nacimientos corresponde un gemelo craneópago; en cambio son más frecuentes (Tartuffi) toracópagos, pigópagos e isquiópagos en orden decreciente.

La mayoría de los gemelos conjuntos resultan probablemente de una segmentación tardía y esto puede guardar relación con la elevada incidencia de imagen en espejo de estos gemelos. Uno de ellos presenta en sus órganos asimétrica ubicación normal (situs normal), mientras que el otro la disposición es en el lado opuesto (situs inversus), pudiendo esta trasposición ser total o parcial.

Los *monstruos dobles* son gemelos *monocigóticos* que permanecen unidos en una mutua contribución de órganos, siendo éste el caso

de los "siameses"; no obstante pueden existir gemelos unidos desiguales, siendo uno dominante y el otro parásito adherido a cualquier parte de su cuerpo. Solo los primeros plantean un complejo y variado problema, sobre todo quirúrgico; la separación dependerá del lugar y extensión de la unión. La mayoría de los niños con larga supervivencia, han sido aquellos unidos solamente por una banda en la parte superior del abdomen. En pocos casos han sobrevivido los dos; lo más común es que lo haga uno solo. En algunas observaciones, la unión es tan íntima que la separación es imposible.

Resumimos a continuación nuestra experiencia

Niños gemelares S.P.; fecha de nacimiento 22 de abril de 1976.

Antecedentes grupo familiar: padre²¹ y madre²¹ sanos; un hermano varón²¹ y una nena,¹ también sanos. No hay antecedentes de embarazos gemelares en ascendencia directa.

Antecedentes ginecoobstétricos: 2 embarazos y partos normales; un aborto de 2 ½ meses. No tuvo control prenatal en ninguna de las cuatro oportunidades.

Antecedentes embarazo actual: FUM, 30-7-75; fecha aproximada de parto: 10-4-76; no refiere infecciones, traumatismos ni hemorragias; no se administró vacunas ni ingirió medicamentos; aumento gestacional 10 kg.

Parto: atendido por médico. Dilatación 10 horas; desprende en cefálica el gemelar I, con Apgar 4, 7, 7 y 8 a los 1, 3, 5 y 10 minutos respectivamente. El gemelar II desprende con cabeza última, sin dificultad, con Apgar 5, 7, 7 y 8. La duración total del expulsivo fue de 25 minutos. Peso en total: 4,950 g.

Ingresan desde recepción a internación a las 6 horas de vida; a modo de diferenciación, se establece que gemelar I, es el que tiene pierna derecha libre, y gemela. II, el que tiene pierna izquierda libre (fig. 1 y 2).

Examen y descripción clínico-radiológica

Gemelar I: Vitalidad buena; signos positivos, soplo sistólico intenso, abdomen tenso con cordón con tres arterias y una vena. Pierna derecha libre, con pie bot; pierna izquierda común con pierna derecha de G. II. Radiológicamente, sombra hepática del lado izquierdo, pelvis ósea derecha aparentemente normal y pelvis ósea izquierda compartida con pierna derecha de G. II. Miembro inferior derecho completo, mientras que el izquierdo, común con el derecho de G. II, presenta un fémur, una tibia y dos peroné; el pie de esta pierna es doble, con nueve dedos, ya que el pulgar es compartido.

Gemelar II: Vitalidad regular, asimetría facial posicional; tonos cardíacos audibles en hemitórax derecho. Pierna izquierda libre y derecha común con pierna izquierda de G. I. Radiológicamente, columna formada en parte por hemivértebras, imagen cardíaca a la derecha. El resto, pelvis ósea y miembros inferiores, corresponde a lo descrito para G. I.

El examen neurológico es normal, salvo en partes del miembro único que es difícil de valorar.

Sobre el dorso, y del lado correspondiente a los miembros inferiores independientes, se advierte un esbozo de escroto, con pene hipotrófico y uretra que elimina orina.

Junto a ellos, un orificio anal único, que elimina meconio; sobre cara ventral y del mismo lado, se palpan tumoraciones compatibles con testículos ectópicos.

Hecha la valoración, se estudia posibilidad quirúrgica, llegándose a la conclusión que es imposible la separación.

Evolución

G. I: primeras 48 horas sin novedad, con buena tolerancia alimenticia; en 48 horas siguientes, solo se aprecia leve ictericia; alrededor de



FIG. 1: Aspecto general de los niños.

FIG. 2: Aspecto de genitales y desembocadura anal.

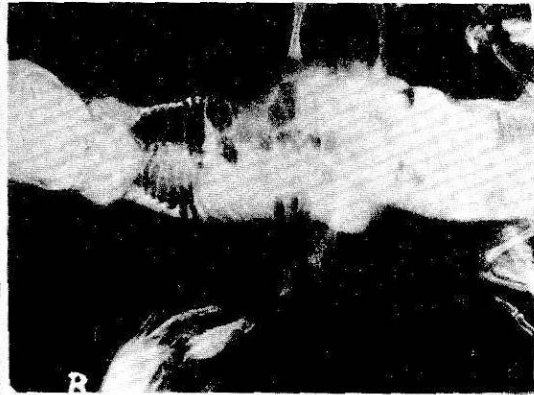
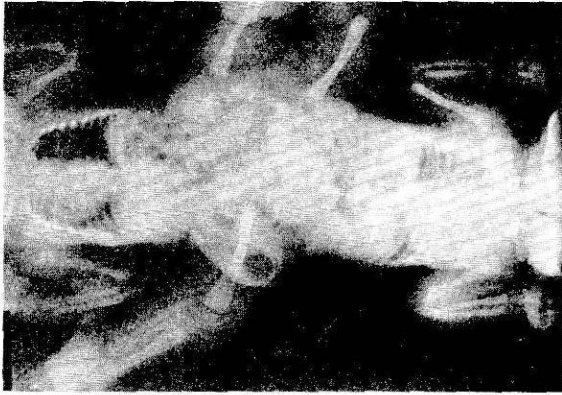


FIG. 3: Panorámica radiográfica. — FIG. 4: Radiografía de los niños, previa ingestión sustancia opaca del Gemelar I^o donde se observa la franca oclusión intestinal del Gemelar II^o y suboclusión del I^o.

5^o día, se efectúa estudio radiológico (tránsito intestinal), del cual se deduce la existencia de mal rotación, distensión de asas intestinales ubicadas (en abdomen de G II en parte) y obstrucción intestinal parcial. Se efectuó colostomía sobre abdomen de G II. Hasta octavo día evoluciona estacionario; presenta entonces temblores finos localizados a miembros superior derecho que desaparecen sin medicación. El décimo día desmejora ostensiblemente, con semiología pulmonar patológica y aspecto séptico. El duodécimo día, crisis convulsiva, seguida de rigidez y arreflexia. Se aprecian además, vómitos porráceos, fontanela a tensión y apneas, que impiden efectuar punción lumbar. Fallece ese mismo día.

G II: A diferencia de G I, desde las primeras horas de vida presenta aspecto general comprometido, evolucionando con las horas como ocluido intestinal, confirmada clínica y radiológicamente al 5^o día de vida, en que se efectúa la colostomía. Esta intervención no hace ceder el cuadro, por lo que se sospechan dos alternativas: o hay persistencia de bridas, o la colostomía se efectuó sobre colon de G I. Estado deficiente hasta el décimo día en que experimente mejoría, pero muy transitoriamente, ya que de ahí en más acompañará a la desmejoría de G I, con compromiso pulmonar solamente. Fallece el duodécimo día, cinco minutos antes de G I.

La causa de muerte la atribuimos, para G I, a neumonía y meningitis; para G II, neumonía.

Durante la internación, estuvieron en unidad denominada de "alto riesgo"; como tratamiento, recibieron aportes hídricos y calóricos, antibióticos, sangre entera, plasma y G I anticonvulsivantes.

Como exámenes complementarios, se efectuó cineangiografía, estudios radiológicos (figs. 3 y 4), hemáticos y finalmente, anatomopatológico, que se detalla a continuación,

Estudio anatomopatológico: protocolo de autopsia n^o 21-A-76.

Abdomen: agenesia de rectos anteriores y rudimento de músculos restantes; en examen de órganos in situ, se observa en G I hígado en hipocondrio izquierdo y bazo en el derecho; constituye una "imagen en espejo" de G II, que presenta corazón a la derecha.

Aparato cardiorrespiratorio: G II, corazón a la derecha con punta hacia el mismo lado; las cavidades y el nacimiento de los grandes vasos, invertido. Corazón de G I, sin particularidades.

Las aortas de ambos, trayecto normal hasta cavidad pelviana, en donde conflúan y luego finalizaban en dos arterias umbilicales. De la aorta de G I, salían dos arterias ilíacas, una para cada miembro, mientras que de la aorta de G II, solo salía una sola ilíaca, para el lado de su miembro independiente.

Los pulmones de G II estaban invertidos, mientras que los de G I estaban situados normalmente. A la palpación, los cuatro pulmones presentaban ausencia total de crepitaciones, con escasas zonas aireadas en los bordes.

Aparato digestivo: Trayecto esofágico normal para ambos; estómago de G I hacia la izquierda, debajo del hígado ubicado de ese lado; G II sin alteraciones.

Tracto intestinal dilatado en ambos, con bridas conectivas a nivel de la colostomía y su periferia. La longitud de ambos intestinos era aparentemente normal, para unirse en un colon único a nivel pelviano, con ciego, apéndice, sigmoides y ampolla rectal, todos únicos (figs. 5 y 6).

Aparato genitourinario: un riñón hipertrófico (doble de lo normal) para cada uno, en espejo, con uréter doble, que desembocan en una gran cavidad vesical única; del lado opuesto, riñones hipotróficos con uréter a vejiga rudimentaria, conectada a la mayor. Suprarre-

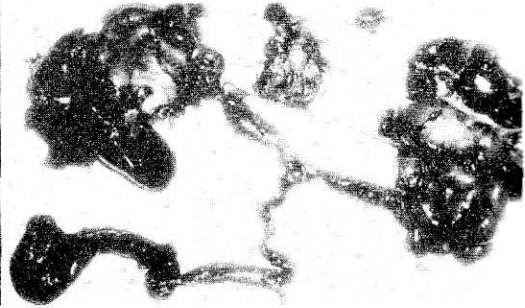
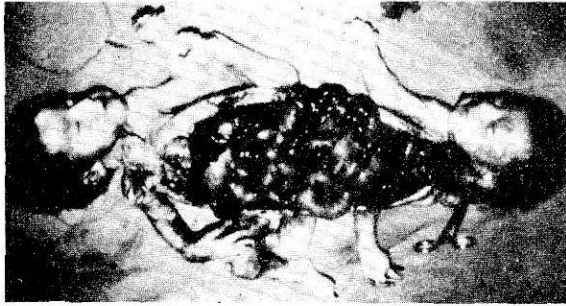


FIG. 5: Panorámica para ubicación de vísceras. — FIG. 6: Piezas anatómicas donde se observan en parte superior, riñones hipoplásicos. Unión de ambos intestinos en un colon único, a nivel pelviano.

nales normales sobre riñones de mayor tamaño. Dos testículos hipotróficos. Sistema nervioso central y disección ósea no se efectuó (por oposición de familiares).

Histología: Bronconeumonía masiva bilate-

ral en ambos niños, como causa probable de fallecimiento.

Placenta: monocorial monoamniótica; alteraciones atribuibles a insuficiencia placentaria grado II.

Comentario de la DRA. FLORA SLASKI

Prof. Auct. de la 3a. Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional de Buenos Aires y Médica Asistente del Instituto Materno Infantil de Lanús.

Los colegas sanjuaninos, presentan una rara observación de gemelos isquiópagos con varias malformaciones congénitas.

El caso por su infrecuencia resulta de interés científico debiendo destacar la minuciosa, aunque parcial anatomía patológica —por causas ajenas a los autores— y las mesuradas consideraciones clínicas del mismo.

A raíz de esta presentación, resulta oportuno comentar desde el punto de vista genético algunos temas vinculados a las malformaciones.

Estas ya eran conocidas en tiempos bíblicos y el conocimiento de los factores de la herencia —que desde 1865 experimentaron gran impulso merced a las leyes enunciadas por Fray Gregorio Mendel— se ha ido desarrollando gradualmente, llegándose hoy día a aceptar que muchos de aquéllos factores actúan sobre los cromosomas.

También una serie de fármacos, entre los cuales la talidomida, de triste recordación, llevó a la primera página de los periódicos su nefasta acción sobre el producto de la concepción y el rol etiopatogénico de algunas drogas en las anomalías de los miembros. Este toque de atención fue una señal de alarma, que hizo que los médicos incluyeran en el capítulo "iatrogenia" algunas de esas malformaciones. Desde entonces se toma cuidado al prescribir un medicamento a la mujer gestante.

Asimismo el actual "mundo alienado" con sus situaciones stressantes, en las que actúan problemas afectivos, emotivos, sociológicos, etc. que son incluidos en el grupo "psicológico prenatal", es factor importante en la producción de alteraciones congénitas.

Ciertamente las radiaciones ionizantes cada vez más frecuentes en nuestra ecología, a las que se suman las causas infecciosas (microbianas o virósicas), las tóxicas, las endocrinonutritivas, las psicotraumáticas, deben estar presentes en la mente del investigador que procura descubrir el verdadero origen de las anomalias psicósomáticas del recién nacido.

Por todo lo expuesto, el clínico, el obstetra, el neonatólogo y el genetista, deben instruir oportunamente a los cónyuges y aún antes de la visita prematrimonial sobre los factores de la herencia que son negativos para la descendencia. Así podrán prevenirse, en la medida de lo posible, hijos que por sus laras resultarán una tragedia para el hogar.

La amniocentesis y el examen del líquido recogido procurando hallar precozmente las alteraciones cromosómicas, permiten detectar anomalías que en base a los antecedentes si sospecha pudieran aparecer en el futuro hijo.

La profundización en los estudios de los cromosomas X o Y; los avances en química genética —el ácido desoxiribonucleico es el constituyente esencial de los cromosomas—; las investigaciones genealógicas con los riesgos de matrimonio de consanguinidad; el análisis enzimático; etc., abren nuevos horizontes para un diagnóstico prenatal de las alteraciones psicofísicas "neonatorum" y significan una promisoriosa perspectiva en el terreno de la eugenesia.

De este modo, en un futuro cercano se alcanzará el ideal de tratar durante la vida intrauterina y aún antes de la gravidez, las posibles alteraciones de causa genética y prevenir sus dramáticas consecuencias.

Bienvenida la observación de la Dra. Miodowsky y colaboradores, al permitirnos actualizar un tema que hasta hace poco era todo oscuridad y que ahora va aclarando gracias al esfuerzo de investigadores que trabajando en equipo arriman nuevas ideas en procura de la luz.

Esto permite abrigar la esperanza que antes del año 2000 —cuando la medicina sea más preventiva que curativa— no falten centros de genética en ningún Servicio de Obstetricia y de Neonatología

Así, seremos más útiles a la humanidad.

Comentario del DR. HORACIO AJA ESPIL

Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Municipal de Niños de Buenos Aires "Dr. Ricardo Gutiérrez".

La publicación de casos de gemelos unidos provoca un gran interés, desde el punto de vista quirúrgico, para conocer la disposición anatómica de sus órganos y valorar la posibilidad de la separación de los niños.

La observación relatada trata de "gemelos isquiópagos trípodos", en la cual cada niño tiene una pierna propia normal y otra, común a los dos niños, deforme como resultado de la fusión parcial de las otras dos piernas (2 peronés, pie doble con 9 dedos). La unión de la pelvis llega hasta la región umbilical donde se halla un ombligo único. Existe periné común con ano único y un esbozo de escroto con pene hipotrófico (todos los casos presentados fueron del sexo femenino, siendo éste, aparentemente, el primero de sexo masculino).

Los estudios complementarios demuestran la existencia de las malformaciones descritas en este tipo de gemelos: a) 2 tractos digestivos independientes en su parte proximal que se unen en el íleon terminal, para terminar en un colon, recto y ano único. b) 2 vejigas donde cada una recibe un uréter de cada niño. En este caso en particular había una vejiga grande que recibía la orina del riñón hipertrofico de cada niño y otra pequeña donde desembocaban los uréteres de los riñones hipotróficos.

La radiografía muestra que la pelvis está formada, de un lado, por 2 hemipelvis normales unidas por una sínfisis pubiana normal y del otro por una estructura ósea que une ambos sacros y donde se articula la tercera pierna patológica.

El interés de esta presentación está dado por la rareza de esta malformación, a la cual se agregaron otras complicaciones (oclusión intestinal) que hicieron imposible la tentativa de separación.

Los intentos quirúrgicos en los isquiópagos han sido excepcionalmente raros. En la literatura mundial existe el relato de 6 observaciones de tentativa de separación con éxito total en 3 casos (sobrevivieron los 2 pacientes) y parcial en 2 (sobrevivió 1 solo).

No sucede lo mismo en casos, por ejemplo, de toracópagos o pigópagos donde las posibilidades de separación pueden ser más factibles. Así sucedió últimamente en el departamento de Cirugía del Hospital de Niños donde hasta el momento han sobrevivido y en perfectas condiciones después de la separación, dos gemelos unidos xifo-onfalópagos y en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña, España, donde hemos recibido información de una observación similar (estaban unidos por el abdomen); las niñas fueron intervenidas y separadas con éxito.

Comentario del DR. DONATO A. DEPALMA

Adscripto a la Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Esta interesante presentación de los autores sanjuaninos y la feliz culminación de la separación quirúrgica de dos gemelos unidos, llevada a cabo el 8 de octubre de 1976, en el Hospital de Niños de Buenos Aires, nos ha impulsado a la búsqueda cronológica y bibliográfica de tan curiosa malformación.

Sorprendidos, hemos hallado una vastísima información en la que mencionanse implicaciones etnográficas, religiosas, culturales, educativas, psicológicas y clínico-quirúrgicas.

Cada época, cada estrato cultural dedica a los gemelos y siameses un interés especial.

En épocas precedentes estuvieron rodeados con una aureola mítica y adorados como divinidades. "Xochitlquetzal" es una diosa del antiguo México que exalta las virtudes de los gemelos recién nacidos; los "Eshibtschas" de Colombia observan la presencia de un parto gemelar como prueba licenciosa de los padres. Los papuás de Nueva Guinea juzgaban estos casos insólitos como transgresiones a los cánones que regían determinados tabúes, y los shamanes de la antigua Guayana Inglesa creían que la presentación gemelar obedecía a posesiones demoníacas. Tan imbuidos se hallaban de estas concepciones mágicas, ordenando a las embarazadas no alimentarse con frutas que hubieran crecido unas junto a otras.

Diversos pueblos en cambio, consideraban este acontecimiento como un hecho de feliz augurio, siendo los padres objeto de halagos y donativos, y los niños motivo de especiales privilegios. Entre los zulúes (Africa del Sur) actuaban como indicadores meteorológicos, suponiéndose que el estallido de tormentas respondía a que uno de los gemelos no se hallaban bien.

También en el reino animal se ha observado la presencia de gemelos siameses habiéndose documentado estos hallazgos en huevos de gallina y en ñandúes. Entre estos últimos mencionábase la separación —mediante intervención— de dos polluelos nacidos en el Jardín Zoológico "Karl Hagenbeck".

El vocablo "siamés" ha tenido extensa divulgación luego que los hermanos Chang y Eng Bunker nacidos en 1811 en el Reino de Siam (hoy Tailandia), cursaron la mayor parte de su vida en E.E.U.U. Vivieron hasta los 63 años y sus médicos desalentaron la intervención —se trataba de xifópagos simétricos— dado que poseían un hígado común.

Permanecieron unidos se casaron y tuvieron 9 hijos cada uno. Al contraer bronconeumonía uno de los gemelos falleció y pocas horas después se produjo el deceso del otro siamés. La vida en condiciones tan excepcionales y diferentes que con llevaron estos hermanos impuso el término "siamés" y desde entonces fue acuñado para reconocer la unión de gemelos semejantes. Pero es justo reconocer que los seres unidos más antiguos que se conocen fueron las hermanas Biddenden quienes nacidas hacia el año 1100 en Inglaterra vivieron hasta los treinta y cuatro años. Eran portadoras de un solo par de extremidades superiores e inferiores, un solo recto y una sola vagina. Un bajorrelieve de la iglesia de la Scala representa a los gemelos florentinos nacidos en el siglo XIV con tres extremidades superiores e inferiores. Los hermanos escoceses Sottisch vivieron en el siglo XV alcanzando la edad de 28 años hallándose unidos desde la cintura pelviana hacia abajo. También merecieron la atención y curiosidad de los centros científicos de la época dos hermanos húngaros nacidos en Szory en 1701 quienes convivían unidas por la región lumbar poseyendo ano y vagina comunes. Hasta 1967 Robertson había recopilado una estadística de 117 gemelos siameses, habiéndose en los últimos años comunicado nuevos nacimientos de gemelos adheridos.

Consideramos una verdadera perla el hallazgo de una relación magistralmente apuntada por el cronista madrileño Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdez, en su magnífica obra titulada: "Historia natural y general de las Indias, islas y tierra firme del Mar-Océano" obra dividida en 50 libros de los cuales 19 se imprimieron en Sevilla en 1535. Ilustrísimo historiador y cronista del rey Felipe II, botánico, naturalista y observador apasionado escribe una detallada crónica acerca de dos hermanas xifópagas nacidas el "jueves 10 de julio de 1533" en la ciudad de Santo Domingo (Haití). Pone énfasis Fernández de Oviedo al manifestar "...que por el resto del cuerpo, estaban completamente separadas, no existiendo otra deformación o anomalía y que poseían ambas cabezas graciosas y de buenos gestos". Se extiende el narrador en detalles acerca del llanto de los niños y de las vicisitudes que debió pasar el sacerdote para indicar el bautismo, ya que los circustantes (vecinos, regidores, religiosos y forasteros) dudaban si eran seres y si poseían o no dos almas.

Aquellas criaturas sobrevivieron ocho días y fallecieron con diferencia de media hora. Resulta interesante consignar que los padres consintieron en que les efectuase la necropsia, encargándose la misma al "óptimo cirujano bachiller: Juan Camacho", quien cumplió su misión en la autorizada presencia de los doctores en medicina Hernando de Sepúlveda y Rodríguez Narvaez".

Hay una referencia digna de mencionar en el protocolo y es la observación de que "hígado no se podía dividir". Se extiende luego el autor en vivas disquisiciones, acerca de la primogenitura que correspondería establecer de acuerdo con el Código Español de las Siete Partidas. Hemos hecho hincapié consignando en breves líneas este extraño parto gemelar adherido, ya que se trata del primer documento histórico-médico acerca de hermanos siameses, nacidos en continente americano, cuando corría el año 1533.

SUMMARY

The present paper was undertaken in order to describe one case of twins joined at isquion level, that were admitted at the Newborn department of Dr. G. Rawson's Hospital, San Juan, Argentina.

They have made reference about frequency of multiple pregnancies and different theories about possibility of having united twins.

A description is made of clinical and x-Ray picture during their 12 days of life, and what did autopsy reveal.

REFERENCIAS

- MORISON J. E.: Patología fetal y neonatal. Editorial Pediátrica. Barcelona, 210-229, 1972.
- BENSON-MUSTARD-RAVITCH-SNYDER-WELCH: Cirugía infantil, 626-633. Salvat, Barcelona, 1966.
- PATTEN BRADDLEY M.: Embriología humana, 189, 1958. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1958.

Seminario sobre nutrición

La alimentación del niño pre-escolar, con especial referencia a la lactancia materna y al período del destete

El Seminario se celebró en Montreux (Suiza), en agosto de 1975 y fue patrocinado por la Asociación Internacional de Pediatría (I.P.A.). Transcribimos dos interesantes trabajos que nos envía H. L. Vis, destacada figura de la Pediatría Europea.

H. L. VIS

*President du Collège de Direction de Pédiatrie
Clinique Pédiatrique (Hôpital Universitaire
Saint Pierre) Université Libre de Bruxelles,
Belgique.*

INFLUENCIA DE LA SALUD MATERNA SOBRE EL VOLUMEN Y CALIDAD DE LA SECRECIÓN LACTEA

Durante la gestación comienza la preparación para la lactancia: hay un crecimiento y desarrollo de la glándula mamaria y desde el comienzo del embarazo se depositan las reservas energéticas maternas (grasas) que pueden ser utilizables, todas o en parte, para mantener la lactancia.

La energía producida por la leche humana, depende tanto de la alimentación supletoria durante la lactancia, como de las reservas grasas acumuladas durante el embarazo. La ganancia óptima de peso hacia la 40 semana, para dar a luz un niño sano de 3.300 g fue desarrollada por Hytten y Leitch (1971) en la siguiente forma:

Incremento de peso en g hacia la 40ª semana.

Feto	3.400
Placenta	650
Líquido amniótico	800
Útero	970
Glándula mamaria	405
Sangre materna	1.250

Líquido extracelular y extravascular:

1) sin edemas o edema de m. inf.	1.680
2) con edemas generalizados . . .	4.897

No especificado:

1) sin edemas o edema en m. inf.	3.345
depósito graso	
2) con edemas generalizados . . .	2.128

Ganancia total observada:

1) sin edema o edema en m. inf.	12.500
2) con edema generalizado	14.500

La definición de eficiencia sobre la producción de leche, está dada por la siguiente fórmula:

$$L = e (D + S - M)$$

L: rendimiento energético de la leche; D: energía obtenida de la dieta; S: energía proveniente de las reservas del organismo materno; M: valor de mantenimiento aparte de la lactancia, y e: es un factor que representa la eficacia en la producción de leche.

En el trabajo de Hytten y Thomson (1961) un niño recibe 120 kcal/kg/día, la producción de leche es de 800 ml/día, 100 ml de leche dan 70 kcal y la madre pierde un promedio de 38 g por día (1 kg = 6.500 kcal). La energía promedio obtenida de la dieta es de 2.580 kcal.

$$e = \frac{555}{2.580 + 250 - 2.150} = \frac{555}{680} = 81,6 \%$$

Pero en 1970 Thomson y colaboradores calcularon que el promedio de eficiencia en la producción de leche humana era casi el 90%. Esta eficiencia depende en parte del estado nutricional de la mujer embarazada.

Estado nutricional en el embarazo normal

Se ha comparado al estado nutricional en el embarazo normal con el típico Kwashiorkor o desnutrición proteica (Thomson, 1968).

Hay un importante descenso de las proteínas plasmáticas, principalmente de la albúmina, con tendencia al edema, así como un incremento de la grasa subcutánea. Pueden presentarse características secundarias tales como anemia con prueba de sobrecarga a la histidina positiva, e hiperaaminoaciduria (Hytten y Cheyne, 1972). La diferencia importante está en el metabolismo graso: el contenido graso de la sangre (colesterol, triglicéridos y fosfolípidos) está elevado durante el embarazo y puede estar muy descendido en el Kwashiorkor.

Tanto en uno como en otro caso, el depósito de grasa subcutánea es posible. Esta energía está disponible tan pronto como el nivel plasmático de las proteínas sea satisfactorio. Esto ocurre en las mujeres, unas pocas semanas después del parto. Cuando el aporte de energía es deficiente, tanto la embarazada como el niño con desnutrición proteica, desarrollan un estado de marasmo. En el primer caso, no habrá depósito graso, el feto será pequeño para su edad gestacional (Antonov, 1947) y será pobremente alimentado a pecho. En el segundo caso, el niño puede presentar un Kwashiorkor marasmático, más que un Kwashiorkor puro: no sólo está reducida la grasa subcutánea, sino también el músculo estriado.

Composición de la leche humana y desnutrición

PROTEÍNAS Y LACTOSA

En la glándula mamaria el metabolismo de las proteínas e hidratos de carbono, puede describirse esquemáticamente como sigue:



En la leche humana la concentración de lactosa corresponde al 50 % de la presión osmótica. La secreción de proteínas, lactosa y agua desde las vasiculas de Golgi, está interrelacionada. La síntesis de lactosa depende de la producción de lactoalbúmina y el volumen de agua que llevarán con las proteínas depende de la producción de lactosa.

La composición de la leche humana en proteínas y lactosa es difícilmente modificable por la desnutrición de una madre que amamanta, tal como fue

demostrado en los Países Bajos durante el hambre pasado en la última guerra mundial.* Es el volumen de la secreción láctea lo que disminuye, Hytten y Thomson (1961). Sin embargo Barley (1965) encontró en Nueva Guinea en madres desnutridas que amamantaban elementos proteicos que eran 13 % más bajos que los obtenidos de algunas leches en Sydney, y un 9,3 % menor que el hallado en leches de mujeres europeas.

El análisis de los aminoácidos de la leche materna (Close y Van de Walle, 1957 a, b; 1958) efectuado en Kivu (República de El Zaire) no difiere de los datos obtenidos en Europa. En Kivu las mujeres que amamantan son desnutridas y su producción de leche es escasa.

La relación cistina/metionina en la leche puede diferir en las mujeres bien nutridas y las desnutridas. De cualquier manera los datos informados por Bailey (1965) al respecto no son convincentes.

GRASAS

En las leches humana y de vaca, se hallan proporciones similares de lípidos. Se observan variaciones durante el día e incluso durante la alimentación. Hay una gran cantidad de lípidos al mediodía y luego de alimentarse. En la glándula mamaria siempre hay un 20 % de leche en donde el 50 % está como glóbulos de grasa que se adhieren a la amplia superficie alveolar.

En la leche humana los lípidos se sintetizan a partir de la glucosa, pero también de ácidos grasos de larga cadena y triglicéridos del plasma. La cantidad de lípidos en la leche está directamente relacionada con la alimentación suplementaria de la madre. Existen 3 ó 4 veces más ácidos grasos no saturados de cadena larga en la leche humana que en la de vaca. Uno de ellos, el ácido linoleico (ácido graso esencial) es importante para el desarrollo del cerebro según se ha demostrado en recientes estudios. El ácido linoleico representa el 5 % de la energía de la leche de la mujer japonesa, comparado con el 3 % de las calorías de la leche de la mujer sueca. Esto se puede atribuir al consumo de soja por las madres japonesas (Houtsmuller, 1972; Crawford y Sinclair, 1972).

VITAMINAS

La cantidad de vitaminas liposolubles está relacionada muy poco con el consumo. La madre es capaz de obtener vitamina A de su reserva hepática durante un largo período. Por otro lado, aquellas vitaminas que no son almacenadas por la madre, tales como: ácido ascórbico, tiamina y riboflavina, dependen rigurosamente de la alimentación suplementaria.

* Janz y colaboradores (1957).

Eficacia de la alimentación a pecho

La eficiencia de la alimentación a pecho se estima usualmente, comparando la curva de peso del niño con la de Stuart-Meredith. En los casos de alimentación a pecho prolongada, sin el agregado suplementario de leche de vaca, nos parece que es menos importante para el niño crecer según estándares, que tener un desarrollo psicomotor normal y estar protegido durante el primer año de vida contra enfermedades infecciosas responsables de la mortalidad infantil en los países subdesarrollados, principalmente infecciones respiratorias y gastrointestinales. En otras palabras pensamos que la protección del desarrollo cerebral y la disminución de la mortalidad infantil son de primordial importancia. En muchos países subdesarrollados esto sólo puede obtenerse mediante la alimentación a pecho.

La producción de leche depende de los muchos factores que condicionan el grado de nutrición materna. Entre la población que recibe una dieta proveniente de su propia producción, la época del año tiene gran influencia sobre la producción de leche a través de la nutrición materna. En África Central, si se comparan estadios similares de lactancia, hay un descenso en la producción de leche de 150-200 ml promedio durante el período de escasez proteica. En esta región la madre debe compensar la escasez de la alimentación a pecho, con comida suplementaria que principalmente está compuesta de carbohidratos (bananas, etc.). Este suplemento se le da a los niños muy tempranamente (en las 3 ó 4 semanas de vida). La consecuencia es la primera infección parasitaria.

La curva de peso muestra una deflexión que es característica de todas las curvas ponderales de áreas rurales de países preindustrializados. Esta caída de la curva ponderal no corresponde a la reducción de leche producida después del agregado de comida. Se puede demostrar que con o sin elementos extraños, la cantidad de leche producida por la madre es similar a través del año.

El estado nutritivo de la madre que amamanta, indirectamente condiciona el crecimiento de su hijo.

Por lo tanto es necesario definirlo:

1. Durante el embarazo el grado de desnutrición sólo se lo puede definir, comparándolo con el estado nutritivo de un "embarazo normal". Se deben considerar los siguientes datos:

- ganancia de peso, con o sin edemas.
- nivel de proteínas plasmáticas, con o sin incremento de los lípidos en sangre. Si no hay más síntesis proteica en el hígado, la lipemia es baja.
- contenido en sangre de hierro y vitaminas.
- investigación de posibles infecciones (como tuberculosis) y parasitosis.

2. En la madre que amamanta:

- pérdida de peso (comparándolo con la pérdida fisiológica).
- nivel de proteínas plasmáticas.
- contenido de hierro y vitaminas en sangre.
- signos clínicos de desnutrición.

— investigación de posibles infecciones y parasitosis.

3. En el niño:

- características de las curvas de crecimiento (en especial la curva ponderal).
- nivel de proteínas plasmáticas.
- contenido de hierro y vitaminas en sangre.
- presencia o ausencia de infección parasitaria.
- desarrollo psicomotor.
- presencia o ausencia de protección para enfermedades infecciosas: gastroenteritis e infecciones respiratorias.

LACTANCIA Y REPRODUCCION

La probable influencia de la alimentación a pecho sobre la reproducción debe ser estudiada en condiciones definidas.

Las comunidades deben ser elegidas de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Si la lactancia prolongada es habitual.
- 2) Si la lactancia es intensiva.
- 3) Si no usan métodos contraceptivos (fertilidad natural).

Cuando se observan estos criterios en una población, parece que hay una diferencia significativa en el lapso existente entre cada nacimiento de las mujeres que tienen hijos vivos con respecto a aquellas que perdieron su hijo al nacer o poco después.

La reaparición de la fertilidad en una mujer que amamanta puede demostrarse de tres maneras:

- 1) Por un nuevo embarazo.
- 2) Por detección de la ovulación.
- 3) Por la reaparición de la menstruación.

1) LACTANCIA Y EMBARAZO

En las comunidades *sin* control de la natalidad, el mejor criterio para cerciorarse de la duración de la infertilidad postparto es un nuevo embarazo.

En muchas poblaciones que practican en forma intensiva la lactancia, los tabúes sexuales de duración variable, previenen de un nuevo embarazo. En algunas regiones de África Central por ejemplo, las relaciones sexuales están prohibidas por un tiempo que puede oscilar entre 18 meses y dos años. En este caso el espacio entre los nacimientos está artificialmente alargado. Más aún, puede ocurrir que incluso sin tabúes sexuales la madre puede cambiar su comportamiento sexual durante la lactancia.

2) LACTANCIA Y OVULACIÓN

Se han efectuado pocos estudios sobre la influencia que tiene la lactancia sobre la ovulación, debido a que el método de diagnóstico es dificultoso y comprende tanto medición de temperatura basal,

biopsia de endometrio o determinaciones hormonales.

Se admite que la lactancia retrasa la restauración de la ovulación mediante inhibición de la actividad de la hormona gonadotrópica de la pituitaria, ya sea mediante la prolactina o por el reflejo de succión. Pareciera que hay una interrelación entre los factores liberadores de la hormona gonadotrópica hipotalámica y el factor inhibidor de la prolactina. Para algunos autores la frecuencia de la succión muy bien puede ser el factor clave.

Se necesita un nivel mínimo de energía para la restauración del ciclo ovulatorio, y es posible que la desnutrición de la madre que amamanta tenga un rol en prolongar el período anovulatorio ya que el máximo de la energía se deriva hacia la síntesis láctea.

3) LACTANCIA Y AMENORREA POSTPARTO

No se ha encontrado una correlación estricta entre la restauración de la menstruación y la posibilidad de embarazarse.

Un 10-15 % de las madres que amamantan se embarazan cuando aún están amenorreicas, y por otro lado, los primeros ciclos luego del parto suelen ser anovulatorios.

De cualquier manera, el parámetro "amenorrea" se usa para definir el período de esterilidad postparto, en estudios masivos. Datos obtenidos de la literatura señalan que: *en iguales condiciones de vida* la madre que amamanta tiene una amenorrea más prolongada que aquella que no lo hace o lo hace parcialmente.

Hay una importante superposición de datos de una región a otra o de una circunstancia a otra. Esta superposición ha sido atribuida a diferencias del comportamiento materno hacia la alimentación a pecho, a la frecuencia y fuerza de la succión o a la norma de alimentación: alimentación a pecho exclusivamente versus biberón complementario. Por último pensamos que la información primordial, aunque la más omitida, en todo este problema es el estado nutricional de la madre que amamanta.

4) DESNUTRICIÓN, LACTANCIA Y AMENORREA POSTPARTO

El hambre induce a amenorrea en las mujeres no embarazadas y en las que no amamantan, esto fue objetivizado en Europa Occidental durante la última guerra mundial (33 % de las mujeres fértiles de los Países Bajos en 1944-1945; 50 al 60 % de las mujeres fértiles de Budapest 1944-1945), e incluso en los campos de concentración. Le Roy Ladurie (1973) hizo una revisión del estudio desde el punto de vista histórico. Los factores psicósomáticos ciertamente tienen efecto en esta situación de excepción. De cualquier manera, el estado nutricional parece ser de primordial importancia. En los Países Bajos (Smith, 1947) las calorías promedio disponi-

bles diariamente para las embarazadas en la ciudad fue de 731 en febrero de 1945, y de 912 en abril, contra una dieta recomendada de 2.500 Kcal/día.

Los meses de hambre que comenzaron en el otoño de 1944, culminaron en mayo de 1945. La prevalencia de amenorrea era del 50 % de los habitantes femeninos en las ciudades durante los meses de hambre. Este fenómeno desaparece al restablecerse los alimentos. La tasa de fertilidad disminuye lo suficiente como para disminuir el promedio semanal de nacimientos de 206 en 1939 y 227 en 1944, a 87 en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1945 (nueve meses después de los peores meses de 1945).

Durante estos períodos de hambre hubo una diferencia de 150 a 200 g en el peso de los recién nacidos en comparación con los gráficos de comienzos de 1944. Si bien no hay datos sobre la lactancia, los médicos creen que la secreción de leche era escasamente inferior, pero que la duración de la lactancia no estaba afectada en mayor grado. La leche segregada por algunas madres desnutridas no tenía variaciones químicas significativas.

Durante el Sitio de Leningrado (agosto 1941 a enero 1943) el peor período desde el punto de vista nutricional fue 1942, Antonov (1947). La amenorrea prevalecía ampliamente y el número de nacidos vivos en 1942 fue de 468 para 3.972 en 1939, y 4.274 en 1940. El peso promedio al nacer cayó de 3.444 g (enero a junio 1941) a 2.815 g (enero a junio 1944) para varones, y de 3.302 g a 2.760 para las niñas. La capacidad de amamantar a pecho se mantuvo incluso ante severos grados de hambre, pero se segregaba menos leche y la duración de la lactancia era considerablemente menor. La amenorrea por hambre en la historia fue siempre un inhibidor de la fecundación.

Seguramente en situaciones como las descritas por Antonov (1947), el *stress* psicológico juega también un papel en la presencia de la amenorrea, pero el factor nutricional es casi seguro el más importante. La cantidad de comida permitida en los países de Europa Occidental en 1944-1945 era equivalente al aporte de alimentos que está permanentemente disponible en varios países de África, sur del Sahara. El hambre en la región de los Países Bajos a comienzos de 1945 era similar a la falta de alimentos anual que tienen ciertas regiones como Kivu y Rwanda.

Las comunidades que han prolongado la amenorrea postparto descritas en la literatura son siempre de clase socio-económica baja, o entre aquellas poblaciones que viven en un tipo de economía de auto subsistencia. En este último caso, la fluctuación del aporte alimentario a lo largo del año, se superpone con un estado de permanente desnutrición, y tiene efecto sobre modificaciones en el peso, fertilidad, secreción láctea, mortalidad infantil y desnutrición infantil (Thomson y colab., 1960; Centrelle y Leridon, 1971).

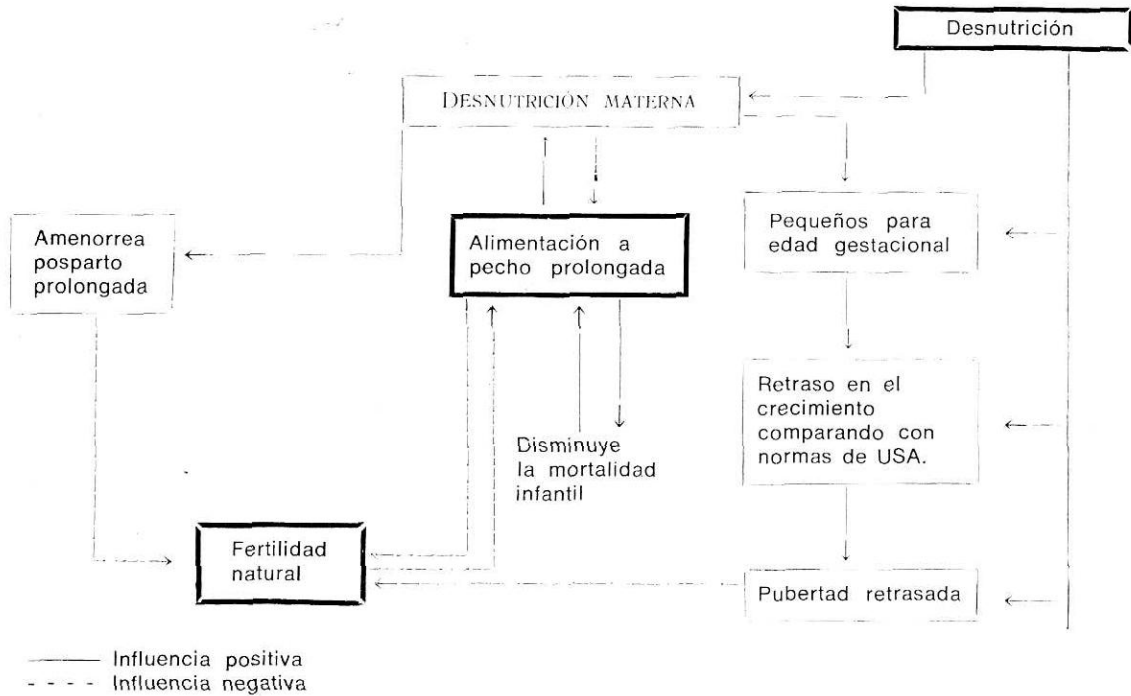
En la región rural de Bangladesh, Chen y colab. 1974, observaron que la forma más frecuente de

terminar la amenorrea por la lactancia ocurría en el período que sigue a la cosecha de la mayor producción de arroz.

Además de la nutrición deben ser tenidos en cuenta otros factores tales como: edad de la madre, paridad, característica de la lactancia, vitalidad del niño e importancia del reflejo de succión. (Jain y colab., 1970) (Chen y colab., 1974). Pero definitivamente la desnutrición materna parece ser el factor determinante de toda la situación, y se agrava con

la lactancia. Probablemente haya un umbral en el grado de desnutrición para que este factor se haga preponderante.

Es por esto que hemos dispeusto un diagrama que explica cómo la desnutrición juega un papel importantísimo en ciertas circunstancias, en el mantenimiento de la alimentación a pecho prolongada. Este gráfico se refiere a una población desnutrida con fertilidad natural y una economía de autosubsistencia.



Relación entre desnutrición materna, lactancia y fertilidad

El régimen de economía de autosubsistencia sin control de la natalidad, induce a desnutrición de toda la población, pero la embarazada y la madre que amamanta así como los niños son los más afectados.

La relación descrita arriba, muestra que el estado nutricional de la madre, condiciona la salud de su hijo antes del año de edad en una forma paradójal: si la madre está mejor alimentada durante el embarazo tendrá un neonato de mayor peso (Lechtig y colab., 1975), y ella también se embarazará más pronto interrumpiendo la lactancia y su hijo se vol-

verá marásmico y morirá de gastroenteritis. Esta es la patología encontrada en los barrios pobres de ciudades sudamericanas y africanas. Por otro lado, el estado nutricional de los niños mayores en estas ciudades es mejor y la mortalidad juvenil desciende; la consecuencia es un fuerte incremento de la población que llevará a mayores problemas demográficos por resolver.

De manera que si queremos mejorar el estado nutricional de la madre que amamanta y, al mismo tiempo, proteger a su hijo, se deben hacer programas de planificación familiar a fin de mantener mayor intervalo entre cada nacimiento y permitir que el tiempo de la alimentación a pecho, sea razonablemente mayor.

REFERENCIAS

ANTONOV A. N.: Children born during the siege of Leningrad in 1942. *J. Pediat.*, 30: 250, 1947.
 BAILEY K. V.: Quantity and composition of breast milk in some New Guinean populations. *J. Trop. Pediat.*, 11: 35, 1965.
 CANTRELLE P. and LERIDON H.: Breast feeding, mortality in childhood and fertility in a rural zone of Senegal. *Population Studies*, 25: 505, 1971.
 CHEN L. C., AHMED S., GESCHE M. and MOSLEY W. H.: A prospective study of birth interval dyna-

- mics in rural Bangladesh. *Population Studies*, 28: 277, 1974.
- CLOSE J. and VAN DE WALE: La composition du lait de femme au Congo Belge. II Les acides aminés totaux du colostrum. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 37: 203, 1957, a.
- CLOSE J. and VAN DE WALLE A.: La composition du lait de femme au Congo Belge. III Les acides aminés totaux du lait de transition. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 37: 213, 1957, b.
- CLOSE J. and A. VAN DE WALLE: La composition du lait de femme au Congo Belge. IV Les acides aminés totaux de la sécretion parfaite. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 38: 907, 1958.
- CRAWFORD M. A. and SINCLAIR A. J.: Nutritional influences in the evolution of the mammalian brain. Discussion in: "Lipids, malnutrition and the developing brain", p. 267-292. Symposium CIBA; d. Associated Scientific Publishers. Amsterdam-London, New York, 1972.
- HYTTEN F. E. and THOMSON A. M.: In: KON S. K. and COWIE A. T., ed. Milk: The mammary gland and its secretion, New York, Academic Press, vol. II, 1961.
- HYTTEN F. E. and LEITCH I.: The physiology of human pregnancy. Second edition. Blackwell scientific publications, Oxford, London and Edinburgh, 1971.
- HYTTEN F. E. and CHEYNE G. A.: The aminoaciduria in pregnancy. *J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth.*, 79: 424, 1972.
- HOUTSMULLER: Evaluation of modern foods as sources of lipids. Discussion. In: "Lipids, malnutrition and the developing brain", p. 213-225. Symposium CIBA; Ed. Associated Scientific Publishers. Amsterdam-London-New York, 1972.
- JAIN A. K., HSU T. C., FREEDMAN R. and CHANG M. C.: Demographic aspects of lactation and postpartum amenorrhea. *Demography*, 7: 255, 1970.
- JANZ A. J., DEMAYER E. M. and CLOSE J.: Nutrition et lactation chez la femme. (Production quantitative et qualitative du lait avec considération particulière des pays sous-développés ou à ressources alimentaires insuffisantes. *Ann. Nutr.*, 11: A 33, 1957.
- LECHTIG A., HABICHT J. P., YARBROUGH C., DELGADO H., GUZMAN G. and KLEIN R. E.: Influence of food supplementation during pregnancy on birth weight in rural population of Guatemala. *Proc. 9th Int. Congr. Nutrition, Mexico*, 2: 44, 1972.
- LE ROY E., LADURIE: L'aménorrhée de famine (XVIII^e XX siècle) in "Le territoire de l'historien" NRF. Paris, p. 331, 1973.
- SMITH C. A.: Effects of maternal undernutrition upon the newborn infant in Holland. *J. Pediat.*, 30: 229, 1944-1945, 1947.
- THOMSON A. M.: Discussion in "Caloric deficiencies and protein deficiencies". Ed. R. A. Mc Cance and E. Widdowson, p., 142, 1968.
- THOMSON A. M., HYTTEN F. E. and BILLEWICZ W. Z.: The energy cost of human lactation. *Brit. J. Nutr.*, 24: 565, 1970.
- THOMSON A. M., BILLEWICZ W. Z., THOMSON B. and MACGREGOR I. A.: Body weight changes during pregnancy and lactation in rural African (Gambian) women. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.*, 73: 724, 1966.
- W. H. O.: Nutrition in pregnancy and Lactation. *Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. Nº 302*, 1965.

Aunque la ictericia como signo de enfermedad ya era conocida por Galeno e Hipócrates, las primeras menciones que han quedado registradas, vinculadas al R.N., figuran en el libro de Bartolomé Metlinger "Ein Regiment der Jungen Kinder", publicado en 1473.

En 1708, Michael Eftmüller, en su tratado "De Infantum Morbis" decía que se presentaba poco después del nacimiento. Recomendaba alimentar al niño afectado con leche materna varias veces al día. En 1571, John Burton en "An Essay Towards a Complete New System of Midwifry, Theoretical and Practical" hacía la siguiente descripción y anotación terapéutica: "La respiración presta la bilis y la resistencia que encuentra para entrar al intestino del feto junto con la materia fangosa, obliga a que la secreción biliar penetre lentamente; esa es la causa de que la vesícula esté generalmente llena de verde bilis.

"Por eso al nacer o poco después el niño presenta ictericia, la secreción densa causa en él el mismo efecto que las piedras o cálculos cuando obstruyen el cuello de la vesícula biliar. La ictericia cede generalmente con una purga suave y muy a menudo se soluciona con alguna medicina que aumenta la contracción intestinal.

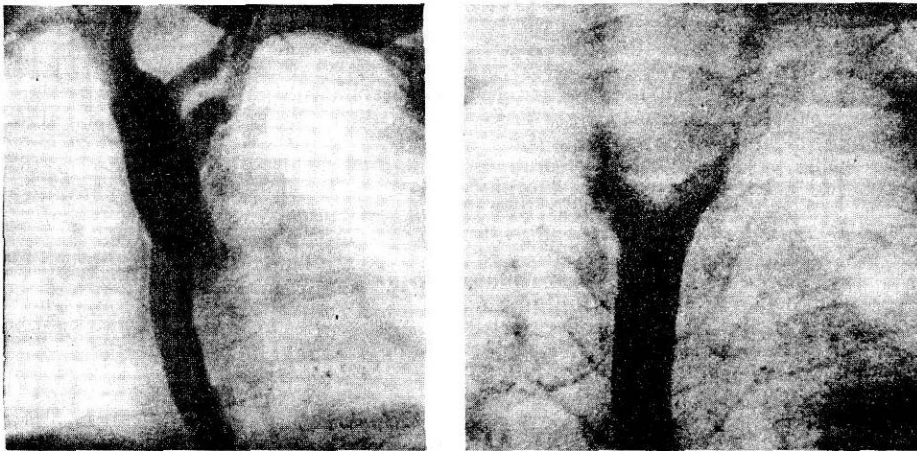
"No se necesita demasiado razonamiento para explicar la causa de la enfermedad". (Leo Stern. *Perinatal Medicina*, Williams y Wilkins, 1976.)

¿Cuál es su diagnóstico?

(2a. Parte)

(Viene de pág. 212)

Se efectuó cateterismo cardíaco que demostró la presencia de un anillo vascular dado por un doble arco aórtico. El aortograma practicado en aorta ascendente muestra que el cayado aórtico principal se encuentra a la derecha mientras existe un segundo arco aórtico más pequeño del cual nace la arteria subclavia izquierda (fig. 2). El angiograma efectuado en aorta descendente muestra la unión de los dos arcos en dicha aorta descendente (fig. 3). El tratamiento quirúrgico consistió en la ligadura del arco aórtico accesorio distal a la subclavia izquierda. La mejoría fue progresiva y los síntomas desaparecieron al mes de operado.



FIGURAS 2 y 3

Diagnóstico definitivo: DOBLE ARCO AORTICO.

(Gentileza de los Dres.: Jesús Rey, Mariano Ithuralde y Carlos Seara de los Servicios de Pediatría del Hospital Gandulfo de Lomas de Zamora y del Policlínico Alejandro Posadas, Sección Cardiología Infantil.)

POLICLINICO PROF. ALEJANDRO POSADAS.
SERVICIO DE PEDIATRÍA

Arritmias cardíacas en pediatría

I - Arritmias rápidas

HORACIO A. ROSSIGNOLI

Médico de la Sección Cardiología Infantil.

CARLOS A. SEARA

Médico de la Sección Cardiología Infantil.

MARIANO ITHURALDE

Jefe de la Sección Cardiología Infantil.

La extensa literatura existente referida a las arritmias cardíacas en relación con el paciente adulto y su estricta clasificación de acuerdo con los fenómenos electrofisiológicos que las generan deja un importante vacío en lo referente a la actitud que debe asumir el médico pediatra ante la detección de alguna de ellas durante el examen físico de un niño.

Como no siempre es posible la consulta inmediata con un cardiólogo pediatra que enfoca el problema en forma integral, la rutina es la obtención de un electrocardiograma, el que generalmente, vuelve informado estableciendo el tipo y características de la arritmia sin hacer mayor énfasis en su significado clínico, evolución, pronóstico y tratamiento.

Todo esto nos mueve a intentar desarrollar este tema de una manera simple y eminentemente práctica, haciendo hincapié en las arritmias de hallazgo más frecuente en el ejercicio diario de la pediatría.

Es necesario aclarar aquí, que arritmia cardíaca no es sinónimo de pulso irregular, como la etimología de la palabra lo sugiere, sino que bajo esta denominación se encuentran englobados todos los trastornos, no sólo del ritmo, sino también los generados en el nacimiento y conducción del estímulo cardíaco.

Para una mejor comprensión del tema que nos ocupa creemos conveniente efectuar un somero repaso de la anatomía del sistema de conducción cardíaco.^{1,2}

El principal marcapaso, origen del estímulo cardíaco en condiciones normales, es el nódulo

sinusal, localizado en el ángulo formado por la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha. Se halla irrigado por la arteria del nódulo sinusal, generalmente rama de la coronaria derecha, e inervado por fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas. Ambos sistemas arterial y neurovegetativo, continúan desarrollándose después del nacimiento, explicando esta relativa inmadurez, la alta incidencia de arritmias sinusales e incluso algunos casos de muerte súbita durante los primeros días de vida, especialmente en niños prematuros.³

Desde el nódulo sinusal el impulso atraviesa las aurículas, no en forma radial como hasta hace unos años se creía, sino a través de tractos fibrosos específicos internodales: el anterior o de Bachmann, el medio o de Wenckebach y el posterior o de Thorel.⁴ Estos tres haces de fibras, como su nombre lo indica, sirven de conexión entre el nódulo sinusal y el auriculoventricular. Su conocimiento ha servido no sólo para explicar algunos fenómenos electrofisiológicos sino también la génesis de algunas arritmias supraventriculares que hacen su aparición luego de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre las aurículas.^{5,6}

Llegado el estímulo al nódulo auriculoventricular sufre un pequeño retraso, que corresponde al segmento P-R del electrocardiograma antes de penetrar en el haz de His. El nódulo auriculoventricular se halla situado en la base del septum interauricular, por delante del seno coronario y por encima de la inserción de la valva septal de la tricúspide; su irrigación es

asegurada por intermedio de las primeras ramas septales de la arteria descendente anterior y por la arteria del nódulo auriculoventricular, generalmente rama de la coronaria derecha, recibiendo además, una rica innervación neurovegetativa al igual que el nódulo sinusal.

A partir del nódulo auriculoventricular, el estímulo es conducido hacia los ventrículos por el haz de His cuyo tronco, de un centímetro de longitud, se halla ubicado en el subendocardio derecho del septum interventricular por debajo de su porción membranosa. Se divide posteriormente en dos ramas, derecha e izquierda, que terminan en la superficie endocárdica ventricular por intermedio de la fibras de Purkinje.

Todo el sistema de conducción puede de por sí generar estímulos capaces de determinar la contracción de las fibras miocárdicas. El hecho de que sea el nódulo sinusal el que gobierna dicha actividad se debe a que la frecuencia de descarga de estímulos es mayor que la de los otros centros en condiciones normales; a medida que éstos son más bajos su automatismo va haciéndose menor hasta llegar a las fibras de Purkinje que poseen una frecuencia de 30 estímulos por minuto (ritmo idioventricular).⁷

De esto se deduce que para que el nódulo sinusal pierda el comando de la actividad eléctrica del corazón deben existir determinadas condiciones que produzcan:

a) Bloqueo en la generación y/o transmisión del estímulo originado en el nódulo sinusal (bloqueo sinusal, bloqueo auriculoventricular, paro sinusal, etc.).⁸

b) Aceleración del automatismo de los marcapasos inferiores (extrasistolas, disociación auriculoventricular, taquicardia ventricular, etcétera).

c) Existencia de vías anómalas de conducción auriculoventriculares que facilitan el pasaje del estímulo sin el bloqueo normal que se produce en el nódulo auriculoventricular y que además permiten el pasaje de la onda de estimulación eléctrica en forma retrógrada, de ventrículo a aurícula, fenómeno directamente relacionado con la génesis de algunas taquicardias paroxísticas supraventriculares (síndrome de preexcitación).⁹

Arritmias cardíacas con frecuencia cardíaca elevada

Todas tienen como base un aumento desmedido de la frecuencia cardíaca muy por encima e los valores normales para la edad (tabla 1).

Su cuadro clínico es de gran variabilidad. En un extremo del espectro se encuentran niños completamente asintomáticos y cuya arritmia es descubierta durante un examen de rutina y en el otro extremo pacientes que son traídos a la consulta presentando un cuadro torcido de insuficiencia cardíaca congestiva.¹¹ Otros síntomas o signos que de por sí deter-

minan la consulta son: vómitos, rechazo del alimento, sudoración profusa, irritabilidad o inquietud en los más pequeños y palpitaciones, precordialgia o fácil fatigabilidad en los mayores.

Hecho el diagnóstico de arritmia cardíaca de alta frecuencia, corresponde al pediatra ubicarla de acuerdo con su regularidad o irregularidad, utilizando para ello el examen clínico y el electrocardiograma (fig. 1).

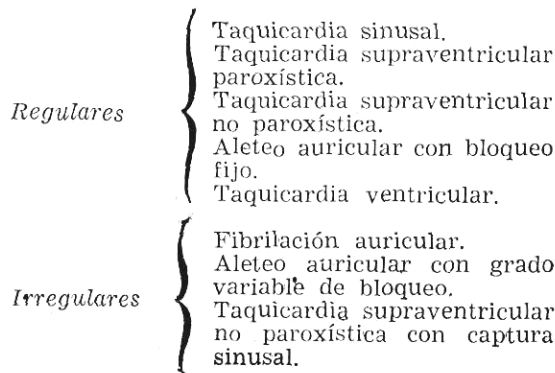
a) *Taquicardia sinusal*: Es sin lugar a dudas la más frecuente de las taquiarritmias debido a los múltiples factores que la provocan, siendo la insuficiencia cardíaca de cualquier etiología, a excepción de la provocada por el bloqueo auriculoventricular completo, la causa determinante más importante. Es necesario aclarar aquí que ante un niño con taquicardia sinusal se deben analizar todas las causas que la pueden determinar a fin de instituir una correcta terapéutica. El llanto en niños de corta edad, los cuadros febriles, las anemias, la deshidratación, algunas neumopatías agudas (hipoxia), ingestión de fármacos de uso habitual (atropínicos, broncodilatadores), el hipertiroidismo en niños mayores, etc. son todas causas capaces de generar taquicardias sinusales importantes.

Desde el punto de vista electrocardiográfico la presencia de ondas P de configuración normal separadas de los complejos QRS por un segmento P-R de duración adecuada para la frecuencia cardíaca permite hacer el diagnóstico de taquicardia sinusal (fig. 2).

Es necesario reiterar que para interpretar correctamente una taquicardia sinusal y establecer un tratamiento adecuado, es preciso efectuar un muy cuidadoso interrogatorio y examen físico a fin de determinar la correcta etiología de la misma.

b) *Taquicardia paroxística supraventricular*: Sigue en frecuencia a la taquicardia sinusal. Hace su aparición por lo general en el primer año de vida en forma de episodio aislado o bien en forma de crisis recidivantes separadas por espacio de tiempo variable.¹² Se produce

Fig. 1: Clasificación de arritmias con frecuencia cardíaca elevada.



Edad	Mín.	5 %	Media	95 %	Máx.	D.S.
0-24 horas	85	94	119	145	145	16,1
1-7 días	100	100	133	175	175	22,3
8-30 días	115	115	163	190	190	19,9
1-3 meses	115	124	151	190	205	18,6
3-6 meses	115	111	140	179	205	21,0
6-12 meses	115	112	140	177	177	18,7
1-3 años	100	98	126	163	190	19,8
3-5 años	55	65	98	132	145	18,0
5-8 años	70	70	96	115	145	16,1
8-12 años	55	55	79	107	115	15,0
12-16 años	55	55	75	102	115	13,5

TABLA 1

Frecuencia cardíaca normal según la edad¹⁰

generalmente en pacientes sin cardiopatía y se le adjudica al síndrome de preexcitación la etiología del 30 por ciento de los casos. En nuestra propia casuística, durante el año 1974, fueron tratadas doce taquicardias paroxísticas supraventriculares, hallándose dicho síndrome en el 70 por ciento de las mismas.

Se entiende por síndrome de preexcitación⁹ a un cuadro exclusivamente electrocardiográfico que puede ponerse de manifiesto bajo diversas formas:

1) Síndrome de Wolff-Parkinson-White clásico^{10,11,12} en sus dos tipos A y B, caracterizado por un intervalo P-R menor de 0,12 segundos, melladura inicial del complejo QRS (onda delta) y complejos ventriculares anchos, mayores de 0,12 segundos. Es habitual el hallazgo de este síndrome en pacientes portadores de la anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide (fig. 3).

2) Formas intermedias del síndrome de Wolff-Parkinson-White¹⁰ caracterizadas por: a) intervalo PR mayor de 0,12 segundos y onda delta típica o b) intervalo P-R igual o menor de 0,12 segundos, onda delta pequeña y duración de los complejos ventriculares menor de 0,12 segundos.

3) Síndrome de Lown-Ganong-Levine^{13,14} que consiste en un intervalo P-R corto, menor de 0,12 segundos (generalmente 0,06 ó 0,08 seg.) y complejos ventriculares totalmente normales.

La génesis de estos diferentes tipos electrocardiográficos está determinada por la existencia de fibras anómalas de conducción (haz de Kent, haz de James, fibras septales paraespecíficas de Mannheim), que actúan a manera de puente permitiendo que el estímulo sinusal penetre en los ventrículos sin que se produzca el retraso normal que sobreviene durante su paso por el nódulo auriculoventricular (P-R corto) así como también determinan que la

estimulación ventricular se efectúe en forma anómala (onda delta). Asimismo estas vías de conducción anormales favorecen la reentrada a las aurículas de la onda de excitación luego de la contracción ventricular determinando la instalación de taquiarritmias.

La patente electrocardiográfica de las taquicardias paroxísticas supraventriculares se caracteriza por: 1) Frecuencia ventricular mayor de 200 latidos por minuto 2) no visualización de la onda P en las derivaciones electrocardiográficas de rutina, ya que la misma se encuentra englobada dentro de la onda T precedente y 2) complejos QRS generalmente de configuración normal (fig. 4). En un pequeño porcentaje de taquicardias paroxísticas supraventriculares la onda de activación ventricular no es conducida en forma óptima por las ramas de haz de His, determinando esto que los complejos ventriculares se inscriben en el trazado electrocardiográfico con la patente de bloqueo de rama derecha o izquierda (figs. 5 y 6). Este trastorno en la conducción intraventricular puede ser preexistente a la instalación de la arritmia o bien recién ponerse de manifiesto a causa de la alta frecuencia, un déficit en la velocidad de conducción de algunas de las ramas no determinable, con una frecuencia cardíaca normal, por los medios electrocardiográficos habituales.

El conocimiento de la existencia de taquicardias paroxísticas supraventriculares con conducción aberrante es de suma importancia dada la semejanza del trazado electrocardiográfico de las mismas con la taquicardia ventricular. A fin de efectuar un correcto diagnóstico diferencial es de suma utilidad el empleo de un electrodo intraesofágico o la estimulación vagal por intermedio de la compresión carotídea.

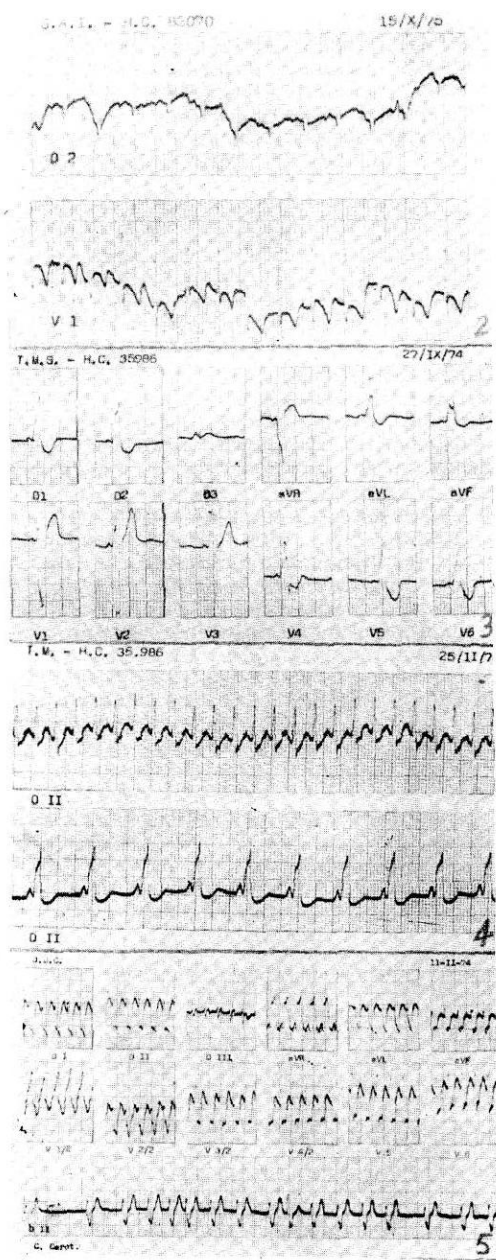


FIG. 2: Taquicardia sinusal. Frecuencia cardíaca 200 por minuto. Se visualiza la existencia de ondas P de características normales precediendo los complejos ventriculares. — FIG. 3: Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Tipo B. — FIG. 4: Taquicardia paroxística supraventricular. Frecuencia cardíaca 260 latidos por minuto. Revertida la arritmia se observa un síndrome de Wolff-Parkinson-White. — FIG. 5: Taquicardia paroxística supraventricular con conducción aberrante (patente de bloqueo completo de rama derecha) que simula una taquicardia ventricular. Efectuada la compresión carotídea se visualizan ondas P a una frecuencia similar a la de la arritmia original, al mismo tiempo disminuye el grado de aberrancia en la conducción ventricular.

El electrodo intraesofágico¹⁹ consiste en una sonda de goma que posee en su extremo distal un anillo metálico del que parte un conductor que recorriendo la luz del catéter se conecta por su extremo libre al cable del electrocardiograma destinado a obtener las derivaciones precordiales. La sonda se introduce hasta el tercio inferior del esófago, zona en que contacta con la aurícula izquierda, registrándose el trazado electrocardiográfico haciendo ascender o descender lentamente la sonda al mismo tiempo hasta obtener un buen registro, el que dada la gran proximidad que existe con la aurícula izquierda, será muy similar al obtenido directamente dentro de ella (electrocardiograma endocavitario), inscribiéndose las ondas P con mayor magnitud y con una morfología similar a los complejos ventriculares. La comprobación de la existencia de ondas auriculares con una frecuencia igual a la ventricular permite efectuar el diagnóstico preciso de taquicardia paroxística supraventricular con conducción aberrante (fig. 6).

La compresión o masaje carotídeo es utilizada tanto para el diagnóstico como para la terapéutica en las taquicardias paroxísticas supraventriculares por la estimulación vagal que dicha maniobra genera. Durante el transcurso de la misma pueden producirse tres efectos diferentes: 1) que la arritmia ceda en forma total, cosa que sucede en algunas taquicardias supraventriculares pero nunca en las ventriculares, 2) que persista la arritmia, pero a raíz de la acción vagal se genera un cierto grado de bloqueo auriculoventricular lo que determinará que disminuya la frecuencia ventricular y no la auricular, permitiendo ello visualizar las ondas P con nitidez y con una frecuencia elevada (fig 5), y 3) no se obtenga ninguna respuesta a la maniobra, cosa que sucede generalmente en pacientes muy pequeños.

c) *Taquicardia supraventricular no paroxística*: Son entidades sumamente infrecuentes en el paciente pediátrico y que se asocian generalmente con formas orgánicas de cardiopatía.

Su mecanismo de producción está determinado por la aceleración de marcapasos inferiores, especialmente el nódulo auriculoventricular (taquicardia nodal).²⁰ Puede hallárselas en las miocarditis, especialmente las reumáticas, en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas complejas sobre las aurículas o el tabique interauricular, tal el caso de la septostomía auricular a cielo abierto (operación de Blalock-Hanlon) o la corrección total de la trasposición de los grandes vasos (operación de Mustard),⁶ pero sin lugar a dudas, el factor etiológico más importante es la intoxicación digitalica, ya sea por exceso en la administración de la droga o bien por alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base²¹ que favorecen la acción tóxica de la misma a pesar de ser usada en dosis terapéuticas (insuficiencia renal, diarreas severas hipopotasemia, etc.).

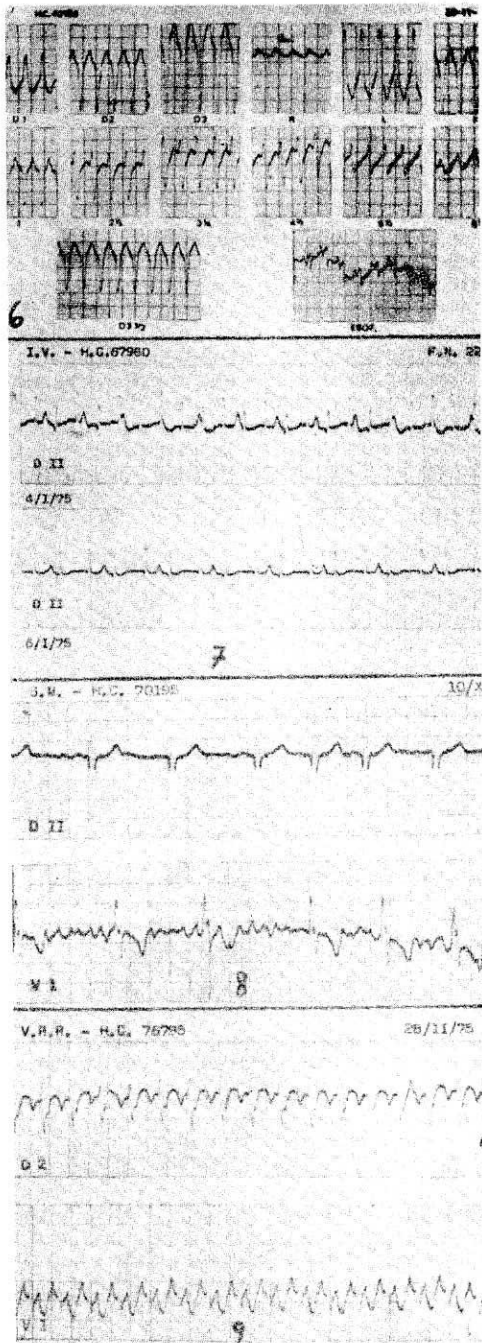


FIG. 6: Taquicardia paroxística supraventricular con conducción aberrante (patente de bloqueo completo de rama izquierda). El empleo de catéter esofágico permite visualizar ondas P precediendo los complejos ventriculares. — FIG. 7: Taquicardia nodal. (Disociación aurículo ventricular.) Trazado superior: frecuencia auricular 150 por minuto, frecuencia ventricular 240 por minuto. Trazado inferior: Disociación aurículo ventricular con captura. — FIG. 8: Fibrilación auricular. — FIG. 9: Aleteo auricular.

Su diferenciación con las taquicardias paroxísticas se realiza merced a la existencia de cardiopatía orgánica, su instalación en forma progresiva, su menor frecuencia cardíaca y en algunos casos, su irregularidad al tomar por instantes el nódulo sinusal el comando de la actividad cardíaca (captura sinusal) (fig. 7).

d) *Fibrilación auricular*: Sigue en orden de frecuencia la fibrilación auricular en sus dos formas clínicas: la paroxística y la crónica.²² La primera de ellas es sumamente infrecuente y puede ser encontrada ya en el recién nacido, no pudiéndose hasta la actualidad conocer su etiología.

La forma crónica, en cambio, siempre responde a una patología subyacente. Por lo general está directamente asociada a agrandamiento auricular izquierdo, secundario a patología valvular mitral. Es más común en la segunda infancia y su patrón electrocardiográfico consiste en complejos QRS de morfología normal, intervalos R-R de duración irregular y no visualización de ondas P. Los estímulos generados en la aurícula a una alta frecuencia son bloqueados en forma variable en el nódulo auriculoventricular determinando esto la irregular estimulación ventricular (fig. 8).

e) *Aleteo auricular*: Es una arritmia infrecuente que por lo general precede a la instalación de la fibrilación auricular crónica pero que también ha sido descrita en recién nacidos sin cardiopatía evidente.²³ El aleteo auricular congénito, sumamente infrecuente, se presenta bajo dos formas clínicas. La primera de ellas, no paroxística, se caracteriza por persistir durante varios meses revirtiendo espontáneamente dentro del primer año de vida.

La segunda forma, que se manifiesta por crisis paroxísticas, responde al tratamiento ya que puede ser restablecido al ritmo sinusal mediante el mismo, pero el uso de los diferentes fármacos no puede evitar la instalación de nuevos episodios de arritmia con intervalos de tiempo variables.

En nuestra serie contamos con dos casos que evolucionaron de acuerdo con la primera variante clínica.

El hecho de que las ondas de aleteo sean de menor frecuencia (300 por minuto), de mayor regularidad y mayor voltaje que las de la fibrilación auricular determina que: 1) sean visualizadas siempre en el electrocardiograma, fundamentalmente en derivación V1 y V2, semejando a "dientes de sierra", 2) el grado de bloqueo auriculoventricular pueda variar desde la ausencia del mismo (aleteo 1-1) hasta un grado mayor (aleteo 2-1, 3-1, 4-1), lo que determina frecuencias ventriculares aceptables y regulares, exceptuándose esto último, cuando el grado de bloqueo varía en forma permanente durante el transcurso de la arritmia (fig. 9).

f) *Taquicardia ventricular*: Es una complicación relativamente frecuente de las cardiopatías con grave daño miocárdico, con severas alteraciones del equilibrio ácido-base o bien en casos de intoxicación digitalica, muchas veces como estadio previo a la fibrilación ventricular y al paro cardíaco.²¹

Existe una forma clínica de escasísima incidencia, la taquicardia ventricular paroxística idiopática,²² que aparece en pacientes sin cardiopatía demostrable pero que generalmente presentan extrasístoles ventriculares relativamente frecuentes durante los períodos en que se hallan asintomáticos. Este tipo de taquicardia ventricular tiene como característica el fácil control de la arritmia mediante los métodos habituales de tratamiento pero una muy escasa respuesta al uso de las diversas drogas antiarrítmicas en lo que respecta al control de la reaparición de nuevas crisis de arritmia.

El trazado electrocardiográfico de las taquicardias ventriculares consiste en complejos QRS anchos, más de 0,12 segundos de duración, que no presentan una completa regularidad; la onda P, con una frecuencia francamente menor que la ventricular, se encuentra incluida dentro de los complejos ventriculares determinando melladuras en sitios diferentes de los mismos (fig. 5). El diagnóstico diferencial más importante es con las taquicardias supraventriculares con conducción aberrante, ya que tanto la conducta terapéutica como el pronóstico son diametralmente opuestos. A tal fin será necesario recurrir a métodos de diagnóstico complementario como el electrodo esofágico que permitirá demostrar la baja frecuencia auricular en contraposición con la elevada ventricular o bien efectuar la compresión carotídea la que nunca es efectiva en las taquicardias ventriculares (figs. 5 y 6).

Tratamiento

En todas las arritmias supraventriculares se debe, de acuerdo con esquemas clásicos, intentar en una primera etapa la recuperación del ritmo sinusal mediante maniobras vagales, las cuales en nuestra experiencia, son escasamente efectivas sobre todo en niños de corta edad.

Indudablemente los preparados de elección son los digitalicos de acción corta (Lanatócido C) administrando la dosis de digitalización total por vía parenteral en un lapso de doce horas (1/2 dosis inicial seguida de 1/4 de la dosis cada 6 horas). Fracasada esta terapéutica se deberá recurrir, salvo en la taquicardia sinusal, a la cardioversión eléctrica sincronizada. Lo habitual, concordante con nuestra experiencia, es la excelente respuesta al tratamiento digitalico que revierte las taquicardias paroxísticas supraventriculares y disminuye a límites aceptables la frecuencia cardíaca en la fibrilación auricular, aleteo auricular y taquicardia sinusal, siempre y cuando

la causa determinante de esta última sea la insuficiencia cardíaca; en cambio la droga no está indicada cuando la taquicardia sinusal es secundaria a fiebre, anemia, intoxicaciones, etc. en donde se debe ir de lleno al tratamiento del factor etiológico.

Demás está decir que en las taquiarritmias causadas por intoxicación digitalica el uso de cardiotónicos está formalmente contraindicado debiéndose apelar al empleo de sales de potasio y difenilhidantoína administrados por vía endovenosa e incluso a la cardioversión eléctrica cuando la gravedad del caso lo hace necesario.

En las taquicardias ventriculares no debe utilizarse en lo posible tratamiento farmacológico por el rápido deterioro cardíaco que estas arritmias producen. Se deberá recurrir como método de elección a la cardioversión eléctrica. En situaciones en que no se cuente con el equipo correspondiente podrá emplearse la lidocaína en la dosis de 1 mg/kg, inyectada por vía endovenosa en forma rápida. Conseguido el control de la arritmia se continuará con la administración lenta de la droga mediante la dilución de la misma en solución glucosada, ajustando la dosis a la respuesta terapéutica.

Cuando existen dudas diagnósticas entre si se trata de una taquicardia supraventricular con conducción aberrante o una taquicardia ventricular, creemos es imperativo el empleo de la cardioversión eléctrica efectiva en ambos tipos de arritmia, ya que la utilización por error de digitalicos en una taquicardia ventricular no sólo no revertirá la arritmia sino que puede conducir a la fibrilación ventricular y al paro cardíaco.

Con respecto al tratamiento de mantenimiento²³ en los pacientes que sufren de episodios de taquicardia paroxística supraventricular, nuestra experiencia personal nos hace preferir la utilización de los digitalicos a fin de prevenir la aparición de nuevos episodios de arritmia. En algunos casos, sobre todo cuando se presentan asociados con los síndromes de preexcitación, el uso de diversos fármacos antiarrítmicos, quinidina, procainamida, propranolol, es de muy relativa eficacia. Recientemente se está utilizando con éxito la amiodarona²⁴ en la prevención de recidivas de estas arritmias en pacientes adultos; aún no existe experiencia en niños y la posibilidad de que se produzcan algunos de los efectos indeseables de la droga (fotosensibilidad dérmica, depósito de la droga en la córnea, hipotiroidismo)^{25,26} nos hace ser muy cautos en su empleo. En contadas circunstancias, cuando las crisis se suceden en cortos períodos de tiempo llevando a un importante deterioro de la dinámica cardíaca se ha utilizado con relativo éxito la implantación de marcapasos cardíacos de alta frecuencia²⁷ o bien la sección quirúrgica de la vía anómala de conducción.^{28,29}

En los pacientes que sufren episodios de taquicardia ventricular, en especial la forma

idiopática paroxística, es útil la administración de procainamida o de quinidina a las dosis habituales de mantenimiento.²⁶

Por último, es importante destacar que a pesar de la aparente gravedad de las taquiarritmias supraventriculares paroxísticas, que determinan momentos de angustia tanto al médico tratante como a los familiares del pequeño paciente, la evolución es siempre satisfactoria

dada la excelente respuesta al tratamiento correspondiente, salvo que se instalen sobre un corazón seriamente dañado (miocarditis aguda, miocardiopatías, fibroclastosis, cardiopatías congénitas con hiperflujo e hipertensión pulmonar, enfermedad de Ebstein, etc.). En nuestra propia experiencia no tenemos consignada como causa de muerte a una arritmia supraventricular.

REFERENCIAS

- TITUS J. A.: Anatomy of the conduction system. *Circulation*, 47: 170, 1973.
- MAC LEAN W. A. H., WALDO A. L., JAMES T. N.: Formation and conduction of the cardiac electrical impulse. En: *Progress in Cardiology*, 3 (Editores: Yu P. N. y Goodwin J. F.). Lea y Febiger, Philadelphia, 1974.
- MORGAN B. C., BLOOM R. S., GUNTHEROTH W. G.: Cardiac arrhythmias in premature infants. *Pediatrics*, 35: 658, 1965.
- JAMES T. N., SHERF L.: Specialized tissues and preferential conduction in the atria of the heart. *Am. J. Cardiol.*, 28: 414, 1971.
- ISAARSON R., TITUS J. L., MERIDETH J., FELDT R. H., MC GOON D. C.: Apparent interruption of atrial conduction pathways after surgical repair of transposition of the great arteries. *Am. J. Cardiol.*, 30: 533, 1972.
- EL SAID G., ROSEMBERG H. S., MULLINS C. E., HALLMAN G. L., COOLEY D. A., McNAMARA D. G.: Dysrhythmias after Mustard's operation for transposition of the great arteries. *Am. J. Cardiol.*, 30: 526, 1972.
- CRANSFIELD P. F., WIT A. L., HOFFMAN B. F.: Genesis of cardiac arrhythmias. *Circulation*, 42: 190, 1973.
- HECHT H. H., KROSSMANN C. E.: Atrioventricular and intraventricular conduction: Revised nomenclature and concepts. *Am. J. Cardiol.*, 31: 232, 1973.
- DURRER D., SCHUILENBURG R. M., WELENS H. J. J.: Pre-excitation revisited. *Am. J. Cardiol.*, 25: 690, 1970.
- LIEBMAN J.: Electrocardiography. En: *Heart disease in infants, children and adolescents* (editores: Moss A. J. y Adams F. A.), Williams y Wilkins, Baltimore, 1968.
- NADAS A. S., DAESCHNER C. W., ROTH A., BLUMENTHAL S. L.: Paroxysmal tachycardia in infants and children. Study of 41 cases. *Pediatrics*, 9: 167, 1952.
- ANDERSEN E. D., JACOBSEN J. R., SANDOE E., VIDBAEK J., WENNEVOLD A.: Paroxysmal tachycardia in infancy and childhood. I) Paroxysmal supraventricular tachycardia. *Acta Paediat. Scand.*, 62: 341, 1973.
- WALLACE A. G., BOINEAU J. P., DAVIDSON R. M., SEALY W. C.: Wolff-Parkinson-White syndrome. New look. *Am. J. Cardiol.*, 28: 509, 1971.
- NARULA O. S.: Wolff-Parkinson-White syndrome. A Review. *Circulation*, 47: 872, 1973.
- MOENE R. J., ROOS J. P.: Transient Wolff-Parkinson-White syndrome and neonatal reciprocating tachycardia. *Circulation*, 48: 443, 1973.
- BURCH G. E., KIMBALL J. L.: Notes on the similarity of QRS complex configuration in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Amer. Heart J.*, 32: 560, 1946.
- MANDEL W. J., DANZIG R., HAYAKAWA H.: Lown-Ganong-Levine syndrome. A study using his bundle electrograms. *Circulation*, 44: 696, 1971.
- CARACTA A. R., DAMATO A. N., GALLAGHER J. J., JOSEPHSON M. E., VARGHESE P. J., LAU S. H., WESTURA E. E.: Electrophysiologic studies in the syndrome of short P-R interval, normal QRS complex. *Am. J. Cardiol.*, 31: 245, 1973.
- RUBIN I. L., JAGENDORT B., GOLDBERG A. L.: The esophageal lead in the diagnosis of tachycardias with aberrant ventricular conduction. *Am. Heart J.*, 57: 19, 1959.
- RODRIGUEZ CORONEL A., MILLER R. A.: Accelerated nodal pacemaker. *Pediatrics*, 43: 430, 1969.
- FISCH C.: Relation of electrolyte disturbances to cardiac arrhythmias. *Circulation*, 42: 408, 1973.
- ZALDIVAR N., GELBAND H., TAMER D., GARCIA O.: Atrial fibrillation in infancy. *J. Pediat.*, 82: 1, 1973.
- RODRIGUEZ CORONEL A., SUEBLINGVONG V., HASTREITER A. R.: Clinical forms of atrial flutter in infancy. *J. Pediat.*, 73: 69, 1968.
- VIDABAEK J., ANDERSEN E. D., JACOBSEN J. R., SANDOE E., WENNEVOLD A.: Paroxysmal tachycardia in infancy and childhood. II) Paroxysmal ventricular tachycardia and fibrillation. *Acta Paediat. Scand.*, 62: 349, 1973.
- HERNANDEZ A., STRAUSS A., KLEIGER R. E., GOLDRING D.: Idiopathic paroxysmal ventricular tachycardia in infant and children. *J. Pediat.*, 86: 182, 1975.
- LINDE M., TURNER S. W., AWA S.: Present status and treatment of paroxysmal supraventricular tachycardia. *Pediatrics*, 50: 127, 1972.
- ROSEMBAUM M. B., CHIALE P. A., RYBA D., ELIZARI M. V.: Control of tachyarrhythmias associated with Wolff-Parkinson-White syndrome by amiodarone hydrochloride. *Am. J. Cardiol.*, 34: 215, 1974.
- STANGOS N., FERRERO C.: Thesaurismose corneenne due a la Cordarone. *Therapie*, 25: 331, 1970.
- BARRILLON A., HIMBERT J.: Amiodarone et thyroïde. *Presse Med.*, 79: 1498, 1971.
- DREIFUS L. S., ARRIAGA J., WATANABE Y., DOWNING D., HAIAT R., MORSE D.: Recurrent Wolff-Parkinson-White tachycardia in an infant. Successful treatment by a radio-frequency pacemaker. *Am. J. Cardiol.*, 28: 586, 1971.
- LINDSAY A. E., NELSON R. M., ABILDSKOV J. A., WYATT R.: Attempted surgical division of the pre-excitation pathway in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Am. J. Cardiol.*, 28: 581, 1971.
- COBB F. R., BLUMENSCHIN S. D., SEALY W. C.: Successful surgical interruption of the bundle of Kent in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Circulation*, 38: 1018, 1963.

Necesidad de un nuevo sistema intensivo de capacitación pediátrica de post-grado

VICENTE C. CASTIGLIA

Instructor de Médicos Residentes, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Jefe de Trabajos Prácticos de la III Cátedra de Pediatría, Universidad de Buenos Aires.

Es consenso general que el sistema de residencias médicas (SRM) se inició con el criterio de formar un grupo selecto de profesionales capaces de convertirse en dirigentes de futuras generaciones médicas, en lo referente a su labor, ya fuera en el campo asistencial, docente y de investigación.

Sabemos también, que este sistema no es autóctono, sino importado de otros países, en los que se ofrece al profesional en formación una serie mínima de elementos destinados a facilitar su aprendizaje. Entre ellos pueden contarse: infraestructura hospitalaria eficiente, cobertura de los servicios asistenciales por dispositivos no docentes, remuneración adecuada, para permitir un trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva, servicios de interconsultas altamente especializados, laboratorios de análisis clínicos completos, y un lugar donde continuar ejerciendo al final del ciclo, así como programas concebidos y desarrollados por profesionales conocedores del sistema y de las necesidades individuales y nacionales.

En los países donde nació, fundamentalmente Estados Unidos, SRM, venía a cubrir un hueco en la formación del especialista local; posiblemente el error cometido haya sido introducir el sistema de un modo similar y no incorporar, solamente, el espíritu del mismo es decir, la formación intensiva, adaptándolo a las reales circunstancias de nuestro país.

En el año 1970, se realizó en Colombia, un Seminario sobre Educación de Residentes para América Latina, entre cuyas motivaciones pudimos extraer algunos párrafos: "la educación de post-grado además de cumplir con los requisitos indis-

pensables que se necesitan para dar una base de conocimiento sólido, debe ceñirse a las condiciones actuales que ofrecen los hospitales universitarios, los que *no están a la altura de los hospitales norteamericanos*, a las necesidades y capacidad económica de los hospitales, de las facultades de medicina, etc." "De los programas de la residencia norteamericana se deben tomar sus partes esenciales, sin hacer hincapié en la formación de subespecialistas que en los Estados Unidos cumplen diversas funciones..." "Copiar los planes docentes para reimplantarlos es equivocarse, tanto como negarle toda importancia en la formación de planes docentes de postgrado para la América Latina."¹

Cuando en nuestro país, el sistema fue puesto en marcha, luego de los primeros años de entusiasmo, ninguna otra cosa podía pasar que ver languidecer y luego morir la fe de todos aquellos que optaron por él: ni cobertura asistencial adecuada ni infraestructura, sueldos que hacen imposible el trabajo con dedicación exclusiva, escasos o nulos servicios de interconsultas, laboratorios trabajando al mínimo indispensable, magros programas docentes cuando no malos docentes.

El único aparente beneficiado, era el ente contratante, pues disponía de mano de obra en capacitación, pero barata y útil a los fines prácticos, así como renovable periódicamente. Sin embargo también éste se vería perjudicado porque despreciaba al profesional precisamente cuando se había calificado altamente para la tarea a desempeñar.

A esta altura nos parece congruente acotar que una capacitación es definitivamente satisfactoria en

términos de realización personal, cuando tiene en cuenta para sus objetivos no solo los fines del individuo, sino también las necesidades de la comunidad que sustenta parte de sus estudios y que espera una justa retribución de él, bajo la forma de asistencia calificada.

Las expectativas individuales

El profesional busca generalmente capacitarse en forma moderna, práctica y eficaz. Luego requiere un lugar donde ejercer lo que ha aprendido, al término de su residencia, o sea donde poder establecerse con la seguridad de que es necesario y que cumple un rol definido dentro de la situación local. Por supuesto, ello aparejado a un bienestar económico que le permita vivir con decoro tanto a su familia como a él mismo.

Las expectativas de la población

Cuando se piensa en formar un pediatra en base a las características de la comunidad, conviene recordar que nuestro país (al igual que los del grupo latinoamericano) ofrece la siguiente situación:²

a) A nivel comunitario

1) Rápido crecimiento de población total (40 % de niños).

2) Gran cantidad de niños alejados de asistencia médica primaria por motivos físicos, sociales o económicos.

3) Altos índices de analfabetismo.

4) Corrientes migratorias internas confluentes a los grandes centros con los consiguientes déficits de vivienda, servicios sanitarios, hacinamiento y sobrecarga de los centros médicos existentes.

b) A nivel sanitario

1) La ya mencionada sobrecarga de los centros médicos.

2) Altas cifras de mortalidad y morbilidad infantiles, relacionadas a la desnutrición, gastroenteritis, afecciones respiratorias, parasitosis, tuberculosis, etc.

3) Desvío de los recursos económicos hacia la medicina curativa en vez de la preventiva.

4) Mala distribución del personal médico.

5) Déficit importante de personal paramédico.

c) A nivel universitario

—Formación de médicos generales con escasos o nulos conocimientos pediátricos.

El análisis de estos factores parecería indicar que no puede responderse a ellos dando un solo tipo de pediatra capacitado de manera uniforme, con una orientación académica seudocientificista, tal como lo hacen las residencias actuales en Pediatría en nuestro país.

Se pueden desglosar en cambio tres niveles, según el tipo de capacitación final y el número necesario de los mismos para solventar las necesidades de la población en lo que a atención pediátrica se refiere:

a) PRIMER NIVEL

Médico general con versación especial sobre temas pediátricos. Más de la mitad de los profesionales dedicados a Pediatría debería pertenecer a este grupo, capacitado idealmente para poblaciones rurales o semirurales.

b) SEGUNDO NIVEL

Pediatra general: con las características del pediatra clásico y además un énfasis especial en su formación hacia la pediatría sanitaria y social. Menos de la mitad del total de médicos pediatras debería permanecer a este tipo. Sería la solución ideal en pueblos y ciudades de cierto número de habitantes.

c) TERCER NIVEL

Subespecialistas, Docentes e Investigadores Pediátricos. Surgidos del grupo anterior. Solo un 5 a un 10 % de todos aquellos que desean ser pediatras, debería acceder a estos niveles dado que su puesto está reservado a los centros de derivación.

Llegados a este punto creemos importante aclarar que estas opiniones deben de tomarse en cuenta a la luz de nuestras necesidades actuales. Es muy probable que dentro de algunos años estas líneas hayan perdido vigencia.

Tampoco debe encasillarse a cada uno de estos tipos de médicos destinados a la atención pediátrica. Como veremos más adelante, no negamos que en la formación de especializado sean necesarias ciertas nociones de subespecialidades, investigación y docencia. Pero éstas no son en modo alguno prioritarias a la formación asistencial, con un concepto regional y nacional bien definido.

La formación de profesionales del primer nivel, requiere menos tiempo y esfuerzos económicos. Permite una definición rápida del interesado por sus inclinaciones personales, tanto por el sistema formativo como por la especialidad elegida. Su función se refiere fundamentalmente al área de la atención pediátrica primaria.

Para los pediatras del segundo nivel hacen falta mayores esfuerzos económicos y docentes. No debe descuidarse la idea de regionalización al capacitarlos, dado que es imprescindible conocer la futura área de acción, para tener objetivos claros al confeccionar los programas, los que también incluirán nociones de investigación y docencia.

El tercer nivel, está constituido por el modelo de profesional que nuestras escuelas médicas nos han estimulado a apreciar y emular. Es el motivo de ingreso al SRM de muchos egresados, y es sin duda la consecuencia de una educación distorsionada a nivel universitario que realiza los atractivos de la asistencia, mientras ignora o relega la utilidad y necesidad de prevención, es decir de la medicina preventiva.

El hecho de que existan tres niveles, no quiere

decir que el sistema de capacitación deba ser diferente para cada uno. En esto si reconocemos la utilidad de la enseñanza dejada por el SRM. No hay mejor método de formación que la capacitación a tiempo completo y con dedicación exclusiva. El tiempo de duración y las características de los programas, establecerán la diferencia en cada nivel.

En síntesis: de una inteligente conjugación de las necesidades individuales y nacionales, surge la

respuesta al problema de la capacitación para la atención pediátrica: tres profesionales de distinto nivel, para distintas situaciones, todos formados en un mismo ambiente disciplinario, del cual van egresando a medida que cumplen su formación. El complemento ineludible de lo dicho, lo constituyen los sistemas de educación continua, de modo tal que en ningún momento el egresado de cualquier nivel, pierda el potencial de capacitación adquirido.

REFERENCIAS

1 CAMACHO GAMBA: Editorial. *Rev. Colomb. Ped.*, 2-60-1971.

2 Adaptación de Mendoza y col.: Necesidades en salud infantil. *Rev. Colomb. Ped.*, 2: 78. 1970.

COMENTARIO DEL DR. CARLOS A. GIANANTONIO

Jefe Int. del Departamento de Medicina del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires.

La nota del Dr. Vicente C. Castiglia, sobre necesidad de un nuevo sistema intensivo de capacitación pediátrica de postgrado, tiene múltiples puntos de interés, para los cuales existe ya un amplio consenso en nuestro medio.

El aspecto más importante es el que se refiere a la necesidad de ajustar los programas formativos a las reales necesidades y posibilidades de nuestro país. La mera capacitación de internista en pediatría no alcanza, obviamente, a satisfacer aquellas necesidades.

Desde hace ya un tiempo, se han modificado los currículums de varias residencias pediátricas, de modo tal que los alumnos tuvieran la posibilidad de entrenarse en atención primaria y pediatría ambulatoria. Más aún, en varias provincias llegaron a incluirse experiencias en atención domiciliaria y en pediatría social.

Como puede verse, el panorama actual es realmente multifacético, y hay mucha experiencia acumulada que debe utilizarse para planear hacia el futuro.

Lo cierto, es que la formación del recurso humano es tan solo una fase del complejo mecanismo que debe garantizar el cuidado de la salud de una población. Por diversos motivos, la priorización no ha sido adecuada y esto ha engendrado varios de los problemas mencionados por el doctor Castiglia.

Una vez definida una política de salud, será relativamente fácil orientar los problemas formativos en la dirección correcta.

Es seguro que las formación pediátrica de post-grado (así como la de pregrado) han de ser revisadas y modernizadas, y que los hospitales tradi-

cionales no han de ser el ámbito exclusivo de capacitación de los futuros médicos de niños.

Es probable que haya que desarrollar programas selectivos para pediatras generales y para especialistas, y que la medicina general, con énfasis en la atención del grupo familiar, deba ser promovida y prestigiada, entre otras cosas, mediante adecuados ciclos formativos.

Paradójicamente, la capacitación de generalistas y de un tipo "nuevo" de pediatras será una tarea costosa y ardua, por no existir en muchos casos suficiente experiencia, ideas claras, docentes motivados y ámbitos en que brindarla.

Todos estos cambios se irán produciendo, no me cabe duda, una vez que decidamos que medicina (que pediatría) se ha de brindar a la población.

Mientras tanto, desearía atenuar en algo la severidad de la autocrítica del autor. La mayor parte de las residencias pediátricas de nuestro país no tienen una "orientación académica pseudocientífica". Más aún, la pediatría tiene el orgullo de ser quizá la rama más objetiva de la medicina nacional, y si bien los egresados de nuestras residencias no responden, como grupo, a una imagen teórica del pediatra ideal, se han constituido en factores de progreso médico, cada vez que las circunstancias lo han permitido.

Todo sistema formativo debe ser revisado periódicamente, y no existe ninguno que no pueda ser mejorado. Para esto es imprescindible primero preservarlo, como debe ser preservada la residencia actual, que es más "criolla" de lo que se sugiere en la comunicación del Dr. Castiglia.

Finalmente "el languidecer y luego morir la fe de todos aquellos que optaron por él (sistema)" no se debió obviamente a la falencia de la residencia misma, sino a las de la salud pública de nuestro país.

Las sugerencias contenidas en el trabajo comentado son valiosas y deberán ser tenidas en cuenta por los responsables de las distintas áreas que tienen responsabilidad en la capacitación de los recursos humanos para la salud.

Plan de promoción del trabajador rural (Plan PTR)

CARLOS A. RAY

Diplomado en Salud Pública. Profesor Adjunto de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires.

Propósito general

Promover al trabajador rural y su familia, aprovechando parte del beneficio que la nueva política agropecuaria otorgará al campo.

Objetivos

Se obtendrán con el PTR amplios beneficios en lo:

- 1) social;
- 2) económico;
- 3) sanitario (reducción de la mortalidad infantil);
- 4) político.

Diagnóstico

1) El campo va a salir de un profundo período de depresión y se lo ha estimulado pagándole mejores precios para que aumente su producción y el país pueda ampliar las exportaciones.

2) La situación del trabajador rural no es buena. Su situación socio-económica se halla reflejada en las altas cifras de mortalidad infantil, en la mala vivienda, en la nutrición no adecuada de muchos niños, en la falta de agua potable y aun de agua en general en la mayor parte de las viviendas, etc.

Esto sucede a lo largo de todas las zonas rurales del país, tanto en la Patagonia y valles calchaquíes como en la mesopotamia y aun —aunque algo menos— en la pampa húmeda.

Cinco indicadores:

	Infantil (1 año) 1 ‰	Mortalidad 1 ‰ (1-4 años)	% niños que no completan escuela prima- ria	% de poblac. sin agua corriente	% de viviendas con piso de tierra
Capital Federal	42,4	(Bs. As. — 1,4)	20,9	0,6	0,9
Chaco	100,1	5,3	79,7	73,9	54,3
Salta	114,4	8,4	71,8	52,6	45,9
Neuquén	107,6	5,0	76,2	44,7	49,2

Fuente: Secretaría de Salud Pública de la Nación (1971). Últimas cifras de 1976.

3) El trabajador rural gana menos salario real que el trabajador urbano industrial (mayo 1976).

	Rural	Industrial
Salario básico	\$ 8.400	\$ 13.000
Cada 10 años antig.	\$ 8.600	\$ 15.000
Posibilid. ascensos	muy pocas	muchas

4) El trabajador rural gana mucho menos salario indirecto que el trabajador industrial.

	Rural	Industrial
Salud (obras sociales)	Recién comienza (ISSARA)	Bien difundido.
Salud (hospitales)	En general mal equipados	Hay muchos.
Beneficios sociales	Muy pocos	Abundantes.
Sindicatos	Prácticamente no existen (sólo FAETRA)	Fuertes.
Ropa de trabajo	No se les da	Se les entrega.
Salario familiar	A veces no se paga o no se toma a familias numerosas.	Se pagan regularm.
Recreación	Nula	Muchas facilidades.
Transporte	Muy malos o no existen	Subsidia. por Estado.

Beneficios que traería el plan PTR

La promoción del trabajador rural aprovechando los mayores ingresos que tendrá el campo, ocasionará amplios beneficios desde varios puntos de vista:

1) *Socialmente*: se beneficiará a un sector de la población que hoy se encuentra postergado frente al resto y, en especial, frente a los trabajadores urbanoindustriales. Se cumpliría así un deber de justicia social y de caridad cristiana, otorgando más a quien más lo merece por tener menos. Los índices de nivel de vida sin excepción demuestran el atraso de la población rural frente a la urbana.

Desde un punto de vista demográfico, la promoción rural es la mejor manera de poblar el interior del país y de evitar las migraciones internas, pues se arraiga a la población a su tierra natal y se desalienta su traslado a las ciudades donde, en general, van a engrosar las villas de emergencia de los cinturones urbanos.

2) *Económicamente*: la mejora económica de la población rural no es causa inflacionaria pues se producirá con el mayor beneficio que se otorgará al campo. No se trata tampoco de otorgar al trabajador rural todo lo que se mejore al empresario rural, pues de esa manera no habría beneficio, ni

ahorro, ni inversión; tres cosas absolutamente necesarias para el progreso del campo.

La mejoría del nivel de vida del trabajador rural se manifestará inmediatamente en una reactivación de la vida económica del interior del país y de las zonas menos desarrolladas, con el consiguiente estímulo y afianzamiento práctico del federalismo.

3) *Sanitariamente*: el más grave problema sanitario (y social) que tiene el país es la alta mortalidad infantil (muerte de niños menores de un año de edad). Argentina (63%), Estados Unidos (23%), Suecia (9%). Mortalidad infantil que es mucho más alta en el interior del país que en las ciudades.

Esta mortalidad infantil (que es por diarreas, deshidratación, problemas pulmonares, partos prematuros, infecciones, etc.) se combate principalmente elevando el nivel de vida. Es decir, con agua en las viviendas, con que éstas sean de material imperecedero, con nutrición adecuada, con mejor educación, etc. Para ello es imprescindible buen desarrollo económico regional con fuentes de trabajo y adecuados salarios. Estas medidas económicasociales son más importantes para combatir la mortalidad infantil que, por ejemplo, el aumento de los médicos, hospitales o medicamentos.

Por ello, el plan de promoción del trabajador rural es el mejor ataque a la mortalidad infantil.

4) *Políticamente*: los trabajadores rurales son menos que los industriales pero tienen la ventaja de que están repartidos por todo el país y ello tiene una gran importancia política, pues apoyarían un plan de promoción rural.

Además —si en un mediano plazo— se quisiese contar con alguna forma de participación popular (concejos municipales, representantes de pequeñas ciudades, etc.), se podría conseguir una mayoría que apoyase a las autoridades en este plan.

Por otra parte, el trabajador rural no está hoy agremiado. Sólo existe el sindicato urbano (FAETRA: sindicato de los estibadores urbanos). Habría que organizar sindicatos a nivel municipal estricta-

mente gremiales que se ocupasen de la promoción del trabajador rural, y de sus familias e hijos, vigilando el cumplimiento de las normas y beneficios que otorgen las nuevas autoridades.

El trabajador rural es un hombre fiel y agradecido que responderá con nobleza a quien se ocupe con sinceridad de él. Por otra parte, por medio de las municipalidades y de las sociedades rurales locales se puede supervisar la honestidad y corrección de los delegados o personas que los representan en cada pueblo o ciudad.

Los trabajadores rurales distribuidos por todo el país serían una garantía de apoyo mayoritario (mayoritario en superficie del país), a la promoción buscada.

	% población rural	% viviendas rurales	Viviendas rurales % de precarias
Argentina	25,8	36,0*	—
Buenos Aires	13,0	28,1*	44,2
Santa Fe	23,8	20,4	39,4
Sgo. Estero	64,8	63,0	93,0
Formosa	66,4	63,7	73,8

* Excluido Cap. y Gran Buenos Aires

Fuente: Instituto de la Vivienda —Universidad de Buenos Aires— (Censo 1960).

Se han expresado los porcentajes de población rural que hay en el país y en las provincias con cifras extremas. Población rural se llama a la que vive en el campo o ciudades de menos de 2.000 habitantes.

De los 24 millones de habitantes este plan PTR beneficiará en general a 6 millones de habitantes (25 %), pero específicamente a 25 % de ellos que son los que estimativamente se puede decir viven en viviendas rurales aisladas (1.500.000 personas, que son 400.000 familias aproximadamente) y están en relación de dependencia.

Implementación del plan PTR

Este plan de promoción del trabajador rural puede implementarse a corto y mediano plazo; pero siempre basándose en que el campo es estimulado pagándole mejor sus productos para que los empresarios puedan a su vez mejorar la situación de sus trabajadores.

a) *A mediano plazo:* con una política de gobierno que lleve el desarrollo económico al interior del país y ese desarrollo posibilite el progreso social y las obras públicas con los servicios necesarios, caminos, electricidad, escuelas, centros de salud, cen-

tros comunitarios de recreación, capillas, colonias-escuelas agropecuarias para adolescentes, casas de reposo para ancianos, etc. Este es un programa de gobierno a mediano y largo plazo, indispensable en toda planificación integral que se base en la persona humana y en la concepción integral y trascendente del hombre.

b) *A corto plazo:* (objetivo inmediato del plan PTR): el plan PTR se basa en dos puntos básicos: el salario directo (que deberá aumentarse inmediatamente) y el salario indirecto (que se incrementará por leyes que obligarán a los empresarios y al mismo gobierno). Se basa en cinco leyes que impondrían una obligación a los empleadores y en cinco leyes que impondrían una obligación a ciertos organismos del Estado.

Salario directo

Si el plan económico del país contempla otorgar gradualmente aumentos generales de salarios dentro de plazos prudenciales; se deberían adelantar aumentos al trabajador rural. Ello se podría, y debería hacer, porque el trabajador rural se halla postergado frente al resto de los trabajadores y además porque el campo recibirá inmediatamente el beneficio de una política de apoyo al agro.

En mayo de 1976 un peón rural ganaba \$ 8.400 en cualquier punto del país (en la Patagonia 20 % más). Sus compañeros de la ciudad ganaban ya un 50% más al comenzar un trabajo. Tienen los rurales un incremento mínimo por antigüedad (\$ 20 por año), mientras que el urbano mucho más (4 veces más de promedio). Además, el peón rural por lo general sigue peón durante toda su vida, mientras que en la ciudad hay muchas más posibilidades de ascender socioeconómicamente, en la misma empresa, en otra o particularmente.

Este salario directo incide sólo en el 10, 20 o 25 % (no más) de las explotaciones agropecuarias, por lo que ya podría aumentarse sin ocasionar problemas a los productores (que reciben más por sus productos).

Salario indirecto

a) *Leyes que obligarán a los empleadores:*
En vivienda:

1) Ley que obligue a que en todas las viviendas rurales que los empresarios dan a su personal exista en el plazo de 12 meses agua corriente en baño y cocina. Se daría un plazo de 2 a 3 años más para que exista agua fría y caliente.

2) Ley que obligue a que todas las viviendas rurales, en un plazo máximo de 4 años, tengan:

- una superficie mínima de 55 m²;
- tres ambientes, baño y cocina;
- piso, paredes y techo de materiales imperecederos.

En nutrición:

3) Ley que obligue a la entrega de un litro de leche diario a cada trabajador con esposa embarazada o con hijo menor de 1 año de edad, o que se le facilite una vaca para ordeño.

En educación:

4) Ley que obligue a la provisión gratuita anual de guardapolvos, útiles y libros escolares. El empresario entregará a la escuela un juego completo cada cierta cantidad de hectáreas de campo (Pampa húmeda, por ejemplo: 200 Has).

En vestuario:

5) Ley que obligue a los empleadores a la provisión anual gratuita a sus trabajadores rurales de cuatro juegos de ropa (2 de verano y 2 de invierno), alpargatas (4 pares) y botas de goma.

b) Leyes que obligarán al Estado (sin afectar su presupuesto):

En seguridad social:

6) Reducir los ocho aportes actuales (jubilaciones, viviendas, ISSARA, CASFEC, INOS, Turismo, Secretaría de Trabajo y Sindicato FAETRA), que suman alrededor del 45% del sueldo a un solo aporte alrededor del 40% que se haría en cualquier Banco oficial, antes de pagar el sueldo al trabajador. A éste se le entregaría el duplicado del recibo con el sello del banco, lo que le permitiría cobrar las asignaciones familiares y concurrir al médico del seguro.

Las asignaciones familiares deberían duplicarse frente al salario familiar del trabajador urbano, o al menos aumentarse en un 50%. En abril de 1976, por esposa y 3 hijos se recibe \$ 2.352, tanto en la ciudad como en el campo. En el campo debería recibirse, por ejemplo: \$ 3.528 o \$ 4.704 (50% o 100% más).

En salud:

7) Ley que obligue a que el trabajador, antes de cobrar un subsidio, presente un certificado de concurrencia al médico de su mujer embarazada o de su hijo menor de 1 año de edad.

En educación:

8) Ley que obligue a los medios de comunicación social a colaborar en la educación popular, religiosa y sanitaria de la población rural (con un mínimo obligatorio en cada página o en cada programa radial o televisivo). Especial promoción de la alimentación materna.

En recreación:

9) Ley que obligue a las municipalidades a crear campos de deportes y salas de recreación para niños, jóvenes y adultos, sobre todo para los que viven en el campo y alejados.

En condiciones de trabajo:

10) Nueva redacción del Estatuto del Peón que efectivice lo antes expuesto y además que indique los horarios de trabajo, las horas de descanso, vacaciones y el reposo de fin de semana, desde las 13 horas del sábado, etc. El Estatuto a su vez deberá señalar también con claridad el sistema de compensaciones para cuando haya que realizar tareas impostergables en el área rural, fuera del horario o días habituales de trabajo, en ciertas faenas (vacunaciones, arreos, etcétera) o períodos (siembras, cosechas, etcétera) que no deben interrumpirse.

Conclusión

El plan PTR (promoción del trabajador rural propuesto) cubre una sentida necesidad y al mismo tiempo redituará un gran beneficio en lo social, económico y especialmente en lo sanitario (reducción de la mortalidad infantil).

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

II SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

MAR DEL PLATA

OCTUBRE 1977

Atención primaria del niño intoxicado

CARLOS CROCE

Prof. Aux. de Toxicología. UNBA.

El progresivo interés de los pediatras por la toxicología es uno de los índices del permanente aumento de las intoxicaciones en nuestro medio, pese a las excelentes campañas orientadas a revertir esta situación. El explosivo desarrollo de la farmacología y de la química general y las actuales condiciones de vida hogareña son los principales responsables de este fenómeno.

En general el niño se intoxica cuando: a) al medicarlo se le administra un fármaco que desarrolla efectos adversos; b) movido por su curiosidad se pone imprudentemente en contacto con sustancias tóxicas a las que desea explorar; c) ingiere agua o elementos o inhala aire que inadvertidamente han sido contaminados; d) ante una tensión emotiva desagradable busca dañarse; e) durante juegos, fiestas o aun intentos criminales ingiere, se lo induce a tomar o se le administran tóxicos; f) es agredido por animales ponzoñosos.

El niño intoxicado puede ser conducido a la consulta en tres situaciones:

1) Manifestando espontáneamente la intoxicación e identificado claramente el tóxico por su nombre detallado, envase original correctamente etiquetado o muestra reconocible del mismo. El diagnóstico es sencillo y es posible entonces manejar al paciente simplemente mediante una consulta telefónica.

2) Con datos vagos e imprecisos sobre el posible tóxico que contaminó al niño. Si la situación lo justifica se buscará determinar el producto viendo la medicación recibida; comunicándose con el médico

que la prescribió o la farmacia que lo suministró; o la forma de presentación, características organolépticas, envases, propiedades y usos del producto hogareño incriminado o consultando a su fabricante o distribuidor; o muestras de comidas, plantas o animales sospechosos o conociendo la actividad de los talleres, fábricas o negocios en los que el niño se hallaba al producirse el accidente o en cuyas cercanías vive.

3) Sin ningún dato en la anamnesis que haga pensar en una intoxicación, pero con un examen clínico sugestivo, por la aparición brusca de ciertos síntomas neurológicos, digestivos, cutaneomucosos, cardiorrespiratorios, hemáticos, hepatorenales y metabólicos no atribuibles a cuadros infecciosos, traumáticos, endocrinometabólicos, inmunitarios o congénitos que lo justifiquen. Se deberá entonces tranquilizar a los padres, establecer una buena relación con ellos y realizar un interrogatorio dirigido, según la orientación clínica, para determinar la intoxicación, examinando las distintas circunstancias en que pudo ocurrir.

Llegando por cualquiera de estos medios al conocimiento que el niño estuvo en contacto con una sustancia extraña (xenobiótico), se procederá de acuerdo a cada circunstancia:

1) La sustancia es biológicamente inerte, o la dosis y por la vía en que accedió al paciente resulta atóxica: sólo se tranquilizará a los padres y se los instruirá para evitar nuevos episodios con sustancias peligrosas.

2) La sustancia es tóxica pero por la vía y el momento en que penetró el organismo a excedido ampliamente el tiempo máximo de latencia de comienzo de síntomas al momento de la consulta y permanece aun asintomático: se lo tendrá en observación tan "armada" como el tipo de tóxico lo justifique.

3) La sustancia es tóxica, el ingreso al organismo seguro, la dosis importante o imprecisa, el tiempo de latencia no se ha cumplido, el niño está asintomático: se comenzará el tratamiento decontaminante adecuado y se evaluará su evolución.

4) El niño presenta síntomas tóxicos: se evaluará la gravedad actual y potencial del episodio para determinar el tratamiento decontaminante, fisiopatológico y sintomático necesarios y su destino inmediato: ambulatorio, internación en sala general o en un lugar de terapia intensiva.

5) El niño está intoxicado con más de una sustancia activa: se procederá a efectuar el tratamiento de aquella que en cada caso resulte más peligrosa, cuidando que dichas medidas no agraven la toxicidad de los otros productos.

El objetivo fundamental del tratamiento es evitar que el tóxico llegue a su sitio en concentraciones activas o eliminarlo del mismo en el menor tiempo posible; si al momento de la consulta el tóxico está aún en el sitio de contacto o absorción se procederá a removerlo.

En cualquier medio asistencial si el estado del paciente lo permite o en el transporte que lo trasladará si el cuadro es crítico, se pueden realizar las maniobras que se especifican en la tabla anexa.

Otro tipo de decontaminación sólo puede realizarse en medios hospitalarios especialmente equipados.

Se debe intentar el rescate del tóxico retenido en estómago dentro del siguiente horario: tóxico líquido, en ayunas, hasta 2 horas después de la ingestión; tóxico sólido, estómago ocupado, hasta cuatro horas después de la ingestión; preparados con capa entérica o depresores de la motilidad gástrica hasta seis horas. Cuando el tóxico ingerido es un líquido y el niño está en ayunas se puede lavar el estómago con una sonda nasogástrica tipo Levine o una guía de suero recortada colocada por narina. Si el tóxico o el contenido gástrico son muy espesos o sólidos se debe efectuar el lavado gástrico por vía oral, para lo cual hay que inmovilizar al niño en decúbito lateral izquierdo, con la cabeza colgante y un mordillo entre sus últimos molares, retirar las prótesis odontopalatinas que tiene; introducir una sonda de largo y grosor adecuados, previa lubricación con agua (en general tipo Nelaton en niños de menos de 12 kg y tipo Faucher en mayores). El líquido de lavado introducido cada vez debe ser 5 cm³/kg de peso del niño y tener temperatura y osmolaridad semejante a la del jugo gástrico.

Para dificultar la absorción del tóxico que esté en el intestino se utilizan purgantes, en general salinos; evitando los sólidos en caso de hipernatremia; los magnésicos en caso de haber síntomas neurológicos o vasculares y los sulfatos en caso de intoxicación por Talio. Las dosis habituales son

de 10 g de sulfato de sodio o magnesio y de 10 cm³ de leche de magnesia en los niños de 1 a 2 años y el doble en los mayores.

Para acelerar la excreción renal de tóxicos se diluye su concentración en el túbulo proximal mediante el aporte de abundante líquidos y la administración de diuréticos osmóticos o químicos y se aumentan su grado de ionización mediante el agregado de bicarbonato de sodio o ácido ascórbico según su pK. Este tipo de medidas sólo se indicarán ambulatoriamente por vía oral después de una completa evaluación de la gravedad del cuadro tóxico, del estado general del niño y la capacidad sanitaria de sus padres. Las otras medidas de depuración sanguínea de tóxicos deben efectuarse en medios hospitalarios.

Los datos clínicos y terapéuticos de las intoxicaciones agudas infantiles más comunes que conviene tener presente en la asistencia médica primaria son:

A) Analgésicos antipiréticos

1) *Aspirina*: Su efecto irritante gástrico hace fácil el vómito mecánicamente provocado. De fracasar esta maniobra se hará lavado gástrico y purgante salino. Si es posible o seguro que la ingesta haya sido superior a 150 mg/kg de peso en una toma o de 120 mg/kg de peso/día en más de un día o si se observa polipnea, se debe internar. Si hay respiración acidótica grave o deshidratación importante se le administrará suero durante el traslado. Si hay hipertermia franca se le aplicarán compresas frías y si hay vómitos porráceos, vitamina K.

2) *Dipirona y otras pirazonas* (antipirina, aminopirina, fenilbutazona, etc.): Efectuar vómito provocado o lavado gástrico; enema evacuante (si fue administrado por vía rectal) o inmovilización y enfriamiento de la zona (vía parenteral). Si hay epigastralgias, pulso pequeño o síntomas neurológicos (hipertonía, hiperreflexia, vértigo, acúfenos, irritabilidad); internarlo. Si hay inminencia de convulsión derivarlo con provisión de oxígeno; si hay convulsión: aplicar gluconato de calcio endovenoso antes de transportarlo.

B) Psicodrogas

1) *Barbitúricos*: Efectuar lavado gástrico sólo si hay reflejo tusígeno. En presencia de: somnolencia, confusión mental, inestabilidad emocional, ataxia, miosis, derivar inmediatamente. En presencia de coma trasladar en Trendelenburg con oxigenación suficiente y abrigado.

2) *Otros hipnóticos*: Glutetimida (Doriden) en niño puede presentar midriasis. Se sigue el mismo criterio que para ingestión de barbitúricos.

3) *Benzodiazepinas* (diazepán, clordiazepóxido, oxazepán, nitrazepán, fluorazepán, lorazepán, clorazepato): La ingestión aguda, por vía

Vía	Tipo de producto	Condición del paciente	Tratamiento decontaminante
Peroral	Todos.	Poder deglutir.	Dilución por ingesta de agua y carbón activado al 5-10 %.
Peroral	Todos (menos cáusticos e hidrocarburos).	Lúcido, motilidad orofaríngea y cervical, reflejos tusígenos y nauseoso y motilidad gástrica normal. Sin inminencia de convulsiones.	Vómito provocado por estimulación de la úvula o ingestión de jarabe de Ipeca.
Peroral	Todos (menos cáusticos e hidrocarburos).	Lúcido, motilidad orofaríngea y cervical, reflejos tusígenos y nauseoso normales. Sin inminencia de convulsiones.	Lavado gástrico con sondas Levine, Nelaton o Faucher, según el caso.
Peroral	Cáusticos.	Poder deglutir.	Diluir con agua, anestésicos locales, antiinflamatorios y analgésicos por vía sistémica.
Peroral	Todos.	Luego de dilución, vómitos provocado o lavado gástrico. Sin diarrea espontánea.	Purgantes, sulfato de sodio o de magnesio o hidróxido de magnesio, según el caso.
Rectal	Todos (menos cáusticos).	No haber defecado desde la introducción del tóxico.	Enema diluyente, absorbente o evacuante.
Rectal	Muy cáusticos.	No haber defecado desde la introducción del cáustico.	Microenema evacuante.
Ocular	Todos (menos cáusticos).	Cualquiera.	Evertir párpados superiores. Lavar con abundante agua durante 5 minutos.
Ocular	Cáusticos.	Cualquiera.	Evertir párpado superior. Lavar con abundante agua durante 10 m. Colocar fluoresceína colirio para descartar úlcera de córnea. Analgésicos. Derivar al oftalmólogo.
Cutanec-mucosa	Todos (menos cáusticos).	Cualquiera.	Retirar ropa y calzado de la "zona contaminada", lavar con abundante agua durante 10 m. o hasta la desaparición de los caracteres organolépticos del tóxico (color, olor, tacto, etc.).
Cutaneo-mucosa	Corrosivos.	Cualquiera.	Retirar ropa y calzado de la zona contaminada. Lavar con abundante agua. Neutralizar los álcalis con ácido acético al 1 %. Retirar el neutralizante con agua. Tratar como si fuera una quemadura.
Inhalatoria	Todos (menos cáusticos).	Aceptable suficiencia respiratoria y de hematosis.	Retirar al enfermo del ambiente tóxico. Realizar apoyo respiratorio.
Inhalatoria	Cáusticos (gases irritantes).	Aceptable suficiencia respiratoria y de hematosis.	Retirar al enfermo del ambiente tóxico. Realizar apoyo respiratorio. Nebulizarlo. Dar antiinflamatorios por vía general.
Intramascular y sub-cutánea	Todos (menos vasodilatadores).	Cualquiera.	Inmovilizar miembro afectado. Hielo localmente. Comprimir circulación de retorno.

oral, de benzodiazepinas aisladas, sin otras psicodrogas, ni alcohol, carecen prácticamente de letalidad. Hacer lavado gástrico si hay reflejo túsígeno. Dar purgante salino. Si aparece confusión mental, sopor o hipotonía muscular importante: internarlo.

4) *Fenotiazinas* (clorpromazina, levopromazina, trifluorperazina, etc.): En general es difícil provocar el vómito. Lavado gástrico si no hay trastornos en musculatura de boca, lengua o cuello. Si aparece parkinsonismo, acatisia, distonías musculares o hipotensión: internar. Si la distonía muscular provoca dificultad respiratoria o faringolaríngea: administrar Akinetón 0,3 ml intramuscular, antes de trasladar al enfermo. Derivarlo con aporte de oxígeno y abrigo.

5) *Butiferonas* (haloperidol, triperidol, droperidol): El mismo criterio que para fenotiazinas. El cuadro clínico puede persistir durante muchas horas.

6) *Aminas despertadoras y anorexígenos* (anfetaminas, dietilpropión, fentermina, etc.): Lavado gástrico y purgante salino. Si hay excitación, insomnio o taquicardia: derivar. Si hay temblor, estereotipias o alucinaciones, protegerlo de estímulos sensoriales durante el traslado.

C) Otros medicamentos

1) *Antitúsígenos: Fenantrénicos y derivados* (codeína, etilmorfina, Normetadona, Dextrometorfán, hidrococdeinona, propoxifeno): Vómito mecánicamente provocado o lavado gástrico si hay reflejo túsígeno. En presencia de somnolencia, miosis o fenómenos de liberación medular: internar. Si hay depresión o arritmias respiratorias trasladar con oxígeno, previa administración de Nalline o Lorfan si se tuviera.

2) *Metoclopramida*: Reliverán, Plasil, Imperán, Prinperil, Netaf, etc.): Seguir el mismo criterio que para fenotiazinas.

D) Alcoholes

1) *Alcohol etílico*: En el primer momento el vómito mecánicamente inducido es fácil de provocar. Este o el lavado gástrico se efectuarán si hay reflejo túsígeno. Si hay confusión mental, inestabilidad emocional, somnolencia, síntomas cerebelosos o vasodilatación cutánea: internar. Si hay sopor trasladar en Trendelemburg, con perfusión de suero glucosado, oxigenación y abrigo suficiente.

2) *Alcohol metílico*: Lavado gástrico o cutáneo según la vía de absorción. En presencia de alteraciones visuales, respiración acidótica, depresión del S.N.C. o irritación gástrica: internar.

F) Plaguicidas

1) *Insecticidas organoclorados* (DDT, Gamexane, Heptacloro, Dieldrin, etc.): Vómito provocado o lavado gástrico (salvo que estén vehiculizados en

hidrocarburos), lavado de piel y cabello, respiración asistida, según sea la vía de absorción. En presencia de intolerancia gastrointestinal, parestesia, hipertonia, hiperreflexia o excitación: internar. Si hay inminencia de convulsión trasladar con oxígeno. Si aparecen convulsiones administrar Valium y oxígeno.

2) *Insecticidas organofosforados* (Malathión, Parathión, Metilparathión, DDVP, TEPP): Lavado gástrico o de piel según vía de absorción. En presencia de temblor, dificultad visual, aumento de secreciones exócrinas, bradicardia o aceleración del tránsito digestivo: internar. Si hay aumento de secreciones bronquiales aspirarlas y oxigenar al paciente. Con el paciente correctamente oxigenado, aplicar atropina IM mientras se lo traslada, hasta provocar atropinización.

3) *Raticidas tálcos* (Zelio): Lavado gástrico y purgante. Si hay síntomas de irritación intestinal o neurológicos precoces: internar. Si no: dar cloruro de potasio (0,5 g cada 8 horas a menores de 2 años, 1 g a mayores) y metionina (Diodorles, 3 comprimidos por día). Juntar orina de 24 horas e indicar la concurrencia a un centro especializado al día siguiente.

4) *Cumarínicos* (Warfarina): Lavado gástrico y purgante salino. Dar vitamina K. Control de coagulograma.

F) Otros tóxicos habituales en el hogar

1) *Lavandina*: Lavar piel y ojos si estuvieron en contacto; dar a beber leche o agua y leche de magnesia si hubo ingestión; vigilar tolerancia gástrica. Derivar si hay laringitis o vómitos hemorrágicos (circunstancia excepcional).

2) *Kerosene y otros destilados del petróleo* (nafita, solvente, aguarrás, thinner, bencina): Lavar piel y conjuntivas que estuvieron en contacto; diluir el contenido gástrico con papilla de leche o aceite de cocina; dar adsorbentes intestinales si aparecen cólicos; vigilar temperatura y cuadro respiratorio. Si hay indicio de infección respiratoria secundaria dar antibioticoterapia y controlar radiológicamente entre las 6 y 48 horas del episodio. En la circunstancia excepcional que aparezca cuadro neurológico o si hay espasmo bronquial: nebulizar. Dar vitamina C y derivar. Vigilar la evolución de la irritación de piel y conjuntivas.

3) *Cáusticos alcalinos* (soda y potasa cáusticas, desengrasantes y destapa cañerías): Lavar cuidadosamente la piel que estuvo en contacto; se puede neutralizar con ácido acético, lavando luego. Tratar como quemadura. Si hubo ingestión diluir con agua, administrar corticoides inyectables y probar tolerancia gástrica. Si hay disfagia o epigastralgia dar analgésicos inyectables y anestésicos locales en jalea y derivar inmediatamente. Si aparece laringitis o shock trasladar con oxígeno. En cualquier caso el tratamiento y el control digestivo debe ser prolongado. En caso de contacto ocular lavar con abundante agua, dar analgésicos si es necesario y derivar inmediatamente al oculista.

4) *Cáusticos ácidos* (muriático, sulfúrico, etc.): El mismo criterio que para los cáusticos alcalinos, salvo que no se neutralizará.

5) *Monóxido de carbono*: Da signos neurológicos de hipoxia con piel rubicunda. Si oxigenándolo no mejora la sintomatología, se debe derivar trasladándolo con oxígeno.

BOTIQUIN TOXICOLOGICO DE URGENCIA

(Para asistencia médica primaria)

- 1) Sondas de Faucher, Nelaton, Levine, o guía de tubuladura recortada.
- 2) Embudos y frascos de plástico transparente o vidrio. Jeringas de 50 cm³.
- 3) Oxígeno, nebulizador, aspirador.
- 4) Probetas graduadas.
- 5) Aceite comestible.
- 6) Acido acético al 1 %.
- 7) Anestésicos locales (jalea de Xylocaina).
- 8) Antiparkinsonianos (Akinetón).
- 9) Atropina (inyectable).
- 10) Calcio (gluconato de calcio inyectable).
- 11) Carbón activado en polvo.
- 12) Analgésicos inyectables.
- 13) Corticoides inyectables.

- 14) Diazepóxidos inyectables.
- 15) Diuréticos.
- 16) Jarabe de Ipeca.
- 17) Leche en polvo.
- 18) Lorfán o Nalline.
- 19) Solución glucosada y equipo de perfusión endovenosa.
- 20) Purgantes - Cloruro de potasio - Diodorles - Vitaminas C y K.
- 21) Vademecum por medicamentos, laboratorios e indicaciones (tipo Vallory o Therapia).
- 22) Libro: Toxicología, de Calabrese y Astolfi. 2ª Edición.

DIRECCIONES UTILES

- Centro de Toxicología Casa Cuna*: Montes de Oca 40 - T.E.: 21-2115.
Hospital de Niños de Buenos Aires: Gallo 1330 - T.E.: 87-6666.
Centro de Toxicología del I.N.S.: T.E.: 658-7777.
1ª Cátedra de Toxicología. Facultad de Medicina UNBA: Paraguay 2151 - T.E.: 83-8447.
Centro de Toxicología del Hospital de Niños de La Plata: T.E.: 5-5555.
Centro de Asesoramiento Toxicológico de Córdoba: T.E.: 5400.

Ecós de Pediatría XIV

Simposio: Límites éticos de los ensayos farmacológicos en pediatría. (Conclusiones)

Presidente: H. Nacera (Argentina), Coordinador: H. C. Shirkey (U.S.A.).

Secretario: N. Bonesana (Argentina).

Los profesores Shirkey, Stern y Farchione de U.S.A. y Catzel de Sudáfrica analizaron los fundamentos y consideraciones desde el punto de vista ético, para los ensayos con drogas en pediatría.

Es imprescindible el ensayo farmacológico previo en animales, para obtener conclusiones que precisen la acción medicamentosa de cada droga.

La determinación de la dosis letal mínima, no permite estudiar la acción teratógena del fármaco (Talidomida).

El ensayo de drogas en voluntarios adultos (prisioneros, estudiantes de medicina) en algunos países está reñido con la ética.

Por consiguiente los ensayos efectuados en niños son más censurados.

Son necesarios estudios farmacológicos en el periodo perinatal (feto, recién nacido) para sacar conclusiones que no se logran a nivel de los adultos.

Todas estas consideraciones son difíciles de cumplir en pediatría, pues no está perfectamente establecido que los padres puedan autorizar el ensayo farmacológico con sus hijos.

XXIII JORNADAS ARGENTINAS DE PEDIATRIA

25 - 29 ABRIL 1978

MENDOZA

Casilla de Correo Nº 484

MENDOZA, Diciembre 23 de 1976

Estimado colega:

Es para nosotros motivo de particular satisfacción comunicarnos nuevamente con Ud. para conversar respecto a las XXIII JORNADAS ARGENTINAS DE PEDIATRIA.

Ya estamos en condiciones de adelantarle algunas novedades que seguramente serán de su interés. Le confirmamos la fecha de realización de las Jornadas, desde el 25 hasta el 29 de Abril de 1978.

Los Seminarios y Cursos pre-Congresos, se desarrollarán los días 25 y 26. Vamos a contar con personalidades de relevancia nacional e internacional y estamos seguros que varios de ellos van a despertar su deseo de participar.

Las Jornadas propiamente dichas, se realizarán los días 27-28 y 29 de Abril.

Este Comité ya comunicó a las diferentes regiones y filiales, con fecha 18-9-76, los distintos subtemas del Tema Central.

Los reiteramos para Ud:

TEMA CENTRAL: "*Crecimiento y desarrollo en el niño y en el adolescente*"

Región I: "Factores Genéticos-Endocrinológicos y Crecimiento y Desarrollo".

Región II: "Ambiente intrauterino y Crecimiento y Desarrollo".

Región III: "Factores Psicoafectivos y Crecimiento y Desarrollo".

Región IV: "Nutrición-Metabolismo y Crecimiento y desarrollo".

Región V: "Infección y Crecimiento y Desarrollo".

Región VI: "Factores socioeconómicos y culturales y crecimiento y Desarrollo".

También anunciamos en esa oportunidad que el tema "Adolescencia" será tratado en forma preferencial y que probablemente se desarrollaría según el esquema que detallamos seguidamente:

- a) Aspectos físicos normales y patológicos.
- b) Aspectos psicológicos.
- c) Aspectos socio-culturales.
- d) Aspectos jurídicos.

Le recomendamos que de acuerdo a la reglamentación vigente las regiones pueden disponer de 2 Mesas Redondas, 2 Temas Recomendados y 4 Temas Libres, además de su participación en el Tema Central.

Si Ud. tiene deseos de exponer algún trabajo científico, deberá dirigirse a la Comisión Directiva de su filial. El Presidente de la misma lo propondrá a la región respectiva y en definitiva el Director de la Región lo elevará a este Comité Organizador, junto con todos los propuestos que por reglamento le corresponden.

Esperamos su participación. Será un honor contarle como relator.

Le recordamos también que hemos fijado plazos para la inscripción de los trabajos científicos. Se ha solicitado a los Directores de Región, su envío antes del 31 de Abril del año 1977. Razones de organización no nos permiten extenderlos más.

Estamos trabajando con mucho entusiasmo y dedicación en la idea de hacerla grata y provechosa su estadía en Mendoza.

Será un gran placer contarle con nosotros.

Lo saludamos con todo afecto.

Dr. JUAN B. URSOMARSO
Secretario
XXIII Jornadas de Pediatría

Dr. ROQUE TEIXIDOR
Presidente
XXIII Jornadas de Pediatría

SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA

Nueva comisión directiva, período 76-78

Presidente: Prof. Dr. Walter Taibo-Canale; *Vicepresidente:* Prof. Agr. Dr. Julio Lorenzo; *Secretario General:* Prof. Agr. Dr. Mauricio Gajer; *Secretario de Actas:* Prof. Adj. Dr. Antonio C. Nairac; *Tesorero:* Dr. Rogelio Garcia-Rodríguez; *Vocales:* Dr. Adolfo Schiaffino, Prof. Agr. Dra. Rosa Badanián de García Fontes; *Suplentes:* Dr. Oscar S. Orsi Rizzo, Dr. Miguel A. Galli Cherri.

CONFEDERACION NACIONAL DE PEDIATRIA DE MEXICO

Nuevo consejo directivo

Presidente: Dr. Salvador Guerra Jiménez; *Vicepresidente:* Dr. César León Flores González; *Tesorero:* Dr. Ovidio Pedraza Chanfreau; *1er. Secretario propietario:* Dr. José M. Camarena Bolaños; *2º Secretario propietario:* Dr. Gregorio Molina Chávez; *1er. Secretario suplente:* Dr. Sigitrido Carriedo Juárez; *2º Secretario suplente:* Dr. J. de Jesús Castañeda; *Subtesorero:* Dr. Adán Foglio Carrasco; *1er. vocal:* Dr. Rodolfo Nieto P.; *2º vocal:* Dr. Sergio Sanoja Castillo.

2ª JORNADAS REGIONALES DE PEDIATRIA

Región Centro Oeste

Octubre 7, 8 y 9, 1977

S. A. P. Filial San Juan

Presidente: Dra. Eva K. de Meersohn.

Vicepresidente: Dra. María S. de Frangi.

Secretario Gral.: Dr. José R. Dorgan.

Tesorero: Dr. Marcelo Lucero.

PROGRAMA PRELIMINAR

Viernes 7 — 15 hs. Acto inaugural. 16 a 20 hs. 9 Seminarios simultáneos. Temas — Directores responsables. 1) Neonatología: Prof. Dr. Jacobo Halac (Cba.), Dra. Ethel S. de Miodovsky (S. J.). 2) Nutrición: Prof. Dr. Carlos Rezzónico (Cba.). 3) Inmunología y Alergia: Prof. Dr. Guillermo Bustos (Cba.). 4) Neurología: Prof. Dr. Zenón Sfaello (Cba.). 5) Cardiología: Prof. Dr. Alberto Bonnett (Cba.). 6) Consultorio Externo: Dr. Horacio Villada Achaval (Cba.). 7) Nefrología: Prof. Dr. Alberto Lubetkin (Río IV). 8) Psiquiatría: Dra. Haidée Sicilia (Mza.). 9) Cirugía: Dr. Fortunato Di Giuseppe (Mza.) Dr. Miguel Giandinotto (S. J.).

Sábado 8 — 8 a 12 hs. Repetición de los 9 Seminarios. (Con el fin de que los concurrentes puedan asistir a un total de 2 Seminarios a su elección). 16 a 20 hs. Temas libres por las filiales que integran la Región en 3 salones simultáneos.

Domingo 9 — 10 a 12 hs. Cierre de las Jornadas con 2 Conferencias Magistrales. "El pediatra desde la función pública frente a la comunidad organizada", Prof. Dr. Carlos Rezzónico. "El Pediatra y la familia", Prof. Dr. Carlos Gianantonio.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Casilla de Correo Nº 247

Filial San Juan

Casilla de Correo Nº 247 — 5400 San Juan

Publicaciones recientes

EL ARTE DE AMAMANTAR A SU HIJO. C. Beccar Varela, Ed. del autor, 1976.

En 80 páginas de un librito tamaño bolsillo, de excelente presentación y apoyo gráfico, consigue el objetivo que se propuso y que en cierto lugar de su desarrollo resume así: "La alimentación a pecho es algo natural, y lo natural es algo que merece ser apoyado, fomentado y defendido. "En verdad, en el ARTE DE AMAMANTAR A SU HIJO, el autor con un estilo coloquial encomiable, apoya con argumentos modernos y de validez científica, fomenta, mediante la difusión a las madres, las ventajas de la alimentación al pecho y, finalmente, con coraje y valentía inusual, señala los errores e identifica a las personas que influyen negativamente el hábito de lactar al pecho. Recomendamos su lectura entre los miembros del equipo de salud materno-infantil como apoyo valioso tendiente a la uniformidad de una norma de conducta vital y una difusión masiva entre las gestantes y madres nodrizas, de los consultorios privados o públicos. Sería de desear además sirviera de ejemplo y/o de acicate para implementar elementos educativos semejantes que mejorara de una vez la dramática desinformación que acerca del mismo tema caracteriza a las diversas escuelas formadoras de profesionales y técnicos del equipo de salud.

L. M. AGETOS de GUTIÉRREZ LEYTON

MANUAL DE ENFERMERIA DE NORMAS Y TECNICAS NEONATOLOGICAS. Alicia Cecilia Casarín y colaboradoras. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Univ. Nac. de Córdoba, 1976.

Analizando recientes publicaciones médicas, hemos sido gratamente sorprendidos, al comprobar que el "Manual de Enfermería de Normas y Técnicas Neonatológicas", editado en octubre de 1976 por la Universidad Nacional de Córdoba (Facultad de Ciencias Médicas), tiene como autora a la enfermera coordinadora del Servicio de Neonatología Alicia Cecilia Casarín y a sus colaboradoras del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Hasta el momento, fue habitual encontrar que toda publicación de pautas y material didáctico para enfermeras, era escrito y publicado por médicos.

Las enfermeras se convertían, de esa manera, en simples receptoras, y probablemente su rica experiencia cotidiana, no era volcada en trabajos, sino excepcionalmente.

Por ello, creemos que esta publicación es altamente auspiciosa, y felicitamos desde aquí, a los que cristalizaron esta idea. El manual de referencia tiene como objetivo, proporcionar una información básica y moderna, a las enfermeras que trabajan en Servicios de Neonatología y guiarlas en su relación con el paciente especial.

Todos sabemos de los agigantados pasos que se han dado, en los últimos años, para pautar criterios, conductas y tratamientos en pediatría, y en especial en neonatología, sector de primerísima importancia, donde se registran aún, los más altos índices de mortalidad infantil. Por ello creemos, que la publicación de este Manual, cumple necesariamente con la premisa de un Servicio de Pediatría moderno y actualizado, cual es, el manejo de pautas *para todo el Equipo de Salud*.

En él, se desarrollan puntos básicos y de cumplimiento cotidiano como son: normas y procedimientos para el control de enfermedades infecciosas; las necesidades del recién nacido; la alimentación; los controles vitales; las pruebas de laboratorio, etc. También se analizan puntos tales como la alimentación parenteral, el Test de Guthrie (para detectar fenilcetonuria), gases en sangre y las pautas post mortem; todos ellos indicativos, de una concepción moderna de la Neonatología.

Nos congratulamos por esta publicación, y creemos que, por su justeza, presentación y calidad técnica y científica, merecería difundirse y reproducirse, para uso del equipo de salud, de los diferentes servicios de pediatría del país.

Por otra parte, instamos a emular esta experiencia, para contribuir a hacer realidad una necesidad urgente, cual es la labor integrada de médicos con enfermeras altamente capacitadas, que integren junto a aquéllos, el Equipo de Salud, que el país necesita.

NÉLIDA LABYR

NEFROUROLOGIA PEDIATRICA. Innes Williams: Traducción de la edición inglesa por M. A. Marino. Prólogo por C. Gianantonio. Editorial Médica Panamericana. 1. volumen profusamente ilustrado de 490 págs. Buenos Aires, 1976.

Este bien presentado texto, refleja las experiencias de 6 conocidos colaboradores que acompañan a Williams en 25 capítulos y uno final donde se resumen las manifestaciones urológicas de las enfermedades de sistemas múltiples, muy útil y aconsejable de revisar periódicamente.

En el prólogo y en el prefacio se recuerda el volumen XV que en 1956/7 sobre Urología Pediátrica aparece en la colección de la Enciclopedia de Urología. En 1951 el mismo Innes Williams junto con T. Twistington Higgins y D. F. Ellison Nash publicaron en Londres "The Urology of Childhood" y simultáneamente en ese 1951 aparece en Philadelphia "Clinical Paediatric Urology" por M. F. Campbell. Ambos fueron verdaderos guías para pediatras y urólogos.

Hoy este volumen viene, al unir la nefrología y la urología del niño, a llenar una verdadera necesidad. En el capítulo primero el Dr. T. M. Barratt estudia el desarrollo de la función renal en las etapas prenatal, neonatal y posteriormente hasta los 2 años.

Hace consideraciones importantes en los niños pequeños al establecer diferencias entre los alimentados con leche de mujer y con leche de vaca; refiere que en los últimos es más sutil y perjudicial la pérdida renal de agua inducida por la carga de solutos, en niños con limitada aptitud de concentración. Esta observación es de gran interés, pues el pediatra pide más frecuentemente el recuento de colonias del amamantamiento en que están empeñadas la O.M.S., la Asociación Internacional de Pediatría, la S.A.P. y muchas otras organizaciones pediátricas.

El mismo Barratt desarrolla en forma clara las insuficiencia renal aguda y crónica en los niños. las distintas causas de hipertensión, la glomerulopatía y hematuria. El capítulo 7 sobre infección del tracto urinario es de gran interés, pues el pediatra pide más frecuentemente el recuento de colonias en el urocultivo y el urograma descendente.

Los capítulos sobre urolitiasis y enfermedades neoplásicas son muy útiles para no olvidar que también esos cuadros deben ser considerados por el pediatra.

Al visitar en 1962 el Guy's Hospital de Londres, tuvimos ocasión de conocer las investigaciones que sobre cromosomas y estados intersexuales efectuaba P. E. Polani y colaboradores quienes aquí en 34 páginas vuelcan la experiencia que lleva más de 20 años.

En otros capítulos se desarrollan en el libro las distintas formas y causas de las uropatías obstructivas, sus trastornos funcionales, sus caracteres en el tramo superior, en la vejiga y en la uretra presentando profusa y clara documentación radiográfica que nos recordó al que trajo el Prof. H. Lassarich en sus dos visitas a la Argentina.

La sección dedicada a las anomalías renales es clara, pero merecía ser más amplia. ya que las malformaciones y patologías agregadas que en los adultos ve el urólogo, se inician por lo general en el feto o en la infancia: así Marion les asigna frecuencia del 1% en su tratado sobre anomalías renales y Edith Potter hace algunos años, nos señaló la frecuencia y variedad de anomalías urológicas en el niño.

Asimismo P. Minuzzi reveló su frecuencia en nuestro medio en su tesis sobre anomalías renales presentada años atrás.

Las urgencias urológicas neonatales y las anomalías de los músculos abdominales en relación con patologías congénitas del árbol urinario es bien ejemplificado, con cuadros como el síndrome del vientre en ciruela seca y las agenesias de músculos abdominales y riñón poliquístico ya conocidos.

En el capítulo 18 desarrolla en forma bien didáctica la incontinencia urinaria y la enuresis, motivos de frecuentes consultas pediátricas, revisa los aspectos fisiológicos y psicológicos de esas molestias, recomienda no olvidar las alteraciones inflamatorias de la mucosa uretral; obstrucciones y pliegues mal definidos que aparecen en los cistogramas miccionales factibles en mayores de 5 años, recuerdan la causa iatrogénica de incontinencia por exceso de maniobras de revisión del cuello vesical o válvulas ureterales.

Este libro no debe faltar en ningún hospital donde se ven niños, en bibliotecas societarias y universitarias, por resultar muy útil la integración de nefrólogos y urólogos de niños, para la solución médica de muchos problemas.

ERRATAS NOTABLES

PLANIGRAFO N°3:

El casillero para la respuesta N°178 fué omitido; contéstela en el casillero 221.-
El casillero 218 está repetido, responda en el primero la 218, -y en el segundo la correspondiente a la pregunta 219.-
Esta prueba contiene 220 preguntas.-

PREGUNTA 56 : PAGINA 11

El enunciado es el siguiente: " Un niño de 2 meses es llevado para su control mensual.- Su peso y talla se ubican en el percentilo 50 y la circunferencia cefálica en el 75.- El examen físico es normal.- Señale cual sería su conducta.-"

PREGUNTAS 68 - 72 : PAGINA 12

El enunciado previo correspondiente al grupo de preguntas N°68 a 72 es el siguiente: " En la columna I se citan enfermedades exantemáticas identificadas con letras.- En la columna II se registran signos y síntomas de dichas enfermedades; correlacione ambas columnas colocando la letra de la columna I en el paréntesis correspondiente de la columna II.-

Una enfermedad puede correlacionarse más de una vez con la sintomatología, o no correlacionarse.-

I

- a): Rubeola
- b): Sarampión
- c): Escarlatina
- d): Varicela
- e): Exantema Súbito

II

- 68 () Período de invasión febril que dura habitualmente 4 días y es el de máxima transmisibilidad de la enfermedad.-
- 69 () Signos prodrómicos escasos.- Exantema morbiliforme.- Existen formas clínicas sin exantema que imponen, en ocasiones, el diagnóstico serológico.-
- 70 () Polimorfismo local y general de los elementos cutáneos.-
- 71 () Fiebre de 3 días de duración y cuya desaparición coincide habitualmente con la presentación de un exantema morbiliforme.-
- 72 () La forma clínica hemorrágica puede vincularse con la administración de corticoides.-

PREGUNTA 137 : PAGINA 21

En el enunciado debe leerse " 35.000 elementos con 60 % de formas inmaduras "-

PREGUNTAS 168 a 172 : PAGINA 25

El enunciado y la columna I son correctos.-
La columna II debe leerse:

Columna II

- 168 () Capacidad penetrante con formación de microulceraciones.- Endotoxina que se absorbe.-
- 169 () No penetrante.- Toxigénico: enterotoxina que produce hipersecreción intestinal.-
- 170 () Carece de patogenicidad.-
- 171 () Acción penetrante y toxigénica.-
- 172 () Capacidad penetrante e invasora (bacteriemias).-

PREGUNTA 187 : PAGINA 27

La alternativa e) debe leerse "hiperproteicas".-

PREGUNTA 193 : PAGINA 28

La alternativa d) debe leerse: "Madre Rh negativa no sensibilizada con hijo Rh positivo de 2 días de vida" .-

PREGUNTA 202 : PAGINA 29

La alternativa a) debe leerse "imprescindible" y la b) "inconveniente".-

La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, ha resuelto premiar a las 6 Filiales que porcentualmente, de acuerdo al número de socios, hayan contestado el mayor número de pruebas.-

Estos premios, a sortear entre los miembros de las Filiales favorecidas, consisten en:

- a): Una colección completa por Filial de las Actas del XIV Congreso Internacional de Pediatría.-
- b): Suscripción gratuita por un año, de Archivos Argentinos de Pediatría por Filial.-
- c): 1 ó 2 libros de texto.-

INCONVENIENTES CON LA IMPRENTA NOS HAN IMPEDIDO EFECTUAR LA DISTRIBUCION DE LA PRUEBA EN LA FECHA PREVISTA.- ES POR ELLO QUE LA RECEPCION DE LAS RESPUESTAS SE EXTENDERA HASTA EL 15 DE MAYO DE 1977.-

COMISION DE AUTOEVALUACION

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría. Fundados en 1930.

international Standard Serial Number: ISSN 0325-0075.

Inscripto en la Propiedad Intelectual bajo el N° 1.152.966.

Premio "APTA - F. Antonio Rizzuto" a la mejor labor 1973. Categoría Revistas Científicas.

DIRECCION CIENTIFICA

DIRECTOR SUBDIRECTOR

Teodoro F. Puga José A. Bodino

Coronel Diaz 1971 - Buenos Aires - Argentina - Tel. 80-2063/821-0612

SECRETARIOS DE REDACCION

A. Armada	L. Chiappara	F. Ortiz
C. A. Azmat	R. De Napoli	J. Schanton
J. Bulaievsky	J. E. Flores	F. Slaski
V. C. Castiglia	A. de Guillen	A. G. Veglia
J. M. Ceriani Cernadas	N. Labyr	J. B. Vukasovic
		A. Zaccaria

CORRESPONSALES

Región I: Hugo Castellano	Región IV: Juan A. Soler
Región II: Javier Pérez de Eulate	Región V: Luis C. Yanicelli
Región III: Jorge N. Carné	Región VI: Héctor R. Rossi

COMISION ASESORA

Raúl P. Beranguer	Juan J. Murtagh
Felipe de Elizalde	José E. Rivarola
Alfredo Larguía	José R. Vásquez

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA 1975-1977

Presidente:	Jorge M. Nocetti Fasolino
Vicepresidente:	Horacio Aja Espil
Secretario General:	Narciso A. Ferrero
Tesorero:	Angel Plaza
Director de Publicaciones:	Teodoro F. Puga
Secretario de Relaciones:	Carlos A. Gianantonio
Secretario de Actas:	José L. Dibetto
Bibliotecario:	Néstor Aparicio
Vocal:	Eduardo D. Plater
Vocal:	Carlos A. T. Cambiano

MIEMBROS SUPLENTES

Jorge C. Cavagna, Raúl O. Ruvinsky, Oscar Morgenstern, Carlos A. Toriano y Emma O. Correa de Araujo



Editores

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

JUNIN 845 - Buenos Aires, Argentina
Teléfonos Administración: 83-9796/80-3782.
Contaduría y Publicidad: 83-9484

Buenos Aires, diciembre de 1976.

Estimado colega:

Con este envío le hacemos llegar la prueba de autoevaluación sobre la cual tiene Ud. información previa.

Para facilitarle la tarea, le reiteramos algunos datos.

Cada pregunta o cuestión se compone de un enunciado y cinco opciones o alternativas, de las cuales una sola es correcta.

Son diferentes las formas de redacción de los enunciados:

a) Unos le proponen la elección de la respuesta en forma directa. Ej. "Indique la etiología más frecuente de la miocarditis del lactante:

- a) Reumática.
- b) Diftérica.
- c) Tuberculosa.
- (x) d) Virósica.
- e) Chagásica".

b) Otros, en cambio, llamados de excepción, le solicitan señalar la alternativa incorrecta. Ej. "La glomerulonefritis difusa aguda presenta habitualmente los siguientes signos excepto uno, señálelo:

- a) Hiperazoemia.
- b) Oliguria.
- c) Hipertensión.
- d) Hematuria.
- (x) e) Hiperlipemia".

c) Los de respuesta múltiple requieren entre varios enunciados, elegir aquella alternativa que contiene los correctos. "El sarampión es capaz de producir:

- I) Artritis séptica.
- II) Encefalitis.
- III) Osteomielitis.
- IV) Bronconeumonía.

Señale ahora la correcta entre las alternativas que siguen:

- a) I) y III)
- (x) b) II) y IV)
- c) I) y II)
- d) III) y IV)
- e) II) y III)

d) El enunciado de correlación le solicita establecer la correspondencia entre dos grupos de enunciados. Ej. "Coloque en los paréntesis de la columna II la letra que corresponde de la columna I. Una enfermedad puede correlacionarse más de una vez con la sintomatología o no correlacionarse".

I

II

PREG. Nº 10

a) *Rubéola*

(b) Fiebre, coriza, signo de Koplik.

PREG. Nº 11

b) *Sarampión*

(d) Su signología local obliga al diagnóstico diferencial con el prurigo.

PREG. Nº 12

c) *Escarlatina*

(a) Adenomegalias generalizadas a predominio retroauricular y occipital.

PREG. Nº 13

d) *Varicela*

(c) Lengua de frambuesa, angina estreptocócica y vómitos.

PREG. Nº 14

e) *Eritema infeccioso*

(c) Descamación a predominio de manos y pies.

Acompaña a las preguntas un planígrafo para asentar las respuestas. En él registrará, marcando con una cruz, la alternativa elegida en cada cuestión. *Una vez completo, envíelo a la sede central de la Sociedad Argentina de Pediatría, Coronel Díaz 1971-75, Capital Federal, antes del 15 de abril de 1977.*

¿Qué actitud esperamos de Ud.? Que reflexione atentamente el enunciado de cada pregunta. Es una forma simple de rescatar los conocimientos que suelen diluirse en la práctica médica de todos los días. Su estudio detenido alejará las respuestas por azar o por pura intuición, conductas ambas que le quitan el beneficio de un meditado análisis de las cuestiones propuestas.

Le sugerimos además:

- No juzgar las ventajas o desventajas de la prueba por selección múltiple. Recuerde que los redactores pensaron solamente en su beneficio.
- Evitar el riesgo de deteriorar su lucidez tratando de completarla de una sola vez. Acéptela como una forma de educación continua que Ud. adapta a sus disponibilidades de tiempo.
- Establezca consigo mismo un buen interrogatorio; consulte su propia experiencia y reviva sus recuerdos. Sus contestaciones tendrán así un decidido sello de autenticidad. No la empañe contestando preguntas cuya solución no vea con seguridad.

El planígrafo es el único documento que tenemos para verificar las respuestas, así como el ejemplar de la prueba es el único elemento que posee para confrontar los resultados que le enviaremos; por ello cuide el traslado de las alternativas elegidas. Si al revisar las alternativas ya señaladas decide cambiar alguna, anúlela rellenando completamente el cuadrado y marcando la nueva opción con la cruz correspondiente. El número colocado a la izquierda, fuera del margen, es sólo un indicador para computación que Ud. no deberá tomar en cuenta.

Un pedido inevitable. A fin de obtener un diagnóstico aproximado del nivel de conocimientos, calificar las reales necesidades del pediatra argentino y diseñar estrategias docentes adecuadas, es conveniente una identificación por grupos.

En el encabezamiento del planígrafo se le solicitan cuatro datos necesarios:

- Nombre de su filial.
- Antigüedad profesional.
- Residencia completa en clínica pediátrica.
- Actividad actual en la profesión.

El primero es indiscutiblemente esencial; los tres restantes muy convenientes.

La validez de los datos estadísticos depende de una respuesta masiva. De ello surge una recomendación ineludible: no deje de enviar la suya.
Cordialmente.

Han participado en la realización de esta prueba:

Comisión de Autoevaluación de S.A.P., integrada por:

- Dr. N. Aparicio.
- „ A. Pizzia.
- „ R. Valli.
- „ C. Needleman.
- „ E. Laurencena.
- „ M. Cesarsky.

Asesor Pedagógico: Prof. A. Pescetto.

Revisores de la prueba:

- Dr. C. Gianantonio.
- „ J. R. Vásquez.
- „ A. Larguía.
- „ N. Ferrero.
- „ H. Vecchio.
- „ T. F. Puga.

PRUEBA DE AUTOEVALUACION

TEMAS

Crecimiento y desarrollo Patología habitual en consulta externa

- 1) *La radiografía de tórax de un niño presenta una imagen opaca, densa, uniforme y retráctil correspondiente a un lóbulo pulmonar. El examen prioritario a solicitar es:*
 - a) Tomografía.
 - b) Broncoscopia.
 - c) Centellograma de pulmón.
 - d) Cultivo de aspiración laríngea.
 - e) Examen radioscópico.
- 2) *Los senos esfenoidales:*
 - a) Están formados en el recién nacido.
 - b) Se desarrollan entre el 2do. y 3er. año.
 - c) Se desarrollan entre el 5º y 6º año.
 - d) Se desarrollan entre el 10º y 12º año.
 - e) Se desarrollan después de los 12 años.
- 3) *Un niño normal comienza a identificar por su nombre los colores a la edad de:*
 - a) 1 año.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 4 años.
 - e) 5 años.
- 4) *Un niño de 9 a 12 meses no demuestra reconocimiento de la figura materna. Señale su diagnóstico.*
 - a) Se trata de un caso normal para la edad.
 - b) Es una respuesta a situaciones conflictivas.
 - c) Se trata de un leve retraso del desarrollo psicológico.
 - d) Es una profunda alteración del desarrollo de la personalidad.
 - e) Es una característica límite entre el desarrollo típico y atípico.
- 5) *Un niño jujeño de 3 años de edad, sin B.C.G. previa, presenta un nódulo en zona deltoidea al 8º día de la aplicación de vacuna B.C.G. intradérmica directa, administrada durante una campaña masiva de vacunación. ¿Cómo interpreta esta situación y qué conducta adopta?*
 - a) Como un infectado que no requiere tratamiento.
 - b) Como un primo infectado inaparente que requiere tratamiento.
 - c) Como un error de técnica en la vacunación que no requiere tratamiento.
 - d) Como una reacción alérgica inespecífica que requiere tratamiento antihistamínico.
 - e) Ninguna de las interpretaciones y conductas anteriores son correctas.
- 6) *La determinación de la edad ósea como examen aislado es un buen método para evaluar:*
 - a) La edad cronológica.
 - b) Grado de madurez física.
 - c) Estado nutricional.
 - d) Presencia de patología metabólica.
 - e) Existencia de raquitismo.

- 7) *La dificultad respiratoria de la laringitis subglótica se debe a:*
- Espasmo laríngeo.
 - Hiperplasia linfoidea subglótica.
 - Edema submucoso.
 - Flictenas subglóticas.
 - Pseudomembranas glóticas y subglóticas.
- 8) *Un niño de 6 años sin B.C.G. que convive con su madre bacilífera presenta PPD 20 U.T. negativa sin signología clínica ni radiológica. La conducta adecuada es:*
- Tratamiento con 2 drogas y BCG intradérmica.
 - BCG intradérmica inmediata y quimioprofilaxis.
 - Quimioprofilaxis y aislamiento del foco.
 - Aislamiento del foco más BCG intradérmica.
 - Reiterar PPD a los 3 meses y aislamiento del foco.
- 9) *Los siguientes signos forman parte del cuadro clínico de enteritis. Indique cuál de ellos es el de menor valor para su diagnóstico.*
- Presencia de cuerpos reductores en materia fecal.
 - Imagen de espesamiento mural en la radiografía directa de abdomen.
 - Abdomen distendido con ansas visibles y palpables.
 - Signos radiológicos de neumatosis intestinal.
 - Presencia de polinucleares en materia fecal.
- 10) *Un lactante de 2 meses presenta desde hace 5 días llanto frecuente y constipación. Señale el diagnóstico más probable.*
- Megacolon aganglionar.
 - Hipotiroidismo.
 - Lactante hipotónico.
 - Estenosis de duodeno.
 - Hipoalimentación.
- 11) *Un niño de 5 años pierde su control de esfínter vesical coincidentemente con el nacimiento de su hermano. Señale cuál sería su actitud si Ud. tuviera a su alcance métodos de diagnóstico y tratamiento.*
- Iniciar psicoterapia.
 - Solicitar psicodiagnóstico.
 - Indicar ansiolíticos.
 - Orientación a los padres.
 - Indicar Imipramina.
- 12) *Cuál de las siguientes localizaciones nunca falta en la sarna del lactante.*
- Cuello.
 - Zona genital.
 - Hueco poplíteo.
 - Cara.
 - Plantas y palmas.
- 13) *Las siguientes alternativas están vinculadas al desarrollo neuropsíquico. Señale aquella que esperaría encontrar en un niño de 10 semanas de edad.*
- Transferencia de objetos.
 - Sonrisa social.
 - Reflejo de Moro completo.
 - Identificación visual de su padre.
 - Reflejo de extensión cruzada.
- 14) *Por su concentración de sodio, una de las leches abajo mencionadas puede aportarse a una dilución del 20%. Señálela.*
- Leches semidescremadas.
 - Fórmulas sin lactosa.
 - Leches maternizadas.
 - Leches acidificadas.
 - Leches enteras en polvo.
- 15) *Lea las siguientes conductas:*
- Examinar el fondo de ojo.
 - Indicar polivitamínicos.

6 Suplemento: Autoevaluación

- III) Pesquisar patología neurológica.
- IV) Solicitar examen parasitológico de materia fecal.
- V) Asumir una actitud expectante.

Seleccione entre las siguientes alternativas aquella que contiene las conductas iniciales que asumiría ante un niño de 14 meses de edad con estrabismo y que no es posible derivar al especializado en forma inmediata.

- a) I y V.
 - b) II y III.
 - c) I y III.
 - d) III y IV.
 - e) I y IV.
- 16) *En nuestro país es frecuente la alimentación con cereales. Señale cuál es su principal aporte.*
- a) Sales de hierro.
 - b) Vitaminas del complejo B.
 - c) Proteínas.
 - d) Solutos.
 - e) Calorías.
- 17) *En qué momento después del nacimiento, un niño normal está en condiciones de succionar del pecho materno.*
- a) Inmediatamente.
 - b) A las 4 horas.
 - c) A las 8 horas.
 - d) A las 12 horas.
 - e) A las 24 horas.
- 18) *A partir de qué edad el uso de tetraciclinas no causa efectos dentarios indeseables:*
- a) 1 año.
 - b) 2 años.
 - c) 5 años.
 - d) 8 años.
 - e) 12 años.
- 19) *La estenosis hipertrófica del píloro suele estar acompañada por:*
- a) Acidosis hiperclorémica e hiperpotasémica.
 - b) Alcalosis metabólica hipopotasémica.
 - c) Alcalosis respiratoria hipopotasémica.
 - d) Alcalosis hipoclorémica hiperfosfatémica.
 - e) Acidosis metabólica hiponatrémica.
- 20) *La bronquiolitis aguda del lactante presenta habitualmente los siguientes hallazgos excepto uno; señálelo.*
- a) Sibilancias.
 - b) Polipnea.
 - c) Tiraje.
 - d) Fiebre.
 - e) Hipercapnia.
- 21) *Un recién nacido presenta micrognatia, paladar hendido y glosoptosis. El diagnóstico es:*
- a) Síndrome de Patau (Trisomía 13-15).
 - b) Disostosis mandibulofacial.
 - c) Síndrome de Edwards (Trisomía 17-18).
 - d) Síndrome de Pierre-Robin.
 - e) Enfermedad de Morquio.
- 22) *Señale cuál de las situaciones planteadas exige la aspiración gástrica en el recién nacido.*
- a) Desnutrido fetal.
 - b) Nacido por cesárea.
 - c) Nacido por fórceps.
 - d) Hijo de madre luética.
 - e) Hijo de madre gestósica.

- 23) Señale la dosis diaria de fluor para un niño menor de 1 año como preventivo de caries dentales:
- 1 mg/día.
 - 5 mg/día.
 - 10 mg/día.
 - 100 mg/día.
 - 500 mg/día.
- 24) El test que permite evaluar aspectos de la coordinación visomotora en niños durante la edad escolar es el de:
- Wisc.
 - Binet Simon.
 - Gesell.
 - Goodenought.
 - Bender.
- 25) Las siguientes alternativas constituyen indicaciones de miringotomía en pacientes con otitis media aguda excepto una; señálela.
- Otalgia muy intensa que no cede luego de 48 horas de la administración de analgésicos y tratamiento antimicrobiano adecuado.
 - Presencia de signos de mastoiditis.
 - Aparición de signos meníngeos.
 - Presencia de complicaciones supurativas tipo absceso de cerebro.
 - Apenas se comprueba la congestión timpánica asociada a la desaparición del triángulo luminoso.
- 26)Cuál de las siguientes piodermitis no se observa en la edad prepuberal:
- Impétigo.
 - Forúnculos.
 - Hidrosadenitis.
 - Periporitis.
 - Erisipela.
- 27)Cuál es el antibiótico de elección para el tratamiento de la faringitis estreptocócica en un niño alérgico a la penicilina:
- Cloramfenicol.
 - Ampicilina.
 - Amoxicilina.
 - Eritromicina.
 - Cefradina.
- 28) Entre las siguientes, la causa más frecuente de diarrea mucosanguinolenta en la primera infancia es:
- Colitis ulcerosa.
 - Invaginación intestinal.
 - Colitis por Shigella.
 - Divertículo de Meckel sangrante.
 - Poliiposis intestinal.
- 29) Los senos maxilares:
- Están formados en el recién nacido.
 - Se desarrollan entre el 2º y 3er. año.
 - Se desarrollan entre el 5º y 6º año.
 - Se desarrollan entre el 10º y 12º año.
 - Se desarrollan después de los 12 años.
- 30) La cromatina celular positiva (corpúsculos de Barr) requiere la presencia de:
- Un cromosoma X.
 - Dos cromosomas X.
 - Un cromosoma Y.
 - Dos cromosomas Y.
 - 44 cromosomas autosómicos.

8 **Suplemento: Autoevaluación**

- 31) Señale entre las siguientes opciones la que asocia las complicaciones más frecuentes atribuidas a la ascariidiasis.
- Hepatitis y obstrucción intestinal.
 - Apendicitis verminosa y nefritis.
 - Obstrucción intestinal y enteritis necrotizante.
 - Hepatitis y apendicitis verminosa.
 - Apendicitis verminosa y obstrucción intestinal.
- 32) Un lactante de 3 meses de edad, eutrófico, alimentado a pecho, presenta una deshidratación del 12% por diarrea líquida, de 36 horas de evolución sin vómitos. Cuál de los siguientes tratamientos indicaría Vd. inicialmente.
- Hidratación y antibióticos por vía oral.
 - Hidratación y antibióticos por vía endovenosa.
 - Hidratación endovenosa sin antibióticos.
 - Hidratación oral con astringentes intestinales.
 - Hidratación endovenosa con antibióticos por vía oral.
- 33) Cuál de los siguientes nutrientes contribuye en mayor medida a la carga de solutos.
- Sodio.
 - Proteínas.
 - Carbohidratos.
 - Lípidos.
 - Fosfatos.
- 34) Desde el punto de vista del Crecimiento y Desarrollo la alimentación al pecho es para el recién nacido:
- Necesaria.
 - Conveniente.
 - Optativa.
 - Indiferente.
 - Conflictiva.
- 35) Ante un niño con faringitis aguda el examen de laboratorio más útil para efectuar el diagnóstico etiológico es:
- Hemocultivo en los picos febriles.
 - Cultivo de fauces para flora total.
 - Recuento absoluto de neutrófilos.
 - Cultivo de fauces en medio de Agar/Sangre.
 - Título de antiestreptolisina O.
- 36) El estreptococo grupo A causante de faringitis, no es habitualmente sensible a:
- Cefalosporina.
 - Gentamicina.
 - Lincomicina.
 - Penicilina.
 - Ampicilina.
- 37) Un adolescente de 15 años, hijo de padres de mediana talla, consulta por baja estatura. Su edad ósea es de 13 años y presenta signos de desarrollo puberal incipiente. Su talla se ubica en el percentilo 3 y en el último año creció 5 cm. Señale el diagnóstico más probable.
- Déficit de hormona de crecimiento.
 - Insuficiencia tiroidea.
 - Enfermedad del sistema esquelético.
 - Niño normal con maduración lenta.
 - Hipogonadismo primario.
- 38) El tratamiento inicial de la otitis media aguda congestiva en un niño de 2 años es:
- Gotas óticas y analgésicos.
 - Gotas óticas y tetraciclinas.
 - Ampicilina y analgésicos.
 - Paracentesis y analgésicos.
 - Paracentesis y ampicilina.

- 39) *Un niño de 4 años es traído a la consulta por no haber iniciado el control nocturno de esfínter vesical. Señale la conducta prioritaria.*
- Solicitar psicodiagnóstico.
 - Solicitar examen de orina.
 - Iniciar un período de observación del signo.
 - Efectuar examen clínico completo.
 - Realizar historia vital.
- 40) *Señale la conducta que adoptaría ante un urocultivo con 100.000 colonias por ml de estafilococo, pseudomonas y aerobacter.*
- Realizar tratamiento antibiótico.
 - Repetir el urocultivo.
 - Efectuar estudio radiológico.
 - Solicitar estudio inmunoelectroforético.
 - Dosar betaglucuronidasa.
- 41) *A partir de qué edad no es necesario el aporte de flúor como preventivo de la caries dental.*
- Al año de edad.
 - A los 4 años.
 - A los 5 años.
 - A los 6 años.
 - A los 12 años.
- 42) *El requerimiento diario de la vitamina C en un adolescente normal es de:*
- 30-50 mg.
 - 60-70 mg.
 - 15-25 mg.
 - 80-90 mg.
 - 5-10 mg.
- 43) *Cuál de los siguientes estudios efectuaría prioritariamente en un lactante varón con infección urinaria recidivante.*
- Cistouretrografía y eventual urografía excretora.
 - Investigación de formas L en el urocultivo.
 - Cistouretrografía.
 - Urografía excretora.
 - Clearance de creatinina.
- 44) *La apendicitis aguda en la primera infancia es grave por las siguientes razones, excepto una: señálela.*
- Porque no forma plastrón.
 - Porque su sintomatología proteiforme dificulta el diagnóstico temprano.
 - Porque evoluciona hacia la peritonitis a focos múltiples.
 - Porque produce septicemia precoz.
 - Porque produce rápidamente oclusión intestinal y desequilibrio humoral.
- 45) *Cuál es el mejor indicador para valorar la duración del déficit nutricional en un niño.*
- Peso.
 - Talla.
 - Albuminemia.
 - Relación entre aminoácidos esenciales y no esenciales en el plasma.
 - Espesor de los pliegues subcutáneos.
- 46) *Un niño de 10 meses de edad, desnutrido de 2º grado, internado a los 4 meses por deshidratación hipotónica del 8% y a los 6 meses por bronquiolitis grado II, recibe inmunoglobulina antisarampionosa por ser contacto de un hermano mayor con sarampión. Señale el lapso mínimo que deberá transcurrir para aplicar la vacuna antisarampionosa con expectativa de éxito.*
- 10 días.
 - 15 días.
 - 20 días.
 - 45 días.
 - 90 días.

10 **Suplemento: Autoevaluación**

- 47) *Cuál es el porcentaje de viraje tuberculínico en niños hasta 6 años de edad, no becegeizados, que impone búsqueda de focos bacilíferos y campaña de vacunación con B.C.G. en el recién nacido.*
- a) 6 %.
 - b) 3 %.
 - c) 1 %.
 - d) 15 %.
 - e) 10 %.
- 48) *El reflejo de prensión palmar desaparece habitualmente entre:*
- a) 2º y 3er. mes de edad.
 - b) 3º y 4º mes de edad.
 - c) 4º y 5º mes de edad.
 - d) 5º y 6º mes de edad.
 - e) 6º y 7º mes de edad.
- 49) *La madre de un niño de 4 años, consulta porque su hijo, que se conecta bien con sus padres, suele no responder a las preguntas que le formulan los adultos. Ante esta situación su primer diagnóstico sería:*
- a) Comienzo de un cuadro de autismo.
 - b) Conducta esperable para esta etapa evolutiva.
 - c) Relación simbiótica con su madre.
 - d) Depresión anaclítica.
 - e) Hipoacusia mixta.
- 50) *Cuál es el mejor método para definir a un niño obeso.*
- a) Relación peso/edad cronológica.
 - b) Relación peso/talla.
 - c) Velocidad de peso aumentada.
 - d) Peso: 2 desvíos estándar por encima de la mediana.
 - e) Medida de los pliegues grasos subcutáneos.
- 51) *En un adolescente, la causa más frecuente de obesidad es:*
- a) Trastorno hipotalámico.
 - b) Síndrome adiposo genital.
 - c) Síndrome de Cushing.
 - d) Hipotiroidismo.
 - e) Exceso de ingesta.
- 52) *El valor del ángulo poplíteo a las 48 horas de vida es habitualmente de:*
- a) 50º.
 - b) 90º.
 - c) 120º.
 - d) 140º.
 - e) 160º.
- 53) *Al minuto de nacer, un recién nacido a término presenta acrocianosis, flaccidez completa, respiración laboriosa e irregular, respuesta nula a estímulos y frecuencia cardíaca de 90 por minuto. Indique cuál es su score de Apgar.*
- a) 6.
 - b) 1.
 - c) 5.
 - d) 3.
 - e) 2.
- 54) *Cuál de los siguientes indicadores expresa mejor la eficacia de la vacuna B.C.G. en una comunidad.*
- a) Disminución de la incidencia de tuberculosis.
 - b) Pruebas de conversión serológica.
 - c) Por ciento de viraje de las pruebas tuberculínicas.
 - d) Descenso en la frecuencia de meningitis tuberculosa.
 - e) Disminución de la prevalencia tuberculosa.

- 55) *Los senos etmoidales.*
- Están formados en el recién nacido.
 - Se desarrollan entre el 2º y 3er. año.
 - Se desarrollan entre el 5º y 6º año.
 - Se desarrollan entre el 10º y 12º año.
 - Se desarrollan después de los 12 años.
- 56) *Un niño de 2 meses es llevado para su control mensual. Su circunferencia craneana, peso y longitud corporal se ubican en el percentilo 50 y la circunferencia cefálica en el 75. El examen físico es normal. Señale cuál sería su conducta.*
- Solicitar neuoroencefalografía.
 - Solicitar centellograma encefálico.
 - Solicitar radiografía de cráneo.
 - Controlar quincenalmente la circunferencia craneana.
 - Consultar a un neurocirujano.
- 57) *Seleccione, entre las siguientes, la alternativa que incluye las dos pautas que diferencian la hepatitis por virus A (MS₁) de la producida por virus B (MS₂).*
- Sus modos de transmisión y la forma de tratamiento específico.
 - Sus períodos promedio de incubación y el tipo de régimen dietético.
 - La indicación de gammaglobulina preventiva y sus modos de transmisión.
 - Sus períodos promedio de incubación y la indicación de gammaglobulina preventiva.
 - Sus modos de transmisión y sus períodos promedio de incubación.
- 58) *Señale la necesidad diaria de lípidos por kg de peso y por día en un lactante de 2 meses.*
- 0- 2 g.
 - 2- 4 g.
 - 4- 6 g.
 - 6- 8 g.
 - 8-10 g.
- 59) *Observe el listado de las siguientes enfermedades:*
- Enfermedad de Niemann-Pick.
 - Fenilcetonuria.
 - Enfermedad de Tay-Sachs.
 - Mongolismo.
 - Galactosemia.
- Seleccione la alternativa que contiene dos de dichas enfermedades, cuyo diagnóstico temprano y tratamiento adecuado evita secuelas neurológicas severas.*
- II y IV.
 - III y V.
 - I y III.
 - I y II.
 - II y V.
- 60) *Del 80 al 90 % de las células gliales adultas se alcanza como promedio:*
- Al finalizar la pubertad.
 - Al primer semestre postnatal.
 - Al 3er. mes de vida postnatal.
 - Alrededor de la 30ª semana postnatal.
 - Alrededor de los 2 y 1/2 años de edad.
- 61) *La madre de un niño de 5 años de edad refiere que su hijo presenta en los 2 últimos meses: inapetencia moderada, episodios de urticaria, dolor abdominal recurrente, 2 crisis convulsivas generalizadas, afebriles, de 3 minutos de duración cada una, que ceden espontáneamente y describe la presencia, en una deposición, de elementos que ella sospecha se trata de oxiuros muertos. Cuál de las siguientes conductas asumiría Vd.*
- Tratar la oxiuriasis en el niño e investigar oxiurus en los convivientes.
 - Tratar la oxiuriasis en el niño y en los convivientes menores de 14 años, indicando medidas higiénicas para el resto de los convivientes.
 - Tratar la oxiuriasis en el niño y evitar el colecho con el resto de los convivientes.
 - Tratar la oxiuriasis en el niño y en todos los convivientes, indicando las normas higiénicas pertinente para todos.
 - Ninguna de las conductas anteriormente citadas.

12 Suplemento: Autoevaluación

- 62) Las opciones enunciadas constituyen signos válidos para detectar la desnutrición, excepto una; señálela.
- a) Alopecia, esplenomegalia, leucoplasia de lengua.
 - b) Dermatitis pelagrosa, lengua depapilada, edemas.
 - c) Hepatomegalia, taquicardia, petequias.
 - d) Queratomalacia, despigmentación del cabello, hipotrofia muscular.
 - e) Alteración del esmalte dentario, rosario costal, hipotonía muscular.
- 63) El requerimiento diario de hierro en un niño normal de 6 meses es de:
- a) 15 mg/día.
 - b) 7 mg/día.
 - c) 30 mg/día.
 - d) 50 mg/día.
 - e) 5 mg/día.
- 64) Una urografía excretora muestra aplanamiento de papilas, disminución de la distancia corticopapilar y silueta renal irregular. El diagnóstico más probable es:
- a) Pielonefritis aguda.
 - b) Dilatación tubular.
 - c) Pielonefritis crónica.
 - d) Poliquistosis renal.
 - e) Riñón del hipotiroidismo.
- 65) La infección por virus Coxsackie puede interferir la efectividad de una de las siguientes vacunas; señálela.
- a) Antipoliomielítica (tipo Sabin).
 - b) Antipoliomielítica (tipo Salk).
 - c) Antisarampionosa.
 - d) Antitífica.
 - e) Antivariólica.
- 66)Cuál de las siguientes es la manifestación menos frecuente en la sepsis del recién nacido.
- a) Rechazo del alimento.
 - b) Cambio de coloración cutánea.
 - c) Distensión abdominal.
 - d) Modificación de su actividad.
 - e) Aumento de temperatura.
- 67) Señale el juego o actividad que es capaz de realizar un niño de 18 meses.
- a) Patear una pelota con dirección.
 - b) Construir una torre con 6 cubos.
 - c) Pararse con un solo pie.
 - d) Pedalear en triciclo.
 - e) Trasvasar contenidos.

- | I | II |
|------------------------|---|
| 68) a) Rubéola | (a) Período de invasión febril, que dura habitualmente 4 días y es el de máxima transmisibilidad de la enfermedad. |
| 69) b) Sarampión | (b) Signos prodrómicos escasos. Exantema morbiliforme. Existen formas clínicas sin exantema que imponen, en ocasiones, el diagnóstico serológico. |
| 70) c) Escarlatina | (c) Polimorfismo local y general de los elementos cutáneos. |
| 71) d) Varicela | (d) Fiebre de 3 días de duración y cuya desaparición coincide frecuentemente con la presentación de un exantema morbiliforme atenuado. |
| 72) e) Exantema súbito | (e) La forma clínica hemorrágica puede vincularse con la administración de corticoides. |
- 73) Ante un paciente con impétigo estreptocócico una de las siguientes afirmaciones es correcta; señálela.
- a) No es seguido de fiebre reumática.
 - b) Las antiestreptolisinas raramente aumentan.
 - c) El cultivo es siempre positivo.
 - d) No es seguido de glomerulonefritis.
 - e) Tanto a) y d) son ciertas.

- 74) Señale cuál de las siguientes entidades clínicas no se manifiesta habitualmente como síndrome bronquiolítico.
- Diseminación tuberculosa masiva pulmonar micronodulillar.
 - Septicemia estafilocócica.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Neumopatías por hidrocarburos.
 - Neumonía intersticial bilateral y masiva.
- 75) Las siguientes alternativas enuncian conductas médicas para contactos de enfermos con hepatitis viral aguda. Cuál adoptaría Vd.
- Inmunización pasiva.
 - Medidas higiénicas generales.
 - Identificación de enfermos anictéricos.
 - a) y b).
 - a), b) y c).
- 76) Un recién nacido con lúes congénita es tratado con éxito. Transcurrido un año qué reacción persistiría positiva.
- Test de inmunofluorescencia.
 - Reacción de Migliano.
 - VDRL cuantitativa.
 - Reacción de Kline.
 - Reacción de Wasserman.
- 77)Cuál de las siguientes drogas o medicamentos se concentra en la leche materna en proporción suficiente como para causar efectos indeseables en el lactante.
- Diazepóxidos.
 - Corticoides.
 - Antitiroideos.
 - Aspirina.
 - Isoniacida.
- 78) La cantidad de proteínas de la leche de vaca es de:
- 1- 2 g %.
 - 3- 4 g %.
 - 4- 6 g %.
 - 7- 8 g %.
 - 10-15 g %.
- 79) Un lactante de 3 meses de edad, vacunado con BCG intradérmica en el período neonatal, presenta una adenomegalia regional de 3 por 2 cm de consistencia elástica y piel sana. Cuál de las siguientes conductas asumiría.
- Exéresis ganglionar.
 - Tratamiento con isoniacida y corticoides.
 - Radioterapia local.
 - Tratamiento con isoniacida y rifampicina.
 - Ninguna de las anteriores.
- 80) Cuál de los agentes abajo propuestos es con más frecuencia responsable de las bronquitis agudas del niño.
- Virus de la influenza A y B.
 - Estreptococo.
 - Virus coxsackie A y B.
 - Virus parainfluenza 5 y 3.
 - Hemophilus influenzae.
- 81) Se entiende por crecimiento compensatorio (catch-up):
- La aceleración del crecimiento luego de superado un enlentecimiento patológico.
 - Las variaciones en la velocidad de crecimiento durante las distintas estaciones del año.
 - El ritmo de crecimiento que se observa en niños con patología grave.
 - El empuje de crecimiento puberal en niños con padres de baja estatura.
 - El ritmo de crecimiento observado en niños bajo condiciones ambientales desfavorables.

- 82) *Un niño del 2º semestre de vida comienza bruscamente con inapetencia diurna y a despertarse varias veces por las noches. Sus padres logran tranquilizarlo con administración de biberones. Señale su diagnóstico de probabilidad.*
- Parasitosis intestinal.
 - Cólicos intestinales.
 - Disfunción cerebral mínima.
 - Daño cerebral.
 - Angustia del 8º mes.
- 83) *En qué lapso de los abajo señalados la aplicación de gammaglobulina inmune antisarampionosa prevendría la aparición de la enfermedad de un niño susceptible al sarampión.*
- En los 3 primeros días posteriores al contacto.
 - Durante todo el período de incubación.
 - Hasta 2 días antes de aparecer el exantema.
 - Durante los 2 primeros días del período de invasión.
 - En ninguna de las situaciones antedichas.
- 84) *Lesiones compatibles con dermatitis seborreica suelen acompañar a una de las siguientes entidades; señálela.*
- Eritema nudoso.
 - Síndrome de Stevens-Johnson.
 - Enfermedad de Letterer-Siwe.
 - Epidermólisis ampollar.
 - Mastocitosis.
- 85) *Un niño de 7 meses ingiere:*
Todo los días: *Papa 1 unidad, batata 1 unidad, leche 1 litro, naranja 1 unidad, manzana 1 unidad y acelga 50 g.*
Día por medio: *Huevo 1 unidad, queso 50 g, zanahoria 1 unidad y zapallo 50 g.*
Cada 3 días: *Carne 80 g y zapallitos 1 unidad.*
Dicha dieta debe suplementarse con:
- Vitamina C.
 - Proteínas.
 - Hierro.
 - Calcio.
 - Ninguna de las anteriores es correcta.
- 86) *En un niño de 2 meses de edad Vd. esperarí encontrar los siguientes reflejos, excepto uno. Señálelo.*
- De paracaídas.
 - Moro completo.
 - Preensión plantar.
 - Babinsky.
 - Tónico cervical asimétrico.
- 87) *Un lactante de 3 meses presenta eritema que abarca nalgas, surcos interglúteos e inguinales y parte alta de muslos, cubierto en parte por lesiones papuloerosivas. Ante dicho cuadro, qué diagnóstico excluiría Vd.*
- Dermatitis amoniacal.
 - Sifilides del lactante.
 - Dermatitis moniliásica.
 - Eritema polimorfo.
 - Ninguno de ellos.
- 88) *Cuál de los siguientes microorganismos no ha sido implicado como agente etiológico del síndrome de Pertusis.*
- Bordetella Pertusis.
 - Virus sincicial respiratorio.
 - Hemophilus influenzae.
 - Bordetella Parapertusis.
 - Adenovirus.

- 89) Una niña de 8 meses presenta pinza digital, se lleva una galleta a la boca y la muerde, desde el decúbito dorsal no pasa a la posición de sentada y no gatea. El diagnóstico es:
- Retraso neuromotor leve.
 - Retraso neuromotor marcado.
 - Maduración adecuada.
 - Maduración normal en el área adaptativa y social pero retrasada en la motora.
 - Una alteración del tono muscular.
- 90) Un niño presenta lesiones papulosas, algunas urticarianas, combinadas con largos trazos de excoriaciones lineales que se localizan en el triángulo interescapular, pliegues posteriores de las axilas, abdomen, caderas y muslos. El diagnóstico es:
- Sarna.
 - Pediculosis de los vestidos.
 - Liquen rojo plano de Wilson.
 - Picadura de cimex lectularis (chinche).
 - Prurigo agudo.
- 91) El primer signo de desarrollo sexual puberal en el varón es:
- Aparición del vello axilar.
 - Aumento del tamaño testicular.
 - Aumento del tamaño del pene.
 - Aparición del vello pubiano.
 - Cambios en el tono de la voz.
- 92) Cuál es el mejor indicador antropométrico para valorar el déficit nutricional de un niño.
- Determinación de la edad ósea.
 - Déficit del peso en relación al de un niño sano de la misma talla del paciente.
 - Déficit del peso en relación con niños de la misma edad y sexo.
 - Relación entre circunferencia craneana y talla.
 - Espesor de los pliegues subcutáneos.
- 93) Cuál de los siguientes elementos indicaría para facilitar la actividad lúdica a un niño de 12 meses que ya camina solo.
- Vehículo con cordel para remolque.
 - Juegos de encaje.
 - Sonajeros.
 - Ollas y tapas de aluminio.
 - Ninguno de los anteriores.
- 94) Cuál de las siguientes pautas adoptaría para determinar el alta de un niño con hepatitis viral aguda.
- Desaparición de la hipocolia.
 - Desaparición de la coluria.
 - Normalización de las transaminasas.
 - Desaparición de la ictericia.
 - Normalización de las pruebas de floculación.
- 95) La lactancia materna está contraindicada en:
- Lúes materna.
 - Enfermedad mitral materna.
 - Fisura de paladar del niño.
 - Ingesta de hidantoínas por la madre.
 - Ninguna de las anteriores es correcta.
- 96) La laringitis subglótica es por lo general recidivante. El primer episodio es más frecuente:
- De 0 a 6 meses.
 - De 6 meses a 3 años.
 - De 3 años a 6 años.
 - De 6 años a 10 años.
 - Después de los 10 años.

- 97) *La introducción de papillas con cereales en niños menores de 6 meses que consumen fórmulas lácteas adecuadas, se realiza:*
- Por permitirlo la evolución psicomotora.
 - Para incrementar aportes vitamínicos.
 - Para incrementar aportes de hierro.
 - Por madurez del sistema enzimático digestivo.
 - Por ninguna de las razones anteriores.
- 98) *Ante una niña con una hernia inguinal derecha reductible, de 2 meses de edad, 4 kg de peso, 10 g/% de hemoglobina y buen estado general Ud. indicaría:*
- Operar de inmediato.
 - Operar cuando pese 5 kg.
 - Operar cuando la Hb. llegue a 12 g/%.
 - Operar cuando cumpla 4 meses.
 - Colocar elementos externos de reducción.
- 99) *Como consecuencia de la depresión grave del recién nacido se puede esperar las siguientes complicaciones, excepto una; señálela.*
- Shock cardiogénico.
 - Shock séptico.
 - Síndrome de dificultad respiratoria.
 - Fallo renal agudo.
 - Edema cerebral.
- 100) *Entre las siguientes alternativas señale la de aparición más temprana en la etapa preclínica de la desnutrición.*
- Balance negativo de nutrientes.
 - Alteración de la función pancreática.
 - Alteración de la función hepática.
 - Aplanamiento de las vellosidades intestinales.
 - Déficit de la actividad de lactasa.
- 101) *Ante un niño de 9 meses que, en pleno estado de salud, presenta llanto intenso, palidez y a las 8 horas vómitos, deposiciones sanguinolentas y postración, cuál sería entre los siguientes, su diagnóstico:*
- Púrpura de Henoch.
 - Colitis disenteriforme.
 - Apendicitis aguda hemorrágica.
 - Diverticulitis sangrante.
 - Invaginación intestinal.
- 102) *La poliomiелitis puede presentarse en niños vacunados por:*
- Defecto en la conservación de la vacuna.
 - Interferencia con otros enterovirus.
 - Inadecuada respuesta del sistema inmunológico.
 - Incumplimiento del esquema de inmunización primaria.
 - Todas las razones anteriores.
- 103) *Cuál de los siguientes esquemas terapéuticos es efectivo y no riesgoso en un niño de 10 años en crisis asmática.*
- Nebulizaciones con solución fisiológica y detergentes (Alevaire).
 - Efedrina oral 2 mg/kg/dosis cada 8 horas.
 - Aminofilina oral 7 mg/kg/dosis cada 8 horas.
 - Efedrina 1 mg/kg/dosis cada 8 horas y aminofilina oral 3 mg/kg/dosis cada 8 hs.
 - Adrenalina subcutánea.
- 104) *Cuál de los siguientes signos no es característico de la fenilcetonuria.*
- Cabellos rubios.
 - Ojos azules.
 - Cataratas.
 - Retardo mental.
 - Olor característico de la orina.

(Tache lo que no corresponda)

Filial

Residencia médica completa: sí - no

Años de recibido

- Clínica pediátrica general

Su actividad habitual es:

- Otra especialidad pediátrica

	a	b	c	d	e
1	151				
2	152				
3	153				
4	154				
5	155				
6	156				
7	157				
8	158				
9	159				
10	160				
11	161				
12	162				
13	163				
14	164				
15	165				
16	166				
17	167				
18	168				
19	169				
20	170				
21	171				
22	172				
23	173				
24	174				
25	175				

	a	b	c	d	e
26	176				
27	177				
28	179				
29	180				
30	181				
31	182				
32	183				
33	184				
34	185				
35	186				
36	187				
37	188				
38	189				
39	190				
40	191				
41	192				
42	193				
43	194				
44	195				
45	196				
46	197				
47	198				
48	199				
49	200				
50	201				

	a	b	c	d	e
51	202				
52	203				
53	204				
54	205				
55	206				
56	207				
57	208				
58	209				
59	210				
60	211				
61	212				
62	213				
63	214				
64	215				
65	216				
66	217				
67	218				
68	218				
69	220				
70	221				
71	222				
72	223				
73	224				
74	225				
75	226				

(Tache lo que no corresponda)

Filial

Residencia médica completa: sí-no

7

Años de recibido

- Clínica pediátrica general

Su actividad habitual es:

- Otra especialidad pediátrica

	a	b	c	d	e
1	1				
2	2				
3	3				
4	4				
5	5				
6	6				
7	7				
8	8				
9	9				
10	10				
11	11				
12	12				
13	13				
14	14				
15	15				
16	16				
17	17				
18	18				
19	19				
20	20				
21	21				
22	22				
23	23				
24	24				
25	25				

	a	b	c	d	e
26	26				
27	27				
28	28				
29	29				
30	30				
31	31				
32	32				
33	33				
34	34				
35	35				
36	36				
37	37				
38	38				
39	39				
40	40				
41	41				
42	42				
43	43				
44	44				
45	45				
46	46				
47	47				
48	48				
49	49				
50	50				

	a	b	c	d	e
51	51				
52	52				
53	53				
54	54				
55	55				
56	56				
57	57				
58	58				
59	59				
60	60				
61	61				
62	62				
63	63				
64	64				
65	65				
66	66				
67	67				
68	68				
69	69				
70	70				
71	71				
72	72				
73	73				
74	74				
75	75				

(Tache lo que no corresponda)

Filial

Residencia médica completa: sí-no

Años de recibido

- Clínica pediátrica general

Su actividad habitual es:

- Otra especialidad pediátrica

	a	b	c	d	e
1	76				
2	77				
3	78				
4	79				
5	80				
6	81				
7	82				
8	83				
9	84				
10	85				
11	86				
12	87				
13	88				
14	89				
15	90				
16	91				
17	92				
18	93				
19	94				
20	95				
21	96				
22	97				
23	98				
24	99				
25	100				

	a	b	c	d	e
26	101				
27	102				
28	103				
29	104				
30	105				
31	106				
32	107				
33	108				
34	109				
35	110				
36	111				
37	112				
38	113				
39	114				
40	115				
41	116				
42	117				
43	118				
44	119				
45	120				
46	121				
47	122				
48	123				
49	124				
50	125				

	a	b	c	d	e
51	126				
52	127				
53	128				
54	129				
55	130				
56	131				
57	132				
58	133				
59	134				
60	135				
61	136				
62	137				
63	138				
64	139				
65	140				
66	141				
67	142				
68	143				
69	144				
70	145				
71	146				
72	147				
73	148				
74	149				
75	150				

- 105) *Cuál de los siguientes agentes es la causa más frecuente de bronquiolitis.*
- Adenovirus.
 - Virus parainfluenza 3.
 - Virus sincicial respiratorio.
 - Haemophilus influenzae.
 - Agente Eaton.
- 106) *La pérdida del vínculo único con su madre y la presencia activa del padre en la relación con el hijo es necesaria a partir de los:*
- 6 meses.
 - 10 meses.
 - 12 meses.
 - 14 meses.
 - 20 meses.
- 107) *La giardia intestinal puede ocasionar los siguientes signos y síntomas excepto uno; señálelo.*
- Diarrea sanguinolenta.
 - Dolor abdominal.
 - Síndrome de malabsorción.
 - Anorexia moderada.
 - Deposiciones esteatorreicas.
- 108) *La presencia del reflejo tónico cervical asimétrico es normal hasta:*
- 6ª semana.
 - 8ª semana.
 - 10ª semana.
 - 12ª semana.
 - 14ª semana.
- 109) *Lea los siguientes signos oftalmológicos.*
- Pérdida de visión.
 - Nistagmus congénito.
 - Epífora.
 - Megalocórnea.
 - Opacidad corneana.
- En una de las siguientes alternativas están contenidos dos signos de aparición precoz en el glaucoma congénito; señálelo.*
- III y V.
 - III y IV.
 - II y IV.
 - I y III.
 - IV y V.
- 110) *Entre las dermatosis citadas señale aquella que en ningún caso puede incriminarse al esta-filococo.*
- Necrólisis epidérmica tóxica.
 - Querión de Celso.
 - Erupción escarlatiniforme.
 - Impétigo.
 - Perionixis.
- 111) *El aparato digestivo del recién nacido es deficitario en:*
- Sacarasa.
 - Maltasa.
 - Lactasa.
 - Beta glucuronidasa.
 - Beta oxidasas.
- 112) *Un niño es capaz de arrojar juguetes al suelo y solicitar que se los alcancen reiteradas veces a partir de los:*
- 4 meses.
 - 6 meses.
 - 9 meses.
 - 12 meses.
 - 14 meses.

18 Suplemento: Autoevaluación

- 113) *La desnutrición calórica en nuestro país afecta preferentemente a niños:*
- Menores de 1 año.
 - De 1 a 2 años.
 - Preescolares.
 - Escolares.
 - De cualquier edad.
- 114) *Para prevenir la enfermedad hemorrágica primaria del recién nacido la vitamina K₁ debe administrarse:*
- A la madre en la última semana del embarazo.
 - Al aparecer los primeros signos de hemorragia.
 - En las primeras 6 horas de vida.
 - En niños con antecedentes familiares hemorrágicos.
 - En ninguna de las anteriores.
- 115) *Lea las siguientes alternativas:*
- Fibroplasia retrolenticular.
 - Estenosis del conducto lacrimonasal.
 - Glaucoma congénito.
 - Simpatoblastoma.
 - Blefaritis alérgica.
- En una de las siguientes opciones están contenidas dos de las entidades citadas que deben ser explorados insoslayablemente en un lactante pequeño que presenta conjuntivitis a repetición; señálelas.*
- I y III.
 - II y IV.
 - III y V.
 - II y III.
 - III y IV.
- 116) *Señale la estación del año en que esperaría descubrir más lactantes del primer semestre de vida con signos clínicos de raquitismo carencial.*
- Otoño.
 - Primavera.
 - Verano.
 - Invierno.
 - Cualquiera.
- 117) *Señale cuál de las siguientes situaciones impone la internación de un lactante con diarrea aguda.*
- Ingestión de agua de pozo.
 - Presencia de sangre en materia fecal.
 - Deshidratación del 4 %.
 - Desnutrición de 3er. grado.
 - Cualquiera de las anteriores.
- 118) *Señale la dilución adecuada de la leche entera en polvo para un niño de 4 meses:*
- 20 %.
 - 12,5 %.
 - 10 %.
 - 8 %.
 - Ninguna de las anteriores es correcta.
- 119) *En cuál de las siguientes alternativas no está indicada en forma inmediata la administración de vitamina D.*
- Niño asintomático en el cual se descubre por anamnesis, ingreso deficitario de vitamina D.
 - Presencia de craneotabes y hueso frontal prominente.
 - Existencia de rosario costal palpable no visible e hipotonía muscular.
 - Engrosamiento de las metáfisis y cierre tardío de fontanelas.
 - Presencia de desnutrición de tercer grado (clasificación de F. Gómez).

- 120) *Cuál es la razón fundamental que obliga a esperar la edad de 6-7 años para el inicio de la escolaridad.*
- La posibilidad de mantener una adecuada disciplina.
 - El desarrollo psicomotor adecuado.
 - Una adecuada estabilidad emocional.
 - La posibilidad de integrar grupos de aprendizaje.
 - El logro de la reversibilidad del pensamiento.
- 121) *La desnutrición calórico-proteica severa suele acompañarse de los siguientes hallazgos, excepto uno; señálelo.*
- Colonización bacteriana en yeyuno-íleon.
 - Malabsorción de lactosa.
 - Déficit de inmunoglobulina A secretoria en intestino delgado.
 - Aplanamiento de las vellosidades intestinales.
 - Déficit permanente de las inmunoglobulinas séricas.
- 122) *El requerimiento diario de vitamina C en un lactante normal es de:*
- 90 mg.
 - 10 mg.
 - 20 mg.
 - 70 mg.
 - 50 mg.
- 123) *En la dermatitis del pañal una de las siguientes indicaciones es incorrecta; señálela.*
- Polvos descongostivos y ligeramente antisépticos.
 - Baños higiénicos diarios.
 - Empleo de pastas con sustancias reductoras.
 - Enjuague de pañales con agua bicarbonatada.
 - Enjuague de pañales con agua acidulada.
- 124) *Cuándo está indicado el uso de corticoesteroides en la bronquiolitis aguda del lactante:*
- Al prolongarse la dificultad respiratoria más de 48 horas.
 - Al presentar rechazo del alimento.
 - Cuando hay antecedentes de un episodio previo.
 - Siempre.
 - Nunca.
- 125) *Cuál es, desde el punto de vista sanitario, el examen más importante a solicitar en los convivientes de un niño con una primoinfección TBC.*
- Abreugrafía.
 - Reacción de Mantoux.
 - Examen semiológico.
 - Baciloscopia.
 - Eritrosedimentación.
- 126) *Un niño de 14 meses es traído a la consulta por frecuentes caídas durante la marcha. Al examen físico presenta pie plano y miembros inferiores con leve varo de rodilla. Señale la conducta adecuada.*
- Indicar vitamina D y calcio.
 - Consultar a un ortopedista.
 - Indicar plantillas.
 - Consultar a un neurólogo.
 - Considerarlo normal.
- 127) *Ante un niño con subluxación congénita y unilateral de cadera, cuál de los siguientes es el signo menos frecuente:*
- Signo de Ortolani positivo.
 - Asimetría de pliegues glúteos.
 - Desnivel de los trocánteres.
 - Motilidad pasiva dolorosa.
 - Abducción del miembro luxado.

- 128) *Una niña de 8 años de edad, procedente de la zona rural de Goya (Corrientes), es remitida a un centro asistencial de alta complejidad, para evaluar las posibilidades quirúrgicas de una cardiopatía congénita (tipo CIV). Un hemograma al ingreso muestra una anemia hipocrómica severa. Cuál sería entre los siguientes, el diagnóstico prioritario de probabilidad que explicaría dicha anemia.*
- Su cardiopatía congénita.
 - Aspergiliosis.
 - Amebiasis del rectosigmoide.
 - Uncinariasis.
 - Hidatidosis pulmonar.
- 129) *De las hormonas ennumeradas, cuál elegiría para tratar a un niño con ectopía testicular:*
- Andrógenos.
 - Corticoides.
 - ACTH de depósito.
 - Gonadotrofina coriónica.
 - Gonadotrofina sérica.
- 130) *Un niño nace a las 32 semanas de gestación, con un peso de 1.600 g. Al 4º mes de edad, no sostiene la cabeza. Ante esta situación Vd.:*
- Indicaría radiografía de cráneo.
 - Consultaría a un neurólogo.
 - Lo consideraría normal.
 - Solicitaría un electroencefalograma.
 - Solicitaría pruebas para detectar enfermedades metabólicas.
- 131) *Señale la edad en que Vd. comenzaría a brindar información sexual a un niño.*
- Con las primeras preguntas del niño.
 - Al comienzo de la escolaridad.
 - Al comienzo de la etapa de sociabilización.
 - Al finalizar la etapa adípica.
 - Aprovechando el nacimiento de un hermano.
- 132) *La supresión de la alimentación al pecho está indicada en:*
- Diarrea del niño.
 - Grietas del pezón.
 - Ictericia neonatal.
 - Intolerancia a la leucina.
 - Enfermedad galactosémica.
- 133) *Indique cuál de los siguientes síntomas o signos diferencian la laringitis supraglótica de las demás formas de obstrucción laríngea.*
- Imposibilidad de deglutir.
 - Irritabilidad motora.
 - Polipnea.
 - Hipertermia.
 - Estridor.
- 134) *Un niño es capaz de ordenar y guardar sus juguetes a la edad de:*
- 2 años.
 - 3 años.
 - 4 años.
 - 5 años.
 - 6 años.
- 135) *Cuál de las siguientes medidas adoptaría para un contacto de hepatitis viral aguda que ha recibido gammaglobulina preventiva.*
- Solicitar transaminasas a los 30 días del contacto.
 - Indicar reposo relativo durante 30 días.
 - Prescribir un régimen hepatoprotector moderado durante dos meses.
 - Solicitar búsqueda de antígeno australiano a los 20 días del contacto.
 - Ninguna de las medidas anteriores es necesaria.

- 136) *Un niño de 3 años de edad sufrió un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento que duró 2 horas; 60 días más tarde los padres consultan por pérdida de fluidez en el vocabulario y dificultad para iniciar la emisión de la palabra. Cuál sería su orientación inicial.*
- Hematoma subdural.
 - Conflicto emocional postraumático.
 - Epilepsia focal postraumática.
 - Disfunción cerebral mínima.
 - Ninguna de ellas es correcta.
- 137) *Un niño, portador de una leucemia linfoide aguda, presentaba, en el momento de diagnosticar su enfermedad, 35.000 elementos de 60 % de formas inmaduras. Al finalizar el tratamiento de inducción, con respuesta exitosa al mismo, Vd. descubre que el niño carece de las vacunas citadas a continuación. Señale cuál de ellas no se contraindica con esta situación.*
- Triple (D.P.T.).
 - Sabin oral.
 - Antisarampionosa.
 - Antivariólica.
 - Antiurliana.
- 138) *Cuál de los siguientes signos no acompaña al síndrome de Turner.*
- Infantilismo.
 - Cúbito varo.
 - Coartación de la aorta.
 - Pterigium colli.
 - Linfoedema de manos y pies.
- 139) *A partir de cuál de los siguientes valores del recuento absoluto de neutrófilos se puede sospechar la existencia de infección bacteriana durante la primera semana de vida.*
- 4.500.
 - 5.000.
 - 7.000.
 - 9.000.
 - 12.000.
- 140) *Un niño de 5 años de edad, susceptible al sarampión, ha sido contacto de la enfermedad y 24 horas después, por desconocimiento de dicho contacto, recibe la vacuna antisarampionosa. Cuál sería el resultado más probable de esta situación.*
- La presentación de una forma atenuada.
 - La aparición de una forma grave por la suma de efectos del virus de la vacuna y del natural.
 - La prevención de la enfermedad.
 - La presentación de una forma común.
 - La aparición de una forma con exantema confluyente o equimótico.
- 141) *Un niño normal es capaz de imitar una línea vertical a la edad de:*
- 1 año.
 - 2 años.
 - 3 años.
 - 4 años.
 - 5 años.
- 142) *Un niño de 5 años comienza con encopresis diurna y sus heces son de características normales. Señale cuál sería su actitud.*
- Investigar parasitosis.
 - Solicitar electroencefalograma.
 - Investigar megacolon aganglionar.
 - Orientación familiar.
 - Solicitar psicodiagnóstico.

22 **Suplemento: Autoevaluación**

- 143) *Cuál de las siguientes entidades es causa más frecuente de trismus en la edad escolar.*
- Tétanos.
 - Rabia.
 - Herpangina.
 - Flemón periamigdalino.
 - Botulismo.
- 144) *Cuál de las siguientes malformaciones cardíacas es más frecuente en el síndrome de Down.*
- Estenosis de la arteria aorta.
 - Estenosis de la arteria pulmonar.
 - Defectos del canal atrioventricular.
 - Tetralogía de Fallot.
 - Transposición completa de los grandes vasos.
- 145) *La dermatitis seborreica del lactante se localiza más frecuentemente en:*
- Palmas y plantas.
 - Pliegues axilar e inguinal.
 - Surco retroauricular.
 - Pliegues interdigitales.
 - Ninguna de las anteriores.
- 146) *La vacuna BCG I.D. puede ser responsable de:*
- Reactivación lesional.
 - Diseminación hemática.
 - Localizaciones pulmonares.
 - Reacciones alérgicas inmediatas.
 - Ninguna de las anteriores.
- 147) *Señale cuál es el grupo ganglionar intratorácico más frecuentemente afectado en la primoinfección T.B.C.*
- Hiliares derechos.
 - Intertraqueobrónquicos.
 - De Botal.
 - Paratraqueales derechos.
 - Hiliares izquierdos.
- 148) *Señale la etiología más frecuente de anemia en niños de 6 meses a 2 años en nuestro país.*
- Carencia de folatos.
 - Carencia de hierro.
 - Carencia de vitamina B₁₂.
 - Uncinariasis.
 - Desnutrición de 2º grado.
- 149) *Un lactante de 8 meses, portador de una cardiopatía congénita acianótica (CIV), debe recibir las primeras dosis de vacuna Sabin y D.P.T. Al examinarlo, el niño se halla en buen estado general, afebril, pero con catarro de vías aéreas superiores. Cuál de las siguientes conductas adoptaría:*
- Postergar la administración de ambas vacunas 21 días.
 - Trasladar su administración hasta la desaparición de los síntomas catarrales.
 - Tratamiento sintomático del catarro y administración de las vacunas.
 - Administrar D.P.T. ese día y postergar 10 días la Sabin oral.
 - Administrar Sabin ese día y postergar la D.P.T. por 15 días.
- 150) *Señale cuál sería su actitud ante un preescolar con masturbación compulsiva, suponiendo que Ud. dispone de todos los medios de diagnóstico y tratamiento.*
- Solicitar electroencefalograma.
 - Indicar ansiolíticos.
 - Solicitar psicodiagnóstico.
 - Orientación a los padres.
 - Orientación a su maestra.

- 151) *La enfermedad nutricional más frecuente en nuestro país es la:*
- Galactosemia.
 - Celiaquía.
 - Desnutrición.
 - Diabetes.
 - Obesidad.
- 152) *Un cultivo de orina obtenida por punción vesical suprapúbica desarrolla 100 colonias de E. Coli por ml. Se debe considerar:*
- Dudoso de infección urinaria.
 - Diagnóstico de infección urinaria.
 - Signo de contaminación al obtener la muestra.
 - Error tolerable del método.
 - Indicador de niño no infectado.
- 153) *Los miedos sin relación a una experiencia previa atemorizante son normales a:*
- Los 8 meses.
 - Los 3 años.
 - Los 5 años.
 - Los 7 años.
 - Nunca.
- 154) *Considerando los antígenos diftérico (D) pertussis (P) y tetánico (T), cuál de las siguientes asociaciones debe efectuarse a partir de los 6 años de edad.*
- D.P.T.
 - D.T.
 - P.T.
 - D.P.
 - Ninguna de ellas.
- 155) *Señale, entre las siguientes, la forma clínica más frecuente de hepatitis viral aguda en pediatría.*
- Ictérica.
 - Crónicamente activa.
 - Colestásica.
 - Anictérica.
 - Prolongada.
- 156) *Señale la cantidad aproximada de vitamina D que contiene las leches maternizadas, por litro.*
- 50- 150 Unidades.
 - 200- 350 Unidades.
 - 400- 800 Unidades.
 - 900-1500 Unidades.
 - 2000-3000 Unidades.
- 157) *En un niño la complicación más frecuente de la primoinfección tuberculosa es la:*
- Obstrucción bronquial.
 - Tuberculosis cavitaria.
 - Perforación bronquial.
 - Hemoptisis.
 - Fibrosis pulmonar.
- 158) *De las cinco afirmaciones que siguen sólo una es correcta; señálela.*
- El empuje puberal promedio de la talla ocurre a los 10 años en la mujer y a los 14 en el varón.
 - El clima de la región influye de manera directa y preponderante en su crecimiento.
 - En el primer año de vida la longitud corporal aumenta en promedio 15 cm.
 - La maduración de los dientes temporarios está estrechamente relacionada con la maduración esquelética y ósea.
 - El desarrollo puberal normal coincide con el incremento de la capacidad intelectual.

24 **Suplemento: Autoevaluación**

- 159) *Un niño de 4 años de edad presenta un exantema que, a la observación, no permite establecer el diagnóstico diferencial entre sarampión y escarlatina. Señale, aquella que facilitaría el diagnóstico.*
- El tipo de fiebre del período de invasión.
 - La presencia de faringitis eritematosa.
 - La diferente percepción táctil de la piel.
 - La presencia de tos emetizante.
 - La existencia de glomerulonefritis.
- 160) *En el desarrollo de la prensión palmar la pinza superior índice-pulgar aparece habitualmente entre los:*
- 4 - 6 meses.
 - 6 - 8 meses.
 - 9 - 11 meses.
 - 11 - 13 meses.
 - 13 - 15 meses.
- 161) *Los siguientes enunciados vinculados con la otitis media aguda supurada en el niño de primera infancia, son ciertos excepto uno; señálelo.*
- La otalgia es un síntoma que puede faltar en un alto porcentaje de casos.
 - La fiebre constituye un signo infaltable.
 - El tímpano congestivo, como signo único, no permite hacer diagnóstico de certeza.
 - La opacificación de la membrana timpánica es un signo constante.
 - La ampicilina, empleada como antibiótico único, es actualmente el más eficaz para su tratamiento.
- 162) *¿Cuál es la alteración más temprana del equilibrio ácido-base en la sepsis del recién nacido?*
- Acidosis respiratoria.
 - Acidosis metabólica.
 - Alcalosis respiratoria.
 - Alcalosis metabólica.
 - Acidosis mixta.
- 163) *¿Cuál de las siguientes indicaciones elegiría para iniciar la realimentación de un lactante en el período de recuperación luego de una diarrea aguda de 10 días de duración?*
- Fórmula sin lactosa.
 - Leche semidescremada, con sacarosa.
 - Leche fluida de vaca, diluida al 1/2.
 - Leche maternizada.
 - Ninguna de ellas.
- 164) *Las siguientes opciones constituyen contraindicaciones para administrar vacuna Sabin oral, excepto una; señálela.*
- Administración previa de corticoides durante 15 días.
 - Deshidratación por diarrea en niño afebril.
 - Coriza asociada a rechazo del alimento.
 - Leucosis en remisión clínica y hematológica en tratamiento con methotrexate.
 - Enfermedad febril aguda que no requiere tratamiento antibiótico.
- 165) *El aporte diario aconsejable por kg de peso de proteínas durante el segundo año de vida es de:*
- 0,5-1 g.
 - 1 -1,5 g.
 - 1,5-2 g.
 - 2 -2,5 g.
 - 2,5-3 g.

166) La *vaginoscopia* está indicada en una de las siguientes opciones; señálela.

- a) Vulvovaginitis gonocócica.
- b) Flujo leucorreico inespecífico.
- c) Vulvovaginitis hemorrágica.
- d) Vulvovaginitis candidiásica.
- e) En todas ellas.

167) Un niño es capaz de correr con soltura a la edad promedio de:

- a) 12 meses.
- b) 15 meses.
- c) 18 meses.
- d) 24 meses.
- e) 36 meses.

En la columna I se citan gérmenes identificados con letras. En la columna II se registran expresiones de su patogenicidad. Correlacione ambas columnas colocando la letra de la columna I en el paréntesis correspondiente de la columna II.

I

II

- | | | |
|--|-----|--|
| 168) a) <i>Vibrión colérico</i> | () | Capacidad penetrante con formación de micro- |
| 169) b) <i>Shigella</i> | () | ulceraciones, endotoxina que se absorbe. |
| 170) c) <i>Salmonella</i> | () | No penetrante. Toxigénico; enterotoxina que |
| 171) d) <i>Escherichia coli enteropatógeno</i> | () | produce hipersecreción intestinal. |
| 172) e) <i>Endoameba coli</i> | () | Carece de patogenicidad.
Acción: penetrante o toxigénica.
Capacidad penetrante e invasora (Bacteriemia). |

173) Un niño de 3 años presenta obstrucción nasal unilateral con rinorrea fétida. El diagnóstico más probable es:

- a) Sinusitis maxilar.
- b) Adenoiditis.
- c) Océna.
- d) Etmoiditis.
- e) Cuerpo extraño.

174) ¿Cuál de los factores propuestos a continuación tiene mayor vinculación con la etiología de la desnutrición calórico-proteica?

- a) Programas inadecuados de atención médica.
- b) Bajo nivel de ingresos del grupo familiar.
- c) Escasa producción de alimentos de alto contenido proteico en la zona.
- d) Número insuficiente de médicos pediatras.
- e) Falta de administración de leche u otras fuentes proteicas a los niños en la escuela.

175) Las siguientes situaciones excepto una, pueden causar retraso de crecimiento fetal; señálela.

- a) Embriopatía rubeólica.
- b) Irradiación de la embarazada.
- c) Síndrome de gestosis.
- d) Trasposición de grandes vasos.
- e) Anomalías cromosómicas.

176) Ante un recién nacido de término con isoimmunización, ¿a partir de cuál de los siguientes valores de bilirrubina en sangre de cordón está indicada la exanguinotransfusión?

- a) 3 mg/%.
- b) 5 mg/%.
- c) 7 mg/%.
- d) 10 mg/%.
- e) 20 mg/%.

- 177) ¿Cuál de los siguientes gérmenes es capaz de producir con mayor frecuencia neumonía bullosa:
- Bordetella pertussis.*
 - Proteus sp.*
 - Haemophilus influenzae.*
 - Pseudomona aeruginosa.*
 - Klebsiella pneumoniae.*
- 178) ¿Cuál de las entidades enunciadas no es causa de estridor respiratorio?
- Aspiración de la epiglotis.
 - Angioma subglótico.
 - Parálisis bilateral de las cuerdas vocales.
 - Hipertrofia de timo.
 - Doble arco aórtico.
- 179) Señale la cantidad adecuada de calorías para un niño pretérmino entre el 10º y 15º día de vida.
- 60 cal/kg/día.
 - 100 cal/kg/día.
 - 120 cal/kg/día.
 - 160 cal/kg/día.
 - 180 cal/kg/día.
- 180) Un niño de 8 años convive con su padre bacilífero. A los 6 años de edad recibió vacuna BCG intradérmica con nódulo tardío. Actualmente presenta examen clínico y radiológico normal con P.P.D. 2 U.T. de 8 mm. Señale la conducta adecuada.
- Tratamiento con 2 drogas.
 - Quimioprofilaxis.
 - Control clínico y radiológico periódico.
 - Separación del foco.
 - Reiterar vacunación con BCG.
- 181) ¿Cuál de los siguientes agentes es responsable más frecuente de otitis media supurada en niños mayores de 2 años de edad.
- Estreptococo piógeno* (grupo A).
 - Estafilococo dorado.*
 - Haemophilus influenzae.*
 - Neumococo.*
 - Neisseria catarrhalis.*
- 182) Ante un niño cuyo riñón muestra incapacidad para acidificar y concentrar la orina, proteinuria de 0,2 g/litro y sedimento con 15 leucocitos, 2 cilindros granulosos y 10 hematíes por campo, su diagnóstico prioritario sería:
- Pielonefritis aguda.
 - Síndrome nefrótico primario.
 - Glomerulonefritis crónica progresiva.
 - Glomerulitis focal.
 - Tuberculosis renal.
- 183) Los senos frontales
- Están formados en el recién nacido.
 - Se desarrollan entre el 2º y 3er. año.
 - Se desarrollan entre el 5º y 6º año.
 - Se desarrollan entre el 10º y 12º año.
 - Se desarrollan después de los 12 años.

- 184) *La dilución adecuada de la leche entera en polvo para un niño de 20 días es de:*
- a) 8,5 %.
 - b) 12,5 %.
 - c) 15 %.
 - d) 20 %.
 - e) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 185) *El "score" de Apgar está directamente relacionado con:*
- a) La glucemia.
 - b) La calcemia.
 - c) La p.CO₂.
 - d) La p.O₂.
 - e) El pH.
- 186) *Las siguientes constituyen causas agravantes de hiperbilirrubinemia en el recién nacido, excepto una; señálela:*
- a) Hipocalcemia.
 - b) Hipercapnia.
 - c) Hipoxemia.
 - d) Acidosis metabólica.
 - e) Hipoglucemia.
- 187) *Señale la leche indicada en un recién nacido pretérmino de bajo peso para su edad gestacional.*
- a) Entera en polvo.
 - b) Maternizadas.
 - c) Babeurres.
 - d) Fluidas.
 - e) Hipoglucemia.
- 188) *Cuál sería el diagnóstico de probabilidad ante un niño que presenta un episodio de intensa congestión conjuntival que incluye el repliegue semilunar, secreción serosa y adenopatía preauricular.*
- a) Conjuntivitis bacteriana.
 - b) Iridociclitis aguda.
 - c) Conjuntivitis viral.
 - d) Glaucoma agudo.
 - e) Conjuntivitis tuberculosa.
- 189) *Cuál de las siguientes conductas asumiría Vd. ante un niño de 7 años de edad que presenta una herida cortante sucia en dorso de mano, y recibió suero antitetánico 3 meses antes del accidente actual y 3 dosis de vacuna D.P.T. en el 1er. año de vida.*
- a) Nueva aplicación de suero y 1 dosis de toxoide tetánico adsorbido.
 - b) Dos dosis de toxoide tetánico fluido con 4 semanas de intervalo entre ellas.
 - c) Inmunoglobulina tetánica y 3 dosis de toxoide adsorbido.
 - d) Tres dosis de toxoide tetánico adsorbido.
 - e) 250 U.I. de inmunoglobulina tetánica humana.
- 190) *Un niño normal es capaz de integrarse en grupos de juegos a la edad de:*
- a) 1 año.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 4 años.
 - e) 5 años.

- 191) *Los siguientes enunciados, vinculados con el tejido adenoideo y sus procesos inflamatorios, son ciertos excepto uno; señálelo.*
- a) La etiología inicial de la adenoiditis aguda es habitualmente bacteriana (90-95 %), predominando el estreptococo, estafilococo y hemophilus influenza.
 - b) El compromiso timpánico bilateral constituye un hallazgo frecuente en la adenoiditis aguda.
 - c) La involución espontánea del tejido adenoideo y el aumento de la resistencia adquirida a las infecciones hacen disminuir significativamente la incidencia de adenoiditis a partir del 5º y 6º año de vida.
 - d) El tejido adenoideo está escasamente desarrollado hasta el 3º y 4º mes de vida, edad en que comienza su rápido crecimiento hasta alcanzar su máximo tamaño, habitualmente entre los 18 y 24 meses. A partir de los 2 años de edad, comienza su involución.
 - e) La otitis media supurada recidivante con adenoides obstructiva e hipoacusia progresiva, constituye una indicación de adenoidectomía.
- 192) *Las complicaciones enunciadas a continuación están asociadas a la vacuna antivariólica excepto una; señálela.*
- a) Trombocitopenia.
 - b) Eritema multiforme.
 - c) Vacuna generalizada.
 - d) Autoinoculaciones.
 - e) Vacuna gangrenosa.
- 193) *En cuál de las siguientes situaciones administraría gammaglobulina anti Rh.*
- a) Madre de recién nacido con enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh.
 - b) Primípara sensibilizada por transfusión previa.
 - c) Madre Rh negativo no sensibilizada con hijo Rh positivo de 15 días de vida.
 - d) Madre Rh negativo no sensibilizada con hija Rh negativo de 2 días de vida.
 - e) Madre Rh negativo no sensibilizada con hijo Rh negativo de 24 horas de vida.
- 194) *Señale la alternativa que contiene una entidad clínica capaz de producir iridocelitis.*
- a) Artritis reumatoidea.
 - b) Glaucoma congénito.
 - c) Enfermedad de Hurler.
 - d) Homocistinuria.
 - e) Fiebre reumática.
- 195) *Señale qué carencias debe prevenir en un niño de 5 meses alimentado al pecho exclusivamente.*
- a) Vitaminas A y B.
 - b) Vitaminas D y A.
 - c) Vitaminas A y Fe.
 - d) Vitaminas D y Fe.
 - e) Vitaminas C y B.
- 196) *Cuál de los siguientes recursos estima Vd. como más valioso para evaluar a un niño con dolor abdominal recurrente.*
- a) Pielograma excretor y hemograma
 - b) Búsqueda de sangre oculta en materia fecal.
 - c) Examen radiográfico y contrastado de colon.
 - d) Historia personal y familiar detallada.
 - e) Examen parasitológico de materia fecal.
- 197) *El tratamiento de elección de la sarna es:*
- a) Griseofulvina.
 - b) Antihistamínicos.
 - c) Pomada de Helmerich.
 - d) Corticoides locales.
 - e) Benzoato de bencilo.

- 198) *La eficacia del calendario de inmunización con vacuna triple (D.P.T.) se mantiene, si los intervalos entre las 3 primeras dosis no son mayores de:*
- 2 meses.
 - 3 meses.
 - 4 meses.
 - 5 meses.
 - 6 meses.
- 199) *Cuál es el dato más confiable para predecir qué un niño puede ser un adulto obeso.*
- Aumento excesivo de peso durante el primer año de vida.
 - Relación peso/talla a los 4 años.
 - Relación peso/edad cronológica.
 - Ambos progenitores obesos.
 - Espesor de pliegues subcutáneos a los 4 meses.
- 200) *Cuál de las siguientes alternativas no es característica del síndrome de Klinefelter.*
- Disminución urinaria de F.S.H.
 - Cromosomas sexuales XXY.
 - Ginecomastia.
 - Esterilidad.
 - Cromatina sexual positiva.
- 201) *En cuál de las siguientes infecciones del recién nacido no se encuentra elevada la Ig M en sangre de cordón:*
- Sepsis neonatal.
 - Toxoplasmosis.
 - Chagas-Mazza.
 - Lúes.
 - Todas las anteriores.
- 202) *Cuál de los siguientes adjetivos adoptaría Vd. para calificar la estadía del recién nacido sano en Nursery:*
- Benéfica.
 - Lesionante.
 - Indiferente.
 - Necesaria.
 - Conveniente.
- 203) *Los valores siguientes constituyen hallazgos posibles en la 15ª semana durante el curso evolutivo de la hepatitis aguda de origen viral.*
- Fosfatasas alcalinas: 6 U.B.
 - Transaminasas G.P.: 200 U.K/ml.
 - Bilirrubina total: 1 mg %.
 - Gammaglobulina: 2,2 g %.
 - Colesterolemia: 150 mg %.
- Seleccione, entre las siguientes, la alternativa que contiene las dos determinaciones cuyos valores constituyen indicación de punción biopsia hepática.*
- I y IV.
 - II y V.
 - II y IV.
 - III y IV.
 - II y III.
- 204) *En la evaluación de la vacuna antisarampionosa los siguientes enunciados se han aceptado como válidos excepto uno; señálelo.*
- La administración en niños desnutridos no es recomendable.
 - La presentación de una forma atenuada es infrecuente en los vacunados.
 - La revacunación es conveniente en niños que la recibieron antes de los 9 meses.
 - La inmunidad que confiere es de aproximadamente un 98 %.
 - La administración puede realizarse en épocas de epidemia.

30 Suplemento: Autoevaluación

- 205) *Un niño de 7 años, hijo de padres altos, presenta una estatura ubicada en el percentilo 3. Un año más tarde se localiza 4 cm por debajo del mismo percentilo. En ese período creció 2 cm. Señale la conducta más correcta.*
- Realizar nuevo control de talla 6 meses más tarde.
 - Realizar nuevo control de talla 12 meses más tarde.
 - Investigar causa de crecimiento anormal.
 - Indicar vitaminas y andrógenos por vía I.M.
 - Indicar esteroides anabólicos por vía oral.
- 206) *Cuál de los siguientes reflejos esperaría encontrar en un niño de 5 meses de edad.*
- De incurvación del tronco.
 - De reptación.
 - De marcha automática.
 - De paracaídas.
 - Ninguno de los anteriores.
- 207) *Cuál de las siguientes determinaciones es insoslayable antes de iniciar un tratamiento prolongado con corticoides.*
- Glucemia.
 - Potasemia.
 - Reacción de Mantoux.
 - Proteinograma electroforético.
 - Urocultivo.
- 208) *Un recién nacido sano, alimentado al pecho presenta bruscamente al tercer día de vida hipertemia de 38°C, inquietud y oliguria. La causa más frecuente es:*
- Sepsis del recién nacido.
 - Tétanos.
 - Hipoglucemia.
 - Deshidratación.
 - Fallo renal agudo.
- 209) *Lactante de 6 meses, sano hasta la enfermedad actual, con un síndrome bronquiolítico de 24 horas de evolución. Frecuencia respiratoria de 80 por minuto y cardíaca de 200 por minuto, afebril. Rechazo del alimento, dificultad para dormir y tiraje universal. La radiografía de tórax muestra silueta cardíaca normal, diafragmas descendidos, y campos pulmonares hiperclaros sin zonas de condensación. Además de oxígeno al 40% en atmósfera saturada de humedad indicaría:*
- Hidratación. Antibióticos. Corticoides.
 - Antibióticos. Posición semisentada. Corticoides.
 - Antibióticos. Posición semisentada. Digitálicos.
 - Posición semisentada. Digitálicos. Hidratación.
 - Hidratación. Antibióticos. Digitálicos.
- 210) *El cuadro clínico de la hepatitis aguda puede presentar los siguientes signos:*
- Acolia.
 - Hepatomegalia.
 - Ictericia.
 - Vómitos.
 - Coluria.
- Señale, entre las alternativas que siguen, la que incluye los dos signos cuya ausencia permanente torna poco probable el diagnóstico de hepatitis aguda.*
- I y V.
 - II y IV.
 - II y III.
 - III y V.
 - II y V.

- 211) *Ante niño con ectopia testicular unilateral que no respondió a la hormonoterapia, cuándo indicaría intervención quirúrgica.*
- Antes de los 4 años.
 - A los 6 años.
 - A los 8 años.
 - A los 10 años.
 - En cualquier momento antes de la pubertad.
- 212) *Un lactante de 9 meses, eutrófico, presenta desde hace 24 horas deposiciones semilíquidas, pequeñas y de aspecto mucoso. Cuál de los tratamientos propuestos indicaría en las siguientes 48 horas.*
- Antibióticos orales no absorbibles (polimixina, colistín).
 - Hidratación oral exclusiva con soluciones glucosalinás.
 - Astringentes intestinales (pectina, caolín).
 - Hidratación oral y reducción del aporte alimenticio.
 - Antibióticos de acción sistémica (Cloramfenicol, sulfa) por vía oral.
- 213) *Ante un niño con dificultad respiratoria y afonía de comienzo brusco, se debe pensar en:*
- Difteria.
 - Laringitis subglótica.
 - Epiglotitis.
 - Cuerpo extraño.
 - Laringitis supraglótica.
- 214) *Cuál es el mejor indicador para determinar el fin del proceso de recuperación nutricional.*
- Valores normales de albuminemia.
 - Alcance del Grado I de la clasificación de F. Gómez.
 - Aumento diario de 60 g en niños menores de 12 meses.
 - Un peso normal para su talla y edad.
 - Velocidad de peso igual a cero.
- 215) *El síndrome de Down suele asociarse con una de las siguientes enfermedades; señálela.*
- Torulosis.
 - Espina bífida.
 - Anemia de Cooley.
 - Anemia hemolítica.
 - Leucemia.
- 216) *Un niño presenta durante sus primeros dos años de vida episodios reiterados de bronquitis obstructiva. Su pronóstico alejado más probable es:*
- Asma bronquial.
 - Bronquiectasias.
 - Curación sin secuelas.
 - Enfisema.
 - Fibrosis pulmonar.
- 217) *Los enunciados siguientes se refieren a la administración de vacuna B.C.G. en el R.N. Indique la opción correcta.*
- Por vía oral en 2 dosis de 100 mg cada una con intervalo de 15 días entre ellas.
 - No es aconsejable su administración.
 - Por vía intradérmica previa investigación tuberculínica.
 - Por vía oral —1 dosis de 200 mg— a través de sonda nasal para evitar otitis y/o adenitis por B.C.G.
 - Por vía intradérmica sin investigación tuberculínica previa.

218) *La absorción del hierro ingerido en el niño sano es:*

- a) del 10 %.
- b) menor del 5 %.
- c) del 20 al 30 %.
- d) del 50 %.
- e) del 75 %.

219) *De todas las causas que producen retardo del crecimiento, las enfermedades endocrinas constituyen:*

- a) Menos del 5 %.
- b) 5 al 15 %.
- c) 16 al 25 %.
- d) 26 al 35 %.
- e) Más del 36 %.

220) *¿Por qué se desaconseja la vacuna triple (D.P.T.) a partir de los 6 años de edad?*

- a) Porque más allá de esa edad la difteria no constituye problema sanitario.
- b) Porque luego de esa edad la primovacunación (4 dosis) confiere inmunidad permanente contra la coqueluche.
- c) Porque los efectos indeseables de la fracción anticoqueluche son mayores que los de la enfermedad natural.
- d) Porque más allá de esa edad la coqueluche nunca provoca complicaciones.
- e) Por todas las razones anteriormente expuestas.

Han colaborado en la formulación de las preguntas los siguientes colegas:

Dr. O. Abeyá.
" H. Aja Espil.
" O. Anzorena.
" F. G. de Aramburu.
" J. C. Arauz.
" A. Betinsoli.
" N. Bonesana.
" J. Castaño.
" R. Caligari.
" A. Ciancia.
" L. F. de Coriat.
" H. G. Crespi.
" R. Dameno.
" R. Emiliani.
" R. Figueiredo.
" R. Garrote.
" I. Gómez Carballo.
" J. Halac.
" A. Iribarne.
" J. C. Jaureguierry
" E. Kreutzer.
" H. Lejarraga.

Dr. N. Lisman
" A. Lubetkin.
" J. Maffei.
" H. Mora.
" J. Morano.
" A. O'Donnell.
" A. Pérez.
" D. Pierini.
" C. Rezzónico.
" J. Ribó.
" V. Ruiz Moreno.
" A. Ruty.
" C. Soage.
" H. Solari.
" D. Stambouliau.
" M. Sykuler.
" I. M. de Taubenslag.
" L. Taubenslag.
" H. Toccalino.
" L. Voyer.
" S. Wassertreguer.
" C. E. F. E. N.

Comité de Tisioneumonología.

La Sociedad Argentina de Pediatría agradece la colaboración de las señoras Marta C. de Pizzia y Beatriz Elina F. de Aparicio.