



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

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

Director Titular

Dr. Leonardo Vázquez

1º Director Asociado

Dra. Débora Rocca Huguet

2º Director Asociado

Dr. Edgardo Flamenco

Coordinadores

Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Jorge Celestino /

Dra. Mariana Rodríguez Ponte /

Dr. Oscar Ruiz

Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Gladys Convertini /

Dr. Fausto Ferolla / Dr. Alberto Libanio /

Dr. Silvia Redensky

Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dr. Carlos Luzzani /

Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /

Dra. Mirta Vázquez /

Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /

Dr. Jorge Buraschi / Dr. José Luis Cervetto /

Dra. Beatriz Burbinski / Dr. Domingo Longo /

Dr. Gustavo Bardaui / Dr. Saúl Gleich

SECCIONES

- Editorial..... 1
- Aspectos emocionales del colecho 4
- Invitemos a leer.
El rol del pediatra. Primera parte.. 5
- Qué debe saber el pediatra sobre vacunas 9
- Perlitas legales 11
- Ejercicio clínico 13
- Entrevista 16
- Hospital Luisa C. de Gandulfo, Lomas de Zamora 20
- Boletín bibliográfico..... 22

EDITORIAL

MAESTROS

Me encontraba promediando el último Editorial de mi gestión al frente de la Región Metropolitana sobre "Seguridad del Paciente", cuando Patricia Cirigliano se contactó con Carlos Luzzani y conmigo para pedirnos, como co-editores de *Noticias Metropolitanas*, que prologáramos su libro de próxima aparición. El mismo lleva por título: "*Soy Pediatra*" y es una recopilación de todos los reportajes que se le efectuaron a prestigiosos y reconocidos pediatras desde el número 45 de la Revista, en el año 2009, hasta la actualidad.

Aceptamos la propuesta pero en lo personal, cuando estaba redactando parte de ese prólogo sentí una necesidad interior, casi compulsiva, de rendir un justo y sentido homenaje a Maestros de la Pediatría que ya no están con nosotros. Que partieron de este mundo dejándonos sus enseñanzas y una impronta indeleble para toda la pediatría, pero mucho más para los que los conocimos y en muchos casos compartimos momentos profesionalmente. Tomé la determinación, y es así como "Seguridad del Paciente" se publicará en algún número próximo como un artículo más y me aboqué a recordar a estos enormes Maestros de la Pediatría Argentina.

Florencio Escardó fue pediatra, sanitarista, decano de la Facultad de Medicina, escritor, humorista, poeta. Si bien su carrera hospitalaria comenzó en la Maternidad Samuel Gache del Hospital Rawson, su labor más importante transcurrió en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez por más de cuarenta años donde ocupó diversos cargos culminando como Jefe de Servicio de la Sala 17 y finalmente como Director Médico del citado nosocomio.

Fue él quien introdujo en el hospital a los padres, alertado por los riesgos del "hospitalismo", esa enfermedad suscitada por las condiciones de internación y es por eso que cuando llegó a la Jefatura de la Sala, generó una reforma tremendamente revolucionaria para esa época; la internación conjunta madre/hijo para mantener y reforzar el vínculo afectivo entre este binomio, sosteniendo que esto beneficiaría a la sanación de los pequeños pacientes.... "Qué puede tener de revolucionario pensar que las madres deben estar con sus hijos enfermos"... , dijo Escardó en ese momento. Y manifestó también... "¿Cómo alguien puede aprender pediatría si no se está al lado la madre? Tardé treinta y dos años en conseguir que las madres entraran a la Sala en el Hospital de Niños ¡treinta y dos años! Es lo único de lo que estoy orgulloso en la vida. Y el tiempo le dió la razón.

Fue un prolífico escritor científico y profesional, y de otras temáticas relacionadas con la salud y la familia. En el rubro "humor" usó el seudónimo: *Piolín de Macramé*.

Algunos de los títulos relacionados con la Pediatría: *Anatomía de la fami-*

(Continúa en pág. 3)

NEUMOCORT PLUS

BUDESONIDA 200mcg + FORMOTEROL 6mcg

CONTROL  RESCATE



NEUMOCORT PLUS

CONTROL

1 o 2 puffs  por la mañana
1 o 2 puffs  por la noche

120 dosis

RESCATE

+ 1 puff ante síntomas de broncoespasmo

+ 30 dosis


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

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



GRUPO
EDITORIAL
REGIÓN
METROPOLITANA

Editores de Revista

Noticias Metropolitanas:

Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico:

Creado por el Dr. Ricardo Straface

Director:

Dr. Carlos Luzzani

... EDITORIAL (viene de pág. 1)

lia, Sexología de la familia, Manual de puericultura, Mis padres y yo, Los derechos del niño, Neurología infantil, La Pediatría, medicina del hombre, Moral para médicos, Carta abierta a los pacientes, y tantísimas publicaciones más. Muchas de ellas, actualmente editadas por Fundasap, presentadas y actualizadas por prestigiosos pediatras. Trascendió en innumerables láminas y pósters su: “La definición de un niño” la que comienza con... “Entre la inocencia de la niñez y la dignidad de la edad adulta, media una criatura encantadora denominada niño”...

Recibió en 1984 el Premio Konex de Platino. Fue declarado Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires y mediante la Ley 1455/2004 la Legislatura de la misma ciudad denominó con su nombre a un espacio verde, ubicado en la intersección de las arterias Sánchez de Bustamante y Paraguay, enfrente a “su Hospital de Niños”.

Carlos Arturo Gianantonio, otro gran maestro de la Pediatría Argentina acuñó la frase de la que aprendimos muchos. Tan simple como él, tan importante como él... “Acompañar siempre, curar tal vez”...

Siendo ya especialista en Pediatría obtuvo una beca como asistente del Jefe de Residentes del Hospital de Niños San Christophers (EE.UU.) de la Universidad de Temple, Pennsylvania, bajo la dirección de Waldo Nelson. Ya en el país fue Investigador Principal del CONICET.

En 1958 creó la Residencia pediátrica en el Hospital de Niños, que fue el comienzo de enseñanza de posgrado que luego se extendería a todo el país. La adopción de esa iniciativa formativa, de la cual el doctor Gianantonio estaba “enamorado”, significó desarrollar un sistema de capacitación dinámico, eficiente y moderno, apto para la adecuación continua de objetivos y programas pediátricos. En 1979, en pleno proceso militar, deja el Hospital de Niños y crea el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano, siendo acompañado por otros colegas.

Precursor de la Pediatría Amplia fue para todos los pediatras del país un ejemplo de capacidad y humildad y alguien que supo agrupar cualidades excepcionales, tanto como ser humano como por sus enormes y reconocidos conocimientos médicos, una conjunción que no abunda en la profesión médica.

Estos son solo algunos conceptos que nos legó el gran maestro: “La tarea del médico es detectar y movilizar capacidades, evitando deteriorarlas con una ortodoxia médica invasora”. “La única razón válida para el diagnóstico es el tratamiento, ya sea el que cura o el que ayuda”. “El pediatra que no educa a sus pacientes y familias, que no detecta riesgos y capacidades, y que por lo tanto no previene ni promueve; el que no supervisa el crecimiento y desarrollo del niño y su entorno, aquel que solo busca enfermedades, terminará por imaginarlas o crearlas”.

Fue el primero en describir y reportar en el mundo “el Síndrome Urémico Hemolítico”. Se lo declaró Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires en 1986 y recibió el Premio Konex en 1993. En 1989 la Academia Nacional de Medicina lo había distinguido eligiéndolo Miembro titular del sitial número 2. La Sociedad Argentina de Pediatría decidió que nuestro Centro de Docencia y Capacitación lleve su nombre, con toda justicia.

En los comienzos de los años 70, **Mario Roccatagliata**, desde la Cátedra de Pediatría, en la que había sucedido al Profesor Vázquez, y **Aurora Pérez** (Médica Pediatra y Psicoanalista Infantil), ambos desde el Hospital R. Gutiérrez, y siendo otros de los grandes maestros de la Pediatría argentina, analizaban y fomentaban el cambio de paradigma de la Pediatría Tradicional al de la Pediatría Amplia, acompañando como describí anteriormente, a Carlos Gianantonio. La propuesta que pudo verse en varias de sus publicaciones, era una mirada ampliada sobre los problemas de los niños y sus familias. La intención, junto a sus colaboradores, fue construir un perfil profesional fuertemente vinculado a *pediatra como ecólogo del paciente y su familia*.

Innumerables médicos pediatras en formación se contactaron con estas nuevas hipótesis que, casi siempre, fueron confrontadas por el sistema de la “medicina científica” que predominaba en esa época.

Estos maestros ponían en evidencia, con rigurosa puntualidad, que las salas de los hospitales y los modernos y complejos laboratorios alcanzaban tan solo para la reparación de los pequeños pacientes, con sus avanzadas tecnologías y especialidades, pero al prescindir de los aportes de otras ciencias se perdía la oportunidad de jerarquizar y entender correctamente cual era la verdadera realidad de estos niños, sus enfermedades y sus familias.

Seguramente el rendir este sentido homenaje a estos Maestros de la Pediatría Argentina implica no haber mencionado a muchos otros, seguramente merecedores de otro tanto. Mis disculpas por la omisión.

En este último Editorial de mi gestión quiero agradecer a todos los que me acompañaron en la misma, con consensos y disensos incluidos. Me ayudaron a mejorar en muchos aspectos.

A la Dra. Débora Rocca Huguet, que me sucederá, más que suerte. Capacidad y méritos le sobran.

Dr. Leonardo Vázquez

Director Titular de la Región Metropolitana
leovazquez@intramed.net



ASPECTOS EMOCIONALES DEL COLECHO

Lic. María Paula Gerardi

Licenciada en Psicología UBA
consultas@mariapaulagerardi.com.ar

El tema del colecho es una práctica controversial que algunos adhieren a ella y otros no. Pese a todo suele ser una práctica habitual en algunas familias el llevar a los chicos a dormir a la cama de los padres o dormirse junto a ellos en su camita.

Muchas familias elijen compartir la cama con sus hijos, algunos como parte de un estilo de crianza, por ejemplo de la "crianza con apego" que plantea que el colecho facilita la lactancia materna y permite satisfacer la necesidad de contacto de los bebés durante la noche.

Otras familias optan por esta modalidad por agotamiento o cansancio, para poder dormir, porque él bebé se despierta muchas veces a la noche, porque el niño se pasa de cuarto o llama a los padres para que se queden con él y para evitar los constantes tráficos nocturnos.

En general esta práctica suele estar desaconsejada por algunos pediatras y psicólogos y avaladas por otros. Esto se refleja en libros de divulgación que defienden los distintos criterios.

Posturas que lo aconsejan

La crianza con apego, una de cuyas características es fomentar el colecho plantea que los chicos que duermen al lado de su madre lloran mucho menos, duermen mejor y están menos tiempo despiertos.

La mamá, se da cuenta de las necesidades de su bebé pocos segundos antes de que él las solicite. Facilita a la mamá no tener que levantarse de la cama y permite que ella y el bebé vuelvan a dormirse enseguida.

Plantean también que la necesidad de contacto de los bebés es durante el día y también durante la noche. El colecho no tiene como único fin alimentar al bebé, sino satisfacer la necesidad constante del bebé de la presencia materna.

Muchas familias eligen dormir junto a sus hijos, lo cual le satisface esta necesidad al bebé y brinda más comodidad a la mamá para

sostener la lactancia durante la noche, favoreciendo que toda la familia descansen mejor.

Posturas que lo desaconsejan

El psicoanálisis también sostiene que criar con amor o criar con apego implica responder a las necesidades de los chicos, respetar sus tiempos y procesos, brindar contacto piel a piel, dar caricias, demostrar afecto, calmar el llanto, acunar, y responder a las necesidades de apego del bebé y la mamá pero que todo esto puede realizarse sin la necesidad de practicar el colecho.

No es necesario dormir en la misma cama ni darle la teta más allá de los dos años para que el bebé se sienta sostenido, amado, acompañado y cuidado. Lo importante es respetar las necesidades emocionales, biológicas y vinculares del bebé y la mamá.

Desde el psicoanálisis, el acento está puesto en las investigaciones Freudianas que dan cuenta de que la sexualidad infantil existe desde el nacimiento y que el niño está habitado por fantasías sexuales.

Los chicos exploran su propio cuerpo, tiene sensaciones y fantasías que tiene que ver con la sexualidad infantil normal y saludable. Dormir con los padres puede producir un exceso de excitación que ellos no están preparados para elaborar.

La cama grande es el espacio de la sexualidad de los adultos, dormir con los padres y estar expuestos a la intimidad de la pareja genera niveles de excitación sexual que desbordan la capacidad de elaboración psíquica infantil y esto puede generar diversos síntomas dependiendo de cada caso en particular por ejemplo enuresis, problemas para dormir, masturbación compulsiva, etc. (Por supuesto, dependiendo de las edades del niño/a)

Por otro lado plantea que los lugares deben estar bien diferenciados, la cama grande es para la pareja y para la intimidad y sexualidad de la misma y los niños tiene que tener su espacio.

Dormir es un hábito que necesita ser aprendido, representa un momento de separación entre los padres y los chicos, lo cual es difícil. Los papás tienen que ayudar a sus hijos a saber que ellos no pueden estar presentes constantemente, los graduales momentos de separación son saludables para su crecimiento.

Los padres deben brindarles a los chicos la posibilidad de aprender a acunarse a sí mismo, darles recursos para poder dormir solos y tolerar la separación transitoria que es necesaria para su autonomía y un desarrollo psíquico saludable.

Para esto es importante establecer ciertas rutinas y rituales (leer un cuento, darse un baño, cantar una canción, poner una luz tenue, darle un muñeco para que abrace, decirle que nos volvemos a ver a la mañana, que si nos necesita nos llame que nosotros vamos a venir, etc.) Se preparan para el momento de descansar y ayudan a los chicos a dormir, lo cual es muy importante para dormir bien el resto de la vida.

Abriendo preguntas

Creo que es importante preguntarse ¿qué puede llevar a cada padre a dormir con su hijo?

Algunas situaciones que se plantean en la clínica son las siguientes:

- A veces el estar pegadito al cuerpo del bebé calma la angustia y la soledad del adulto.
- Otras veces la presencia del niño en la cama sirve como excusa para evitar la intimidad de la pareja.
- Muchas veces el agotamiento que genera despertarse varias veces en la noche hace que los padres cedan por cansancio.
- A veces el bebé funciona respondiendo a las necesidades de una madre o padre obsesivo, fóbico, depresivo o psicótico.
- En otras oportunidades la culpa por no estar en

todo el día con el bebé lleva a los padres a compartir ese tiempo de falta de contacto durante el día a la noche en la cama.

- Otras veces la mamá o el papá tienen serias dificultades para separarse de su hijo y dejarlo crecer.
- Muchas veces los padres no pueden poner límites, los roles no están claros ni bien diferenciados y el niño domina la escena, él es el que toma las decisiones sobre con quien y cómo se duerme.

Conclusión

Cada familia tomara sus propias decisiones en cuanto a la crianza de sus hijos en base a sus experiencias, sus historias personales, sus deseos y necesidades.

Es importante poder distinguir cuáles son las necesidades de los chicos y cuáles las de los padres. La forma de dormir es una elección de la familia, no debería ser impuesta.

Me parece importante reflexionar sobre qué lugar ocupa para cada adulto la presencia del niño en la cama. Desde ese lugar y entendiendo la situación particular de cada familia el profesional la puede acompañar y sostener, ayudarla a pensar y elaborar las conflictivas en juego.

P.D.: También el colecho participa tangencialmente en el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. Existen los autores que afirman que la aleja y otros que por el contrario podría actuar como un elemento favorecedor. Pero es este un tema aún muy controvertido.



INVITEMOS A LEER. EL ROL DEL PEDIATRA

Primera parte

Ecos de las **XI Jornadas de la Región Metropolitana**

Buenos Aires • 8 y 9 de mayo de 2015

Crecimiento y Desarrollo

Dra. Nélide Valdata

Médica Pediatra

Múltiples investigaciones, provenientes de distintas disciplinas, aseguran que la lectura de cuentos llevada a cabo por padres o adultos significativos, desde etapas tempranas de la vida, ejerce un fuerte impacto en el desarrollo intelectual y afectivo del niño.

Así como las experiencias adversas –la pobreza extrema, carencia afectiva, maltrato o abuso, experiencias traumáticas, etc.– suelen dejar secuelas en el cerebro de un niño, sabemos que el afecto, contención, alimentación y cuidados del niño en general, junto a situaciones placenteras relaciona-

das con el juego y la lectura compartidas, dejan una impronta fuertemente positiva que perdurará por el resto de la vida incrementando la salud integral.

Los pediatras sabemos que la salud, en un sentido amplio, bio-psico-social, no es solamente ausencia de enfermedad, sino la posibilidad que tiene un niño de desarrollar armónicamente las diferentes áreas de su personalidad, producto de su carga genética y de la interacción con un entorno favorable.

La lectura de cuentos incrementa, entre otras cosas:

- El desarrollo cerebral.
- El desarrollo psicológico.
- El desarrollo del lenguaje.
- El desarrollo de la creatividad e imaginación.
- El acceso a la cultura.
- La capacidad de aprender, comprender y adquirir conocimientos.

Desarrollo cerebral

Los seres humanos somos el resultado de la interacción de nuestra herencia genética y de nuestra herencia cultural mediada por los vínculos parentales y familiares.

Nacemos con alrededor de cien mil millones de neuronas que se irán conectando a medida que el entorno las vaya estimulando.

Al nacer, el niño no es una página en blanco que debe ser escrita desde cero. Existen muchos circuitos neuronales establecidos que tienen que ver con las funciones vitales, reflejos, movimientos espontáneos, percepciones sensoriales. Tampoco somos una página en la que ya todo está escrito y predeterminado.

Se dice que nacemos con alrededor de cien mil millones de neuronas. Estas neuronas, a medida que son estimuladas, se irán conectando entre sí, formando circuitos cerebrales que van a conformar la compleja trama de la mente.

Si bien hay un dicho que dice que "nunca es tarde para aprender" y en cierta medida lo es, se acepta que existen períodos de mayor sensibilidad para producir redes neuronales. Todas las investigaciones coinciden en que durante los tres primeros años de la vida es cuando proliferan explosivamente las sinapsis cerebrales coincidiendo con los momentos de vigilia en los que los niños se encuentran, a la manera de un radar, descubriendo el mundo e interesándose permanentemente por todo lo que lo rodea. Es el período de tiempo donde se construyen los cimientos de la persona.

El objetivo es conseguir el desarrollo del mayor número de sinapsis y conexiones cerebrales. Podemos decir que cuantas más conexiones cerebrales

existan, más capacidad de desarrollo cerebral habrá. Según Eric Kandel (Médico, Investigador en Neurociencias, Premio Nobel de Medicina año 2000), *los mecanismos celulares del aprendizaje y de la memoria no descansan en propiedades especiales de la neurona, sino en las conexiones que ella establece con otras células de su propio circuito neuronal (...) el aprendizaje y la memoria son procesos cruciales, y primordiales para la identidad misma: somos quienes somos por obra de ellos*. De acuerdo con lo expresado por Kandel, hay evidencia científica que dice que la excitación de una neurona sola, no resulta eficaz, la neurona estimulada tiene que excitar a sus vecinas y éstas a su vez a otras de modo que se formen redes complejas que puedan formar pensamientos, percepciones, emociones, etc.

Los investigadores sostienen que la repetición sostenida en el tiempo de ese estímulo es fundamental para que la red neuronal quede instalada.

Poda cerebral o Pruning

Se sabe que durante la etapa prenatal se producen más neuronas de las que se encuentran en el adulto. Al nacer, los niños cuentan con más neuronas y fibras de las que necesitarán en su vida adulta, e iniciarán una cantidad excesiva de sinapsis de acuerdo a la estimulación que reciban. Las neuronas que no han sido estimuladas o los circuitos que luego no se usen morirán en un proceso de apoptosis conocido con el nombre de "Poda cerebral o Pruning".

Alrededor de los 2 años, los niños tienen el doble de sinapsis que sus padres. Al final de los 10 años hay todavía abundante creación de sinapsis, pero de acuerdo al conocimiento actual, al final de la adolescencia han sido eliminadas la mitad de todas las sinapsis del cerebro.

Un ejemplo bien conocido por todos nosotros es el de la amaurosis producida por cataratas congénita que no se resuelven precozmente. Todos sabemos que si la cirugía acontece en forma tardía, aunque al niño se le extirpe el cristalino y todas las estructuras del ojo estén sanas, el niño quedará ciego de por vida. Esto se produce por la falta de estímulo en la vía visual en un período crítico, lo que trae aparejado la muerte celular de las neuronas implicadas.

El estímulo que el niño recibe del entorno va moldeando su cerebro. Hasta hace algunas décadas no se reconocía que las experiencias que día a día tiene un ser humano causaran tanto impacto en la construcción del cerebro o en la naturaleza de las capacidades del adulto. Ni tampoco se sabía hasta qué punto los niños participan en el desarrollo mientras responden a diferentes tipos de estímulos. Podemos decir que el cerebro interactúa con el

entorno mediante una constante modulación de su estructura. El ambiente estimula tanto el crecimiento como la poda cerebral. A esto se refiere el concepto de **Plasticidad cerebral**.

En este contexto biológico, se inscribe la recomendación de la lectura temprana de cuentos. El estímulo proporcionado, debe repetirse y sostenerse regularmente a lo largo del tiempo con el objetivo de que las redes neuronales implicadas en esta actividad no mueran por desuso y tengan la posibilidad de perdurar.

Lectura y lenguaje

Está demostrado que hablarles y leerles cuentos a los niños incrementa notablemente el desarrollo del lenguaje. Si bien existen diferentes tipos de códigos comunicacionales (gestual, mímicos, verbal), el verbal es el específicamente humano, es el que nos permite el acceso a la cultura, a lo simbólico en su más elevado nivel de complejidad. Permite ponerle palabras, no solo a los objetos, sino a las situaciones o hechos que se viven, a expresar nuestras emociones, a decir lo qué nos pasa. El lenguaje nos construye como seres humanos y nos comunica con los otros.

“El lenguaje, no es sólo un modo privilegiado de comunicación sino que, además es la expresión del más formidable sistema de representación del mundo, altamente abstracto y específico, y el medio de construcción de la propia subjetividad (tenemos un nombre, gracias al lenguaje nos reconocemos y conocemos la línea de parentesco que nos otorga identidad)”. Telma Piacente (Lic. en Psicología, Especialista en lenguaje, docente de grado y posgrado de la UNLP y UBA) –UNICEF Nutrición, desarrollo y alfabetización - Volumen 2: Desarrollo.2002

¿Y por qué hablamos?

Hablamos porque alguien nos habla

Nacemos con la capacidad genética para hablar pero que hablemos o el idioma que utilicemos va a depender de nuestra cultura y de que nos hablen.

El lenguaje interviene en la:

- Construcción de la subjetividad
- Identidad
- Acceso a lo simbólico
- Desarrollo del pensamiento
- Acceso a la cultura
- A expresar nuestros sentimientos
- A expresar lo que nos pasa

Cuanto más capaz sea uno de nombrar lo que vive, más apto será para vivirlo y para transformarlo.

“Cuando una persona no cuenta con las palabras para pensarse a sí mismo, para expresar su angustia,

su coraje, sus esperanzas, no queda más que el cuerpo para hablar: ya sea el cuerpo que grita con todos sus síntomas, ya sea el enfrentamiento violento de un cuerpo con otro, la traducción en actos violentos” (Petit, Michèle. Nuevos acercamientos a los jóvenes y la lectura. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.

Cuando más palabras tengamos para expresar lo que nos pasa, se aleja la posibilidad de:

- la violencia,
- la pobreza,
- la ignorancia,
- la falta de esperanza.

Es sumamente doloroso no tener palabras para expresar lo que vivimos y poder darle sentido.

También existe una íntima relación entre el desarrollo del lenguaje y el desarrollo del pensamiento. Se originan simultáneamente y son interdependientes. La percepción auditiva es una fuente temprana de intercambio entre el niño y su entorno, dejando una huella sensorial de las palabras que escucha, que se utilizarán más adelante para pensar conceptos abstractos. El lenguaje es un determinante importante de las cualidades del pensamiento.

En las etapas iniciales de la expresión verbal, los niños hablan de situaciones concretas, del aquí y ahora, es decir tienen un lenguaje altamente contextualizado. A medida que el niño va progresando madurativamente e interactuando con su entorno, adquiere un uso más descontextualizado del lenguaje, es decir aquel que refiere a mundos imaginarios a otros mundos posibles, diferentes de su entorno, de su contexto, de su época. En este punto se sabe que la **lectura de cuentos facilita los usos descontextualizados del lenguaje**, cosa que se ve dificultada en los hogares de clases sociales desfavorecidas donde la lectura de cuentos no está presente.

Existe un desfase entre la expresión y la comprensión. El niño es capaz de comprender más de lo que es capaz de emitir y esto ocurre también en la vida adulta.

La capacidad de incrementar el vocabulario, dura toda la vida aunque con un ritmo más lento que lo que ocurre en los primeros 5 años.

Rondal (2000) menciona que:

- Alrededor de los 18 a 20 meses, los niños comprenden unas 20 palabras
- A los 30 meses, unas 500
- A los 48 meses, unas 1500
- A los 5 años, unas 2000
- A la edad de 5 años, el lenguaje se encuentra prácticamente establecido.

Además de **las competencias lingüísticas**, existen

Tabla 1. El lenguaje en las diferentes etapas madurativas

Edad	Logros
3 meses	Gira la cabeza hacia fuentes sonoras y emite sonidos
6 meses	Busca activamente diferentes fuentes sonoras. Emite balbuceos
9 meses	Reacciona cuando se lo llama y ante solicitudes verbales simples. Usa patrones de entonación. Silabeo más rico
12 meses	Emite de 1 a 3 palabras. Niega con la cabeza
15 meses	Utiliza jerga y un repertorio de 6 a 10 palabras
18 meses	Reconoce 4 partes del cuerpo y prendas de vestir. Se interesa por las figuras de un libro. Identifica familiares por el nombre y parentesco
2 años	Nombra figuras. Usa frases de 2 palabras
2 años y ½	Discrimina tamaños. Usa el pronombre yo. Usa frases de entre 3 y 4 palabras. Nombra y reconoce figuras de un libro
3 años	Comprende casi todo lo que se le dice. Reconoce acciones en dibujos. Dice su sexo. Usa frases más completas. Utiliza interrogación
4 años	Reconoce términos opuestos. Comprende preposiciones. Clasifica colores. Discrimina formas. Responde analogías. Comprende razones. Usa plurales. Diferencia dibujo de escritura
5 años	Reconoce semejanzas y diferencias en dibujos. Define palabras. Nombra figuras geométricas. Se interesa por la lengua escrita. A menudo sabe escribir su nombre
6 años	Comprende absurdos de contenido. Puede narrar historias. Diferencia claramente dibujo de escritura. Comienza el aprendizaje formal de la lectoescritura
7 años	Comprende absurdos de forma. Comprende metáforas simples. Lee y escribe alfabéticamente todo tipo de palabras

Fuente: Piacente T. UNICEF - Nutrición, desarrollo y alfabetización. Volumen 2: Desarrollo. 2002

las competencias comunicacionales o sea que los niños sepan cuándo, cómo y dónde usar su lenguaje, de acuerdo a las convenciones de su comunidad, de su cultura. Es así que hay un lenguaje para hablar en la casa, con desconocidos, en situaciones formales, informales, etc. Esta capacidad va aumentando con la edad de acuerdo a las experiencias por las que atraviese. Las interacciones personales que se dan primero en el seno de la familia y luego en la escuela con los docentes y compañeros juegan un rol decisivo en el desarrollo del lenguaje.

Hay suficiente evidencia científica que avala que leerle desde muy temprana edad y en voz alta a un niño es una de las acciones de mayor importancia que un adulto puede realizar para facilitar el ulterior desarrollo de las habilidades de lectoescritura.

La lectura es una tarea muy compleja en la que intervienen procesos cognitivos implicados en la identificación de letras, palabras y la comprensión lectora. **La comprensión lectora es el aspecto central de la lectura** y para que esto se dé, es necesario como prerrequisito que haya una lectura rápida, fluida y automática.

El objetivo es que el niño se transforme en un “lector”

Ser lector o tener el hábito lector no está en relación con la cantidad de libros que se leen.

Ser lector significa que el niño descubra el placer que le produce la lectura, que sepa que al abrir un libro se le desplegará un universo que incrementará su imaginación, que el libro está en su entorno, que le despierta curiosidad, que desea que le lean con cierta regularidad y que sienta que le corresponda por derecho.

El libro, al igual que los juguetes, deben formar parte de su universo.

De hecho los expertos consideran a la narración y al libro impreso como un “juguete” más rico y complejo que le posibilita al niño imaginar, identificarse, proyectarse y sublimar.

Mientras el juego es innato, el hábito de la lectura se aprende, se adquiere.

¿Y cómo hacemos para que un niño se transforme en un lector?

Todos los expertos coinciden en lo siguiente:

“Para que un niño se convierta en un lector hay que acercarlo precozmente al libro y leerle en voz alta” - Michelle Petit

Yolanda Reyes, colombiana, experta en Literatura Infante juvenil nos dice: *“Nos hacemos lectores porque alguien nos lee (...) todo comienza en una habitación iluminada por una lamparita, con alguien que nos cuenta un cuento. O más atrás, con una voz que nos arrulla cuando aún no tenemos palabras. Nos marcan con un nombre, entre la infinidad de nombres, al que le vamos dando cara, lentamente; y nos entregan unos apellidos que amarran el pasado y que legaremos al futuro (...) Quizás cuando crecemos, seguimos leyendo para revivir ese ritual, ese triángulo amoroso que cada noche unía tres vértices: un libro, un niño y un adulto. En esa escena primigenia está la clave de los proyectos de lectura”.*



QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA SOBRE VACUNAS

(julio 2015)

Dra. Charlotte Russ

Médica Pediatra Infectóloga

- Las vacunas inactivadas se pueden aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo.
- Las vacunas de virus vivos atenuados se pueden administrar simultáneamente o con 4 semanas de intervalo. La vacuna antipoliomielítica oral (OPV) no interfiere con la inmunidad en ningún intervalo de tiempo.
- En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna en huéspedes normales, se continuará con las dosis faltantes sin importar el tiempo transcurrido.
- Los niños prematuros se vacunarán de acuerdo con el calendario vigente, teniendo en cuenta su edad cronológica.

VACUNAS EN EL 1^{ER} AÑO DE VIDA

BCG: Debe aplicarse en el Recién Nacido, antes que le den el alta en la maternidad o, durante la primera semana de vida. Los niños no vacunados en la maternidad, con esquemas atrasados, recibirán una dosis hasta la edad de 6 años inclusive. No es necesario administrar esta vacuna en niños mayores de 6 años que no hubieran sido vacunados oportunamente.

Hepatitis B: 1^a dosis: antes de las 12 horas de vida. El esquema continúa con vacuna combinada. Se requiere la aplicación de 3 dosis de esta vacuna (quíntuple –“pentavalente”–) a los 2, 4 y 6 meses de vida. Vía: Intramuscular. A partir del 2012: vacunación universal. A los menores de 20 años completar esquemas y a los mayores: 3 dosis 0-1-3 dosis.

Vacuna quántuple (“Pentavalente”) (DTP + Hib + HB): Es una vacuna combinada de componentes contra difteria, tétanos, tos convulsa (células enteras de *Bordetella Pertussis*), hepatitis

B y *Haemophilus Influenzae* tipo b. En el ámbito privado hay otras vacunas:

- **Quíntuple acelular:** DTpa + Hib + IPV (triple acelular + *Haemophilus Influenzae* tipo b + Polio Inactivada).

- **Cuádruple celular y acelular:** DTP o DTpa + Hib.

- **Séxtuple acelular:** DTpa, Triple acelular + *Haemophilus Influenzae* tipo b + Polio inactivada y Hepatitis B.

Polio: La vacuna antipoliomielítica oral (OPV) se aplica al 2°-4° y 6° mes.

Rotavirus: El objetivo es controlar los episodios de diarrea aguda, moderada o grave por rotavirus en niños de Argentina. Se aplica a los 2 y 4 meses de vida. Se incluirá en esta estrategia a todos los lactantes que hayan cumplido 2 meses de vida a partir del 1° de enero de 2015. Si estos niños concurren a vacunarse tardíamente (> 2 meses) pero sin haber superado las 14 semanas y 6 días, deberán iniciar esquema. Recibirán dos dosis de vacuna, separadas entre sí por un período mínimo de 4 semanas entre ellas, completando el esquema de vacunación antes de las 24 semanas (6 meses) de vida.

Neumococo: Controla la EIN (enfermedad invasiva neumocócica) en los niños menores de dos años en Argentina:

- 1^a dosis de VCN-13: 2 meses de edad;
- 2^a dosis de VCN-13: 4 meses de edad;
- 3^a dosis de VCN-13: 12 meses de edad.

Vacuna antigripal: Desde los 6 hasta los 24 meses, 2 dosis con intervalo de 4 semanas, si no hubiera recibido anteriormente ninguna dosis de vacuna antigripal en la temporada anterior. En los niños con factores de riesgo hasta los 9 años: 1 o 2 dosis. En mayores una sola dosis.

VACUNAS ENTRE LOS 12 Y 24 MESES DE VIDA

Neumococo: 3ª dosis a los 12 meses (ya dicha anteriormente).

Hepatitis A: Única dosis a los 12 meses.

Vacuna triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis): primera dosis a los 12 meses.

Varicela: Controla la enfermedad causada por VVZ (virus varicela zoster) en niños de Argentina a fin de disminuir la internación, morbilidad y mortalidad de la varicela y sus complicaciones. Serán incluidos todos los niños y niñas que cumplan 15 meses a partir del inicio de la estrategia (1 de enero de 2015).

Pentavalente: Refuerzo entre los 15 y 18 meses. También se puede dar la cuádruple (actualmente no hay).

Sabin: 4ª dosis entre 15 y 18 meses.

VACUNAS DEL INGRESO ESCOLAR (5-6 AÑOS)

Sabin: Refuerzo (5ª dosis).

Triple viral: 2ª dosis.

Triple bacteriana (DPT): Refuerzo.

Esquema posible en el *ámbito privado*: **Vacuna cuádruple** de ingreso escolar DTpa + Polio IPV (difteria, Tétanos, Pertussis acelular IPV o Polio inactivada) + Vacuna Triple Viral.

VACUNAS A LOS 11 AÑOS

Triple bacteriana acelular (dTpa): única dosis

VPH (Virus Papiloma Humano): Todas las niñas nacidas a partir del 1 de enero del 2000. En 2015: vacuna cuádrivalente a las niñas: 2 dosis 0 y 6 meses a las menores de 14 años. Al resto 3 dosis 0-2-6 meses... Resolución 265/2015.

VACUNAS DEL ADULTO

Doble bacteriana (antidiftérica-antitetánica): A los 16 años y cada 10 años.

Antigripal: A todos con factores de riesgo y todos los mayores de 65 años.

Neumococo: Con factores de riesgo.

VACUNAS EN EMBARAZADAS

Vacuna antigripal: En cualquier momento del embarazo y sino la recibió, hasta los 10 días del puerperio.

Vacuna triple bacteriana acelular (dpt): Después de las 20 semanas y si ha pasado más de 3 años del último embarazo.

VACUNAS EN HUÉSPEDES ESPECIALES (EN EL ÁMBITO PÚBLICO)

Desde el 2014 estas vacunas se pueden aplicar en forma gratuita a estos pacientes.

Séxtuple acelular: DTpa + Hib + HB + IPV. Vacunar contra difteria, tétanos, tos convulsa, *Haemophilus Influenzae b* (Hib), hepatitis B y poliomielitis a lactantes prematuros (edad gestacional menor a 37 semanas) y nacidos con un peso menor a 1500 gramos.

Polio inactivada (IPV): A pacientes VIH + y otras inmunodeficiencias.

Asplenia: Vacuna antineumococo 13v y 23v (desde 24 m)+vacuna antimeningococo cuádrivalente.

VIH: vacuna VPH ambos sexos 11-26 años 3 dosis 0-2-6 m.

PRÓXIMAS VACUNAS A INCORPORARSE

Vacuna antimeningocócica: Resolución 10/2015.

Vacuna Polio IPV (Polio inactivada): Esquema 2-4-6m y 15-18m OPV (Sabin): Resolución 1028/2014.



Historia clínica informatizada

La historia clínica informatizada, es un documento electrónico. Vale especificar que es la representación en forma electrónica de un hecho jurídicamente relevante, de naturaleza médica, susceptible de ser recuperado en forma humanamente comprensible.

La historia clínica no solo cumple fines médicos sino también administrativos, estadísticos y legales. Si bien la historia clínica es el documento más importante de la atención médica en condiciones de informatización, no es el único registro. Se consideran registros médicos informatizados o electrónicos a todos los archivos informáticos que contengan alguna información relativa al paciente, sus estudios complementarios y su tratamiento, entre ellos:

- Historia clínica electrónica o informatizada.
- Registros de admisión o egresos.
- Archivos de laboratorio de análisis clínicos.
- Bases de estudios complementarios (radiología, tomografías, ecografías, otros).
- Archivos de reserva de turnos.
- Archivos de facturación y otros.

Los requisitos que debe cumplir una historia clínica informatizada son los siguientes:

Debe ser un sistema informático aceptado por el usuario.

- Su uso y aprendizaje deben ser fáciles y rápidos.
- No debe alterar la relación médico-paciente.
- Debe garantizar la integridad de la información.
- Se debe impedir el borrado o la modificación de los datos ya incorporados.
- El sistema debe avisar si alguien ingreso en el sin autorización.
- Debe estar dotada de un sistema de alarmas y alertas.
- Debe ser estricta la secuencialidad en la toma de datos. Esto:
 - Ayuda a no omitir datos.
 - Ayuda a que la información sea completa (principio de autosuficiencia).
 - Los datos deben ser legibles.
 - Debe permitir preservar los datos.
 - Copia de seguridad: backup.
 - Debe permitir transportar la información.
 - Por el propio médico, entregando una copia al paciente, imprimiéndola, etc.
 - Debe preservar la confidencialidad ("secreto médico").
 - Debe impedir la modificación de los datos por terceros. Mediante el uso de:
 - Encriptación de datos: escritura interna sobre la base de código o el archivo de la información mediante algoritmos.
 - Harj lock: una llave que se utiliza para acceder al sistema.
 - Password: una llave (palabra o cifra, etc.) para acceder al sistema.
 - Debe permitir trabajar en red.

- Debe constar en ello la firma electrónica del médico actuante.
- Cada profesional médico interviniente debe firmar el registro médico al concluir la consulta o cada transcripción de datos. La información escrita queda bloqueada una vez que se inserta la firma electrónica ("firma digital").
- Debe registrarse por el propio sistema, la fecha y hora de la intervención, en el registro electrónico.

Diferencia entre la firma electrónica y la firma digital

La ley 25.506 establece las diferencias entre ambos tipos de firmas:

Firma digital

Art. 2: se entiende por firma digital al resultado de aplicar a un documento digital, un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose esta bajo su absoluto control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes, tal que dicha verificación simultáneamente permita identificar al firmante y detectar cualquier alteración del documento digital posterior a su firma.

Art. 9: Validez: una firma digital es válida si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Haber sido creada durante el período de vigencia del certificado digital válido del firmante.
- b) Ser debidamente verificada por la referencia a los datos de verificación de firma digital indicados en dicho certificado, según el proceso de verificación correspondiente.
- c) Que dicho certificado haya sido emitido o reconocido, según el art.16 de la presente, por un certificador licenciado.

Analizados estos puntos, la firma digital es mucho más que ingresar una clave identificadora. La firma del profesional debe estar certificada por un certificador licenciado. Los certificadores licenciados son por ahora en su mayoría entes públicos (si bien la ley también permite certificar a entes privados) autorizados por la Oficina Nacional de Tecnologías de la Información (ONTI) para emitir certificados digitales. Un certificado digital no es más que un documento electrónico firmado digitalmente por el certificador licenciado donde consta la clave pública y los datos del usuario al que hace referencia.

El proceso consiste básicamente en la generación de dos claves, una pública y, otra privada, ligadas entre sí matemáticamente mediante la aplicación de algoritmos técnicamente confiables.

La clave pública es de libre distribución, y debe estar en disponibilidad de todo aquel que quiera verificar que la firma digital generada con la clave privada se corresponde con dicha clave pública. Se garantiza así que la firma es de quien dice ser y que lo que firmó no ha sido alterado.

La clave privada es de conocimiento exclusivo del

usuario y debe ser resguardada con el máximo nivel de seguridad, para evitar su uso por las personas no autorizadas. La clave privada funciona como una llave que cierra el documento que solo puede ser abierto por otra llave, la clave pública.

Existen pocos profesionales de la salud que han certificado su firma de esta forma ya que las entidades que controlan las matricula (ej.: colegios médicos) no se han constituido como certificadores licenciados pudiendo hacerlo, según el artículo 18 de la Ley. Hasta el momento ningún certificador privado se ha acreditado para operar como Certificador Licenciado, por lo cual no es posible para un particular obtener un certificado de firma digital. Lo que está privando a la comunidad médica de validar su firma informática. En concreto es que todavía los médicos y profesionales de la salud no tienen a quien recurrir para obtener un certificado digital y deben contentarse solo con la firma electrónica, que también es aceptada por la ley pero que no brinda la seguridad de la firma digital.

Firma electrónica

Definida en el artículo 5 de la Ley, como al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación, que carezca de algunos de los requisitos legales para ser considerada como firma digital. En caso de ser desconocida la firma electrónica corresponde a quien invoca acreditar su validez. Se invierte así la carga de la prueba, siendo el profesional de la salud quien debe demostrar su autenticidad en caso de cuestionamientos (a diferencia de la firma digital).

Esto significa que los profesionales de la salud están utilizando la firma electrónica y no la digital, debido a que no existen mayores opciones de certificadores privados que faciliten el trámite a los médicos y otros profesionales de la salud.

Ventajas de la historia clínica electrónica

Ventajas médicas

- Permite que la historia clínica sea única, se evita la fragmentación que existe en muchas instituciones, existiendo historias de consultorios externos, de guardia y de internación. Como consecuencia cada paciente debería tener un solo número de historia y su gestión quedaría centralizada en un archivo único. Cada paciente deberá tener un número de referencia obligatoriamente único, lo cual permite colgar del mismo todos los registros asistenciales que se le presten, integrando también datos de farmacia, facturación, etc.
- Contribuye a la mejora del acceso a la información; la recuperación de un dato específico de la historia es más ágil en tiempo, en segundos, comparado con las horas que requiere revisar una historia clínica convencional y fraccionada. A la vez permite la comunicación de la información entre los diferentes actores del equipo de salud y garantizando el acceso en casos de emergencia.
- Facilita los trabajos estadísticos y científicos.
- Al ingresar los datos estandarizados y el uso obligatorio de algunos campos para pasar de pantalla, disminuye la posibilidad de olvidos y errores de datos clínicos del paciente.

Ventajas Legales

La historia clínica electrónica pone énfasis a los requisitos formales establecidos por las distintas normativas y por la jurisprudencia:

- Siempre legible.
- No permite espacios en blanco ni alteración del orden de los asientos.
- Siempre firmada.
- Siempre con fecha y hora.
- Siempre completa.
- Se evitan las correcciones, raspaduras, agregados, etc.

Ventajas operativas y económicas

Se menciona que un disco rígido de 300 GB, de muy bajo costo, entran tres contenedores de papel, que podrían almacenar aproximadamente 450.000 historias clínicas. Como consecuencia la informatización es la solución más económica y eficiente. En contraposición con la historia clínica en papel, el crecimiento continuo del volumen almacenado llega a originar graves problemas de espacio físico y el riesgo existente de dañarse por pérdida o deterioro de documentos originales.

Ventajas ecológicas

Se debe hacer mención importante acerca del impacto ecológico sobre el ahorro de toneladas de papel, disminuyendo la contaminación del medio ambiente y la deforestación.

Código de ética de la Asociación Médica Argentina (AMA)

El artículo 185 del capítulo 11 (referido a la historia clínica), identifica a la informatización de la documentación médica: "En caso de computarización de la historia clínica deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de informatización reservada".

Puntos a reflexionar

- La historia clínica es el archivo más importante de toda institución médica, por el contenido de su información para la gestión médica, administrativa y legal. Si comparamos las ventajas de la historia clínica informática con respecto a la de papel son innumerables desde lo operativo, económico, ecológico y de seguridad.
- No existe ningún imperativo legal que priorice la validez de la firma manuscrita por sobre la firma electrónica o digital, salvo cuando se trata de actos personalísimos como el consentimiento informado, las directivas anticipadas o los trasplantes.
- La legislación vigente, Ley de la firma digital y el desarrollo actual de los mecanismos de seguridad informáticos (criptografía, sellado digital de fechas y el control de la modificación de campos) son suficientes desde el punto de vista legal para que los registros médicos informatizados tengan el mismo valor probatorio que sus homólogos en papel.
- En los tiempos actuales, es necesario avanzar en el cambio cultural que permita una implementación adecuada de la historia clínica informatizada y se deberá trabajar en conjunto entre los profesionales de la salud, los especialistas en informática y los profesionales del derecho, para brindar las garantías necesarias a los

(Continúa en pág. 13)



EJERCICIO CLÍNICO

Dr. Juan Luis Marsicovetere

Médico Pediatra

Primera parte

Introducción

El siguiente Ejercicio Clínico tiene un objetivo exclusivamente didáctico.

Consta de dos partes:

La primera: comienza con el Motivo de la Consulta y finaliza con los Diagnósticos Diferenciales.

La segunda: contiene el Diagnóstico Final y las Conclusiones.

Enfermedad actual

Niña de 2 años y 5 meses de edad que acude a revisión para seguimiento evolutivo de una adenitis cervical por *Mycobacterium avium intracellulare* tratada médica y quirúrgicamente hace un año.

En la anamnesis los padres refieren un cuadro de tos de 3 semanas de evolución en ausencia de fiebre y que ha ido mejorando en los últimos días.

Mantiene buen apetito y está contenta.

Antecedentes personales

Embarazo: controlado y sin incidencias.

Parto vaginal con fórceps a la 39° semana con peso adecuado.

Screening metabólico: normal.

Alimentación materna 5 meses. No intolerancias posteriores a alimentos.

Vacunas completas según calendario.

Enfermedades previas

Adenitis cervical diagnosticada a los 15 meses de edad.

Pruebas complementarias de ese momento:

Hemograma normal.

Mantoux positiva de 7x7 mm (escasamente indurada).

Ecografía cervical de conglomerado adenopático: "Adenopatías láterocervicales bilaterales de mayor tamaño del lado derecho (2x3 cm). Una de las adenomegalias presenta abundante calcificación en su interior y mide 3x1,3 cm".

Radiografía de tórax informada como normal.

Se efectúa PAAF de conglomerado adenopático derecho:

"Se aísla, en medios específicos, *Mycobacterium avium intracellulare*".

Se indica tratamiento quirúrgico en el que se consigue la resección parcial, de la masa adenopática derecha y se continúa con tratamiento con Claritromicina durante 6 meses.

(Continúa en pág. 14)

... PERLITAS LEGALES (Viene de pág. 12)

usuarios del sistema.

- Deberán originarse certificadores licenciados vinculados al sector salud, para difundir y facilitar la certificación de la firma por parte de los profesionales de la salud. De manera de pasar de la firma electrónica a la digital, para de esta manera dar mayor seguridad a la autoría de los documentos.
- Por último cito al Dr. Javier Vilosio, que en un taller sobre historia clínica informatizada, en agosto 2014, refirió que "la introducción de los sistemas informáticos requiere cambios de actitud y de organización del trabajo que son importantes" y en lo que respecta a la fragmentación del sistema de salud, considero que es un problema serio, ya que esta desarticulado, no solo en los que se atienden en el sector público o tienen cobertura privada, sino también dentro de cada subsector. Por lo tanto, como una demostración de aquella fragmentación, hay instituciones donde no solo las historias clínicas son en papel, sino que además sigue habiendo historias clínicas por servicios.

"El anhelo de una única historia clínica en Argentina es una meta a conseguir y una obligación legal, ya que está establecido por la ley".

Referencias

- Ley 26529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Sanción 21/10/2009- Boletín Oficial 20/11/2009.
- Ley 25506 de Firma digital. Sancionada el 14/11/2001. Promulgada de hecho el 11/12/2001.
- Asociación Médica Argentina (AMA). Código de Ética.
- Dr. Garay Oscar E. Tratado de Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas. Tomo 1- capítulo VI.
- Dr. Vitolo Fabián. Aspectos médico legales de la historia clínica electrónica. Biblioteca Virtual NOBLE. Julio 2009.
- Taller en el Salón Azul, de la facultad de Abogacía de la UBA, "Hacia una historia clínica informatizada: los desafíos de la protección de los datos sensibles, intimidad y confidencialidad", del Observatorio de la Salud de la Facultad, directora Dra. Marisa Aizenberg. 6/8/2014.

... EJERCICIO CLÍNICO (Viene de pág. 13)

Controles sucesivos demuestran la desaparición clínica.

Antecedentes familiares

Padres no consanguíneos.

Madre de 21 años sana.

Padre de 21 años sano.

No antecedentes relevantes en los convivientes cercanos.

Examen físico.

Peso 14,100 g (p75), talla 90 cm (p50-75).

Buen estado general.

Palidez de piel, no de mucosas.

Cicatriz de incisión laterocervical derecha antigua, no dolorosa ni acompañada de signos inflamatorios.

Escasas microadenomegalias láterocervicales bilaterales blandas móviles e indoloras

Aparato cardiorrespiratorio: normal.

Abdomen blando, depresible e indoloro.

No visceromegalias.

Examen neurológico normal.

Exploraciones complementarias

Se solicita:

- Mantoux: 6x6 mm de induración
- Radiografía de tórax.

Rx 1. ¿Qué opinión le merece la radiografía de tórax?



Se observa:

- Un desplazamiento de la tráquea hacia la derecha.
- Ensanchamiento mediastínico (Tabla 1).

Tabla 1. Tumores mediastínicos y su localización más frecuente en niños

Anterosuperior malignos

Linfomas NH tipo T, Leucemia T.

Timoma.

Tumores de células germinales (teratoma, teratocarcinoma, seminoma, coriocarcinoma, carcinoma embrionario).

Más raros en niños.

Tumores de tiroides.

Tumores de paratiroides.

Medio benignos

Adenopatías secundarias a TBC, Neumonía.

Quistes broncogénicos.

Quistes pericárdicos.

Quistes entéricos.

Malignos

Leucemia o Linfoma T.

Linfoma Hodgkin.

Posterior benignos

Quistes neuroentéricos.

Duplicación esofágica.

Neurofibroma.

Mielomeningocele ant.

Malignos

Neuroblastoma.

Neurosarcoma.

Ganglioneuroma, etc.

Teniendo en cuenta la localización y su evolución consideraríamos los siguientes diagnósticos diferenciales:

1. Adenopatía o caverna por recidiva del proceso infeccioso inicial (*Mycobacterium avium intracellulare*).
2. Adenopatía tuberculosa o caverna por *Mycobacterium tuberculosis*. Sin duda parecería lo más probable si no fuera por un Mantoux tan escasamente positivo.
3. Linfoma u otras tumoraciones mediastínicas de "rápida evolución" (Rx. tórax de 1 año atrás: normal) que desplazaría la tráquea hacia la derecha.

¿Está de acuerdo con estos diagnósticos diferenciales?

¿Le cabría otra posibilidad?

¿Qué haría a continuación?

1. ¿Perfil Rx. de tórax?
2. ¿Exámenes de laboratorio? ¿Cuáles?
3. ¿Otros exámenes por imagen?
4. ¿Otras determinaciones?

¿Qué espera encontrar con lo que solicita?

Segunda parte



Rx 1. La radiografía del caso presentado induce a error desde un primer momento si no se tiene en cuenta un paso fundamental en la interpretación radiológica: ¿cómo está realizada técnicamente la placa?

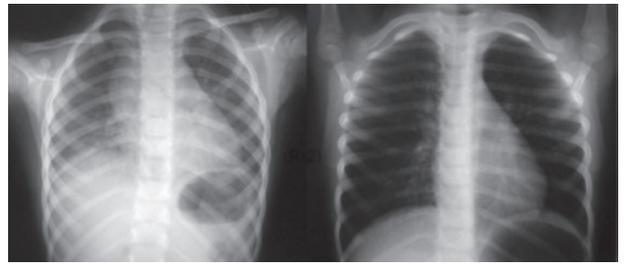
Si no partiéramos de esta premisa parece verse un desplazamiento “patológico” de la tráquea hacia la derecha y cierto ensanchamiento mediastínico.

Por este motivo, y antes de plantearse otras exploraciones complementarias se repitió la radiografía de tórax insistiendo en la necesidad de una adecuada posición de la paciente:



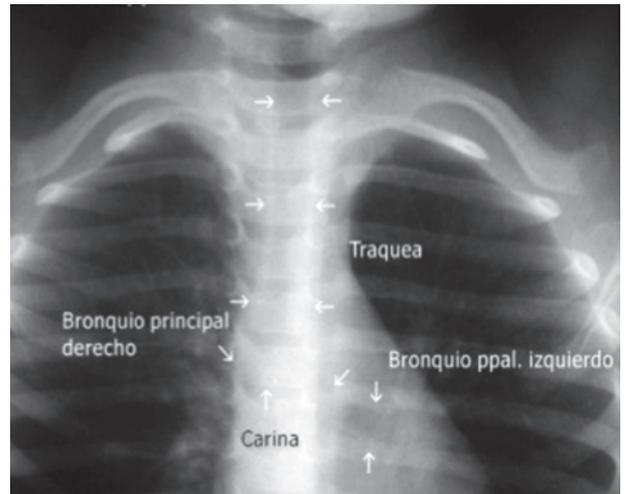
Rx 2. ¿Cómo impresiona esta placa Rx?
Normalidad radiológica.

Observemos detenidamente a continuación ambas imágenes:



Rx.1 Espirada y rotada. Desplazamiento de la tráquea hacia la derecha. Ensanchamiento del mediastino.

Rx.2 Bien inspirada centrada. Normalidad radiológica. Se trata de la misma paciente radiografiada el mismo día en inspiración.



CONCLUSIONES

Una Rx de tórax espirada o rotada conduce a problemas obvios de interpretación; la realizada en posición lordótica tiende a acentuar la vascularidad de las regiones hiliares y de los lóbulos superiores haciendo que el corazón dé la imagen de hipertrofia ventricular derecha. Una placa “blanda o poco penetrada” puede mostrar imágenes engañosas u ocultar otras importantes, como también, una Rx “dura o muy penetrada” puede “llevarse por delante” y no permitir ver imágenes de valor.

En este Ejercicio Clínico se quiso destacar cómo, partiendo de una Rx “deficiente” se puede arribar a Diagnósticos groseramente erróneos.

Este concepto de “comienzo deficiente” se puede trasladar a todas las etapas del acto médico:

Desde el primer contacto con el paciente, su flia., su entorno... **Deficiencias** en la interpretación del motivo de la consulta, y/o durante el interrogatorio, el examen físico, etc., es muy probable que nos conduzcan a un diagnóstico erróneo, con todo lo que ello significa...

Si desea recibir por mail y con fines docentes esta Presentación con formato Power Point, por favor solicitarla ajlmarsicovetere@gmail.com



ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

Dra. Patricia Cirigliano

Dr. HORACIO LEJARRAGA

Horacio Lejarraga, Médico egresado de UBA en 1967, Médico Pediatra por SAP en 1975, es nombrado Doctor en Medicina por UBA 1977. Ha sido Visiting Professor, Universidad de Oxford, Reino Unido, en 2000, Profesor Titular y Honorario en UBA desde 2010, asesor y consultor en Argentina y fuera del país y es, desde 2005 hasta la actualidad, Profesor Extraordinario de la Universidad Católica de Salta.



Lejarraga ejemplifica con su práctica profesional, aquello que sugiere a quienes recién comienzan: *“tengan constancia con el objeto”*.

No son sólo palabras. Su trayectoria así lo demuestra. Aquí algunas aristas de su trayectoria: serio, sin solemnidad, Horacio no solo se ha ocupado de diseñar estrategias y trabajar en equipo.

Supo crear el necesario ambiente de amable bienestar social, haciendo compartir y sirviendo mate y galletitas, en los grupos de investigación en los que participan madres y niños.

Miembro Titular de la SAP desde 1977, trabajó del '82 al '96 en el Comité de Crecimiento y Desarrollo y fue encargado de Asuntos Científicos. Vicepresidente de la C.D. de la SAP (1997-1999), la presidió entre 1999 y 2002. Obtuvo tres valiosos premios nacionales y un premio latinoamericano.

El Dr. Lejarraga ha sido también honrado con un reconocimiento, sin duda excepcional para su persona y nuestra Pediatría. Merecimiento que se apoyó en la PRUNAPE y sus 27 años de trabajo en desarrollo.

Propuesto por el académico Dr. Miguel Larguía, recibió recientemente, en el Palacio Real de Madrid, el Premio Reina Sofía de manos de su Majestad, la Reina Leticia. El reconocimiento, uno de los más importantes del mundo, se disputa entre postulantes de todos los países de habla hispana y portuguesa. Es dedicado a la Prevención de la Discapacidad y lo otorga el Ministerio de Salud de España. Horacio Lejarraga siente *“satisfacción porque se lo han dado a un pediatra y además argentino”*.

Intensa y jerarquizada es su vida societaria en siete organizaciones de alto nivel científico:

- Miembro de la International Network for the Study of

Growth and Development UNICEF, Amsterdam, desde 1984.

- Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición desde 1977 a 1980.

- Miembro Honorario de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (junio de 1985 hasta la actualidad).

- Miembro de la Comisión Coordinadora del Caucus de los Derechos del Niño ante la Sesión Especial sobre el Niño a celebrarse en la Asamblea General de las Naciones

Unidas. Septiembre 1999, septiembre 2001, New York.

- Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP): Miembro Titular desde 1974, Secretario General durante el período 1992-1995.

- Desde 1988, miembro de la Comisión Directiva International Association for the Study of Human Growth and Clinical Auxology (ISGA), su Secretario desde 2011 y está organizando el XIII Congreso Internacional de la Sociedad, en la Universidad de Maribor, Eslovenia.

El Dr. Lejarraga, desde 1974 hasta la fecha, ha tenido participación activa como disertante, docente, coordinador o panelista, y también único orador, en 32 congresos nacionales y 22 internacionales.

Fue solicitado en carácter de Consultor desde 1981. Desde 1986 Lejarraga brindó a asesorías en el país y el extranjero, en una veintena de oportunidades, de alcance nacional e internacional (como UNICEF, SAP, OPS/OMS, INDEC y otros) para desarrollar proyectos, evaluaciones de investigaciones, programas en foros, discusiones y publicaciones.

En 1999 fue Miembro Individual Fundador del Concejo Académico de Ética en Medicina.

El Dr. Lejarraga dictó 23 conferencias, como único orador, en nuestro país y otras 13 en el extranjero.

Desarrolla también importante trabajo asistencial. Varias veces Jefe de Servicio, Titular por Concurso Abierto, y desde 1991 al 2010, Jefe Titular del Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” (Centro Colaborativo de la OMS). Desde 2011 es Médico Consultor Honorario en ese Hospital.

Además en ese año, es asesor contratado de la Dirección General de Salud Ambiental (DGSA) de ACUMAR (Autoridad Cuenca Matanza- Riachuelo), para medir el

impacto medio ambiental sobre la salud de la población infantil y diseñar y ejecutar intervenciones positivas.

El Dr. Lejarraga es autor del libro "Desarrollo del Niño en contexto" editado por Paidós, que se utiliza como libro de texto en las Universidades.

Es autor de varios capítulos en 17 obras y coautor de 6 libros. Presentó en eventos científicos, en solitario y en equipo, 132 trabajos.

Fue en 1984, miembro del Comité Editorial de la serie de 16 fascículos, dirigida por el Dr. Carlos Gianantonio: "Pediatria. Problemas frecuentes en la práctica diaria". Participó, siendo asesor técnico, en "Primer año de vida. Educación para la salud" y fue colaborador en el "Manual de vigilancia del desarrollo infantil".

La mayoría de los aportes que el Dr. Lejarraga brindó y brinda a la Pediatría, son creativos y a menudo inaugurales. Inevitablemente sintética es la enumeración de la profusa actividad que realizó investigando, validando y poniendo en terreno su proyecto científico.

- Hizo por primera vez estudios epidemiológicos en adolescentes en una muestra nacional.
- Construyó las tablas argentinas de crecimiento de peso y estatura (desde el nacimiento hasta la madurez), todavía vigentes, con las que se evaluó, durante más de 20 años, el crecimiento y la nutrición de los niños en el país.
- Hizo, en una muestra nacional, el primer estudio epidemiológico sobre crecimiento en adolescentes, y también sobre obesidad en esa etapa de la vida, y déficit de vitamina A.
- Realizó varios estudios epidemiológicos sobre crecimiento físico, sobre tendencia secular de crecimiento, sobre edad del desarrollo puberal en niños y niñas en Argentina.
- Luego del primer (y único) estudio nacional sobre epidemiología del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años, creó la Prueba Nacional de Pesquisa, PRUNAPE, herramienta de búsqueda de trastornos inaparentes del desarrollo, que validó e implementó en terreno.
- Creó un programa presencial y a distancia para pediatras, con el cual se han capacitado ya más de 1000 agentes de salud infantil.
- Construyó un cuestionario para hacer más costo efectivo el proceso de "screening" en comunidades de alta prevalencia de problemas de desarrollo.
- La PRUNAPE, usada en más de 12.000 niños del conurbano bonaerense, fue capaz de detectar uno de los problemas de salud más importantes y prevalentes en la infancia: el retraso en el desarrollo psicomotor.

Representó a nuestro país y a la Pediatría Latinoamericana (ALAPE), con su trabajo en desarrollo del sentido ético del niño y en el desarrollo de niños en prisión, en 2002 en la Cumbre Mundial de la Infancia en Nueva York (ocasión en que pronunció un discurso memorable).

Desde 1970 hasta hoy, ha sido dictante de cursos de Grado y Postgrado. Participó y participa activamente de

comités y comisiones de alto prestigio institucional, universitario y ministerial siempre vinculado a la investigación, creación y soporte de programas de salud del niño, su familia en relación a nutrición, crecimiento y desarrollo entre otros aspectos.

Lejarraga expresa "hice docencia toda la vida, no sólo en el dictado formal, sino con lo que investigué y escribí".

Catedrático en UBA durante 14 años, desde 2011 ejerce Docencia de Postgrado.

Fue padrino de dos becas anuales ligadas a Crecimiento y Desarrollo y cuatro veces padrino de tesis para Doctorados y Maestrías.

Horacio fue siete veces Miembro de Jurados para nombramientos, evaluaciones y exámenes y fue padrino de Tesis Científicas.

Siendo presidente de la Subcomisión de Educación Continua de la Sociedad Argentina de Pediatría, en 1993, participó, en un rol importante, en la creación del Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Hay actualmente más de 6.000 pediatras de todo el país inscriptos en este programa de actualización a distancia. Según Lejarraga: "Fue realizado con la participación de toda la Sociedad de Pediatría en su conjunto".

Revista Noticias: *Nacido en Bahía Blanca... ¿familia?*

Dr. Lejarraga: Mi padre era un pediatra muy estudioso y muy dedicado a su especialidad. Y mi madre a nosotros, sus cuatro hijos. Hice lo que muchos jóvenes de Bahía Blanca: ir a Buenos Aires a estudiar una carrera. Mis padres nos ayudaron mucho, a mí y a mis hermanos.

R.N: *Formaste una familia, ¿cómo fue?*

Dr. L: Me casé tarde. Estuve algunos años en el Reino Unido, luego trabajé cuatro meses en Nigeria, después de la guerra de Biafra y al volver a Argentina, me casé con María Gracia Caletti, pediatra, mi compañera de vida y excelente nefróloga. Tenemos 2 hijas. María Gracia nos cuenta: Celina de 38 años, es madre de Manuel de 20 meses y viene en camino Isabel (está cursando su 6^{to} mes de embarazo). Es pediatra especializada en Trastornos del Desarrollo Infantil. Acaba de ganar por concurso, en el Htal. Garrahan, el puesto de "Médica de Planta". Agustina de 36 años, es socióloga y trabaja en el Ministerio de Educación y Desarrollo, en el "Observatorio sobre Violencia en la Escuela".

R.N: *Le diste a tu profesión un enfoque exigente...*

Dr. L: Simplemente, me fui poniendo metas. Primero tener una buena formación clínica, ser un buen pediatra. Sentí que tenía que profundizar en un tema para poder desarrollar algo más, hacer algo más creativo.

R.N: *¿Cómo fue el "paso a paso"?*

Dr. L: Terminé la residencia. Quería estudiar afuera, en un lugar de mayor nivel científico que el que había en mi país. Estudiar algo que mantuviera una perspectiva amplia del niño y su entorno. Me pregunté dónde quería estar en diez años y me respondí: "Quiero estar donde se encuentren la Fisiología, la Psicología y la Sociología". Gané una beca para trabajar en la Universidad de Londres,

en el Institute of Child Health, con James M. Tanner, la autoridad mundial en crecimiento y desarrollo infantil. Allí conocí a Andrea Prader, a John Waterlow, a Mc Cance, Kriegler y otras autoridades pediátricas.

R.N: *¿Cuáles son los hitos más impactantes?*

Dr. L: Me hice médico en el Hospital Gutiérrez y ahí aprendí clínica pediátrica. La influencia de Gianantonio fue impresionante. Dejé una marca imborrable a toda mi generación. En el trabajo con James Tanner aprendí inglés, epidemiología, fisiología, a hacer y leer un trabajo científico y a escribirlo y a investigar. En África aprendí cómo trabajar en situación de catástrofe, con carencias extremas. A mi vuelta, cuando el proceso militar arrasó con los profesionales del Gutiérrez, me invitaron a trabajar como consultor de la OMS en el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano) en Montevideo, Uruguay, con Caldeyro Barcia. Luego participé en la creación del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires con Gianantonio y de 1987 a 2010 trabajé en el Hospital Garrahan.

R.N: *¿Alguno de tus viajes marcó especialmente el rumbo ya elegido?*

Dr. L: Mi vida en Inglaterra fue la experiencia profesional más importante, pero trabajar en el África y en París, me dio una amplitud de visión total de los problemas de salud del niño.

R.N: *Tu trabajo con énfasis distintivo en crecimiento y desarrollo y en su vinculación con lo ecológico-ambiental ¿provocó cambios...toma de conciencia... políticas públicas...?*

Dr. L: Cuando comencé a estudiar el crecimiento como proceso biológico, me pareció un proceso como cualquier otro. Poco a poco me di cuenta de la enorme trascendencia que tenía para la salud infantil. Por un lado desde el punto de vista clínico, sirve para monitorizar su salud, para detectar enfermedades crónicas y para seleccionar niños candidatos a alguna ayuda o aporte complementario. Tendría que ser usado en salud pública, pero las autoridades de maternidad e infancia, no tienen idea de su importancia.

R.N: *Con tu enorme trabajo ¿es posible que exista aún alguna "materia pendiente"?*

Dr. L: Mi deseo actual es que la PRUNAPE sea una norma pediátrica, que todo pediatra de nuestro país la administre a todos los niños por lo menos una vez antes de los cinco años. He presentado un proyecto de ley de detección oportuna de trastornos inaparentes del desarrollo, ante el Senado de la Nación. Tiene actualmente status parlamentario, esperemos que progrese.

R.N: *De la filosofía ¿lo más "gustado"?*

Dr. L: Puedo citar una frase de Nietzsche: "solo hacen progresar al mundo los que dicen las cosas que no están bien".

R.N: *De la música ¿qué música escuchar, tocar?*

Dr. L: La música es parte de mi vida. Ahora estoy organizando el coro de la FUNDASAP (se ríe). Ya que estoy, paso un "chivo": invito a todos los pediatras y no pediatras

que les guste cantar entonadamente, a incorporarse al Coro Polifónico Vocacional. Están convocadas todas las cuerdas. Ensayamos en el Centro Gianantonio los lunes de 19.00 a 21.00 hs.

R.N: *De la literatura ¿qué géneros?*

Dr. L: Ahora estoy leyendo a Arturo Pérez Reverte. "La sombra del águila", una maravilla.

R.N: *¿Qué rol le adjudicas a leer en la infancia?*

Dr. L: Me gusta esa pregunta, porque la lectura es una de las pocas formas de enriquecer el lenguaje. Todos somos testigos de la degradación que está sufriendo el lenguaje en estos tiempos. La televisión, la radio y los diarios lo empobrecen. Se encuentra una precariedad en los textos y en lo que dicen los periodistas, que habría que censurarlos y ponerles públicamente un cero en ese tema. Esto no es banal, porque el lenguaje y el pensamiento van de la mano. Una de las pocas formas de enriquecerlo es con la lectura. La vieja costumbre decimonónica de leer cuentos a los niños antes de dormirse, es una práctica excelente, y muy efectiva, para generar en la infancia el amor por los libros.

R.N: *¿Te ha resultado sencillo o esforzado, escribir lo científico...comunicar...?*

Dr. L: Escribir es un proceso doloroso. No se enseña en la Facultad y aquel que quiere pedir un subsidio, presentarse a un concurso, proponer un programa de atención, tiene que escribir. Saber escribir es una habilidad diferente a la de atender niños. Esto no lo saben los tesisistas que cuando uno les critica el texto de su propuesta, se ofenden diciendo que ellos "son académicos". Doy un curso sobre "Cómo elaborar y escribir un proyecto científico" y a esos fines, una vez le pregunté a Fernando Savater como podría hacer yo para enseñarle a escribir a los pediatras, y él me contestó "pues hombre, para escribir hay que leer". Nada más cierto.

R.N: *¿Cuál es tu postura dentro de la Ética Médica?*

Dr. L: Personalmente no creo en la ética de los principios, una ética basada en una lista que nadie discutió y que nadie cumple. Creo, en cambio, en una ética de los valores, esto es, una ética con una perspectiva axiológica en la que los valores se socializan, se analizan, se discuten, se acuerdan, se balancean.

R.N: *En una trayectoria tan extensa ¿maestros?*

Dr. L: Mi padre, que con su trabajo me enseñó Pediatría sin que yo me diera cuenta. En el Hospital Gutiérrez mis maestros fueron Gianantonio y Mario Roccatagliata, luego Roberto Caldeyro Barcia, del CLAP (Montevideo) y Pierre Maroteaux, en París, en el Hospital des Enfants Malades. Además James Tanner, del Reino Unido, ya nombrado.

R.N: *¿Y al volver a Argentina?*

Dr. L: Como ya comenté, a mi vuelta me invitaron como consultor de la OMS, en Uruguay con Caldeyro Barcia, donde trabajé en salud pública, en perinatología. Luego participé en la creación del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano con Gianantonio, y del 1987 al 2010 en el Garrahan, donde, en los primeros cinco años, estuve

a cargo de la organización de la internación del área de Cuidados Intermedios y Moderados (CIM). Organicé diez salas con 35 camas cada una.

Por supuesto, con una gran ayuda de los entonces Directores Juan Carlos O'Donnell y Alberto Dal Bó, dos gigantes de la dirección hospitalaria. Tenía a mi cargo 60 médicos pediatras. El Garrahan hizo una propuesta muy de avanzada, que podemos sintetizar en tres ejes: el primero: el ingreso de profesionales por concurso abierto, algo que mucha gente en nuestros hospitales no quiere y el horario de trabajo de 8 horas. Parece muy moderno, pero lo que es insólito es que los hospitales trabajen solo a la mañana. El segundo eje: que el hospital es autárquico, administra los fondos de acuerdo a un proyecto anual. El tercero: que su arquitectura está planeada para que las madres permanezcan con sus hijos internados, con un baño cada dos camas.

Luego de cinco años, cuando las salas ya estaban organizadas y en pleno funcionamiento, fui a ver al Director Dr. O'Donnell, y le dije "lo difícil ya fue hecho, ahora otro puede continuar la coordinación de CIM". Le propongo nombrar a otro Coordinador y yo me ocupo de construir un Servicio de Crecimiento y Desarrollo, que trabaje en pro del crecimiento de los pacientes crónicos. La pediatría va a tener muchos pacientes de ese tipo, porque ahora muchas enfermedades malignas se curan, hay trasplantes de hígado, riñón, etc. Y me sentí muy contento, porque me ayudaron a organizar un pequeño Servicio de Crecimiento y Desarrollo, desde donde se puede hacer la PRUNAPE y muchas otras cosas. Entre ellas, implementarla en terreno. Gracias al entonces Secretario de Salud de San Isidro, Dr. Gustavo Hirsch, pudimos hacerlo en tres centros de salud. Ahora quedan allí tres excelente pediatras, que trabajan en distintos aspectos del crecimiento: la Dras. Virginia Fano, Mariana del Pino y Silvia Caíno.

R.N: *¿Sugerencias para los que se inician en la carrera?*

Dr. L: Tienen que cumplir cada etapa, según lo que corresponde. Durante la residencia hay que estudiar pediatría, atender niños, y aprovechar a los maestros. Luego hay tiempo para investigar, enseñar, etc. A los que quieren ser pediatras, les diría algunas cosas.

En primer lugar los médicos deben ganar bien para vivir decentemente, pero que si lo que buscan es enriquecerse, les aconsejaría entren en el ambiente financiero, que es el que domina el mundo. En segundo lugar, después de tener una buena formación clínica, les diría que si quieren profundizar en un tema, deben tener "constancia con el objeto", es decir, leer estudiar e investigar en una misma línea, a lo largo del tiempo. Es la única manera, después de unos años, de llegar a poder crear algo, aportar un conocimiento, una idea nueva.

R.N: *¿Qué aspiras para los años venideros para SAP, para nuestra Pediatría, para Argentina?*

Dr. L: Quisiera que hubiera más equidad en la atención de los niños argentinos. También que la SAP pueda ayudar a mantener el nivel científico de nuestros pediatras, por-

que con el vaciamiento de los hospitales públicos, se está empobreciendo la formación médica y la investigación. Eso atenta contra el nivel científico de nuestros médicos. Tengo la esperanza que el Premio Reina Sofía a la PRUNAPE induzca a los Pediatras a "ponerse las pilas" y usarla.

TIPS

- Pueden aplicarse los conocimientos generados en la investigación científica con las acciones concretas de salud.
- El crecimiento es un espejo de la sociedad y su incorporación a las estadísticas de salud, representará un importante aporte al proceso de monitorización de la misma y al bienestar general del niño.
- La Prunape es un test recomendado por el Comité de Pediatría Ambulatoria de la SAP.
- La influencia de Gianantonio fue impresionante, dejó una marca imborrable a toda nuestra generación.
- La ética es una práctica, una tarea, que se construye en el trabajo diario con los pares.
- Los que tenemos cierta edad, debemos recordar que los jóvenes nos observan, y que nos guste o no, somos una referencia o un modelo.
- La PRUNAPE tendría que ser una norma en la práctica pediátrica.

Se trata del aporte más importante a la pediatría sobre detección oportuna de problemas inaparentes del desarrollo.

- La Pediatría no es la profesión para ganar mucho dinero.
- La atención de niños que no pasan la PRUNAPE depende de los recursos disponibles, del grado de integración de los diferentes niveles de atención, de la prevalencia de los problemas, etc.
- Se estima que un 50% de los niños ingresan a la escuela con trastornos del desarrollo sin ser debidamente reconocidos.
- Las estimaciones internacionales indican que por cada dólar invertido en pesquisa se ahorran 7 dólares en gastos de tratamiento tardío.
- Los padres deben ser escuchados. La detección de la mayoría de los problemas del desarrollo, se hace gracias a la preocupación manifestada por ellos.
- La opinión de los padres, si bien contribuye a mejorar la focalización de los niños en riesgo, no reemplaza a los tests de pesquisa.
- Logré un decisivo acuerdo interinstitucional entre la SAP y el Ministerio de Salud, para uso en todo el país.
- Debemos estimular la lectura en los niños.
- Además de que la idea sea buena, es necesario saber demostrarla, plantearla, y eso es nuestra responsabilidad técnica.
- Si alguien tiene un lenguaje pobre, también tiene un pensamiento pobre.



HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

Espacio creado por el *Dr. Juan Luis Marsicovetere*

Dr. Saul Gleich

Médico Pediatra

HOSPITAL LUISA C. DE GANDULFO, Lomas de Zamora



HOSPITAL GANDULFO

Un día de febrero de 1902 comenzaba a ser realidad que el municipio de Lomas de Zamora contara con un hospital propio.

Doña Luisa Cravenna de Gandulfo, donaba con destino específico para el ansiado establecimiento, la manzana del Terrero comprendida entre las calle Balcarce, Sarandí, Las Piedras y Ceballos, con una superficie de 12.532 m² y “habría de librarse al servicio público debiendo reunir las condiciones que la ciencia médica aconsejaban”.

La Intendencia nombra la comisión de vecinos encargada de las obras y de recolectar los fondos

necesarios para la construcción, a la que definieron como una “obra eminentemente popular”.

Urgían la escritura del terreno y la colocación de la piedra fundamental. Esta revistió un carácter solemne y emotivo y los padrinos fueron la hija de la donante, Elvira Gandulfo de Souza, y el Ministro de gobierno y, en el acto, entregó la escritura el nieto de la donante, Vicente Gaete.

El 15 de junio de 1902 se coloca la piedra fundamental introducida en un tubo de plomo. La piedra decía: “sea notorio a todos los que vieren la colocación de la piedra fundamental del Hospital

Lomas de Zamora, que se construirá por suscripción popular en este terreno donado por la Sra. Luisa C. de Gandulfo....”.

Tres lustros después la intendencia municipal impone el nombre Luisa C. de Gandulfo al hospital, y desde entonces la gente dice: “voy al Gandulfo”, “vengo del Gandulfo”...

Muchas fueron las donaciones realizadas por instituciones del municipio y por particulares para lograr que el proyecto primitivo de la obra se hiciera realidad en su primera etapa. Estas donaciones fueron impulsadas por el intendente Manuel Castro y el diario “La Unión”.

Así se llega por fin a la inauguración el 9 de julio de 1906 en una gran fiesta popular, con banda de música a todo trapo, pudiéndose ver el frente engalanado con banderas y gallardetes. Las paredes blancas parecían un libro cuyas páginas vírgenes esperaban que se escribiera su historia, a partir de ese momento...

Constaba en su principio con dos salas, una de mujeres y otra de varones y un pabellón de dos plantas para la dirección, sector administrativo, consultorios externos y vivienda para los practicantes.

El mantenimiento del hospital estuvo al principio a cargo del Jockey Club de Lomas de Zamora, siendo su primer director, el Dr. Tomas Cerruti. Por diferencias entre la institución y el municipio, se decide municipalizar al Gandulfo, nombrando como director al Dr. Juan A Garona.

Luego el hospital fue creciendo gracias a donaciones particulares: primero con el agregado de una sala de maternidad, luego una de niños y rayos X, todo con fondos que se conseguían, además, en fiestas locales en quintas y en los altos del cine Español.

La atención de los casos severos se hacían derivando a Buenos Aires y para eso lo primero que se compro fue una “ambulancia” (carro tirado por 2 caballos) que tardaba 4 horas para llegar a través del camino real (hoy avenida Hipólito Irigoyen)

Se fue ampliando, convirtiéndose en un hospital con pabellones conectados entre sí por jardines y pasillos al aire libre, luego techados con chapa.

Muchos médicos destacados y de verdadero prestigio en el orden nacional dejaron huella indeleble a su paso por el Hospital Gandulfo,

destacándose, al principio, los servicio de cirugía y maternidad en su desarrollo.

El crecimiento científico del hospital, lento pero continuo, era recurso humano dependiente, generándose siempre primero la necesidad y luego se conseguía la tecnología para su aplicación.

Muchos maestros de la medicina pasaron por nuestro hospital, provocando cambios importantes en el funcionamiento de la institución, siendo sede de varias Cátedras de distintas especialidades de la carrera de Medicina, de la Universidad de La Plata, especialmente.

Entre las visitas ilustres recibidas figura la del Dr. Luis Agote, que inaugura el servicio de Hemoterapia del hospital, que hoy lleva su nombre.

Es así fue que en 1967 se crea la primera residencia médica pediátrica de la zona sur, impulsada por el Dr. Abraham Cosin, siguiéndole luego las de clínica médica y cirugía, y en la actualidad funcionan en el hospital 8 residencias médicas.

El bisnieto de Luisa C. de Gandulfo, Alfredo Gaete, cursó su residencia de Medicina Familiar en el hospital que donó su bisabuela.

Se provincializa en el año 1992, con la categoría de Hospital Interzonal General de Agudos, con una dotación de 300 camas y un promedio de 10.000 egresos anuales.

Cuenta con un servicio de Pediatría (con sector de UTI neonatal) y una maternidad con más de 2.500 partos anuales. El sector de internación tiene una dotación de 16 camas y la UTI neonatal 8 cunas.

El servicio de pediatría trabaja coordinadamente con las unidades sanitarias manejadas por el municipio de Lomas de Zamora, en un sistema de referencia y contrarreferencia telefónico en la actualidad.

El hospital se encuentra en plena fase de reconstrucción edilicia moderna, haciendo desaparecer los pasillos al aire libre que existían y manteniendo solo el sector del pabellón de entrada con su arquitectura original. Trabajan en él, organizaciones como LALCEC y la Cruz Roja conjuntamente con la institución.

Referencias

- Legnani Luis A. Un Lomas que yo he visto. Pág. 363.
- Muñoa Edgardo. Artículos en revistas y diarios locales.



Transición de atención pediátrica a cuidados del adulto: a menudo no se cumplen las directrices

La mayoría de los jóvenes son transferidos de la atención pediátrica a la atención primaria de adultos más tarde de la edad recomendada, que es de 18 a 21 años, y puede haber ausencias en la atención que duran más de un año, según un nuevo estudio.

“Se necesita más trabajo para determinar si los jóvenes están experimentando lapsos clínicamente importantes en la atención, u otros efectos negativos para su salud, debido al retraso en la transferencia”, indicaron los investigadores en su informe del 1 de junio en la revista *JAMA Pediatrics*. “Una transferencia oportuna, bien coordinada, desde pediatría a la atención primaria de adultos, es un componente importante en la atención de salud de alta calidad, especialmente para los jóvenes con enfermedades crónicas”, dijo el Dr. Lauren Wisk, del Centro para el Cuidado de Niños, Harvard Medical School, Boston.

Estudiaron el tiempo de transferencia y los factores que influyen sobre ella, en 60.233 adolescentes matriculados en Harvard Pilgrim Health Care, desde los 16 hasta 26 años o cancelación de la inscripción, entre 2000 y 2012. En los modelos multivariantes, la edad media ajustada del traslado de pediatría a atención de adultos fue 21,8 años y la duración media del lapso entre la última visita pediátrica al consultorio de adultos fue de 20,5 meses, informan los investigadores. Las medianas de edad ajustadas para la transferencia y para la primera visita eran prolongadas (23,1 años y 41,6 meses, respectivamente), tanto para las visitas preventivas como para todas las visitas al consultorio.

Los jóvenes que vivían en barrios de bajos ingresos eran transferidos a edades más avanzadas y tenían huecos de atención más largos, que los jóvenes de los barrios de mayores ingresos. Las

mujeres eran transferidas a edades más tempranas que los hombres y los jóvenes con enfermedades crónicas tenían períodos sin atención más cortos que los que no tienen esas condiciones. “A pesar que los jóvenes con enfermedades crónicas tienen brechas más cortas, pueden necesitar intervalos aún más cortos para garantizar el acceso continuo a la atención”, indicaron los investigadores. “Aunque hay consenso en que el momento específico para la transferencia óptima variará de acuerdo a las circunstancias de cada persona, las directrices sugieren que esta transferencia idealmente debe ocurrir entre 18 y 21 años de edad y que en los adolescentes se recomienda tener visitas preventivas anuales hasta los 21 años de edad”, señalan. “Nuestros documentos de estudio informan que la mayoría de los jóvenes que se transfieren a los médicos de adultos, no están recibiendo la atención de acuerdo con estas directrices, sino que lo están haciendo después y con brechas más amplias entre las visitas preventivas, que lo recomendado”, añaden.

“Hay múltiples factores que pueden haber contribuido al retraso de la transferencia incluyendo barreras de los seguros de salud, falta de sistemas de entrega coordinadas, ausencia de mecanismos para garantizar el seguimiento y falta de familiaridad con los sistemas de atención de adultos. Las causas y los efectos de estos retrasos merecen estudio adicional”, escriben el Dr. Wisk y sus colaboradores. “En última instancia”, señalan, “la transición del cuidado es un proceso complejo, en el cual la transferencia es sólo una parte. Se necesita más trabajo para estudiar el efecto del momento de la transferencia en los resultados de salud y para determinar y promover la sincronización óptima para resultados de alta calidad”, concluyen.

Reuters Health Information, By Reuters Staff

JAMA Pediatr 2015. <http://bit.ly/1d9pe9R>, June 02, 2015; *Reuters Health*

Adendum

“Nada es veneno, todo es veneno: la diferencia está en la dosis.”

THEOPHRASTUS BOMBART VON HOHENHEIM (PARACELSO)

Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim, también Theophrastus Bombast von Hohenheim, conocido como Paracelso o Teofrasto Paracelso (1493, Einsiedeln, Suiza - 24 de septiembre de 1541, Salzburgo, Austria). Alquimista, médico y astrólogo suizo.

HYPERSOL GOTAS

Cloruro de Sodio / Solución hipertónica

Gotas x 7,5ml

Es el tratamiento indicado en la coriza del lactante.

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

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

Hypersol gotas previene la sobreinfección bacteriana.

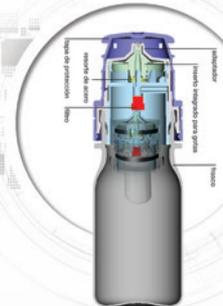
El clearance mucociliar es la principal defensa natural del epitelio respiratorio. Normalmente las partículas nocivas, los alérgenos, y los virus y bacterias son atrapados por el moco y transportados por las cilias hacia el aparato digestivo.

Hypersol gotas es totalmente natural e ideal para el lactante.

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

Primer gotero estéril sin conservantes

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



Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

DOS EMPRESAS CON LA MISMA VOCACIÓN Y COMPROMISO

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

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

