



# SUP

SOCIEDAD URUGUAYA  
DE PEDIATRÍA

# Boletín Informativo

2005 - Órgano Oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría - Vol. 14 - Nº 3

Editores: *Coralito López y Alejandra Protasio*

Distribución gratuita a los Socios de la SUP - Br. Artigas 1550. Casilla 10906

Tel. 7091801 - Fax: 7085213 - Web: [sup.org.uy](http://sup.org.uy) - E-Mail: [secretaria@sup.org.uy](mailto:secretaria@sup.org.uy)

Prohibida su reproducción total o parcial, salvo autorización expresa de la Comisión Directiva.

## COMISIÓN DIRECTIVA:

Presidente: Dr. Álvaro Galiana, Vicepresidente: Dra. Ma. Julia Sarachaga, Secretario: Dr. Daniel Borbonet, Tesorera: Dra. Ma. Laura Michelini,  
Secretaria Actas: Dra. Coralito López, Vocales: Dra. Alejandra Protasio, Dr. Antonio Lustemberg, Suplentes: Dra. Ma. Noel Tanzi, Dra. Yolanda Mascaro, Delegada del Interior: Dra. Amelia Lodeiros  
Editores del boletín: Dras.: Coralito López y Alejandra Protasio

# Ed Editorial

## XXV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA *Encuentros e intercambios*

Ha culminado el "XXV Congreso Uruguayo de Pediatría, el 1er. Congreso Uruguayo de Neonatología, el 1er. Congreso Uruguayo de Enfermería Pediátrica y la 1ra. Jornada de Residentes en Pediatría del Conosur.

1.200 participantes; 29 invitados extranjeros, 31 conferencias, 48 mesas redondas, 3 simposios, 132 trabajos libres.

Éstas son algunas cifras finales del mayor evento científico realizado por la Pediatría uruguaya.

Entre integrantes de Comisiones Científicas, Organizadoras, Presidentes, Secretarios y Expositores, llegaron a un número de 73 puntales, para lograr un exitoso final.

Encuentros de colegas de Montevideo con colegas del Interior; Pediatras de mayor edad con jóvenes estudiantes; de enfermeras con neonatólogos, cirujanos, hematólogos, parteras, entre otros; de uruguayos con argentinos, chilenos, paraguayos, peruanos, bolivianos, brasileños, etc.

De eso se trató, de encuentros e intercambios.

20 meses de reuniones de trabajo, 22 empresas farmacéuticas, 4 pisos del Radisson.

¡Pero principalmente, muy buena onda!

Errores para corregir, varios. Aciertos, los socios dirán. Trabajo y compromiso, tengan la seguridad que sí.

Fue un honor para la SUP compartir el 1er. Congreso Uruguayo de Neonatología y el 1er. Congreso Uruguayo de Enfermería Pediátrica, así como también compartir actividades con nuestros Residentes del Conosur.

Pero el máximo honor, fue el haber podido tener un Presidente de los 4 eventos, como lo fue el Prof. Dr. José Luis Peña.

Él ha sido y es un luchador incansable por la Neonatología uruguaya y por la SUP.

Ha marcado un camino, ha sido ejemplo de varias generaciones, ha sido un maestro, pero principalmente ha sido y es un amigo.

Él se mereció el éxito de este Congreso.

Para todos nuestros socios; ya estamos trabajando para el CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA 2007.

Dr. Daniel Borbonet

Secretario

XXV Congreso Uruguayo de Pediatría

PÁGINA 1: Editorial

PÁGINA 2: Educación Médica Continua

PAGINA 3: Felicitaciones

PÁGINA 4: Resumen de sesión científica del pasado  
24 de junio

PÁGINA6: Comité Gremial

PAGINA 7: Biblioteca  
Bienvenida a nuevos socios

PAGINA 8: Eventos

---

---

## Educación Médica Continua

### TALLERES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA:

#### COMUNICAMOS QUE PARA EL AÑO 2006

**SE REALIZARÁN LOS NUEVOS TALLERES ACREDITADOS  
SOBRE “USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS” Y  
“TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR”.  
DESTACAMOS QUE VOLVERÁN A DICTARSE LOS TALLERES  
REALIZADOS EN PERÍODOS ANTERIORES.**

---

---

Recordamos que para realizar los talleres en Montevideo y en el interior se requieren grupos de 20 personas (mínimo) y 40 (máximo). Los colegas interesados en participar en talleres en el interior deben comunicarse con la Dra. Amelia Lodeiros, Coordinadora de la Red Médica Pediátrica Nacional, e-mail: Amelia Lodeiros: [paraujo@adinet.com.uy](mailto:paraujo@adinet.com.uy) - Tel. (0722) 3969. Una vez recibidas las solicitudes correspondientes y logrado el número mínimo citado, se difundirán las localidades en donde se realizarán las actividades. Los colegas de Montevideo interesados en participar deben comunicarse con Secretaría de la S.U.P. en el horario de 8:00 a 16:00 h. Tel. 709 1801 - Fax 708 5213- e-mail: [secretaria@sup.org.uy](mailto:secretaria@sup.org.uy). Para los diferentes talleres se podrá efectuar dicha inscripción a través de depósitos en BROU N° DE CUENTA 189000932-7. Solicitamos enviar comprobante de depósito con nombre y domicilio al n° de fax 7085213 o vía e-mail [secretaria@sup.org.uy](mailto:secretaria@sup.org.uy) a efectos de realizar la inscripción y enviarle el material de estudio correspondiente.

# FELICITACIONES

*En el marco del XXV Congreso Uruguayo de Pediatría, I Congreso Uruguayo de Neonatología, I Congreso Uruguayo de Enfermería Pediátrica y I Jornadas de Residentes en Pediatría del Cono Sur. Se otorgaron los siguientes premios:*

## **Premios de Pediatría**

- \* Premio “Hospital Británico”: Nuevo Enfoque Terapéutico de la Osteogénesis Imperfecta. Autores: Reyno S, Schimchak M, López L, Batthyany E, Pereyra A, Scafiezzo S.
- \* Premio “UNICEF”: Instilación Intrapleural de Estreptoquinasa en el Tratamiento del Empiema Paraneumónico Complicado en niños. Autores: Alicia Fernández, Gustavo Giachetto, Gabriel Giannini, María Cecilia Garat, María Antonia Vero, Jorge Pastorini, César Castillo, María Catalina Pérez, Liliana Servente, Ana María Ferrari
- \* Premio “Fundación Rodríguez Saldun”. Fue declarado desierto por el Tribunal.

## **Premios de Neonatología**

- \* Premio “Centro Uruguayo de Perinatología” (CUP): Desarrollo de un equipo para Administración de Terapia Inhalatoria en Hipertensión Pulmonar del Recién Nacido. Autores: Solla G, Blasona F, Silvera F, Tellechea S, Godoy C, Pascale A, Núñez S, Olivera W, Gabay A, Martell M.
- \* Premio “Fundación UCM”: Resultados del Primer Banco de Leche Humana en Uruguay. Autores: Dávila C, Panizza R, Carroscia L, Castro M, Linardi G, Olivera M, Dodera S.
- \* Premio “Fundación Álvarez - Caldeyro Barcia” : Corioamnionitis Histológica en el Recién Nacido Menor de 1000 gramos, Incidencia y Resultados Perinatales. Autores: Moraes M, Fiol V, Píriz G, Castillo E, Repetto M, Cancela M J, Latoff M, Gutiérrez C, Medina E.

## **Premios de Enfermería**

- \* Premio “Fundación UCM”: Oxigenoterapia domiciliario en neonatos con Displasia Broncopulmonar. Autores: L Bergaló, C Caetano, A Cabrera, K Arcos, D Castello, N Lerena, A Sánchez

## **Premios de la Academia Nacional de Medicina**

- \* También felicitamos por el Premio Academia Nacional de Medicina MSP por el Trabajo “Niño Traumatizado en el Tránsito. Una Propuesta de Cambio”, a los autores del mismo: Carlos Juambeltz, Lauro Paulette, Amanda Menchaca, Sylvia Duarte, Sergio Sauto, Fernanda Erviti, Gustavo González, Rosario Lores, Andrea Rodríguez.

## **Premios de la Sociedad Uruguaya de Cardiología**

- \* En el marco del XXI Congreso de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (S.U.C.) se dio entrega del Premio ROEMMERS Medicina Cardiovascular “CORAZÓN DE ORO” premiando al mejor trabajo o proyecto de investigación. Se selecciona como ganador al “Proyecto para el desarrollo de la Promoción de la Salud Cardiovascular en la Edad Pediátrica” realizado en la policlínica de Factores de Riesgo del Servicio de Cardiología Pediátrica del C.H.P.R. Autores: Dres. Farré Y, Gambetta JC, Chiesa P, Morales J, Peluffo C, Duhagon P; Nut. Acosta V, Koncke F; Enf. Alfonso L; Tec. Inf. Seoane L.

## *Mielomeningocele y su atención por un equipo multidisciplinario*

La Espina Bífida o Mielodisplasia es una enfermedad congénita que consiste en el defecto de fusión de los arcos vertebrales posteriores de forma tal que la médula espinal y sus envoltorios quedan sin protección ósea, pudiendo salir a través de ese defecto. Si la médula ósea, las meninges y las raíces nerviosas están contenidas en dicha protrusión recibe el nombre de Mielomeningocele (MMC). Es la causa más frecuente de vejiga neurógena congénita. Es de relativa frecuencia con una incidencia que va, según los países, de 0.7 a 2 casos por cada 1000 nacimientos. En el Uruguay no existe un registro nacional de malformaciones congénitas. De datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2003 y cifras manejadas públicamente por legisladores podemos deducir que en nuestro país la incidencia es de 1 caso por cada 1000 nacimientos. En el mundo nacen por año más de 300.000 niños con algún defecto de cierre del tubo neural, constituyéndose en la 2da. Causa de defectos congénitos luego de las cardiopatías. Las manifestaciones clínicas dependerán del grado de cierre del tubo neural, del tiempo de afectación y del nivel anatómico del defecto. Cuando más alta sea, mayor será el compromiso medular y la parálisis que origine. El 65% de estos defectos ocurren en el área lumbar inferior o sacra. Los síntomas son parálisis total o parcial de los miembros inferiores con la consiguiente falta de sensibilidad, alteraciones ortopédicas (a nivel de columna, cadera y miembros inferiores) y pérdida de control de vejiga e intestino asociándose con frecuencia hidrocefalia y nivel de inteligencia por debajo de la normalidad. Por estas múltiples afectaciones es de las pocas entidades clínicas que requieren de un equipo multidisciplinario para su manejo integral, con el involucramiento en una primera etapa del obstetra, neonatólogo y neurocirujano y posteriormente del pediatra, neuropediatra, urólogo, nefrólogo, gastroenterólogo, ortopedista y fisiatra para brindar al niño que presenta esta patología todos los recursos disponibles para sobrevivir a la infancia en las mejores condiciones de salud y ser reintegrados a la vida social. De causa desconocida se proponen múltiples factores etiopatogénicos: edad materna, déficit nutricional, gestantes expuestas a radiaciones, embarazadas en tratamiento con anticomiciales e ingesta insuficiente de ácido fólico durante el período pre y periconcepcional. El uso del ácido fólico en la población femenina en edad de procrear ha demostrado ser eficaz tanto en la prevención de esta patología, como en reducir el riesgo de recurrencia de los defectos del tubo neural. Para ello se ha recurrido a dos estrategias:

1. Fortificación con ácido fólico de las harinas de trigo y de maíz. Esta forma de aporte tiene el inconveniente de que es una medida masiva (va mas allá de la población que se quiere proteger) que en la mayoría de los casos no llega a cubrir los requerimientos diarios.
2. Aporte suplementario de ácido fólico a toda mujer fértil (población femenina adolescente y adulta en riesgo de embarazo), comenzando 1 a 2 meses antes de la concepción y continuando durante todo el primer trimestre.

El Comité de Genética de la Asociación Americana de Pediatría recomienda el consumo diario de 400 mcg de ácido fólico. Esta dosis debe ser incrementada en la población de mayor riesgo proponiéndose dosis de 4 mg por día. Las mujeres que se consideran de alto riesgo de tener un hijo con MMC son las que tienen antecedentes de hermanos o sobrinos afectados (riesgo de 0.3 a 1.9%), las que tienen un hijo afectado (riesgo de 4 a 5%) incrementándose a 10 a 15% si hay 2 hijos con dicha enfermedad, las hijas de personas afectadas (2 a 3%), las que reciben tratamiento con anticomiciales y las diabéticas

insulinodependientes. Según estudios estadísticos el 95% de los embarazos afectados ocurren en mujeres sin historia personal o familiar de este defecto, lo que justifica invertir todo el esfuerzo en consolidar la prevención primaria.

La prevención secundaria se hace a partir de la detección y la atención temprana del recién nacido afectado. La detección precoz exige un estudio ecográfico trimestral de la embarazada. Para ello es necesario un cuidadoso examen untrasonográfico con el barrido de la columna vertebral fetal en menos de un operador experimentado con un buen equipo y con tiempo suficiente para realizarlo. También se puede recurrir a pruebas bioquímicas como son la dosificación de alfa fetoproteína en el líquido amniótico y en el suero materno, así como también de acetilcolinesterasa. El motivo de este Ateneo es transmitir la inquietud nefrourológica frente a nuestra realidad. Es una revisión realizada por el Comité de Nefrología (datos cedidos por Senniad) en un período de 20 años de diálisis peritoneal en niños y adolescentes menores de 18 años y hasta el año 2003 encontrábamos que sobre una población de 60 pacientes, la falla renal terminal era debida en el 41.7% de los casos a uropatía malformativa. En éstas, el reflujo vésicoureteral estaba presente en el 76% (asociada o no a valvas uretrales) mientras que el 20% eran MMC. Si consideramos que el MMC es una patología de fácil diagnóstico al momento de nacimiento, (si no fue detectado previamente), estas cifras resultan ser muy elevadas. Del punto de vista nefrourológico está comprobado que:

1. El aparato urinario superior está afectado en un 15 a 67% cuando estos niños llegan a la consulta.
2. El recién nacido puede tener una vejiga de riesgo que está demostrado ser la que mayor impacto tiene sobre la afectación renal.
3. Estos pacientes son vulnerables al fallo renal, ingresando muchos de ellos en la edad pediátrica a los programas de sustitución renal.
4. Más del 80% de estos niños padecen trastornos urinarios desde leves a severos.
5. Los niños con MMC sobreviven a la infancia en el 80% de los casos.
6. El reflujo vésicoureteral es un hallazgo frecuente en estos pacientes.

Nuestra experiencia señala que los pacientes llegan tardíamente a la consulta nefrourológica porque no son derivados tempranamente y porque en los primeros años de vida los padres suelen centrar su preocupación en el tratamiento ortopédico del niño, en facilitarle la movilidad, dejando de lado las alteraciones urinarias y del aparato digestivo bajo. Proponemos sensibilizar a los colegas para **PROMOVER EL CONTACTO TEMPRANAMENTE** del recién nacido con los especialistas para lograr la evolución urológica temprana, sin esperar ningún tipo de manifestación clínica posterior. **COORDINAR LAS ACCIONES DE SALUD** que son llevadas a cabo en las distintas especialidades pediátricas en forma fraccionada y/o aislada.

Comité de Nefrología

Agradecemos las exposiciones realizadas en este Ateneo por los colegas que concurrieron representando a los Servicios de Neonatología, Neurocirugía, Neuropediatría, Ortopedia, Fisiatría y Urología.

## Comité gremial

# ACCIONAR GREMIAL

### Introducción:

-En esta época de profundas transformaciones del Uruguay, que también llegan al campo de la Salud, la Comisión Directiva de la SUP permanentemente nos ha aguijoneado y estimulado para que la tarea sindical sea realizada.

Así, con un grupo de colegas, entre otros Alejandra Protasio, Diana Sastre, Mariela Debat, Ana Rodríguez, Antonio Lustemberg y Ana Harretche, reiniciamos por enésima vez la labor del Comité Gremial de la SUP.

Pensamos en reuniones regulares, quincenales, precedidas por citación electrónica y orden del día y acta anterior, con suficiente antelación para poder agendar con comodidad.

Todos aquellos socios de la SUP que deseen integrar este Comité Gremial, pueden pedir información a través de nuestra Secretaría.

### ¿Qué exigimos los Pediatras?

Hemos planteado una y otra vez, acompañando a Alvaro Galiana y Daniel Borbonet, en todas las instancias, las siguientes reivindicaciones, ya históricas de la SUP:

1) Reafirmar el compromiso que el Pediatra esté presente como indispensable en el Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención del próximo Modelo de Salud del Sistema Integrado. Este reconocimiento de la labor del Pediatra en todos los niveles, pero muy especialmente en el 1er Nivel de atención, implica que NO debe ser sustituido por otro profesional. En Uruguay las razones culturales de madres que exigen que sus hijos los atiendan "medicos de niño" son muy fuertes y no debe cambiarse.

Las razones demográficas también demuestran un número suficiente de pediatras. 34 pediatras para 100.00 uruguayos o 150 pediatras para niños uruguayos exceden en mucho las cifras de los países europeos a los de EEUU. Es clásica la afirmación de que los Pediatras estamos mal distribuidos y que nos concentramos en las zonas privilegiadas del Uruguay. Ello es así, pero muy lejos de ser irreversible. Si se realizan concursos con carrera funcional posible y premiada, por concurrir a zonas críticas, si el salario y la infraestructura son dignos, se cubrirán todos los puestos, como lo demuestran desde hace 10 años los llamados a becarios de la Intendencia Municipal de Montevideo o el cargo de Pediatra de Bella Unión. Existirán quizás algunas zonas geográficas muy distantes en los que transitoriamente se recurrirá al Médico General, Médico Rural o Médico de Familia.

2) El salario del Pediatra en todo el escalafón de su actuación deberá ser contemplado con un plus del 20% por ser de especialización. Somos médicos generales del niño, del niño en crecimiento, pero somos especialistas para el salario. Así de claro y sencillo. Motiva esta exigencia el haberse comprobado que en múltiples instituciones se asimilan los sueldos del Pediatra al de Medicina General, mientras otros "especialistas" (ej. cardiólogo) se les paga 20% más.

3) Creemos que una buena relación médico-paciente implica disponer de privacidad en el consultorio, correcto y prolijo registro de datos en la ficha clínica, insumos para la antropometría y examen etc. Ello tiene como parámetro de evaluación objetivable un tiempo de 15 minutos por binomio madre - niño. Cuatro (4) pacientes por hora nos parece un máximo adecuado. Dignificará la labor del Pediatra pero especialmente redundará en una mejor atención al niño. En este punto queremos destacar que en las zonas deprivadas de Montevideo y del Interior, la SUP reivindica atender 3 niños por hora dada la alta y compleja problemática social.

4) Acceso a los cargos del MSP y área pública incluyendo Intendencias, Previsión Social, Ministerio del Interior por Concurso cuyos tribunales tendrán como delegado de los concursantes miembros de la SUP.

Asimismo regularización del escalafón jerárquico asistencial y posibilidad de realizar una carrera funcional de ascenso evaluada.

5) No se puede concebir un nuevo Modelo de Atención en el Sistema Integrado de Salud en donde el niño no reciba la atención por el profesional más capacitado. El postgrado de Pediatría se aproxima a tres mil (3000) horas presenciales y evaluadas permanentemente y con prueba final. Con el régimen de Residencias las horas, por lo menos, son seis mil (6000) en total. Otros especialistas que pretenden atender niños tienen una formación de la décima parte. Sería de una gran inequidad dividir a nuestros niños, en aquellos que pueden ser controlados por los pediatras y otros que no pueden acceder a ellos por decisión política, sobre todo si estos últimos son los menos privilegiados desde el punto de vista socioeconómico.

6) De lo anterior, y siempre en beneficio del niño, reafirmamos con fuerza que nada sustituye el título de Pediatra. Los cargos de Pediatra deben ser ocupados por Pediatras titulados.

Dr. Edmundo Batthyany

## **BIBLIOTECA**

### **Ultimas Incorporaciones**

*Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de cuidados neonatales. 4ª ed. Barcelona: Masson, 2005. (4ª ed. Esp., trad. de la 5ª ed. Ingl.).*

*Próxima Incorporación.*

*Jones KL. Recognizable patterns of human malformation. 6ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2006.*

*Kleinman RE, ed. Pediatric Nutrition Handbook. 5ª ed. [Elk Grove Village]: American Academy of Pediatrics, 2004.*

*Madero López L, Muñoz Villa A. Hematología y oncología pediátrica. 2º ed. Madrid: Ergon, 2005.*

*Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: disease of the fetus and infant. 8ª ed. Philadelphia: Mosby, 2006.*

*O'Donnell AM, Grippo B. Obesidad en la niñez y la adolescencia. 1 ed. Buenos Aires: Científica Interamericana, 2005.*

*Próxima Incorporación.*

*Remington J, Klein J, Wilson C, Baker C. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 6ª ed. Philadelphia: Saunders, 2006.*

*Ruggieri VL, Carballo R, Arroyo HA. Temas de Neuropediatría: homenaje al Dr. Natalio Fejerman. Buenos Aires: Panamericana, 2005.*

*Sociedad Española de Gastroenterología, Hematología y Nutrición Pediátrica.*

*Tratamiento en Gastroenterología, Hematología y Nutrición Pediátrica. Madrid: Ergon, 2004.*

# BIENVENIDA A LOS NUEVOS SOCIOS:

Arrieta, Nicolás

Barcelona, Rodrigo

Buger, Mariana

Casco, Verónica

Lecueder, Ana

López, Patricia

Muñoz, Marcelo

Prolo, Leticia

Rodríguez, Graciela

Sánchez, Mercedes

Vero, Antonia

## EVENTOS

### EVENTOS 2006 - EXTERIOR

#### **6 - 9 de abril**

4to. CONGRESO  
LATINOAMERICANO DE  
DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
"Sheraton Buenos Aires Hotel &  
Convention Center"  
**BUENOS AIRES ARGENTINA**  
[sldp2006@fibertel.com.ar](mailto:sldp2006@fibertel.com.ar)  
[www.congresosldp2006.org](http://www.congresosldp2006.org)

#### **3 - 5 de mayo**

24 th ANNUAL MEETING OF THE  
EUROPEAN SOCIETY FOR  
PAEDIATRIC INFECTIOUS  
DISEASES ESPID  
**BASEL SWITZERLAND**  
[www.kenes.com/epid](http://www.kenes.com/epid)

#### **5 - 6 de mayo**

VI CONGRESO ARGENTINO DE LA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE  
INFECTOLOGÍA (SADI)  
"Hotel Sheraton "  
**MAR DEL PLATA ARGENTINA**  
[sadi2006@bgruppe.com](mailto:sadi2006@bgruppe.com)

#### **19 - 22 de junio**

14th LATIN AMERICAN CONGRESS OF  
ALLERGY, ASTHMA AND  
INMUNOLOGY  
"Inter Continental Hotel"  
**BUENOS AIRES ARGENTINA**

#### **8 - 11 de julio**

7th CONGRESS ON PEDIATRIC  
PULMONOLOGY (CIPP VII)  
**FRANCIA**  
[www.cipp-meeting.com](http://www.cipp-meeting.com)

#### **AÑO 2007**

#### **8 - 11 de mayo**

XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD  
LATINOAMERICANA DE  
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA  
**COSTA RICA**  
[www.ccmcr.com/congresos/slpe2007](http://www.ccmcr.com/congresos/slpe2007)