



SUP

SOCIEDAD URUGUAYA
DE PEDIATRÍA

Boletín Informativo

MAYO 2011 - Órgano Oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría - Vol. 20 - Nº 2

Depósito Legal Nº 68.630

EDITORAS DEL BOLETÍN: Dras. Raquel Guariglia y Stella Gutiérrez.

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

Tel. 27091801 - Fax: 27085213 - Web: sup.org.uy - Email: secretaria@sup.org.uy

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

COMISIÓN DIRECTIVA:

**Presidente: Dra. Alicia Fernández – Vicepresidente: Dr. Walter Pérez - Secretaria: Dra. Joyce Stewart -
Tesorera: Dra. Laura Delgado - Secretaria de Actas: Dra. Mariana Más - Coordinadores: Dra. Stella Gutiérrez
– Dra. Raquel Guariglia.**

INDICE

PÁGINA 1: Editorial -

PÁGINA 2: Comité de Infectología

PÁGINA 4: Bienvenida a nuevos Socios - Felicitaciones

PÁGINA 5: XXVIII Congreso Uruguayo de Pediatría - Nuevos Socios

PÁGINA 6: Curso a Semi Presencial - Calendario actividades

PÁGINA 7: Tito Pais - Becas - Beneficios

PÁGINA 8: Para Compartir - Eventos

EDITORIAL

En anteriores oportunidades, nos referimos a los objetivos que esta Comisión tiene para el año en curso.

Hoy, podemos afirmar que dará comienzo, en el mes de junio, el primer taller de educación a distancia, que se titulará “Asma en el niño y adolescente. Actualización 2011”.

Es oportuno agradecer al Comité de Desarrollo Profesional Médico Continuo y al Comité de Neumología Pediátrica, que han puesto, desde el vamos, entusiasmo, dedicación y saber, para hacer del mismo una realidad.

Sin duda, a nuestro objetivo de descentralizar las actividades en el 2010 con las 3 jornadas científicas, que se hicieron en Rivera, Durazno y Rocha, se suma este evento que vemos con enorme entusiasmo y satisfacción.

Comisión Directiva

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino

1) Características del Virus de Papiloma Humano (VPH)

El VPH es un virus de amplia distribución en la población. Contiene dos cadenas de ADN dentro de una capa esférica (cápside) y existen más de 200 genotipos diferentes. Aproximadamente 40 tipos de VPH tienen como blanco la mucosa genital y, de ellos al menos 15, son clasificados como de alto riesgo por su potencial oncogénico.

1. Mundialmente, los genotipos 16 y 18 juntos son responsables de más del 70% de los casos de cáncer cervical
2. Otros tipos de VPH con alto riesgo oncogénico (en orden decreciente de prevalencia mundial) son 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73 y 82.
3. Los tipos de VPH de bajo riesgo oncogénico causan el 90 % de las verrugas genitales (VPH 6 y 11) y lesiones benignas (VPH 42, 43, 44)

2) Rol del VPH en el desarrollo de cáncer de cuello uterino

La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas y desaparecen en forma espontánea.

Se ha podido determinar claramente la relación entre el VPH y el desarrollo de cáncer de cuello uterino (CCU). Esta asociación está presente en el 99,7% de todos los casos de CCU. Cualquier persona con una vida sexual activa está en riesgo de infectarse con VPH oncogénico. La minimización de la cantidad de parejas sexuales y la iniciación sexual diferida reducen el riesgo de infección por VPH. La utilización regular y correcta del preservativo de látex disminuye el riesgo aunque no lo elimina. El riesgo acumulado de adquirir una infección cervical por VPH en mujeres con sólo un compañero sexual es del 46% (3 años después del primer encuentro sexual) y el riesgo de contraer una infección por VPH oncogénico es más alto incluso después de la primera relación sexual y continúa a través de toda la vida de una mujer sexualmente activa. Hasta un 80% de mujeres pueden adquirir una infección de VPH durante su vida. A pesar de que la mayoría son transitorias, el riesgo de no eliminar la infección aumenta con la edad. Los VPH son virus epiteliotrópicos que infectan las células basales del epitelio y aprovechan su capacidad de proliferación para replicarse. Tras la infección, pueden permanecer en forma episomal, en estado latente o bien replicarse expresando sus genes de forma secuencial; en primer lugar, los genes tempranos en las capas basales y, posteriormente, en capas superficiales del epitelio diferenciado, expresan sus proteínas tardías (L1 y L2), que formarán la cápside y permitirán el ensamblaje de las nuevas partículas virales. En determinadas circunstancias y tras un período de persistencia de la infección, generalmente largo, el ADN viral que se encuentra en forma episomal se integra en el genoma celular e interfiere con las proteínas que regulan el ciclo celular, lo que provoca alteraciones en el crecimiento normal y la diferenciación del epitelio que, asociadas a errores genéticos, pueden conducir a la transformación tumoral. El ciclo de vida del VPH en el cérvix está confinado al epitelio. La mayoría de infecciones del cuello uterino por VPH y lesiones clasificadas como de bajo grado se resuelven espontáneamente. Las infecciones por VPH 16 y 18, tienden a persistir más tiempo y progresar con más frecuencia a lesiones de alto grado.

Se estima que por cada millón de mujeres con infección por VPH:

- 100,000 desarrollarán lesiones precancerosas
- 8,000 desarrollarán carcinoma in situ (CIS) o neoplasia intraepitelial cervical. la sigla en inglés utilizada frecuentemente es (CIN)
- 1,600 desarrollarán cáncer cervical invasor (CCI) a no ser que las lesiones precancerosas y el CIS sean detectadas y tratadas

El CCU es un resultado relativamente raro de las frecuentes infecciones por VPH oncogénico.

3) Epidemiología de la infección por HPV y del Cáncer de cuello uterino (CCU)

Cada año, se diagnostica CCU en aproximadamente 500,000 mujeres en el mundo; cada dos minutos muere una mujer por esta causa. Mundialmente, los tipos 16 y 18 juntos son responsables de más del 70% de los casos de Cáncer Cervical^{1,2}. Otros tipos de HPV oncogénicos (en orden decreciente de prevalencia mundial) incluyen 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73 y 82^{1,2}. HPV 16 y HPV 18 son responsables de aproximadamente el 54 y 17 % de los CCU respectivamente. Esto implica que estos genotipos son responsables del 70,7 % del total de los CCU. Le siguen en importancia los genotipos 45 y 31, determinando entre los 4 genotipos más del 80 % del total de los CCU. En los casos de adenocarcinoma cervical este porcentaje se eleva al 90 % siendo los genotipos implicados los mismos 16, 18, 45 y 31. Asimismo se verifica una correlación entre las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la tasa ajustada de mortalidad por CCU en el mundo, constatándose que a mayor índice de NBI mayor es la tasa de mortalidad por CCU. En América latina y el Caribe constituye la primera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por cáncer estando por encima de otros cánceres, tuberculosis y SIDA. En Uruguay, en el período 2002-2005, se diagnosticaron un promedio de 342 casos de CCU invasor y murieron un promedio de 133 mujeres por esta causa, anualmente. Puede decirse que en Uruguay cada 3 días muere una mujer por cáncer de cuello uterino. EL CCU invasor es el tercer cáncer más frecuente en mujeres después de los de mama y

colorrectal. La tasa ajustada de incidencia fue de 17 nuevos casos por 100.000 mujeres en el período 2003.-2005. El CCU ocupa el 5° puesto en mortalidad por cáncer en la población femenina en el Uruguay. La tasa de mortalidad ajustada fue de 5.9 muertes cada 100.000 mujeres en el período 2002-2005. Estas cifras de incidencia y mortalidad están por debajo de las cifras de muchos países latinoamericanos pero por encima de la de los países desarrollados. Con respecto a la distribución por edad, si bien la mayor incidencia se ve a los 40 años, debe tenerse en cuenta que se han detectado casos desde los 13 años. El 75 % del total de casos se observa entre los 30 y 65 años.

4) Prevención del Cáncer de Cuello Uterino

El test de Papanicolaou (PAP) , técnica tradicional de diagnóstico temprano del CCU, requiere para optimizar su rendimiento un estricto control de calidad en todos sus pasos. En estas condiciones está bien documentado que su aplicación sistemática a una población con estrategia de screening poblacional produce descensos muy intensos de la incidencia y la mortalidad por CCU. Este es un procedimiento mejorable, ya que la sensibilidad de la citología para CIN3 no supera, en el mejor de los casos, el 80%, lo que exige reiteraciones en su práctica. Por otra parte los screening citológicos son ineficaces para la prevención del adenocarcinoma de cuello. (38). Todas las mujeres no vacunadas deben hacerlo con periodicidad según las recomendaciones establecidas. Las mujeres vacunadas también tendrán que hacerlo, dado que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH oncogénico y además aún no se conoce el grado de protección a largo plazo. Las vacunas contra VPH constituyen una estrategia de prevención primaria del CCU para los virus más frecuentemente implicados en este cáncer. El screening a través del examen de Papanicolaou es una medida de prevención secundaria que debe mantenerse según las recomendaciones nacionales. Para reducir drásticamente la incidencia de CCU es necesaria la combinación de las dos estrategias: la vacunación y la realización periódica del Papanicolaou.

5) Vacunas contra HPV

Existen en el mercado 2 vacunas contra VPH que comenzaron a aplicarse en el mundo desde 2006 (Gardasil® de Merck Sharp Dome) y 2007 (Cervarix® de Glaxo SmithKline). Están desarrolladas mediante ingeniería genética compuestas por partículas estructuralmente idénticas a las virales pero sin poder infectivo a las que se le agrega un adyuvante. La semejanza antigénica de estas partículas con el virión del VPH explica la inducción de una potente respuesta humoral con producción de anticuerpos neutralizantes. Protegen frente al desarrollo de infección persistente y de las patologías inducidas por ésta (lesiones precancerosas y CCU, así como verrugas en el caso de Gardasil). Están registradas en el MSP, siendo ambas comercializadas con indicación médica.

VACUNAS CONTRA HPV

Composición	Vacuna HPV6/11/16/18 (Gardasil®)	Vacuna HPV 16/18 (Cervarix®)
Indicación	Prevención de verrugas genitales; CIN; CCU	Prevención de CIN; CCU
Concentración	HPV6:20µg; HPV11:40µg; HPV16:40 µg HPV18:µg	HPV16:20 µg HPV18:20µg
Adyuvante	Sulfato de hidróxido de aluminio	As04 (MPL Lípido bacteriano purificado)

Como puede apreciarse, difieren en su composición, tanto por los genotipos que incluyen como por el adyuvante. Esto también condiciona algunas diferencias de eficacia e inmunogenicidad que han demostrado los estudios comparativos.

Información sobre Eficacia

Vacuna Cervarix® 100% protección contra CIN 2/3 causada por VPH 16/18 mínimo de 6,4 años en población sin exposición previa
68% protección contra CIN 2/3 independ. del tipo de HPV mínimo de 6,4 años en población sin exposición previa

Vacuna Gardasil® 100% protección contra CIN 2/3 causada por VPH 16/18 mínimo de 5,5 años en población sin exposición previa
44% protección contra CIN2/3 causada por HPV 16/18 a lo largo de 3 años en población mixta.
17% de protección contra CIN 2/3 causada por cualquier tipo de HPV al cabo de 3 años en población mixta (30)

Eficacia: Reacción cruzada. En las 2 vacunas, pese a no estar contenidos en las mismas, se ha comunicado protección cruzada frente a CIN2/3 debido a otros genotipos en particular 31 y 45 así como también a los genotipos 33, 52 y 58, pero con diferentes variables de eficacia entre ambas vacunas según los trabajos (entre 30 y 60%). Los VPH 16, 18, 31 y 45 son los tipos más comúnmente asociados con adenocarcinoma (90%), por lo que contar con una vacuna que ofrezca esta protección es especialmente importante en estos casos, ya que el adenocarcinoma es el cáncer más difícil de detectar en estados precoces, de peor pronóstico y cuya incidencia se ha visto que va en aumento. (ver cita bibliográfica)

* **Cervarix®** Demuestra eficacia sostenida de protección cruzada contra las infecciones incidentes por VPH 45 (78%) y VPH 31 (60%) hasta por 6,4 años

* **Gardasil®** Demuestra eficacia de protección cruzada contra las lesiones NIC2+/3+ o AIS asociadas con VPH 31 (55,6% SPC Unión Europea) No se ha demostrado protección cruzada contra el VPH 45

Información sobre Inmunogenicidad

Vacuna Cervarix®: VPH 16: 100% seroconversión
>98% de seropositividad a los 5,5 años.

Títulos de anticuerpos neutralizantes más altos que los de la infección natural a 5,5 años.
VPH 18: 100% seroconversión
98% de seropositividad a los 5,5 años.
Títulos de anticuerpos neutralizantes más altos que los de la infección natural a 5,5 años.

Vacuna Gardasil®- VPH 16: 100% seroconversión
>98% de seropositividad a los 5,5 años.
Títulos de anticuerpos neutralizantes más altos que los de la infección natural a 5,5 años.
VPH 18: 100% seroconversión
Seropositividad cae después de 2 años.
Títulos de anticuerpos neutralizantes similares a la infección natural a 3 años.

Información sobre Seguridad. Ambas vacunas fueron aprobadas por los organismos internacionales (FDA, EMEA) y son recomendadas por entre otros la OMS y el CDC debido a que además de eficaces se consideran seguras. Los efectos adversos más comúnmente reportados son dolor e inflamación del sitio de inyección. Tanto Gardasil como Cervarix han sido incorporadas a esquemas de vacunación en adolescentes de diversos países en el mundo (USA, España, Inglaterra, Holanda, Australia, Panamá, entre otros) No obstante, se continúa estrechamente la vigilancia de efectos adversos.

Los efectos adversos descritos para ambas vacunas son:

Muy Comunes: Leves: Cefaleas - Mialgias - Dolor/inflamación en sitio de inyección

Comunes: Fiebre - Síntomas gastrointestinales - Erupción/Urticaria

Poco comunes: Mareos - A partir de la aparición de mareos y eventuales desmayos, y pese a que no se pudieron implicar como causados por la vacuna, el CDC recomendó la observación en el centro de salud por 15 minutos luego de administración de la vacuna. A modo de ejemplo, los eventos reportados desde 1 de junio de 2006 al 30 de junio de 2009 a VAERS fueron 14.072 (en >25 millones de dosis aplicadas)

(Vacuna Gardasil en USA) 93 % eventos considerados NO serios
7% eventos considerados serios

Esquema de administración 3 dosis: 0, 1 y 6 meses 0,5 ml administrados en forma intramuscular en región deltoidea (Cervarix®)
3 dosis: 0, 2 y 6 meses (Gardasil®)

Oportunidad para administrar la vacuna: Idealmente antes del inicio de las relaciones sexuales pero.....Dada la probabilidad de nuevas infecciones durante toda la vida sexual activa, es importante recomendarla hasta la máxima edad que permitan las evidencias. Puede aplicarse la vacuna independientemente de que se haya presentado la menarca, se hayan iniciado las relaciones sexuales o se haya padecido una o más infecciones por HPV y/o lesiones previas. No obstante debe tenerse en cuenta que no es una medida terapéutica. Gardasil aprobó la vacuna para ser usada en hombres. El CDC recomienda, de todos modos, como prioridad apuntar a la vacunación en mujeres para reducir significativamente la carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino. Debe continuar evaluándose la duración de la respuesta inmune. Estudios de Cervarix comprobados y publicados hasta la fecha : 6,4 / 7,3 años (Cervarix). Por otra parte estudios realizados con proyección con modelos estadísticos han mostrado, a través de 3 modelos para Cervarix: predicción de persistencia de anticuerpos contra HPV 16 y 18 a 20 años. Puede anticiparse una reducción sustancial de CCU en las mujeres vacunadas, de todas formas será necesario hacer una vigilancia prolongada de estas poblaciones dadas las características de esta enfermedad.

Estando disponibles estas vacunas y conociendo los beneficios se recomienda la vacunación previa información.

Referencias Bibliográficas

- Muñoz N et al. N Engl J Med 2003; 348: 516-27.
- Bosch FX et al. J Natl Cancer Inst Monograph 2003; 31: 3-13.
- Baseman JG et al. J Clin Virol 2005; 32: S16-24.
- Parkin DM & Bray F. vacuna 2006; 24(Suppl 3):S11.
- Walboomers JMM, et al. J Pathol 1999; 189:12-19.
- Bosch FX y colab. J Clin Pathol 2002; 55: 244-65.
- Franco EL et al. CMAJ 2001; 164: 1017-25.
- Burd EM. Clin Microbiol Rev 2003; 15: 1-17.
- Baseman JG et al. J Clin Virol 24,2005; 32 Suppl 1: S16
- Collins S, et al. Br J Obstet Gynaecol 2002; 109:96-98.
- Schiffman M, et al. J Natl cancer Inst 2003; 31:14-19.
- Sellos JW, et al. CMAJ 2003; 168:421-425.
- Dunne EF, et al. JAMA 2007; 297:813-819.
- Brown DR, et al. J Infect Dis 2005; 191:182-192.
- Koutsky L, et al. Am J Med 1997; 102:3-8.
- Bosch FX, et al. J Natl cancer Inst Monogr 2003; 31:3-13.
- Castle PE, et al. J Infect Dis 2005; 19:1806-1816.
- Grange MJ et al. Emerg Infect Dis 2005; 11:1680-5.
- Franco EL et al. Vaccine 2005; 23:2386-94.
- Burchell AN et al. Vaccine 2005; 23:52-61.
- Ho G et al. N Engl J Med 1998; 338: 423-8.
- Sellos JW et al. CMAJ 2003; 168:421-5.
- Muñoz et al. JID 2004.
- Franco EL et al. J Infect Dis 1999;180:1415-23.
- Castle PE et al. JID 2005;191:1806-16.
- Ferlay J y colab. Globocan 2002. IARC 2004
- Bosch FX et al. vacuna. 2006; 26S:K1-K16
- Yang B.H. et al., 2004
- Cáncer de Cervix en el Uruguay: Aspectos epidemiológicos Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer - MSP Uruguay
- Documentos Departamento de Medicina Preventiva y Social - Facultad de Medicina Udela R Uruguay
- "Profilactic human papillomavirus vaccines to prevent cervical cancer: review of the Phase II and III trials" Harper,Diane. Therapy (2008) 5(3), 313-324
- Harper D. Society of Gynecologic Oncologist's Annual Meeting, Tampa, FL, 9-12 March 2008; Harper et al. Gynecol Oncol 2008; 109:158-9.
- Villa et al.Lancet Oncology Online,April7,2005
- HarperDM et al. Lancet 364:1757-1765, November2004
- David M.P, Hardt K, Tibaldi F et al. "Modelling of long-term persistence of anti-hpv 16 y and anti-hpv 18 induced by an as04-adjuvanted cervical cancer vaccine". Abstract at European Research Organisation on Genital Infection and Neoplasia (EUROGIN), Nice, France, November 12-1
- Genotypes distribution of Human Papillomavirus (HPV in Uruguayan Women, Ramos V, Mirazo S, Bonilla S, Caserta B, Lago O, Picconi M.A and Arbiza, J. Virus, Reviews and Research, Journal of the Brazilian Society for Virology, 20th National Meeting of Virology, SBV, Noviembre 2009.
- Cervical Squamous Intraepithelial Lesions and Distribution of Human Papillomavirus (HPV) Genotypes in Uruguayan Women, Ramos V, Mirazo S, Bonilla S, Caserta, B, Lago, O, Picconi M.A and Arbiza, J. Congreso Papillomavirus, Lisboa, Portugal, Junio 2009.
- Human Papillomavirus genotypes in cervical samples from Urugu women, Ramos, V, Mirazo S, Bonilla S, Caserta B, Lago O, Picconi M.A and Arbiza J, 25th International Papillomavirus Conference clinical & al workshop, Malmo Sweden, Mayo 2009.
- Cortés Bordoya, M, García de Paredesb, E, Muñoz Zalcó, F, Martínón Torresd, A, Torné Bladec, A, García Rojast, R, Cisterna Cáncerc, J.A, Vidart Aragóñh, M, Abizanda Gonzálezi, M.A, Pipoll Lozanoj, E, Vilaplana Vilaplana y A, Poveda Vacunas profilácticas frente al virus del papiloma humano. Documento de consenso 2008

BIENVENIDA
A NUEVOS
SOCIOS

OMAR GONZÁLEZ
KAREN HENDERSON
JAVIER MARTINEZ
PABLO PEREIRA
CRISTINA SARMIENTO

VERÓNICA BRAGANCA
ANDRÉS DEL RÍO
TAMY MATELZONAS
LUCIA TEXEIRA

FELICITACIONES

FELICITAMOS a la **Dra. VIRGINIA KANOPA**
designada Grado 4 de Clínica Pediátrica

XXVIII CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA

II Congreso Uruguayo de Sunpi

IV Congreso Uruguayo de Enfermería Pediátrica

VI Jornadas del Pediatra Joven del Cono Sur



3 AL 5 DE AGOSTO DE 2011 - RADISSON VICTORIA PLAZA HOTEL

“El futuro de los niños es siempre hoy”

Gabriela Mistral

Inscripciones exclusivamente por web, 15 de Abril al 15 de Julio de 2011 - Formulario inscripción - www.sup.org.uy

Forma de pago: Contado: ABITAB - BROU - En dos pagos: VISA /OCA /CABAL en SECRETARIA SUP

Hospital Pereira Rossell - Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 hrs. - Tel. 2709 18 01 - Fax. 2708 52 13

CUPOS LIMITADOS A 1200 PLAZAS - NO SE REALIZARÁN INSCRIPCIONES EL DIA DEL EVENTO

TEMAS PRELIMINARES

- Diabetes
- Dificultades en el aprendizaje
- Impacto de las Políticas Públicas en la primera infancia
- Manejo del paciente luego del diagnóstico de una enfermedad cardiovascular
- Vacunas
- Consultas frecuentes en Adolescentes / sexualidad / Infecciones de transmisión sexual
- Trastado del Recién Nacido crítico
- SDR. Ventilación convencional / Técnicas no convencionales - Oxido Nítrico
- Atención integral de enfermería en el cuidado crítico neonatal y pediátrico
- Actualización en el manejo de lactantes y preescolares con síntomas respiratorios crónicos o recurrentes

INVITADOS EXTRANJEROS

Sujeto a confirmación

Prof. Isabelle Romieu (México)
 Dra. Martha Cohen (Argentina)
 Dra. Irene Scheimberg (Argentina)
 Dr. Pablo Marantz (Argentina)
 Dra. Ana de Dios (Argentina)
 Dr. Raúl Mercer (Argentina)
 Dra. Helia Molina (Chile)
 Lic. Carla Claeys (Chile)
 Lic. Erika Caballero (Chile)
 Dr. Jesús López Herce (España)
 Dr. Angel Gil (España)
 Dr. Gustavo Girard (Argentina)
 Dra. Adriana Fernández (Argentina)

PRESENTACION TRABAJOS CIENTIFICOS

REGLAMENTO DE PRESENTACION:
www.sup.org.uy

MODALIDAD DE PRESENTACION:
 Power Point

PLAZO PRESENTACION RESUMEN:
 30 de abril de 2011

FORMA DE PRESENTACION RESUMEN:
 Formulario: www.sup.org.uy

TRABAJOS PRESENTADOS A PREMIO:
 Notificado el autor de la aceptación del trabajo deberá presentarlo completo según Reglamento de presentación

Descripción	Costo Pesos Uruguayos Hasta 30/6/11	Costo Pesos Uruguayos Desde 1/7/11
Médicos Socios SUP/SUNPI (antigüedad 6 meses y cuota al día)	1.200	1.500
Médicos No Socios	2.400	2.700
Socios SUP/ SUNPI no médicos (antigüedad 6 meses y cuota al día)	600	900
Licenciadas en Enfermería y otros Técnicos No Socios	900	1.200
Aux. Enfermería y Estudiantes No Socios	700	1.000

Por informes: IR Soluciones Empresariales - 099 489 081 / 095 590 345 - info@irsolucionesempresariales.com.uy - www.irsolucionesempresariales.com



SOCIEDAD URUGUAYA DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA INTENSIVA



IR SOLUCIONES EMPRESARIALES

Adhesión



GlaxoSmithKline

SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA



Asma en el niño y adolescente. Actualización 2011

PRIMER CURSO SEMI-PRESENCIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA

Equipo docente Comité de Neumología de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

Destinatarios Médicos pediatras, de familia y generales

Objetivo general del curso Que el médico asistente actualice su manejo del niño asmático en las distintas edades, en función de las pautas recientemente elaboradas.

Objetivos específicos del curso:

- * Diagnosticar el asma del lactante, preescolar y del niño mayor
- * Clasificar dicha entidad
- * Manejar al paciente en Atención Primaria
- * Conocer las situaciones en las que corresponde derivar al Neumólogo Pediatra

Luego de este curso, el asistente será capaz de: Diagnosticar, clasificar, derivar y tratar correctamente el asma del niño.

Modalidad Jornada presencial de apertura: 20 de junio de 2011, de 18 a 21 hs., Hotel Kolping.
Actividad on-line: 20 de junio a 4 de agosto de 2011, Campus de EviMed - <http://campus.evimed.net>
Jornada presencial de cierre: 4 de agosto de 2011, de 19 a 21 hs., Congreso Uruguayo de Pediatría

Costo Socios de la Sociedad Uruguaya de Pediatría – Inscripción gratuita
Otros interesados - \$500

Inscripciones Para inscribirse complete el formulario en
www.evimed.net - www.sup.org.uy

Informes www.sup.org.uy - Tel: 27091801 - Mail: secretaria@sup.org.uy

PATROCINA



**CALENDARIO
ACTIVIDADES 2011**

REUNIONES CIENTIFICAS		SETIEMBRE	VIERNES 30
JUNIO	MIÉRCOLES 22	OCTUBRE	MIÉRCOLES 26
JULIO	VIERNES 29	NOVIEMBRE	VIERNES 25
AGOSTO	MIÉRCOLES 31	DICIEMBRE	MIÉRCOLES 14

COMITE DESARROLLO PROFESIONAL MEDICO CONTINUO

Actividades Confirmadas

FECHA	HORA	LUGAR	TEMA
VIERNES 17 DE JUNIO	15 A 19	PAYSANDU	CUIDADOS PALIATIVOS (1ra parte)
SABADO 18 DE JUNIO	8.30 A 13	PAYSANDU	CUIDADOS PALIATIVOS (2da parte)
VIERNES 24 DE JUNIO	16 A 20	MONTEVIDEO	HEMATURIA
VIERNES 8 DE JULIO	15 A 20	MONTEVIDEO	SEMILOGIA CARDIOVASCULAR
SABADO 20 DE AGOSTO	08 A 20	MONTEVIDEO	ADOLESCENCIA
VIERNES 21 DE OCTUBRE	16 A 20	MONTEVIDEO	DERECHOS DEL NIÑOS
VIERNES 28 DE OCTUBRE	16 A 20	MONTEVIDEO	DIABETES NIÑO Y ADOLESCENTE
SABADO 12 DE NOVIEMBRE	08 A 13	MALDONADO	OBESIDAD EN NIÑO Y ADOLESCENTE

CUPOS LIMITADOS. POR MAS INFORMACIÓN COMUNICARSE secretaria@sup.org.uy -Tel. 27091801

Un Referente de la Pediatría

Espero que estas líneas hagan sonreír a los que lo conocieron y para aquellos que no tuvieron la suerte de hacerlo, les quiero decir que Tito aunaba la pasión de padre- esposo-abuelo, pediatra e investigador sin hablar de sus aspectos en el deporte, tango, ebanistería y política.

Defensor de la pediatría en el primer nivel de atención, cuando ésta daba sus primeros pasos fuera del recinto hospitalario. Conquistó un lugar en el Centro Giordano de la Clínica Pediátrica C donde aún hoy la mayoría lo recuerda con respeto y cariño. Desde su regreso a Uruguay, luego de la dictadura, él sabía que la pediatría se jugaba en la cancha, cerca de la casa del niño y que ese era el lugar más importante donde se la debía enseñar.

Tito fue una de las primeras personas que vi hacer hincapié en la entrevista clínica, en la relación médico-paciente, en la comunicación, en el apretón de manos, en la relación horizontal con la familia intentando crear vínculos que apoyaran la adherencia a la puericultura y tratamientos. Jamás utilizaba su poder para lograr objetivos. Escuchaba, negociaba, incorporaba ideas diferentes a las propias si éstas eran justas. Allá en el sanatorio del CASMU, recuerdo que siempre lo llamábamos cuando aparecía una situación de conflictividad con alguna familia. Tenía el don de calmar las aguas.

Como docente, incentivaba la creatividad de los alumnos y docentes que lo rodeábamos. Adoraba los talleres lúdicos en los estudiantes de pregrado. Identificaba los problemas prevalentes y trabajaba sobre ellos. Ponía en su correcto lugar la responsabilidad pediátrica de lograr un amamantamiento exclusivo en una madre temerosa al inicio de ser madre, en explicar el llanto nocturno del lactante tierno, en todos los problemas que aparecen paulatinamente en el control del niño sano y tan importantes en la formación del postgrado de pediatría.

Recuerdo los sábados construyendo curvas de crecimiento de niños amamantados y el atún a las brasas de La Paloma y la planificación de actividades del postgrado en el CASMU y los vinos descorchados en Montevideo.

Sí, falleció un Señor Profesor, el Dr Tito Pais. Ojalá que todos los que lo conocimos podamos transmitir la pediatría como él nos lo enseñó.

Dra. Stella Gutiérrez

BECAS

SE SORTEARÁN 2 BECAS

A LOS SOCIOS CON MÁS DE UN AÑO DE ANTIGÜEDAD Y CUOTA SOCIAL AL DÍA, PARA "IX CONGRESO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CONOSUR DE AMÉRICA – CIPESUR", que se realizará del 15 al 18 de noviembre de 2011 en el Centro de Convenciones de Solanas Vacation Club de Punta del Este

- ▶ Inscripciones: hasta el 24 de octubre de 2011
- ▶ Sorteo: 26 de octubre de 2011

BENEFICIOS A NUESTROS SOCIOS

- ▶ EMPRESA "LERAND GROUP" – EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO - a partir del 16 de junio brinda soluciones tecnológicas con precios bonificados a nuestro socios.
- ▶ INC. CENTRO DE CAPACITACIÓN – a partir del 26 de mayo brindará cursos de inglés para grupos o alumnos privados; servicios de traducción y corrección de páginas web; subtítulos de material audiovisual; asistencia lingüística y cultural para comunicaciones en otros idiomas con precios bonificados para socios SUP.

...los enfermos de las ciudades son libres o esclavos: ¿y no has observado que los esclavos se dejan curar ordinariamente por otros esclavos, que van de un punto a otro por la ciudad, o que reciben los enfermos en la oficina de sus maestros? .

El médico de esta clase no entra en pormenores con el enfermo a propósito de su mal, ni sufre que él razone sobre el mismo; y después de haberle prescrito, a modo de verdadero tirano y dándose aires de hombre entendido, los remedios que la rutina le sugiere, le abandona bruscamente para ir a visitar a otro enfermo, descargando así a su maestro de una parte de los cuidados de su profesión.

Por el contrario, el verdadero médico sólo visita y cuida de los enfermos que son de condición libre como él: se informa de ellos mismos o de sus amigos acerca del origen y del progreso del mal, y después de haber obtenido todas las aclaraciones convenientes, instruye al enfermo hasta donde le es posible, no prescribiéndole remedios sino después de haberle decidido con buenas razones a tomarlos: y procura volverle poco a poco la salud. dulcificando su espíritu y disponiéndole para todo por medio de la persuasión.

¿Cuál es, a tu parecer, el mejor de estos dos médicos? Y lo mismo digo de los maestros de gimnasia. ¿cuál es el mejor? ¿El que emplea dos medios para llegar a su objeto, o el que emplea uno solo. que es además el peor y el más duro?

Diálogos de Platón

**EVENTOS 2011
URUGUAY**

3–4 de junio

FORO SOBRE LA TEMPRANA INFANCIA - “Salón Azul
Intendencia de Montevideo”
MONTEVIDEO - ati-uruguay@adinet.com.uy

10 de junio

JORNADA DE PEDIATRÍA INTENSIVA: SHOCK SÉPTICO:
MONITOREO Y TRATAMIENTO
“Espacio Bioerix”
MONTEVIDEO - bioerixpediatriaintensiva@gmail.com

17–18 y 25 junio

CURSO: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
BULIMIA Y ANOREXIA. UN ENFOQUE
INTERDISCIPLINARIO. - “AL PIE DE LA MURALLA (B. Mitre
1464)”
MONTEVIDEO - socpsicmedica@gmail.com

8 de julio

JORNADA DE PEDIATRÍA INTENSIVA: VENTILACIÓN
MECÁNICA: DISTINTOS MODELOS FISOPATOLÓGICOS -
“Espacio Bioerix”
MONTEVIDEO - bioerixpediatriaintensiva@gmail.com

3 AL 5 DE AGOSTO

XXVIII CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA.
II CONGRESO URUGUAYO SUNPI (Sociedad Uruguaya
de Neonatología y Pediatría Intensiva)
IV CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA
PEDIÁTRICA.
VI JORNADA DEL PEDIATRA JOVEN DEL CONO SUR.
Radisson Victoria Plaza – **MONTEVIDEO** -
info@irsolucionesempresariales.com.uy

1º setiembre

JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL -
“Intendencia Municipal de Montevideo”
MONTEVIDEO - hipertension2011@personas.com.uy

9 de setiembre

JORNADA DE PEDIATRÍA INTENSIVA:
INMUNOMODULADORES EN SEPSIS - “Espacio Bioerix”
MONTEVIDEO - bioerixpediatriaintensiva@gmail.com

8-11 de noviembre

X CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA PERINATAL
PUNTA DEL ESTE - MALDONADO -
10wcpm@personas.com.uy

15 - 18 de noviembre

IX CONGRESO DE CIPESUR (CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL
CONO SUR). I JORNADAS IBEROAMERICANAS DE
UROLOGÍA PEDIÁTRICA. - “Complejo Solanas”
PUNTA DEL ESTE - MALDONADO

**EVENTOS 2011
EXTERIOR**

30 de junio – 2 de julio

XXVII CONGRESO COLOMBIANO DE PEDIATRÍA
“Centro de Eventos Valle del Pacífico”
CALI – COLOMBIA
www.scp.com.co

7-9 de julio

II SIMPÓSIO SUL-AMERICANO DE PEDIATRÍA
“Centro de Eventos de PUC-RS”
PORTO ALEGRE - RIO GRANDE DO SUL – BRASIL
ismael@ccmeventos.com.br

13–16 setiembre

CONGRESO DEL CENTENARIO DE LA SOCIEDAD
ARGENTINA DE PEDIATRÍA
“Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center”
BUENOS AIRES – ARGENTINA
sap@sap.org.ar - www.sap.org.ar

**EVENTOS
EXTERIOR**

AÑO 2013

27th INTERNATIONAL CONGRESS OF PEDIATRICS
KYOTO – JAPON Congreso

**CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA
CHILE**

contacto@sochipe.cl