

Importancia del
hierro
*en la primera
infancia. pág.9*

Publicación oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría / Año 2013 / Volúmen 22 / N°1

Comisión Directiva

Dr. Walter Pérez
PRESIDENTE
Dr. Alfredo Cerisola
VICEPRESIDENTE
Dr. Gabriel Peluffo
SECRETARIO GENERAL
Dra. Laura Delgado
TESORERA
Dra. Laura Pardo
SECRETARIA DE ACTAS
Dra. Virginia Kanopa
COORDINADORA DE
COMITÉS
Dra. María Laura Michelini
COORDINADORA
DE ÁREAS ESTRATÉGICAS

Sumario

Editorial **pág.3**
DPMC Informa **pág.4**
Actualidad: RGE **pág.5**
Actualidad: Comité de Nutrición **pág.9**
Cono Sur **pág.14**
Premio Ramón Guerra **pág.16**
Opinión **pág.17**
Biblioteca **pág.18**
Bienvenida socios **pág.19**
Agenda **pág.20**



**Reunión de
Presidentes
de Sociedades
Pediátricas
del Cono Sur
pág.14**



En tus manos ellos pueden estar tranquilos.



Recetando Actron®, tú también.

- **Baja la fiebre y calma el dolor**
- **Con práctica jeringa dosificadora**
- **Sabor preferido por los niños**
- **A partir de 20 kg de peso,
pequeñas cápsulas de 200 mg.**

**NUEVO
Y ÚNICO**



ATENCIÓN PERSONALIZADA
08002104
www.bayer.com.uy

COMPOSICIÓN: Actron® Pediátrico 2% (Control Médico Recomendado -CMR-): 2g de Ibuprofeno c/200 ml. Actron® Pediátrico 4% (CMR-): 4g de Ibuprofeno c/200 ml. Actron® 200 (Venta Libre): Ibuprofeno 200 mg. Actron® RA (CMR-): Ibuprofeno 400 mg. Actron® 600 (CMR-): Ibuprofeno 600 mg. **INDICACIONES:** Antipirético, analgésico y antiinflamatorio. **CONTRAINDICACIONES GENERALES:** Hipersensibilidad o alergia al ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o otros analgésicos antiinflamatorios o algún excipiente de las fórmulas. Último trimestre de embarazo, salvo que sea indicado por el médico, dado que puede causar problemas en el feto o complicaciones durante el parto. 4%: Este medicamento no debería ser usado en pacientes con síndrome de pólipos nasales, angiodema, o reactividad broncoespástica con el ácido acetilsalicílico o otros agentes antiinflamatorios no esteroideos. 200 mg: No se debe usar AINES con excepción de Ácido acetilsalicílico en el período inmediato a una cirugía de bypass coronario. 400 mg: Insuficiencia hepática y renal. 600 mg: Anamnesis de enfermedades alérgicas como ser broncoespasmo, rinitis aguda, pólipos nasales, urticaria luego de administrado aspirina u otros AINES. Úlcera péptica activa y/o úlcera duodenal o hemorragias gastrointestinales (dosis o más episodios de úlcera comprobada o de sangrado). Enfermedades infecciosas intestinales (como ser enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa). Fala cardíaca severa. Fala hepática severa y/o renal (Child-Pugh clase C - clearance de creatinina menor de 30 ml/min.). Actron® 200 está contraindicado en niños menores de 6 años. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Aunque el ibuprofeno tiene las mismas indicaciones que el paracetamol y el ácido acetilsalicílico, no deben administrarse juntos excepto bajo supervisión médica. La ingesta de Ibuprofeno puede alterar ciertas pruebas de laboratorio, análisis de sangre fundamentalmente. Como no hay estudios bien controlados en mujeres, el ibuprofeno será usado en el embarazo sólo en caso necesario. El ibuprofeno se encuentra contraindicado en el tercer trimestre de embarazo. El paciente debe consultar al médico si está tomando otros medicamentos que contengan Ibuprofeno, quinolonas, o agentes beta bloqueantes o si ha tenido reacciones secundarias con la ingesta de otros antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos. Si Ud. está embarazada o dando de mamar consulte a su médico antes de ingerir este medicamento. Consulte al médico antes de tomar Ibuprofeno si sufre de dolor gástrico o duodenal, enfermedades del hígado o riñón, hipertensión arterial y/o insuficiencia cardíaca. Niños: Consulte a su médico si el niño se encuentra bajo atención médica por un cuadro clínico severo o está recibiendo cualquier otra medicación, presenta problemas o efectos colaterales severos al emplear antiinflamatorios o analgésicos, no obtiene alivio en el término de 1 día (24 horas) del tratamiento, o el dolor o la fiebre empeoran, está deshidratado (pérdida de líquidos significativa) debido a vómitos continuos, diarrea o falta de ingesta de líquidos; si en el área del dolor hay enrojecimiento o tumefacción; si el dolor de garganta es severo, dura más de 2 días con igual intensidad o se presenta con fiebre, dolor de cabeza, erupción, náuseas y/o vómitos; si aparecen nuevos síntomas. Se debe consultar al médico antes de administrar Ibuprofeno si el paciente sufre de úlcera gástrica o duodenal, enfermedades del hígado o riñón, hipertensión arterial y/o insuficiencia cardíaca. Se han informado casos de alteración de la visión, alteraciones gastrointestinales, náuseas, mareos, irritabilidad, nerviosismo y taquicardia. Si usted padece alguna enfermedad cardíaca o presenta factores de riesgo cardiovascular como por ejemplo hipertensión arterial, Diabetes, Hipertensión (colesterol y triglicéridos elevados), obesidad, tabaquismo, etc., deberá ingerir la dosis indicada por no más de 5 días para el dolor o 3 días para la fiebre. **REACCIONES ADVERSAS:** Generales: Una reacción adversa frecuente con el uso de Ibuprofeno es la gastroenteritis. En estudios clínicos controlados, el porcentaje de pacientes que presentaron uno o más problemas gástricos fueron del 4 al 16%. Rash cutáneo, trastornos respiratorios (en los pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico), vómitos y cefalea. Raramente, el tratamiento puede producir aumento de las transaminasas, oliguria (intención de orina) y agranulocitosis. A las dosis recomendadas, no presenta comúnmente reacciones adversas graves. Dolor de cabeza, mareos, nerviosismo. Rash (incluyendo el tipo de maculopapular), Tinitus. Episodios con sangrado (por ej., epistaxis, hemorragia). Edema, retención de líquidos (generalmente responde rápidamente al discontinuar la droga). Este medicamento puede producir náuseas, acidez, flatulencia (disminución en el número de plaquetas) y reacciones de hipersensibilidad (erupción, prurito, urticaria), dolor estomacal, trastornos en el tránsito intestinal, mareos y cefaleas. **Riesgo Cardiovascular:** Los AINES pueden causar un aumento del riesgo de eventos tromboticos cardiovasculares graves, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, que puede ser fatal. Este riesgo puede aumentar con la duración del uso. Los pacientes con enfermedad cardiovascular o factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares pueden tener un riesgo mayor si el ibuprofeno está contraindicado para el tratamiento del dolor preoperatorio en la fijación de injertos de bypass de arteria coronaria (CABG) o cirugía. **Riesgo gastrointestinales:** Los AINES causan un aumento del riesgo de eventos adversos gastrointestinales graves incluyendo hemorragia, úlcera y perforación del estómago o intestinos, que puede ser fatal. Estos acontecimientos pueden ocurrir en cualquier momento durante el uso y en síntomas de advertencia. Los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de eventos gastrointestinales graves. **Trastornos Gastrointestinales:** puede ocurrir úlcera péptica, perforación o sangrado GI, a veces fatal, especialmente en pacientes de avanzada edad. Se ha informado asimismo luego de la administración: náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia, constipación, dispepsia, dolor abdominal, melena, hematemesis, ulceración bucal, exacerbación de la colitis y de la enfermedad de Crohn. **Trastornos generales:** fiebre. **Trastornos Hepato-Biliares:** deterioro hepático pasagero. **Trastornos del Sistema Inmunológico:** reacciones alérgicas y anafiláticas, shock anafiláctico. Reacciones de hipersensibilidad con las respectivas manifestaciones de laboratorio y clínicas que incluyen síndrome anafiláctico, reacciones leves a moderadas que pueden afectar la piel, tracto respiratorio, gastrointestinal, y sistema cardiovascular, incluyendo a síntomas como rash, urticaria, edema, prurito, insuficiencia cardiopulmonaria. **Trastornos del Sistema Nervioso:** Trastornos Psiquiátricos: cefalea, vértigo, insomnio, agitación, irritabilidad, estado de confusión y desorientación, en casos aislados depresión y reacciones psicóticas. **Trastornos Renales y Urinarios:** deterioro renal, falla renal aguda, síndrome nefrótico, nefritis intersticial y necrosis papilar renal. **Trastornos de Piel y Tejido Subcutáneo:** alopecia, urticaria, rash, reacciones ampulosas (incluido el síndrome de Stevens-Johnson). 4% Fecha de aprob. 12/03/12 N° Reg. MSP 431382; 2% Fecha de aprob. 20/07/12 N° Reg. 39661; 200 mg Fecha de aprob. 05.10.09 N° Reg 41468; 400mg Fecha de aprob. 16/05/11 N° Reg. 38732; 600mg Fecha de aprob. 25/03/11 N° Reg. 42131. Representa, importa y distribuye Bayer S.A. Paraguay 1283, Montevideo. Por información adicional de los productos consulte prospectos) o al Servicio de Atención Personalizada 0800 2104. LUY.CC.03.2013.0032.

MAP No.: L.UY.CC.04.2013.0037

Prevención y promoción de salud de niños y adolescentes del Siglo XXI

» *Entre el 15 y el 18 de octubre, se realizará el XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría organizado por la SUP.*

Este año, entre el 15 y el 18 de Octubre, se realizará el XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría organizado por la SUP. La historia de nuestros Congresos se remonta al año 1953 tiempo después que el Dr. Luis Morquio fundara nuestra Sociedad. Desde esa época el congreso ha sido una cita ineludible para los pediatras y todos aquellos profesionales involucrados en el cuidado de los niños de nuestro país. Los dos últimos congresos fueron reuniones multitudinarias de alto nivel académico, siendo las reuniones científicas nacionales más numerosas hasta el momento actual.

El lema principal del evento será la “Prevención y Promoción de Salud de Niños y Adolescentes del Siglo XXI”. Esta mirada complementará a la mayoría de las mesas y conferencias como un componente ineludible de la formación del pediatra que necesita nuestro país.

El contenido temático como siempre, se está construyendo en conjunto con los colegas de los diferentes comités de nuestra sociedad, quienes aportan también, la mayor parte de los recursos docentes junto a la Facultad de Medicina y los numerosos invitados extranjeros. El Dr. Yehuda Benguigui, Pediatra y especialista en enfermedades respiratorias, hasta hace poco tiempo

asesor en niñez de la Organización Panamericana de la Salud y responsable por la Estrategia AIEPI, ya ha confirmado su participación.

El Comité Organizador del Congreso está integrado por miembros de la Comisión Directiva y Comités de nuestra sociedad, de la Facultad de Medicina y de la FEMI. Ya se ha definido también el Comité Científico con las Doctoras Graciela Sehabiague, Silvia Da Luz y María Julia Sarachaga quienes son las encargadas de juzgar los trabajos científicos. Los mismos serán presentados ante auditorio y comité de expertos durante el congreso.

Invitamos a todos a integrarse a este nuevo Congreso desarrollando trabajos que puedan enriquecer aún más el nivel científico de la pediatría nacional.

Prof. Dr. Walter Pérez
Presidente SUP



Compromiso de cambio

» *El compromiso de cambio es un instrumento que mide la capacidad de promover cambios concretos y medibles en la práctica habitual del pediatra.*

La Secretaría de Desarrollo Profesional Médico Continuo de la Sociedad Uruguaya de Pediatría quiere compartir con sus socios una herramienta que valora la actividad educativa y que desde hace mucho tiempo se utiliza en diversos centros académicos: el compromiso de cambio. En nuestro país se ha utilizado en varias oportunidades desde hace varios años en el contexto de los talleres de educación médica continua de la SUP.

El compromiso de cambio es un instrumento que mide la capacidad de promover cambios concretos y medibles en la práctica habitual del pediatra. Para ello se utilizan formularios iniciales y de seguimiento, donde los participantes declaran los cambios que se comprometen a realizar como resultado de los conocimientos incorporados en el curso.

Al final de la actividad se deja un espacio para que los asistentes al taller completen el formulario del compromiso, cuyas **principales características** son:

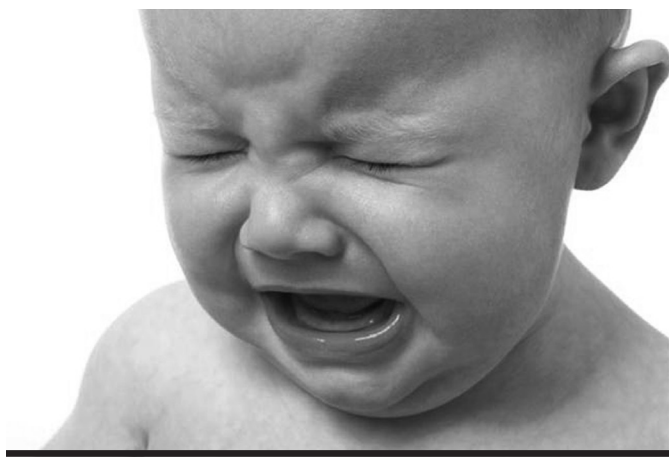
- a) confidencialidad
- b) convencimiento del participante de mejorar
- c) instrumento concreto y medible de la aceptación de cambio
- d) contrato firmado
- e) acuerdo verbal
- f) voluntad profesional base para el cambio

Se le solicita que identifique hasta tres cambios concretos y medibles a realizar en su práctica profesional, en base a la actividad realizada y luego de un período de tiempo, que auto-evalúe y comunique la puesta en práctica de dichos cambios. Es necesario ampliar la oferta de actividades educativas y profundizar en la evaluación del impacto que le impriman a la práctica médica.

Dra. Rosario Satriano

Integrantes de la Secretaría DPMC

Reflujo Gastroesofágico



Definición

Es el pasaje del contenido gástrico hacia el esófago con o sin regurgitación o vómito. Se trata de un proceso fisiológico que ocurre tanto en niños como en adultos varias veces al día, en general duran menos de 3 minutos, ocurren fundamentalmente en el período postprandial y no causa síntomas. Cuando el Reflujo Gastroesofágico (RGE) causa síntomas o complicaciones se le denomina Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. (ERGE).

Reflujo Acido

Por convención, un pH esofágico menor de 4 se considera un episodio de reflujo ácido. Este cut off fue elegido por ser este el valor que asocia ardor esofágico en adultos.

Reflujo no ácido

El reflujo no ácido (RNA) se define como episodios de reflujo al esófago donde el contenido refluído tiene un pH mayor de 4. El término más apropiado es débilmente ácido (RDA) dado que cualquier fluido con pH menor de 7 es físicamente ácido, pero el término más popular es RNA. Dicho reflujo es menos nocivo para la mucosa esofágica que el reflujo ácido

Fisiopatología

Se produce secundariamente a relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, hipotonía de dicho esfínter y alteraciones anatómicas (hernia hiatal), aumento de la presión intragástrica y aumento del contenido gástrico. Se han descrito también alteraciones en los mecanismos protectores del esófago como clearance insuficiente, falla de los sistemas buffer, demoras en el vaciado gástrico, anomalías en la reparación y restitución del epitelio esofágico y alteraciones en los reflejos protectores de la vía aerodigestiva.

Clínica

Puede tener manifestaciones digestivas y extradi digestivas. Los síntomas y signos son algo diferentes en los lactantes y niños mayores. En lactantes la regurgitación es el síntoma más frecuente. La misma se define como la salida del contenido gástrico por la boca sin esfuerzo. Hay que tener en cuenta que el 50 % de los lactantes tienen regurgitaciones diarias sobre todo menores de 3 meses y en la mayoría de los niños sanos se resuelven espontáneamente entre los 12 y los 14 meses. También puede presentar vómito, definidos como una respuesta autonómica motora voluntaria, que causa expulsión

El 50 % de los lactantes tienen regurgitaciones diarias sobre todo menores de 3 meses.

forzada por la boca del contenido gástrico. Los vómitos asociados con reflujo seguramente sean el resultado de la estimulación de las fibras sensoriales aferentes de la faringe por el material refluído. Otros síntomas menos frecuentes son la anorexia, la falla de crecimiento odinofagia y disfagia, irritabilidad y llanto, ALTE, síntomas respiratorios (tos crónica o nocturna, crisis de broncoespasmo, neumonías, laringitis, otitis media recidivante), hematemesis y melenas, anemia, Síndrome de San-

difer. Los preescolares y niños mayores presentan síntomas más parecidos a los adultos como pirosis y regurgitaciones, aclaramiento faríngeo, rumiación, trastornos deglutorios, anemia, estenosis esofágica, hematemesis y melenas, erosión dental. Los siguientes **signos de alarma** obligan a estudiar al niño con regurgitaciones y vómitos ya que pueden ser expresión de otras enfermedades:

- Vómitos biliosos
- Comienzo de los vómitos después de los 6 meses de vida
- Sangrado Gastrointestinal
- Falla de crecimiento
- Fiebre
- Letargia
- Hepatoesplenomegalia
- Macro o microcefalia
- Fontanela abombada
- Distensión abdominal
- Sospecha o confirmación de enfermedades genéticas metabólicas

Paraclínica

pHmetría – Durante muchos años se la ha considerado la prueba “Gold Standard” para el diagnóstico ya que permite diferenciar cuantitativamente los límites del reflujo ácido fisiológico y el patológico midiendo la frecuencia y la duración de los reflujos en 24 hs. Permite la medición de cuatro parámetros fundamentales.

- Número de episodios de RGE en 24 hs.
- Número de episodios mayores de 5 minutos de duración.
- Duración del episodio más largo de reflujo.
- Porcentaje de tiempo que el pH esofágico permanece por debajo de 4 o Índice de Reflujo.

Este último es el más importante para el diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico Patológico. Esta técnica tiene como limitación que no detecta los reflujos débilmente ácidos o alcalinos.

pHmetría mas impedanciometría – El agregado de impedanciometría permite la detección de movimientos de fluidos, sólidos y líquidos a través del esófago con la colocación de múltiples electrodos que miden los cambios en la impedancia

eléctrica (resistencia). Detecta el sentido en que transita el bolo por el esófago y ve si se trata de una deglución o un reflujo y su velocidad, sea este ácido o alcalino. Permite también ver la asociación entre reflujo y síntoma. Existen interrogantes para el análisis de los datos obtenidos que aún no están aclarados: tiempo que debe transcurrir entre el síntoma y el reflujo para considerarlo causa efecto (período ventana), límite del análisis del reflujo que precede al síntoma, relevancia del volumen refluído, la extensión proximal del mismo y la distensión esofágica. Si bien da información adicional comparada con la pHmetría, aún no es claro cuál es la mejor variable para evaluar la correlación con los síntomas. Tampoco se dispone de valores normales en niños. Por todo esto la técnica no está totalmente validada y se encuentra aún en investigación. Así mismo no existe un tratamiento actual para el reflujo débilmente ácido o alcalino.

La pHmetría permite diferenciar cuantitativamente los límites del reflujo ácido fisiológico y el patológico.

Videoendoscopia Digestiva

Está indicada para confirmar el diagnóstico de esofagitis macroscópica y permite obtener biopsias de esófago para el diagnóstico microscópico. Es muy útil también para el diagnóstico y tratamiento de la estenosis esofágica secundaria al reflujo gastroesofágico. No se utiliza para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

Centellograma

Permite diagnosticar el reflujo complicado con pasaje a la vía aérea con aparición de radioactividad en campos pulmonares, precoz a las 4 hs y tardío a las 18 hs. Mide el porcentaje de evacuación gástrica y permite evaluar el reflujo independientemente del pH. No se utiliza de rutina para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

Esófagogastroduodeno

Este estudio es útil para evaluar anomalías

anatómicas como estenosis esofágica, acalasia, hernia hiatal, fístula, malrotación intestinal, estenosis pilórica. Así mismo es útil para ver velocidad de barrido esofágico y pasaje a la vía aérea. No es útil para el diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico ya que tiene muchos falsos positivos y negativos. No se utiliza en la rutina del diagnóstico de esta patología.

Manometría esofágica

Este estudio es útil para medir la peristalsis esofágica, los esfínteres esofágicos superior e inferior y la función y coordinación de estas estructuras durante la deglución. Si bien es muy útil para estudiar los mecanismos de la enfermedad por reflujo, los hallazgos no son suficientemente sensibles ni específicos para confirmar el diagnóstico de ERGE. No se utiliza en la rutina del diagnóstico de esta patología.

Ecografía

Si bien puede proveer alguna información acerca del pasaje de fluidos, posición del esfínter esofágico inferior, presencia de hernia hiatal y magnitud del ángulo de Hiss, no se utiliza para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

Tratamiento

El tratamiento incluye cambios en el estilo de vida, fármacos y eventualmente cirugía.

En los lactantes el cambio en el estilo de vida incluye la nutrición y posturación. Si recibe Pecho exclusivo se recomienda lactadas más frecuentes y de menor duración. Si recibe fórmulas se pueden utilizar espesantes de arroz, maíz o utilizar una fórmula pre-preparada AR con espesantes de arroz, maíz o goma guar también con volúmenes menores cuidando la nutrición. Estas fórmulas han demostrado ser útiles para disminuir la frecuencia de las regurgitaciones pero no disminuyen la frecuencia de los episodios de reflujo medidos por phmetría. De todas maneras mejora la calidad de vida de los cuidadores de estos niños. Los niños con alergia a la proteína de las Leche de vaca pueden presentar un cuadro indistinguible de RGE. En estos casos se puede ensayar una dieta con exclusión de

proteínas de la leche de vaca a la madre en los niños alimentados a pecho. En los niños alimentados con fórmulas estaría indicado el inicio de hidrolizado extenso de proteínas dos a tres semanas valorando la evolución. La posición prona con cabeza elevada es la que ha demostrado reducir el reflujo gastroesofágico. No así la supina elevada que muestra el mismo índice de reflujo que la posición

En niños más grandes y adolescentes el cambio de estilo de vida incluye modificación de la dieta.

supina plana. Dada la asociación entre la posición prona y la muerte súbita solo se acepta la misma en lactantes despiertos en el postprandio y mientras son observados. Las otras posiciones no han demostrado ser útiles en el tratamiento del reflujo.

En niños más grandes y adolescentes el cambio de estilo de vida incluye modificación de la dieta, no tomar alcohol, no fumar y tratamiento postural. Con respecto a la dieta, si bien no hay evidencia, recomendaciones de expertos aconsejan no consumir cafeína, chocolate, alimentos con alto contenido graso y comidas picantes si estas provocan síntomas. Esto estaría vinculado a la relajación del esfínter esofágico inferior y retardo en la evacuación gástrica. Comer chicles sin azúcar después de las comidas también disminuiría el reflujo. Si bien solo se ha probado en adultos que dormir en decúbito lateral izquierdo elevando la cabecera de la cama, esto podría extrapolarse a adolescentes y hacer esta recomendación.

Fármacos

Los agonistas de los receptores de Histamina-2 del tipo de la ranitidina en dosis de 2 mg/kg/día 2 o 3 veces por día han demostrado disminuir el tiempo en el cual el pH esofágico está por debajo de 4, con la respectiva mejoría de los síntomas y reparación de la mucosa en la esofagitis leve a moderada. Estos fármacos desarrollan tolerancia por lo cual no deben ser utilizados por largos períodos.

Los inhibidores de la bomba de protones del tipo del omeprazol, lanzoprazol y esomeprazol han

demostrado una eficacia superior para mantener el pH esofágico por encima de 4 por largos períodos e inhibir la secreción ácida inducida por los alimentos, característica que no tienen los agonistas H₂. Esto lleva a un mejor control de los síntomas y mejor control de la esofagitis incluida la severa. No generan tolerancia y facilitan la evacuación gástrica. Por sus características farmacológicas deben ser tomados una vez al día en ayunas.

Con respecto a los proquinéticos del tipo de cisapride, metoclopramida, domperidona, bethanecol, eritromicina y baclofen, no hay suficiente evidencia que justifique su uso rutinario en el tratamiento de la ERGE.

Los antiácidos como: hidróxido de aluminio neutralizan la acidez gástrica por lo tanto alivian el síntoma pirosis en niños y adolescentes.

El tratamiento prolongado de antiácidos que contienen aluminio aumenta considerablemente su concentración en sangre y algunos estudios reportan concentraciones cercanas a las que se asocian con: osteopenia, raquitismo, anemia microcítica y neurotoxicidad. Por seguridad y porque se dispone de alternativas más convenientes como las relatadas anteriormente, el tratamiento crónico con antiácidos no se recomienda para la ERGE.

Los agentes protectores de la superficie son alginato y sucralfato. Este último se une a la mucosa erosionada formando un gel y aliviando los síntomas. Los datos disponibles no son suficientes para recomendar su uso en lactantes y niños.

Tratamiento quirúrgico

Es beneficioso en pacientes seleccionados. A indicación incluye: dependencia de tratamiento médico a largo plazo, reflujo que se aspira a vía aérea y no adherencia al tratamiento médico.

Los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar ERGE presentan a su vez, mayor morbilidad operatoria y de falla postoperatoria. Las funduplicatura disminuyen el reflujo incrementando la presión en el esfínter esofágico inferior pero no corrige el clearance esofágico, el vaciamiento gástrico ni los trastornos motores gastrointestinales.

Bibliografía consultada

1. NASPGHAN/ESPGHAN PEDIATRIC GER GUIDELINE COMMITTEE. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, Vol. 49, No. 4, October 2009.
 2. *Esophageal Impedance in Children: Symptom-Based Results*. *J Pediatr* 2010; 157:949-954.
 3. *Diagnosis of gastroesophageal reflux disease in infants*. *Pediatr Surg Int* 2011 Marsh 27:791-797.
 4. *ESPGHAN MII-pH Recording Protocol*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, Vol 55, No. 2, August 2012.
-

Dr. Claudio Iglesias

Comité de Gastroenterología SUP

Prevención prenatal del déficit de hierro

Se trata de la deficiencia nutricional más frecuente en el niño pequeño y como se ha repetido en miles de presentaciones tiene consecuencias inmediatas y alejadas persistentes sobre la salud infantil.

El comité de Nutrición de la SUP recibió el Premio nacional de Medicina 2004 por su encuesta sobre prevalencia de anemia y déficit de hierro financiado por UNICEF y con el apoyo del MSP. Los valores encontrados en niños de 6 a 24 meses usuarios de servicios públicos fueron de 54%. (1)

Posteriormente una nueva encuesta en el mismo rango etario de usuarios públicos y privados de MSP, UNICEF, detectó disminución de la anemia a 31.5%. (2)

Se abordará en esta presentación, la causa perinatal, que es uno de los mayores responsables de la anemia y el déficit de hierro en el lactante y niño pequeño.

Las Prácticas obstétricas a partir del siglo XX, en que todo se volvió más rápido, y en las que se lograron mejoras sustanciales en los resultados de la salud materna y neonatal, por los avances en conocimientos de fisiología, simultáneamente establecieron algunas rutinas como el clampeo inmediato del cordón que alteraron las etapas normales del nacimiento. (3)

Se temía que la ligadura del cordón umbilical luego de que dejaba de latir, determinaba en el recién nacido, hiperviscosidad sanguínea e ictericia. *Placental Transfusion: advantage and disadvantage* Peltonen T. *Eur J Pediatr* 1981; 137: 141-6.

Luego de varios trabajos de investigación y de revisiones sistemáticas, la Organización Mundial de la Salud desde 1996 recomienda “el uso del clampeo tardío en todos los nacimientos de embarazos normales, dado que contribuye a prevenir la anemia en los niños, por lo que esta práctica debería realizarse en todos los servicios de obstetricia cuando las condiciones de la madre y del niño lo permitan”. *World Health Organization. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. WHO/RHT/MSM/98.4 Geneva, WHO, 1998, pp.11-12.*

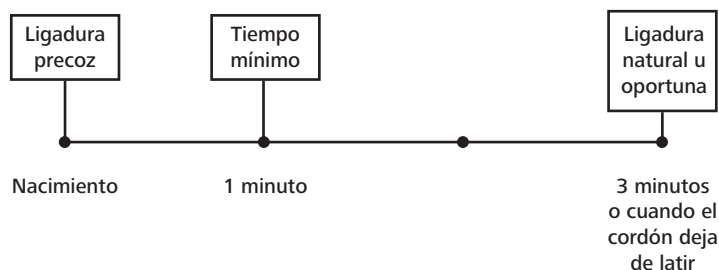
“El clampeo tardío es una práctica fisiológica y el clampeo temprano es una intervención que necesita ser justificada.” CLAP 2004.

El pinzamiento del cordón umbilical es una maniobra que se realiza en la tercera etapa del parto, entre el nacimiento y el alumbramiento, marca el final de la circulación fetoplacentaria y del intercambio gaseoso a ese nivel, dando paso a un proceso fisiológico de adaptación cardiopulmonar. El momento del clampeo del cordón umbilical tiene implicancias directas en cuanto a la redistribución del flujo sanguíneo desde la placenta al recién nacido. (4)

Se reconocen diferentes momentos para realizar el pinzamiento del cordón:



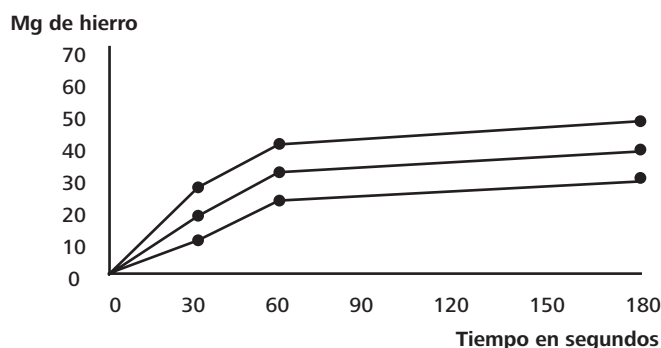
Tiempo de ligadura de cordón



1- el clampeo tardío natural u oportuno que se define como aquel realizado en el momento que cesan las pulsaciones del cordón

2- el clampeo temprano que es el realizado antes de los 30 segundos de nacido. (5).

Cantidad de hierro (promedio + - DS) que recibe el niño según diferentes tiempos de ligadura de cordón



Tiempo mínimo de clampeo, se considera a partir de 1 minuto después del nacimiento. (3).

Este período asegura que el recién nacido reciba un 80 % del total de la sangre que pasaría si se esperara a que el cordón deje de latir.

La anemia ferropénica: una deuda pendiente. (7).

No existen efectos clínicos perjudiciales atribuidos al clampeo demorado del cordón umbilical en neonatos de término:

- A- No aumenta la probabilidad de Hemorragia Materna.
- B- La hiperviscosidad sanguínea con la ligadura tardía es leve y no tiene implicancias clínicas.
- C- El Quejido que puede presentarse es transitorio y no implica riesgos para el Recién Nacido.
- D- La ictericia que requiera fototerapia no aumenta. (3)

Se desaconseja en caso de asfixia, retardo del crecimiento intrauterino; hijos de madre diabéti-

cas, Madres RH negativas sensibilizadas. En estas situaciones, la demora en el clampeo puede llevar al recién nacido a una sobrecarga de sangre y una mayor hiperviscosidad. (3-7).

Al nacer, el neonato es naturalmente policitémico con respecto a otros momentos de la vida. Los glóbulos rojos fetales tienen menor vida media. Al destruirse liberan hierro el cual es retenido en los depósitos, inhibiéndose su absorción de la dieta y reutilizándose cuando se activa la eritropoyesis. En los 2 primeros meses de la vida la eritropoyesis está disminuida, produciéndose una disminución progresiva en la concentración asociada a un aumento proporcional de las reservas corporales de hierro. Del segundo al 4to mes de la vida, aumenta la eritropoyesis utilizando el hierro contenido en los depósitos. Luego del 4to mes, la concentración de hemoglobina depende del aporte dietético de hierro para mantener los depósitos. (1)

El tamaño de esta reserva y el tiempo que durará dependerá de la masa hemoglobínica inicial y esta se relaciona entre otros factores con el momento del clampeo del cordón umbilical. Clampeo oportuno. (7)

En revisión realizada en CESNI en agosto 2006, por el Dr Ricardo Shwartz se resumen las consecuencias de la ligadura oportuna, o sea, cuando el cordón deja de latir.

El volumen sanguíneo del neonato aumenta más del 30 %. *Pediatrics* 2006.

El 80 % del volumen transfundido 70 ml pasa en el primer minuto. *Usher, Acta Paediatr* 1963, *Yao, Lancet* 1969.

El aumento de la volemia no tiene repercusión clínica cardiorrespiratoria. *Yao, Pediatrics* 1971, *Kriepke, Cochrane* 2004, etc.

Aumenta el hematocrito venoso dentro del límite fisiológico a las 6 horas. *Ceriani, Pediatrics*, 2006.

Aumenta el nivel de hemoglobina a los 2-3 meses de vida. *Van Rhee, Am Trop Paediatr*. 2004.

Puede ganar hasta 50 mgrs de hierro demorando la ligadura a 3 minutos *Yao, Lancet* 1969.

Aumenta el volumen corpuscular medio medido a los 6 meses. *Chaparro, Lancet* 2006.

Aumenta los niveles de ferritina a los 6 meses. Aumenta 12 % el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal sin necesidad de fototerapia. *Van Rhee, Ann Trop Paediatr*. 2004.

Protege a los MBPN menores de 1500 grs de sepsis tardías, de hemorragia intraventricular y disminuye la necesidad de transfusiones. *Vohr, et al. Pediatrics* 2006.

Se asocia a una mejora de la tasa de lactancia materna. *Oxford Midwives Research, Midwifery* 1991.

El efecto beneficioso de la ligadura tardía del cordón versus la precoz sobre los parámetros

hemáticos es aún significativamente mayor en los recién nacidos de madres con niveles bajos de ferritina al parto. (3)

Las intervenciones para reducir la deficiencia de Hierro en el embarazo y parto, son (CESNI, 2006):

- 1- Hierro y Acido Fólico Prenatal y 90 días posparto
- 2- Oxitocina inmediata posparto
- 3- Ligadura Tardía del Cordón Umbilical
- 4- Lactancia Exclusiva los primeros 6 meses de vida.

Las fuentes de hierro en los primeros 6 meses de vida, para satisfacer los requerimientos para la síntesis de hemoglobina, masa magra y compensar pérdidas fisiológicas se obtienen a partir de:

- 1- Hierro por destrucción globular fisiológica 20 mgrs. Hierro corporal total al nacer 75 mgrs/kg.
- 2- Transfusión placentaria por ligadura oportuna 50 mgrs.
- 3- Lactancia Materna Exclusiva 30 mgrs. (UNICEF/Who Nat. Acad: Press 1998).

Cuando se valora el valor del hematocrito neonatal se encuentra lo siguiente:

Frecuencia de cesárea de anemia neonatal según tiempo de clampeo del cordón.			
Hto menor 45 %	clampeo temprano	clampeo al minuto	clampeo 3 minutos
6 horas 8.9%	1.1%	0%	
36-48 horas 16.9%	2.2%	3.3%	

Las diferencias fueron estadísticamente significativas a las 6 horas y entre las 36 y 48 horas. En niños nacidos a término, el clampeo del cordón umbilical a los 3 minutos del nacimiento aumentó significativamente las concentraciones de ferritina a los 6 meses de edad. No Hubo diferencias significativas en los niveles de hemoglobina. Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los 6 meses de vida.

Valores de ferritina sérica y parámetros hematológicos a los 6 meses de edad.

	Clampeo primeros 15 segundos	Clampeo al primer minuto	Clampeo a los 3 minutos
	n Media (DE)	n Media (DE) Comparación de medias (IC 95%)	n Media (DE) Comparación de medias (IC 95%)
Ferritina (ug/L) a	86 20,9 (26,3)	83 25,5 (26,0) 1,2 (0,9-1,6)	83 33,2 (36,8) 1,6 (1,2-2,1)
Hemoglobina (g/dl) b	86 10,6 (1,1)	84 10,8 (0,9) 0,2 (-0,1-0,5)	83 0,8 (1,0) 0,1 (-0,2-0,5)
Volúmen corpuscular medio b	86 74,8 (4,6)	84 75,8 (4,6) 1,0 (-0,5-2,6)	83 75 (4,3) 0,8 (-0,7-2,4)
a. Media geométrica. Comparación de medias: Cociente de medias geométricas. b. Media aritmética. Comparación de medias: Diferencia de medias aritméticas.			
	Clampeo primeros 15 segundos	Clampeo al primer minuto	Clampeo a los 3 minutos
	n/N (%)	n/N (%) RR (IC 95%)	n/N (%) RR (IC 95%)
Ferritina (< 9 ug/L)	13/86 (15,1)	10/83 (12,1) 0,8 (0,4-0,7)	6/83 (7,2)
Hemoglobina (< 10,5 g/dl)	37/86 (43,0)	27/84 (32,1) 0,8 (0,5-1,1)	29/83 (34,9) 0,8 (0,6-1,2)
Anemia ferropénica hemoglobina < 10,5 g/dl y ferritina < 9 ug/L	6/86 (7,0)	3/84 (3,6) 0,5 (0,1-2,0)	2/84 (2,4) 0,3 (0,1-1,6)

Las diferencias fueron estadísticamente significativas a las 6 horas y entre las 36 y 48 horas. Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Otaño L et al. Effect of timing of cord clamping on postnatal hematocrit values and clinical outcome in term infants. A randomized controlled trial. *Pediatric research* 2004, 55:462 A. (6)

En niños nacidos a término, el clampeo del cordón umbilical a los 3 minutos del nacimiento aumentó significativamente las concentraciones de ferritina a los 6 meses de edad. No hubo diferencias significativas en los niveles de hemoglobina. Ceriani J, Carroli G, Pellegrini L. Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los 6 meses de vida Estudio clínico controlado aleatorizado. *Arch. Pediatr. Urug* 2012.

Con respecto a la relación entre la anemia en el embarazo y su repercusión sobre la salud fetal y del neonato se realizó:

Investigación sobre Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro por trimestre de embarazo. Chaco 1998b, Morasso, encontraron que las reservas de hierro de la mujer antes de la concepción o en los primeros meses de gestación influyen fuertemente en su estado hematológico durante el embarazo. La anemia materna por deficiencia de hierro antes de la semana 20 de gestación influye mas sobre la prevalencia del parto prematuro y bajo peso al nacer, y su corrección tiene mayor efecto cuando mas precozmente se logre.

En mujeres anémicas el tamaño placentario es elevado y el tamaño del feto es bajo.(1)

La práctica instintiva de ligadura del cordón umbilical en los mamíferos y en las culturas primitivas determinaba que: las mujeres parían de rodillas, en cuclillas o paradas y el niño quedaba bastante por debajo del útero, el cordón era cortado al dejar de latir y en algunos se cortaba luego de expulsada la placenta. Este mecanismo asociado a la lactancia materna exclusiva son las dos fuentes de hierro previstas en la naturaleza. (1)

Esperar el cese de latido del cordón umbilical no se asoció a complicaciones en las madres ni en la adaptación a la vida extrauterina de los recién nacidos en las primeras 48 horas de vida.

A las 48 horas de internación no se comprobó ictericia que requiera fototerapia ni complicaciones cardiovasculares o respiratorias. Tampoco se comprobaron diferencias en los valores hematimétricos maternos antes del parto y en el puerperio inmediato ni en el alumbramiento. Sinavszki. Arch. Pediatr M, Sosa N, Silvera F, Díaz Rossello JL, Clampeo Tardío de Cordón Umbilical: Saturación de oxígeno en Recién Nacidos. Arch. Pediatr. Urug. Vol.82 N3 Montevideo2011.

En Suma: La ligadura oportuna del cordón umbilical cuando cesa de latir lo que sucede entre 1 a 3 minutos luego del nacimiento, brinda al recién nacido hasta 50 mgrs. de hierro para llenar sus

depósitos y prevenir su deficiencia en el primer año de vida.

En estudio reciente se concluyó que el clampeo tardío del cordón especialmente en aquellos niños de término de madres anémicas incrementa la concentración de hemoglobina en estos lactantes a los 2-3 meses de vida. *Ann Trop Paediatr*, 2004 mar, 24 (1): 3-16. Ver cuadro.

En niños de término en quienes la ligadura se realiza en forma tardía, los requerimientos de hierro hasta el año de vida se reducirán a la mitad, comparado con aquellos en quienes la ligadura se realiza en forma temprana. Linderkamp O: Anonymous Symposium on fluid balance in the newborn infant. *Placental transfusion determinants and effects* 1982: 559-592.

“Como neonatólogos parece apropiado comenzar una campaña dirigida a los profesionales que reciben a los bebés prematuros diciéndoles “esperen un minuto “antes de clampear el cordón; *comunicación personal con el Dr JL Diaz Roselló. Alistair GS, Philip and Saroj Sargal: When should be clamped the umbilical cord ¿en Neo review, Apr 2004; 5; 142-154.*

Parecería necesario que esta frase “esperen un minuto “se pronunciara en todos los nacimientos por parte de neonatólogos y pediatras, en todo el país y en todos los niveles asistenciales.

4- Sinavszki M, Sosa N, Silvera F, Díaz Rossello JL. *Clampeo tardío de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos. Arch Pediatr Urug* 2011; 82(3):141-6.

5- Latin American Center of Perinatology and Human Development. *Clamping modality of the umbilical cord during the active manages of the third stage of labor: consequences to the newborn and the mother. Montevideo: CLAP, 2004.*

6- Ceriani J, Carroli G, Pellegrini L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, et al. *Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado. Arch. Pediatr. Urug. Vol. 82(3):51-9.*

7- Aguada EE, Espelet L, Hansen SE, Molina DA, Serrangeli P. *La anemia ferropénica: una deuda pendiente. Buenos Aires: Unidad de Neonatología, Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, s.d.*

Dra Cristina Estefanell

Comité de Nutrición 2013

Bibliografía consultada

1- Illa M, Moll MJ, García D'aponte AM, Satriano R, Ferreira R, Estefanell C, et al. *Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Arch Pediatr Urug* 2008; 79(1):21-31.

2- Moratorio X. *Encuesta sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños de 0 a 2 años. Montevideo: MSP, 2011.*

3- UNICEF. ARGENTINA. <http://www.unicef.org/argentina/spanish/> (1-5 12-13)

Reunión de Presidentes de Sociedades Pediátricas Cono Sur

Declaración / Florida, Uruguay

» *Es fundamental, generar una planificación de acciones que se traduzcan en actividades con objetivos mensurables.*

Las Sociedades de Pediatría de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, en el contexto de las realidades compartidas que identifican a los países miembros del Cono Sur, representadas por sus respectivos Presidentes y miembros, se reunieron en San Pedro de Timote, Florida, Uruguay, los días 23 y 24 de abril de 2013.

Este espacio ha ido madurando con el tiempo y se ha focalizado en los aspectos que son comunes a nuestros países, destacando características de: ejercicio profesional, educación médica, certificación, recertificación y residencias médicas en Pediatría. Es fundamental, luego de varias reuniones reflexivas, generar una planificación de acciones que se traduzcan en actividades con objetivos mensurables.

La agenda del encuentro incluyó:

1) Ejercicio profesional del pediatra en el Cono Sur

El pediatra es el médico de cabecera de niños, niñas y adolescentes. El ejercicio profesional de la pediatría debe contemplar este punto clave y jerarquizarlo en sus diferentes acciones. El ejercicio profesional está ligado a la calidad de la atención de los niños dado que un pediatra con adecuadas condiciones de trabajo, con educación continua, capacitación en terreno, investigación y en un ambiente saludable, podrá velar por una mejor atención.

2) Certificación y recertificación

La certificación y mantenimiento

de la certificación o recertificación es un proceso de evaluación que mide la calidad de la formación y el desempeño profesional. La recertificación debe ser incluyente, accesible, dinámica, actualizada y evaluada por grados de competencia. Consideramos esencial que en todos los países del Cono Sur se realicen programas de certificación y recertificación ajustados a la realidad de cada uno pero con objetivos comunes que se traduzcan en acciones específicas.

3) Currículum global

El currículum global del GPEC (Global Pediatric Education Consortium) ya aprobado por este grupo en Cartagena en noviembre de 2012 reviste fundamental importancia para la región. Es un currículum básico ajustado a las necesidades locales que da respuesta a la realidad de cada país, con una base en común global que nos permite participar activamente en la comunidad internacional.

4) Residencias en Pediatría

El sistema de residencias tiene por objetivo lograr una formación científica, humanista y ética de



Los representantes del Foro se comprometen a reunirse anualmente para continuar con el proceso de integración regional, que ya lleva varios años de actividad fecunda, para cumplir con el objetivo principal de lograr el mejor nivel de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

calidad en todos los niveles de atención, priorizando su integración al primer nivel de atención, donde se desarrollen no solo actividades asistenciales supervisadas sino también actividades docentes con abordaje de problemas relacionados con dicho nivel. La duración mínima de los programas de la residencia debe ser de tres años, con opciones de prolongación para alcanzar objetivos determinados. Asimismo, consideramos que la formación del pediatra debe ser una actividad adecuadamente remunerada que permita una dedicación plena.

Por lo tanto, las Sociedades de Pediatría del Cono Sur, a través de sus Presidentes, resuelven:

1) constituir una entidad con perfil propio que nucleee a las Sociedades de Pediatría del Cono Sur con objetivos comunes y actividades relacionadas a tales fines que se denominará “Foro de Sociedades de Pediatría del Cono Sur”;

2) crear un Comité de Ejercicio Profesional y un Comité de Educación Pediátrica integrados por representantes de cada Sociedad para la definición e implementación de

acciones concretas en dichas áreas;

3) desarrollar estudios que permitan realizar un diagnóstico de las situaciones en las que el Foro de Sociedades Pediátricas del Cono Sur pretende fundamentar su acción;

4) convocar a la primera reunión del Comité de Educación Pediátrica a realizarse en Curitiba (Brasil) en octubre de 2013;

5) promover acciones destinadas al desarrollo de las diferentes áreas de especialidades pediátricas en el contexto de las Sociedades de Pediatría de cada país;

6) implementar programas de intercambio de pediatras en diferentes etapas de desarrollo profesional entre los países del Foro;

Los representantes del Foro se comprometen a reunirse anualmente para continuar con el proceso de integración regional, que ya lleva varios años de actividad fecunda, para cumplir con el objetivo principal de lograr el mejor nivel de la salud de los niños, niñas y adolescentes. ■

PREMIO “DR. RAMÓN GUERRA”

El artículo ganador fue seleccionado entre los trabajos originales publicados durante el año 2011 en Archivos de Pediatría del Uruguay

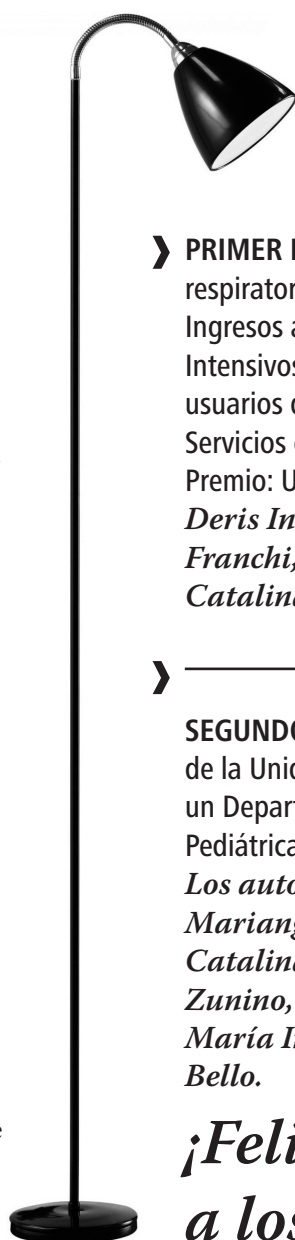
Artículos publicados en 2011

1. Gastroenteritis aguda en lactantes Admisión en el Centro Hospitalario Pereira Rossell 2006-2007.
2. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria.
3. Reflujo vesicoureteral primario: 6 años de experiencia en un centro de referencia nacional.
4. Infecciones respiratorias agudas graves. Ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos de pacientes pediátricos usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado.
5. Errores de medicación en niños hospitalizados.
6. Clampeo tardío de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos.
7. Hipotermia en recién nacidos con asfixia perinatal.
8. Neuoprotección mediante hipotermia moderada en recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica.
9. Utilización de la Unidad de Observación de un Departamento de Emergencia Pediátrica.
10. Cobertura de vacunación antigripal en niños de Montevideo en el año 2010.

» **PRIMER PREMIO:** “Infecciones respiratorias agudas graves. Ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos de pacientes pediátricos usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Premio: USD1000
Deris Inzaurrealde, Rodrigo Franchi, Elizabeth Assandri y Catalina Pérez.

» **SEGUNDO PREMIO:** “Utilización de la Unidad de Observación de un Departamento de Emergencia Pediátrica.” Mención
Los autores son los Dres. Mariangel Ospitaleche, Catalina Canziani, Carlos Zunino, Amparo Huguet, María Inés Ferreira, Osvaldo Bello.

*¡Felicitaciones
a los autores!*





» Espacio de opinión

En el boletín de la SUP, Vol 21 N°3 del año 2012 en la página 1 se encuentra una columna de opinión que comienza así:

“Con preocupación hemos visto que la discusión sobre la pertinencia de continuar con la campaña de vacunación a mujeres embarazadas con anti-Pertussis se ha establecido casi exclusivamente en los medios, lo que está causando incertidumbre en las familias uruguayas, quienes seguramente no logran comprender cual es el mensaje.”

Como yo he declarado en varias oportunidades a los medios y me he sentido aludido en la presente declaración quisiera aclarar algunos puntos.

Seguramente fui consultado por la prensa por mi condición de haber sido el primer director del Programa de Salud de la Niñez durante el Ministerio de la Dra. María Julia Muñoz y por mi condición de Infectólogo Pediatra. Pero yo no he hablado solamente con la prensa.

En el año 2010, en el Congreso de la SUP, en una mesa redonda hablé sobre el tema y sobre la necesidad de tomar medidas. Esa mesa redonda estuvo integrada también por la entonces Ministra de Salud de Costa Rica, Dra. María Luisa Ávila, quien se explayó sobre lo que se estaba haciendo en su país con la estrategia capullo.

En el año 2012 participé y expuse en el Congreso de Emergencia en una mesa destinada al tema Tos Convulsa sobre las formas graves de la enfermedad. En esta participaron también otros distinguidos integrantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría la Prof. Agregada Mónica Pujadas y el Infectólogo Pediatra Dr. Alvaro Galiana. Es posible que no se hayan escuchado esas mesas redondas por parte de los pediatras del Uruguay. Escribí sobre el tema en dos artículos: a) *Arch Pediatr*

Urug 2006; 77(3): 229-236 que se llamó Infecciones por Bordetella Pertussis en niños menores de un año y sus contactos en el hogar; b) *Rev Med Urug 2010; 26:154-160* Tos convulsa. Estudio clínico y de laboratorio de una enfermedad reemergente en lactantes pequeños y adolescentes; c) *Arch Pediatr Urug 2010; 81(1): 25-35* Actualización del Certificado Esquema de Vacunación. Perspectivas a futuro en vacunación a la niñez.

Es posible que no se hayan leído esos artículos por parte de los pediatras del Uruguay.

Pero lo que creo que no es posible es que no se hayan leído o escuchado esto sí ya en la prensa, que en el año 2011 murieron por la enfermedad 8 niños en Uruguay y en el año 2012 6 niños. Es que habrá que pedirle a la prensa que no informe de estos temas? El propio Ministerio de Salud Pública en el año 2011 indicó la vacuna acelular de bordetella pertussis a las embarazadas a partir de la 20 semana de gestación. Luego retiró esa indicación sin ninguna explicación. En el artículo de opinión mencionado, esto no es tema de preocupación.

El artículo de opinión termina de esta manera.

“El tema vacunas es complejo y tiene que ser discutido sin la presión de las empresas que las industrializan y debe darse por técnicos competentes y objetivos que actúen en equipo.”

Estoy de acuerdo. El tema debe ser discutido por técnicos competentes. También estoy de acuerdo en que debe ser discutido sin la presión de las empresas, porque quienes se sienten presionados por ellas es por no tener los conocimientos adecuados.

Gracias por permitirme la opinión.

Jorge Quian

Ex Director del Programa de Salud de la Niñez

Biblioteca

Primeras incorporaciones 2013

Farmanuario : guía farmacológica y terapéutica para profesionales de la salud. / 23 ed. Montevideo : Farmanuario, 2013.

Guía para el uso del software constructor y editor para la capacitación AIEPI clínico integral. / Washington : OPS, 2012.

Medicina de la Adolescencia / M.I. Hidalgo Vicario, AM Redondo Romero, G. Castellano Barca. Barcelona: Océano, 2012. / 2 vol. / Vol. 1 incluye 1 CD-ROM.

Nelson Tratado de Pediatría / R. Kliegman, R. Behrman, B. Stanton et al. 19 ed. esp. Barcelona : Elsevier, 2013. / 2 vol.

Difundimos:



Francisco Soca (1858-1922) El Primer profesor de clínica de niños / Héctor Homero Muiños. 1971. / Transcripción y notas de Antonio L Turnes. 17 de marzo 2013.

Luis Morquio (1867-1935) / Ruben Gorlero Bacigalupi. 1966. / Transcripción y notas Antonio L. Turnes. 17 de marzo de 2013.

› Se aprobó el ingreso de nuevos socios:

¡Bienvenidos!

• Dr. FEDERICO ALZUGARAY	— MONTEVIDEO
• Dra. ANDREA ARRIOLA	— DURAZNO
• Dra. ELISA BARCELO	— MONTEVIDEO
• Dra. ANA MARIA BATALLA	— MONTEVIDEO
• Dra. ROSANNA BOMBELLI	— Barros Blancos - CANELONES
• Dra. LAURA CALIGARI	— Colonia Valdense - COLONIA
• Dra. MARIA ELENA CURBELO	— Bella Unión - ARTIGAS
• Dra. VALENTINA CATENACCIO	— MONTEVIDEO
• Dra. YHANIRA DIAZ	— MONTEVIDEO
• Dra. LAURA DUTRA	— Salinas - CANELONES
• Dra. SOFIA FARALDO	— MONTEVIDEO
• Dra. VALENTINA FAVORO	— ARTIGAS
• Dra. NATALIA FERNANDEZ	— MONTEVIDEO
• Dra. SILVIA LLONA	— SALTO
• Dra. ADRIANA MATA	— PAYSANDU
• Dra. LAURA MIRANDA	— MONTEVIDEO
• Dra. VERONICA MORALES	— Cardona - SORIANO
• Dra. MARIA MONASTERIO	— PAYSANDU
• Dra. MARIA MORINICO	— MONTEVIDEO
• Dra. LETICIA NEME	— PAYSANDU
• Dra. CECILIA PEREZ	— MONTEVIDEO
• Dra. MARIANA PEREZ	— MONTEVIDEO
• Dr. BERNARDO PERRIER	— MONTEVIDEO
• Dr. SANTIAGO PIÑEIRO	— El Pinar - CANELONES
• Dra. IVANA SCAVINO	— MONTEVIDEO
• Dra. MONICA SILVA	— MONTEVIDEO
• Dra. ROSANNA SISMONDI	— MONTEVIDEO
• Dr. EDGAR TESORO	— Santa Lucía - CANELONES
•	

AGENDA EVENTOS 2013

Uruguay y exterior

URUGUAY

- 16 de Agosto
5° Aniversario Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos – Centro Hospitalario Pereira Rossell
“Anfiteatro Mauricio Gajer Chpr”
Montevideo
-
- 21 - 23 de Agosto
Primera Reunión Iberoamericana de Hipercolesterolemia Familiar
“Sala Auditorio B del Hospital Británico”
Montevideo
info@cardiosalud.org - www.cardiosalud.org
-
- 9 - 13 de Setiembre
XII Conferencia Iberoamericana sobre Educación en Enfermería (Aladefe 2013)
“Radisson Victoria Plaza Hotel”
Montevideo
www.aladefe2013conferencia.org
-
- 15 – 18 de Octubre
XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría. V Congreso Uruguayo de Enfermería Neonatal, Pediátrica y Adolescente. VI Jornada Pediatra Joven del Conosur - LATU
Montevideo
secretaria@sup.org.uy / www.sup.org.uy / info@irsolucionesempresariales.com.uy
-
- 13 - 15 de Noviembre
IX Congreso Uruguayo de Medicina del Deporte. VII Simposio Sudamericano de Medicina del Deporte
“Sala Azul - Dr. Aquiles Lanza del Centro de Conferencia de la Intendencia de Montevideo”
Montevideo
info@eventosopc.com.uy
-
- 28 - 30 de Noviembre
XIX Congreso de Flapia
Colonia del Sacramento
flapia@adinet.com.uy

EXTERIOR

- 13 – 15 de Junio
XXVIII Congreso Colombiano de Pediatría
“Centro de Convenciones”
Cartagena – Colombia
-
- 14 – 15 de Junio
Jornadas de Pediatría de la Region Nea
Misiones – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>
26 – 29 de Junio
2° Congreso Argentino de Neonatología
“Panamericano de Bs As Hotel”
Buenos Aires – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>
-
- 26 – 29 de Junio
XV Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica (Slipes 2013)
“Maksoul Plaza”
San Pablo
www.slipesbim2013.com.br
-
- 5 – 6 De Julio
15° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica
“Hospital de Niños Dr. Hector Quintana”
Jujuy – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>
-
- 24 – 27 de Setiembre
36° Congreso Argentino de Pediatría
“NH Gran Hotel Provincial”
Mar del Plata – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>
-
- 25 – 27 de Setiembre
12Th World Congress of Pediatric Dermatology
“Hotel Melia Castilla”
Madrid
-
- 25 de Octubre
2° Encuentro de Investigación en Farmacología Pediátrica
“Centro de Docencia Dr. Carlos Gianantonio”
Buenos Aires – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>
-
- Noviembre
II Conferencia de Actualización en Pediatría
Chile
www.congresosalape.org
-
- 15 de Noviembre
3° Encuentro Nacional de Epidemiología Pediátrica
“Centro de Docencia Dr. Carlos Gianantonio”
Buenos Aires – Argentina
<http://www3.sap.org.ar/congresos/>

Datos de interés

Sociedad Uruguaya de Pediatría

SECRETARÍA:

Atención

08:00 A 16:00 horas

Cobro cuota social

08:00 A 14:00 horas

Teléfono: 27091801

Fax: 27085213

E-mail: secretaria@sup.org.uy

Web: www.sup.org.uy

BIBLIOTECA:

Atención

08:00 A 16:00 horas

Teléfono: 27070412

Fax: 27085213

E-mail: biblioteca@sup.org.uy

Web: www.sup.org.uy

XXIX CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA

"Prevención y Promoción de Salud de Niños y Adolescentes del Siglo XXI"



• VI JORNADA PEDIATRA JOVEN DEL CONOSUR

15 al 18 de Octubre de 2013
Laboratorio Tecnológico del Uruguay
Salón de Actos - Salón Abetos
Club del Expositor
Montevideo - Uruguay

Organiza:
Sociedad Uruguaya de Pediatría



Inscripciones exclusivamente por web - del 15 de julio al 1° de octubre de 2013 - Formulario Inscripción: www.sup.org.uy
Forma de pago: Abitab - Cuenta "Congreso Pediatría" N° 34944 - Tarjeta hasta dos pagos: Oca - Visa - Cabal - En Secretaría Sup
CUPOS LIMITADOS A 1200 PLAZAS - NO SE REALIZARÁN INSCRIPCIONES EL DÍA DEL EVENTO

Descripción	Costo Pesos Uruguayos Hasta 31/08/13	Costo Pesos Uruguayos Desde 1°/9/13
Médicos, Licenciados y Técnicos socios de SUP	1.500	1.800
Médicos, Licenciados y Técnicos No socios	2.700	3.000
Aux. Enfermería y Estudiantes No Socios	1.000	1.300

ACTUALIZACIONES Y CONTROVERSIAS EN:

- Atención del recién nacido - visión del pediatra y de enfermería
- Enfermedades infecciosas, vacunas y antibióticos
- Nutrición infantil
- Asistencia de enfermería en las enfermedades respiratorias frecuentes
- Enfermedades digestivas prevalentes
- Obesidad del niño y el adolescente
- Trastornos del espectro autista y otras alteraciones del neurodesarrollo
- Bullying y otras alteraciones del vínculo entre pares
- Diagnóstico precoz de las enfermedades hemato-oncológicas
- Perspectivas de Derechos en Salud
- Conductas de riesgo en el adolescente

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN: www.sup.org.uy / MODALIDAD DE PRESENTACIÓN: Power Point / PLAZO PRESENTACIÓN
RESUMEN: 22 de julio de 2013 / FORMA DE PRESENTACIÓN 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



Secretaría Organizacional: IR Soluciones Empresariales
info@irsolucionesempresariales.com.uy - 00598 99 489 081 / 00598 95 590345

Secretaría Sociedad Uruguaya Pediatría:
secretaria@sup.org.uy / www.sup.org.uy - 00598 2 7091801





Las Vitaminas y minerales son fundamentales para el desarrollo físico e intelectual del niño

**SIN
AZÚCAR**



*Supradyn® Infantil permite lograr
una nutrición adecuada
cuando no es posible corregir la dieta.*

ATENCIÓN PERSONALIZADA
08002104
www.bayer.com.uy

BAYER

SUPRADYN® INFANTIL (CMR), COMPOSICIÓN: Vit. A 500 ug, Vit. D: 400 UI, Vit. E: 7 mg, Vit. C: 45 mg, Vit. B1: 0.9 mg, Vit. B2: 1.1 mg, Vit. B3 (nicotinamida): 12 mg, Vit. B9: 0.075 mg, Vit. B12: 1 ug, Vit. B5: 3.805 mg, Vit. B6: 1.1 mg, Vit. B8: 0.025 mg, Calcio: 31.25 mg, Fósforo: 31.25 mg, Magnesio: 25 mg, Hierro: 2.25 mg, Cobre: 0.25 mg, Manganeseo: 0.18 mg, Zinc: 1.88 mg.
INDICACIONES: Para prevenir y tratar hipovitaminosis de diversos orígenes. Para cubrir el incremento de necesidades de vitaminas principalmente en la etapa de crecimiento. **CONTRAINDICACIONES:** Generales: pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los principios activos o excipientes. De igual manera, está contraindicado en hipervitaminosis A y/o D, hipercalcemia o insuficiencia renal, así como durante el tratamiento sistémico con retinoides. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Atenderse al uso y dosis recomendadas, no requieren precauciones especiales. Debe consultarse con el médico si las dosis diarias indicadas de vitamina A son superiores a 10.000 UI. **Supradyn® Infantil** está indicado únicamente en niños de hasta 12 años. **EFECCIONES ADVERSAS:** A las dosis recomendadas, no han de temerse reacciones adversas aunque se tome durante largo tiempo. La línea colorada amarilla de la tona que a veces se observa tras la ingestión se debe a la riboflavina (vitamina B2) contenida en el preparado y carece totalmente de importancia. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Vit. A: Sobredosis por grandes cantidades de vit. A se han observado con mayor frecuencia en niños que en adultos. Pocas horas después de la administración de vitamina A en una dosis de aproximadamente 25.000 UI/kg, aparecen los siguientes síntomas característicos: Hipervitaminosis A aguda: Dolores de cabeza (principalmente en la región occipital), decaimiento, mareos, vómitos, manifestaciones de presión craneal elevada, que en el lactante se presenta con un abombamiento de la fontanela (Síndrome de Marie-Sej) y en el adulto por el denominado Pseudotumor cerebri. Hipervitaminosis A crónica: En general, cansancio, apatía, irritabilidad, dolores de cabeza, insomnio, anorexia, náuseas, vómitos, Sangre: en raras ocasiones hipoprothrombemia, epistaxis, Cicos: edema de las párpadas, diplopía, Piel y mucosas: exaración, prurito, caída del cabello, boqueras, queratosis. Órganos internos: inflamación del hígado, en raras ocasiones agrandamiento del bazo. Órganos genitales: en raras ocasiones, trastornos del ciclo. Esqueleto: dolores en los huesos largos y en las articulaciones, hipercalcemia y algunas veces de gravedad, pueden presentar: inmovilidad, pérdida de la libido, nefrocalcinosis, insuficiencia renal (que causa poliuria, nicturia, polidipsia, hipotenuria y proteinuria), osteoporosis en adultos, retraso del crecimiento en niños, pérdida de peso, anemia, conjuntivitis petriiforme, sensibilidad a la luz, calcificaciones metastásicas, pancreatitis, una excreción vascular generalizada, como también ataques epilépticos. En casos aislados puede producirse alta presión sanguínea o psicosis maniaca. Pueden aumentar las concentraciones de calcio, fosfato y albúmina en orina, y de urea y nitrógeno en sangre, del colesterol sérico, de la AST (GOAT) y de la ALT (GPT). La concentración en suero de la fosfatasa alcalina puede bajar. Alteraciones de los valores electrolíticos en suero, en combinación con una acidosis moderada, pueden causar trastornos del ritmo cardíaco. Con las dosis recomendadas no existe ningún riesgo de sobredosificación. No obstante, ante la eventualidad de una sobredosificación concurrir al Hospital más cercano. Fecha de aprob.: 22.10.2010. Reg. MSP: 36412. Representante en Uruguay: Bayer S.A.

MAP No.: L.UY.CC.03.2013.0029

**NUEVO
Y ÚNICO**



Actron® 4% pediátrico

• Analgésico • Antipirético

• Suspensión oral con 4 gramos
de Ibuprofeno en 100 ml.

(El doble de concentración que Actron Pediátrico 2%.)



Con el mismo
sabor
frutilla-cereza.

DOBLE CONCENTRACIÓN

*Su doble concentración garantiza
mayor practicidad en la dosificación
y a menor costo.*

ATENCIÓN PERSONALIZADA
08002104
www.bayer.com.uy



Bayer

Si es Bayer, es bueno.