

Boletín

Red *Pediátrica Argentina*®



Prevención en Salud

 Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Distribución Gratuita

Año 4 - nº 12 - noviembre de 2010

Novedades

Hacer el Bien



Niños y adolescentes

Parálisis Facial

**Problemas
de conducta**

**Hipertensión
Arterial**



La Obra Social de Jefes y Oficiales Navales
de Radiocomunicaciones les recuerda
a las mujeres la necesidad de hacerse
una vez al año el Papanicolau y la mamografía
para prevenir el cáncer de cuello uterino y de mamas.



**Obra Social de Jefes y
Oficiales Navales de Radiocomunicaciones**



Staff

Directora / Propietaria: **Andrea E. Millán**

Tesorera: **Marilina Tomasoni**

Colaboran: **Haydé Cirone**
Ana María Fuks
María Cristina Fuentes
Sara García Torres
Mirta Torres
Dra. Isabel Torres

Agradecimientos: **Dra. Liliana Czornyj**
Dra. Susana Sarubbi
Dra. Rosa Simsolo

Publicidad: **M.A.T.** (1536296525)

Diseño: **Alejandra Pereyra**

Imprenta: **Triñanes Gráfica.**

humbertojuan@trinanes.com.ar

cel.: (011) 15-45340579 - www.trinanes.com.ar
Charlone 971 - Tel.: 4209-0362 Avellaneda.

Redacción

Av. Corrientes 1847 piso 8 "C" (1045) C.A.B.A.
Tel.: 4963-4343 (administración/contaduría)
4566-4568

E-mail: redpediatriaarg@yahoo.com.ar
www.redpediatriaarg.com.ar

Dirección Nacional de derecho de autor N° 827887
Boletín Red Pediátrica Argentina es una publicación trimestral de distribución gratuita. Tirada de ésta edición: 4000 ejemplares. Los documentos y notas firmadas son responsabilidad exclusiva de sus autores y no representan necesariamente la opinión de ésta editorial.
Prohibida su reproducción total o parcial.
Agradecemos el envío de opiniones y comentarios.

Declarada de interés por:

Sociedad Bonaerense de Medicina
Crítica, Trauma y Desastre

Fundación de Cardiología y Cirugía
Cardiovascular Infantil
Dr. Rodolfo Kreutzer

Federación de Deportes Recreativos
de la República Argentina
"Deporte de Todos"

Federación de Badminton
de la República Argentina.

Panathlon International
Buenos Aires

Editorial

Alguien hace algún tiempo me dijo: el tiempo pasa igual hagas o no hagas, y nosotros como Asociación nos propusimos hacer, y extender este hacer en forma de red para que todos podamos participar, así es como llegamos a un nuevo Fin de Año habiendo compartido momentos de mucha alegría como el día mundial del corazón que realizamos en el Hospital y también de muchas dificultades cotidianas; sin embargo no bajamos los brazos tratando siempre de fortalecernos y de transmitir el valor de una palabra, una sonrisa, un canto, un consejo dado a tiempo, una escucha...

Ya estamos con los proyectos para el nuevo año, redoblando los esfuerzos; este año pudimos llegar con nuestras manos no solo al Hospital de Niños sino también a otras instituciones, programa que esperamos sostener y ampliar para el año entrante.

Les deseamos lo mejor para el 2011, con esperanzas renovadas y compartiendo una frase que nos hace pensar en que la vida no para aunque a veces uno sienta que esta en tiempo detenido. *Hasta la próxima!!!*

**La vida es lo que nos pasa
mientras hacemos otros planes.**

John Lennon.

Sumario

Niños y Adolescentes. Parálisis Facial	4
Problemas de conducta	9
Novedades	14
Hipertensión arterial en niños y adolescentes	16
Hacer el bien	18



Niños y adolescentes

Parálisis facial

La parálisis de Bell o parálisis facial periférica aguda idiopática (PFPAI) es una patología de evolución benigna y de etiología aun no claramente definida, descrita por Sir Charles Bell en 1821 . Afecta tanto a jóvenes y adultos como a pacientes en edad pediátrica. **La evolución es mejor en niños** que en pacientes adultos y el riesgo del desarrollo de secuelas aumenta progresivamente con la edad. **La mayoría de los pacientes se recupera sin tratamiento**, pero alrededor del 15-20% queda con algún grado de secuela.

Según un estudio inicial realizado en USA en 1978, la incidencia de la PFPAI en la población general era de 23-34 casos por 100.000 individuos sanos. En una reciente revisión de 27 trabajos sobre epidemiología de la PFPAI publicados entre 1966-2003, la incidencia encontrada fue similar: 11-40 casos cada 100.000 habitantes y año.

En un principio, se señaló su naturaleza inflamatoria y se consideró útil el tratamiento con corticoides, no pudiendo demostrarse de manera concluyente su eficacia. Además, la etiología herpética de la parálisis de Bell fue inicialmente postulada, aunque no demostrada, por McCormik en 1972.

Sin embargo, hasta la actualidad no se encontraron pruebas suficientes que demuestren que los antivirales, y más específicamente el aciclovir (antiherpético), ofrezcan una adecuada opción terapéutica que modifique la evolución natural de la enfermedad.

En el año 2.001, la Academia Americana de Neurología publicó una revisión basada en la evidencia sobre el tratamiento de la parálisis de Bell en pacientes adultos. Se analizaron los resultados del uso de esteroides, aciclovir y cirugía descompresiva del nervio facial en trabajos de tipo prospectivo que compararon la evolución de pacientes tratados respecto de aquellos librados a su evolución natural. Se concluyó que la evidencia alcanzada permitía afirmar que **los corticoides son probablemente efectivos** y que el aciclovir (combinado con prednisona) es **posiblemente efectivo** para mejorar la funcionalidad del nervio

facial. No se encontraron evidencias suficientes para alentar la cirugía descompresiva del nervio.

• Parálisis de Bell en Pediatría

En la infancia, la PFPAI es el tipo más común de de las formas agudas de parálisis facial. En mi experiencia, luego del seguimiento de más de 3.500 casos pediátricos a lo largo de 20 años de trabajo en el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan", he observado que el 82% de los casos que consultan por parálisis facial, resultó ser PFPAI. Se trata de una patología benigna que librada a su evolución natural, remite espontáneamente sin secuelas en el 90% de los niños afectados y el remanente 10% de casos sin remisión espontánea, queda con alguna secuela (*asimetría facial, espasmo hemifacial, sincinecias, etc.*), con el consiguiente trauma psicológico en el niño y su familia.

Un aspecto a considerar es que un 10% de los casos que inicialmente evolucionaron con una remisión completa, regresaron a la consulta con un cuadro recidivante (homo o contralateral). A su vez, del total de casos con recidiva observados en la serie, 4 niños tuvieron cinco episodios y en la literatura internacional se publicó el caso de un adulto con 7 parálisis faciales. En algunos casos, la enfermedad puede ser bilateral, hecho que ensombrece el pronóstico. La parálisis puede repetirse también durante la edad adulta, con el consiguiente aumento del riesgo y severidad de las secuelas asociadas a la edad. Para complicar el panorama, existen formas de presentación familiar, que corresponden a un 10% de los casos totales, por lo que algunos de ellos pueden pertenecer al grupo recidivante. De este modo, es factible que haya dos o más individuos con secuelas en la misma familia .

Por nuestra parte, hemos estudiado un total de 169 niños con PFPAI, en quienes se investigó la serología (IgG-IgM) para virus herpes simple tipo 1 (HVS-1), citomegalovirus (CMV) y varicela zoster (VZ). El



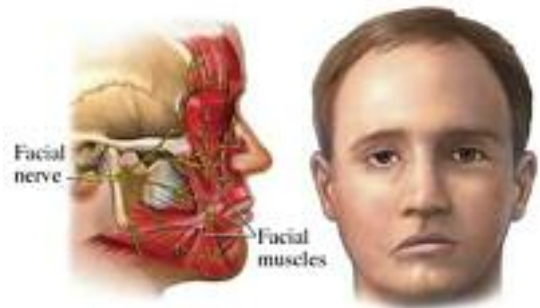
100% de la población en estudio presentó serología positiva para HVS-1 y en el 80% de los casos los títulos fueron iguales o superiores a 1/800, frente al 33% con serología positiva para una población control de 41 niños sin PFFA y con similar rango etario. En el mismo trabajo, se tomó al azar un grupo de 13 pacientes con PFFAI y se realizó el seguimiento serológico para HVS-1 durante la evolución de la enfermedad (3 determinaciones). Se observó un título inicial elevado de IgG-HVS-1 con aumento durante el período de estado y posterior caída al comenzar la mejoría clínica de la enfermedad. Los valores hallados contrastaron significativamente con los encontrados en 15 niños con PFF secundarios a etiologías conocidas. Estos datos y otros más, bien detallados en el trabajo, nos permitieron señalar al HVS-1 como muy probable factor etiológico en Pediatría.

- **Antecedentes de series pediátricas publicadas:**

En 1957, Paine publicó la descripción clínica de 80 casos pediátricos con parálisis facial periférica aguda (PFFA), de los cuales sólo 19 eran parálisis de Bell, y volcó la primera experiencia del tratamiento con corticoides en 10 niños. Más tarde, Salam y colaboradores publicaron los resultados de un estudio electrofisiológico en 150 niños con PFFAI a los que trataron con un esquema terapéutico en base a fisioterapia, onda corta y ácido nicotínico, utilizados en forma aislada o combinada. En 1972, Manning y Adour presentaron los resultados del seguimiento de 37 pacientes menores de 14 años con parálisis de Bell y recomendaron el uso de prednisona, al mismo tiempo que desalentaron la terapia descompresiva. Otra serie relevante de 165 casos pediátricos fue presentada por Adour y colaboradores como parte de un estudio de una población general de 1.000 casos consecutivos de parálisis de Bell. En dicha publicación concluyen que la patología se debe a una polineuritis craneal aguda benigna.

En 1988 publicamos nuestra primera experiencia en una serie de 88 pacientes en edad pediátrica, atendidos en el consultorio de parálisis facial del Servicio de Neurología y once años más tarde comunicamos los resultados del seguimiento de una serie ampliada de 1.427 casos.

Con respecto al tratamiento en niños, como dijéramos más arriba, no existen trabajos que reúnan los requisitos de ser de un número significativo de casos y ser además, randomizado, controlado y doble ciego. En la revisión del 2.001 de la Academia Americana de Neurología arriba descrita, se analiza un **único trabajo** con pacientes exclusivamente



pediátricos y de tipo prospectivo. En el mismo, la conclusión es que **la administración temprana de corticoides no mejoró significativamente la evolución clínica de la enfermedad**, habiendo controlado a dichos pacientes hasta un año después de haberse iniciado la parálisis periférica. Este trabajo, que incluyó el uso de placebo, contradice lo hallado en adultos, lo que convierte en muy difícil intentar extrapolar resultados obtenidos en pacientes adultos y aplicarlos a la edad pediátrica.

Entonces, en este punto debemos decir que **actualmente no existe una definición de cuál es el tratamiento para la PFFAI en Pediatría**. Las posibilidades terapéuticas van desde dejar librado al paciente a su evolución natural (considerando al curso de la misma como benigno), a tratarlos con prednisona con vitamina B12 oral a dosis y tiempos variables, con aciclovir, con aciclovir y prednisona o con kinesioterapia sola o asociada a alguna de las opciones anteriores. Esta decisión terapéutica está a cargo directamente del pediatra actuante, sin existir bibliografía específica que lo ayude en su elección. Esto sucede en todas partes, tanto en nuestro Hospital como en el resto del país o en el exterior. **La decisión del tratamiento de la Parálisis de Bell en Pediatría sigue siendo empírica al no existir consensos o normas de tratamiento o trabajos clínicos publicados que definan la mejor opción terapéutica.**

En nuestra experiencia, basada en datos observacionales con el uso de aciclovir en la práctica diaria y en resultados serológicos con alta prevalencia de detección de títulos elevados de anticuerpos anti-HSV-1 en pacientes con PFFAI, el aciclovir durante 10 días, podría ser la droga de elección en el tratamiento de la PFFAI infantil de nuestro medio. Pensamos que su uso podría modificar favorablemente el curso de la enfermedad ya sea por permitir acortar el tiempo de evolución de la misma, como reducir la tasa de recidivas y disminuir el porcentaje y/o severidad de secuelas. La asociación de metilprednisona durante 10 días, como recomienda Adour en adultos, completaría el esquema terapéutico, tra-



tando de disminuir el edema perineural. Al concluir dicho tratamiento, recomendamos la administración (durante un mes) de vitamina B12 con el fin de acelerar el proceso de re-mielinización del nervio facial. La misma participa en la metilación, paso inicial de la síntesis de mielina. Recomendamos también el uso de lágrimas artificiales, no ocluir el ojo afectado, protegerlo con lentes si el día es ventoso y el niño debe salir, kinesiología en el hogar (tocar algún instrumento musical de viento, hacer pompas de jabón), no indicamos la suspensión de la actividad escolar. Todas las opciones de evolución mencionadas más arriba deben ser consideradas como “marcadores” del efecto positivo del uso del aciclovir, el que puede ser ampliamente variable, si tenemos en cuenta que la respuesta terapéutica depende de la dosis del fármaco, de la carga viral, del hábitat del paciente y de factores farmacogenéticos e inmunogenéticos de cada caso en particular. Por tal motivo, toda diferencia que se observe en cualquiera de los parámetros a evaluar, que implique una mejoría clínica o subclínica, comparada a la evolución natural de la enfermedad, deberá ser considerada como una respuesta favorable al tratamiento. Dado que las recaídas pueden producirse en períodos de tiempos variables y aún superiores al contemplado para el presente trabajo, el efecto del tratamiento sobre la tasa de recaídas, no será evaluada.

Dije que la evolución natural de la enfermedad es autolimitada y benigna en la mayoría de los casos pediátricos y que el porcentaje de secuelas es relativamente bajo (10%). Sin embargo, la imposibilidad de anticipar cuál será el niño que va a desarrollar secuelas y las serias perturbaciones emocionales que las alteraciones definitivas en la mímica producen en el niño y su familia, obligan a la definición rápida y acertada de la mejor opción terapéutica.

Actualmente, el uso de aciclovir en la práctica diaria de atención de pacientes con PFPAL en nues-

tro Hospital, muestra que estos niños se benefician con dicho tratamiento, comparado a lo observado con la población histórica librada a su evolución natural. Sin embargo, estos datos no están protocolizados, y requieren su demostración mediante un ensayo clínico concluyente que contenga las tres opciones que utilizan los protocolos realizados en pacientes adultos (aciclovir, prednisona, o la combinación de ambos) para poder definir cuál de ellos logra mejorar significativamente la evolución natural de la enfermedad, y determinar si el uso de aciclovir solo o combinado con corticoides podría ser el tratamiento de la parálisis de Bell en la infancia.

Ante cada paciente con PFPAL de reciente instalación el pediatra no tiene manera de identificar cuál será el niño que desarrollará secuelas, saber en qué momento de la evolución del cuadro quedarán instaladas y con qué grado intensidad. Tampoco puede anticipar qué paciente tendrá otra PFPAL (recidiva) ni en qué momento de su vida.

Acorde a lo observado en nuestra experiencia de la evolución natural de la enfermedad, de cada 100 pacientes la PFPAL, alrededor de 80 lograrán la remisión completa espontáneamente antes de los 4 meses de evolución. Otros 10 casos lograrán la remisión completa con una evolución más lenta hasta los 6 meses de iniciado el cuadro. De modo que, es muy difícil acompañar la evolución de todos los casos que perduran con el cuadro más allá de los 4 meses y predecir el pronóstico, con un alto índice de incertidumbre (50%), hasta que el cuadro defina una de las dos opciones: la remisión “ad-integrum tardía” o la instalación definitiva de secuelas, con el consiguiente impacto psicológico y social sobre el niño, su familia y su entorno. ■

Nota completa y Bibliografía: consultar en nuestra página web ó con la editorial.

EISUR[®]
EQUIPAMIENTO INDUSTRIAL
PINTINI

Fabricación de bombas centrífugas de todo tipo.
Reparación de todos los motores.
Mantenimiento servicio-alquiler-obonos asesoramiento
Tableros eléctricos

info@eisurpintini.com.ar
www.eisurpintini.com.ar

Fabríca: 011-42972978
Cel.: 011-15 55290985

PFÖRTNER
CONTACTOLOGÍA - ÓPTICA

Casa Central: Av. Pueyrredón 1706
(C1119ACN) Buenos Aires - Argentina
Tel.: (54 11) 4827-8650
e-mail: pfortner@pfga.com.ar



Actron[®] pediátrico

Una forma efectiva de bajar la fiebre.



Fácil de Tomar

Es el primer ibuprofeno para niños de venta libre que no hace falta agitar y que además cuenta con un práctico dosificador que facilita su administración.



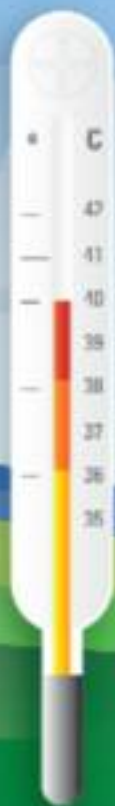
Seguro

Brinda una protección extra gracias a su tapa de seguridad.



Sabor a Fruta

Su fórmula con sabor a frutilla y cereza, baja rápida y efectivamente la fiebre. Alivia dolores de cabeza, garganta, dientes, estado gripales y resfrios.



Venta Libre.



Bayer

Si es Bayer, es bueno.

Registro N° 95 DGEOP

Música - Ed. Física - Inglés
Teatro - Informática
Motrición Oportiva
Gabinete Psicológico y Psico pedagógico
Fonoaudiología



Escuela Infantil
Mundo del Sol

Solo de 45 días a 4 años
Articulación con Preescolar
De 7.30 a 18.30 Hs.

www.mundodelsol.com.ar • mundodelsol@ciudad.com.ar

Teodoro García 2932 - 4554-6638 - 4553-4994

medix

Más de 70 países en América, Europa, Asia, África y Oceanía eligen la alta calidad de los productos Medix.



NatalCare

Información Comercial, Ventas y Soporte Técnico
Teléfono: +54-011-4754 9259
www.medix.com.ar



AINÉ

Procesador de Juegos, Ed. de Arte

ventas@ainejuguetes.com.ar
Tel 54-011-155-723-5317

Adhesión

COVELLO

propiedades



GRANJA TRES ARROYOS

Acompaña al nacimiento de Red Pediátrica Prevención en Salud

Tel/Tel: 4858-7700 - info@granjatresarroyos.com.ar - www.granjatresarroyos.com.ar

TU SUEÑITO

Armado Artesanal de Catres y Moises

Acolchados - Bases
Sábanas - Accesorios

Arreglo 5000 w/wj - Permóvil
www.tusueñito.com.ar

4568-2839

DOLCELOZ

Variedad de empaquetados: porcionado, lata, individualizado con funda para empujar, bolsa, bolsa con funda, etc.

Ingrediente Coccolina
directo de Galicia

(011) 4641-2987 // 35-3478-1750 - www.dolcelozbebes.com.ar



BOMBAS CENTRIFUGAS

TROMBA

Dr. GABAZZA 216
Villa Domínico Avellaneda - C.P. 1870
Prov. de Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: 4267-0182/7622 // 4266-0451 (Línea gratuita)
Email: tromba@tromba.com.ar

ARENADOS MONTEVERDE

Av. Monteverde 1509
11888 Florencio Varela
Prov. de Bs. As.
Tel. 011- 4200 6000



démico o laboral.

El trastorno de comportamiento (TC) o trastorno disocial, se caracteriza por presentar un patrón de conducta repetitivo y persistente que viola los derechos de los demás y las normas sociales esperables para la edad. El comportamiento agresivo puede causar daño físico a persona o animales, a propiedades, o bien vincularse con robos, o violaciones graves de normas, deben presentar tres o más de estas conductas en los últimos 12 meses o una en los últimos 6 meses.

El TND puede asociarse a *trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)* o TC, algunos estudios muestran que jóvenes que presentan TC han sufrido en la niñez TND, sin embargo no todo TND predice un TC posterior, un indicador que puede predecir un TC en la adolescencia es la agresión física.

Otros trastornos asociados a TND pueden ser *ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, o trastorno depresivo*.

El TC (trastorno disocial) de inicio en la adolescencia tiene un pronóstico regular o bueno, y la mayoría abandona la conducta disocial en la edad adulta, suele presentarse en niñas, tiene más relación con factores socioculturales, puede estar asociado a depresión.

En cambio el TC de inicio infantil, antes de los 10 años, es de mal pronóstico, se presenta más en varones, asociado a TND y TDAH, puede presentar antecedentes de traumatismo de cráneo y problemas de aprendizaje, con antecedentes de agresiones físicas a terceros, puede asociarse con abuso de sustancias, con antecedentes familiares de TC o trastornos de personalidad.

- **Factores que favorecen la aparición de comportamiento perturbador:**

La etiología es multicausal, asociándose factores biológicos, psicológicos y sociales.

El TC de inicio infantil puede tener un origen de tipo neurobiológico, en mayor grado que el de inicio en la adolescencia.

Las situaciones de estrés en las etapas tempranas pueden alterar la maduración de los circuitos cerebrales involucrados en las funciones afectivas



incrementando la aparición de trastornos psicopatológicos en la adolescencia o en la adultez.

La vulnerabilidad genética y los factores ambientales adversos podrían generar disfunciones biológicas que afectan el desarrollo psicológico y social. Los vínculos tempranos actúan en forma bidireccional desde lo conductual generando eventos moleculares y desde lo molecular generando eventos conductuales.

El período del neurodesarrollo es de gran vulnerabilidad, ya que en el mismo se produce aumento neuronal, glial, ramificaciones dendríticas y conexiones sinápticas que pueden ser afectadas. Los circuitos especializados involucrados en el procesamiento de la memoria y el aprendizaje pueden ser afectados generando desórdenes que se detectarán a largo plazo.

Eventos estresantes tempranos tales como abandono o maltrato, se asocian a cambios en el eje hipotálamo hipófisis adrenal con aumento de las concentraciones de hormona liberadora de corticotrofina y alteraciones de los sistemas adrenérgico y serotoninérgico y cambios en el metabolismo de la corteza cingulada anterior.

La repetición de experiencias adversas en la infancia afectaría el encendido límbico de la amígdala relacionada con el procesamiento de las emociones y desarrollo de la agresividad, dando origen a conductas impulsivas, inestabilidad afectiva y repetición de experiencias de maltrato físico y emocional.

Centro Empleados de Comercio Zona Norte



3 de Febrero 592 - San Fernando
Tel.: 4745-8951 / 56

CENTRO DE APOYO AL DISCAPACITADO

C.A.D

con amor y por amor

José Marmol 1372 - TEL: 5168-3200 - 5168-3201
Ciudad Autónoma de Bs. As.

Productos internacionalmente probados, seguros, constantes



VETANCO S.A.

Chile 33 (B1603CMA) Vicente López Buenos Aires- Argentina.

Tel: +54 11 4709-3330 Fax: +54 11 4709-7222

E- mail: infovet@vetanco.com

www.vetanco.com



La memoria afectiva estaría afectada por lo cual no se puede integrar los registros de bueno - malo, placentero - displacentero, lo cual se traduciría en baja tolerancia a experiencias dolorosas, desarrollando conductas agresivas, episodios de despersonalización, estados disociativos, estados depresivos, episodios de pánico.

El cerebro podría reparar estas situaciones mediante el mecanismo de neuroplasticidad, por lo cual no todos desarrollarían síntomas.

La conducta social, la agresividad, el altruismo, la ética, la empatía, la moral, se explicarían por la teoría de la mente, capacidad de atribuir estados mentales a las personas o comprender que las personas tienen representaciones mentales, anticipar lo que otra persona podría pensar o responder en forma empática

Diversos estudios revelan asociación entre anomalías cromosómicas y conducta psicopática.

La disfunción familiar puede determinar que , en un individuo con una particular anomalía genética se manifieste una conducta antisocial o no.

Considerar la interacción entre vulnerabilidad neuro psiquiátrica, familiar y la vulnerabilidad psicológica secundaria a anomalías cromosómicas intrínsecas.

Niños con padres que padecen un trastorno psiquiátrico tienen más probabilidades de sufrir problemas de conducta que niños de padres sanos, pero no necesariamente tienen predisposición genética a conducta antisocial.

La enfermedad mental de los padres actúa de manera agresiva y negligente y contribuye a la mala adaptación del niño.

• **Diagnósticos diferenciales:**

A menudo un trastorno depresivo en la adolescencia puede manifestarse con irritabilidad, aislamiento o conductas desafiantes, con fracaso escolar o consumo de sustancias, y lo característico es el cambio del estado de ánimo.

Los episodios estresantes o los cambios vitales ,

como inicio de la escolaridad o conflictos entre padres pueden manifestar conductas agresivas y están íntimamente relacionados con el factor estresante.

En episodios de ansiedad de separación o ansiedad generalizada, el comportamiento perturbador se resuelve al tratar la ansiedad.

La conducta perturbadora puede estar asociada a trastornos psiquiátricos graves , como lo son los trastornos psicóticos.

Los niños con lesión del sistema nervioso central pueden presentar conductas perturbadoras.

El TDAH (déficit de atención e hiperactividad), generalmente asociado a problemas de conducta, requiere un diagnóstico preciso mediante pruebas neurocognitivas y cuestionarios específicos.

Tratamiento:

El abordaje de los problemas de conducta incluye el tratamiento del niño, la familia, intervenciones escolares, y en algunos casos se requiere el tratamiento con fármacos, ya sea por la conducta agresiva, o por las comorbilidades o patologías asociadas.

El abordaje es interdisciplinario, con intervenciones de psiquiatra, psicólogo, trabajador social.

Si bien la respuesta a los tratamientos no siempre es la esperable, los niños suelen mejorar con tratamiento cognitivo conductual, y enseñanza de habilidades de resolución de conflictos, siempre acompañado con las intervenciones familiares. Se asegurará la disponibilidad de los recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la vida familiar, teniendo en cuenta factores socioeconómicos, enfermedad de alguno de los padres, familias conflictivas, antecedentes de abuso o violencia, consumo de drogas.

Es importante ofrecer a los padres modelos alternativos de resolución de conflictos, reconociendo situaciones de maltrato y abuso y promoviendo modelos adecuados de funcionamiento familiar.

Es necesario ayudar a los padres a adaptarse a las demandas crecientes de los niños que surgen al pasar de una etapa evolutiva a otra, como los logros de autonomía típicos del adolescente, sin perder autoridad ni la función de padres.

Es importante el trabajo conjunto con la escuela, tratando de implementar una comunicación regular entre los padres y los maestros, estableciendo contactos frecuentes que favorezcan acuerdos entre ellos, permitiendo desarrollar planes adecuados para cada niño.

También es valiosa la comunicación frecuente entre los profesionales intervinientes y la escuela.

• **Signos de alarma que requieren la consulta al especialista:**

Conducta agresiva asociada a trastorno emocional grave.

La salud en SU lugar

Obra Social de Empleados y Personal Jerárquico
de la Actividad de Neumático Argentino

CS EPJANA

BONOS 0-8284

Casa Central: Manuel Dorrego 1201
CP 1688 - Hurlingham - Pcia. de Bs. As.
Tel-Fax: 4452-9907 - 4905-7968

Delegación: Jurídice 1054
CP 1688 - Hurlingham - Pcia. de Bs. As.
Tel-Fax: 4452-9076

**La Obra Social
de Hurlingham
Para Todos**

La conducta agresiva en niños pequeños, que no responden con la orientación dada a los padres, puede estar relacionado con trastorno del desarrollo, trastorno psiquiátrico grave, o interacción familiar disfuncional.

La falta de contención familiar, los conflictos conyugales, las dificultades en asumir responsabilidades por parte de la familia, requiere de una terapia familiar que permita identificar los patrones familiares que favorecen la aparición de las conductas del niño, y generar cambios de los mismos.

Antecedentes de abuso físico o maltrato que tiende a perpetuar las conductas agresivas.

Las conductas delictivas, como concepto legal, que se refieren a aquellos menores que cometen delitos, o trasgresión de la legalidad (como fugas del hogar o de la escuela), indica que el desarrollo del niño no se ha cumplido adecuadamente.

• **Conclusiones:**

La prevención del desarrollo de conductas disociales mediante programas de cuidados tempranos de salud y bajar la incidencia del abuso en la infancia sería más efectivo que cualquier tipo de tratamiento.

Aunque es posible que los factores fisiológicos y neuroquímicos estén asociados a conductas



disociales es poco probable que solamente el factor biológico genere un problema de conducta o personalidad antisocial.

El diagnóstico de enfermedades mentales en la familia puede ayudar a la identificación temprana de problemas en los niños y tratarlos.

El abordaje interdisciplinariamente permite detectar las interacciones entre vulnerabilidad intrínseca, características familiares, del entorno más cercano y de la sociedad. ■



**PROTECCIÓN SUPERIOR
TODOS LOS DÍAS**



26 de septiembre - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Día Mundial del Corazón

“Yo trabajo con corazón”



Se realizó la entrega de juguetes donados por la Escuela infantil **Mundo del Sol** en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.



Cleanosol Argentina S.A.I.C.F.I.

Tel.: (5411) 4208-1189/7015 - Fax: (5411) 4208-3597
cleanosol@infovia.com.ar
Av. Galicia 549, Avellaneda - Buenos Aires, Argentina



GREEN MED.
TODO PARA LA SALUD
PROGRAMAS • DIAGNÓSTICOS BIOMÉDICOS

Tobard 1301 - 1000 (C1437F96) Ciudad de Buenos Aires
Telf: 4918 0448 Fax: 4918 0421
www.greenmed.com.ar | E-mail: info@greenmed.com.ar

MULTIRADIO S.A.

Radiocomunicaciones - Enlaces inalámbricos
Telecomunicaciones - Telefonía Celular

Av. Córdoba 4860* Bc. As. - Tel.: 4779-5555
Av. Olmos 161* Cba - Tel.: 0351-422-2462
www.multiradio.com.ar



Obra Social del Personal Marítimo



Venesuela 1427 / 29
(1100) Capital Federal
Tel.: 4381 2486 / 4362
Fax: 4381 5818
e-mail: ospermaritimo@ospermar.com.ar
e-mail: ospermar@ospermar.com.ar

www.redpediatricaarg.com.ar



INSTITUTO AYELEN

Educación Especial A-903

INICIAL - PRIMARIO
POST-PRIMARIO CON FORMACION LABORAL

Jornada completa - Computación - Natación - Música
Educación Física - Gastronomía - Carpintería - Artesanías
Psicomotricidad - Fonoaudiología - Gabinete Psicopedagógico

Boyacá 1440 Ciudad Autónoma Bs. As. (1416)
Telefax: 4582-0590 / 2585
ayelenespecial@fibertel.com.ar
www.institutoayelen.com.ar

**EDUCAR ES INTEGRAR
Y DAR LUGAR A TODAS
LAS CAPACIDADES**



Hipertensión arterial

en niños y adolescentes

Autor: **Dra. Rosa Simsolo**
M.N. 50548
Médica Pediatra del Consultorio
de Hipertensión Arterial del
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y afecta al 25-30 % de los adultos. Sus principales complicaciones son el accidente cerebrovascular, el infarto agudo de miocardio y la enfermedad renal. Hasta hace no muchos años se consideraba a la hipertensión una enfermedad del adulto, y solo se tomaba la presión a los niños con enfermedades renales, vaculares o cardíacas. Pero actualmente se sabe que la hipertensión arterial comienza en la infancia.

En los niños, la presión arterial aumenta con el crecimiento hasta alcanzar los niveles del adulto al final de la adolescencia. Es por ello que se utilizan tablas de presión arterial, como las tablas de crecimiento de peso y talla, ya que no existe un valor único como en el adulto para definir hipertensión. Es importante saber que una sola toma elevada de la presión arterial no significa ser hipertenso. Se requieren múltiples tomas elevadas para hacer el diagnóstico. Uno de los problemas más frecuentes para tomar la presión arterial es no contar con los manguitos de presión apropiados para el tamaño del brazo

del niño, pero a partir de los 6-7 años se puede utilizar el mango del adulto.

Se estima que la hipertensión arterial afecta al 3-5% de los niños y adolescentes, y se presenta con mayor frecuencia en los niños obesos. La presión arterial elevada en la infancia es uno de los principales predictores de hipertensión arterial en la vida adulta. La hipertensión se caracteriza por no tener síntomas, por lo cual la única forma de detectarla es tomando la presión arterial (método sencillo y económico). Todos los niños deberían tener la presión arterial medida en las visitas de control al médico. Esto permitiría un diagnóstico precoz tanto de la hipertensión esencial o primaria (la más frecuente) o de enfermedades que cursan con hipertensión y muchas veces no tienen otros síntomas.

Los factores de riesgo más importantes son los antecedentes familiares de hipertensión arterial y el sobrepeso y obesidad. A ello contribuye también el sedentarismo y la alimentación "chatarra".

Las **principales medidas preventivas** son medir la presión arterial, tener hábitos saludables: dieta sana, mantener un peso adecuado, actividad física regular, evitar tiempo prolongado de TV, computadora, videojuegos, etc., evitar otros factores de riesgo como tabaco, alcohol, drogas, etc.

La dieta de un niño o adolescente debe contener todos los nutrientes y calorías necesarias para su crecimiento., se recomienda aumentar el consumo de verduras y frutas frescas, disminuir la ingesta de grasas presentes fundamentalmente en los 'snacks',



embudidos, dulces y golosinas así como también reducir el consumo de bebidas azucaradas y moderar el consumo de sal. No hay que olvidar que estas recomendaciones deben ser practicadas por toda la familia.

Con respecto a la actividad física, se aconseja que la misma sea regular para todos los niños y adolescentes. Es importante remarcar que el ejercicio no debe suspenderse ante el hallazgo de tomas altas aisladas de presión arterial e incluso de hipertensión arterial leve. Es más, la actividad física aeróbica regular forma parte del tratamiento de los niños hipertensos, junto con una dieta saludable y el mantenimiento de un peso adecuado.

Si criamos niños más sanos podemos prevenir la aparición de la hipertensión en épocas tempranas. A su vez diagnosticando y tratando la hipertensión precozmente, los niños y adolescentes llegarán a adultos con sus arterias y corazón sanos y con menores complicaciones. ■



Drugueria
PROMEC S.A.
El progreso al servicio

Pasaje Mar del Plata 1050
 (C1407D5SD) C.A.B.A.
 Tel.: 4648-0144
 info@promecosa.com.ar

Llegaron los refuerzos.

© SANCOR



Llegó SanCor Bebé Plus 3 con PREBIÓTICOS
que ayudan a reforzar el sistema inmune de tu hijo.

Además aporta hierro, calcio y 13 vitaminas,
necesarios para el crecimiento de chicos de 1 a 3 años.





Fundación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Infantil

Dr. Rodolfo Kreutzer

La Fundación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Dr. Rodolfo Kreutzer, fue creada en 1984 luego que un grupo de padres de ex pacientes recibieran una donación de los herederos del Dr. Kreutzer, pionero de la cardiología infantil en Latinoamérica.

*Su **objetivo** es brindar asistencia económica y social a los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, colaborando con el mantenimiento de los aparatos de alta complejidad, proveer elementos indispensables para el diagnóstico, adquirir instrumental, brindar apoyo al personal sin nombramiento municipal, realizar tareas de investigación y docencia; pudiendo financiar todo esto gracias a las donaciones de empresas, particulares y padres de ex pacientes.*

Los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular son dirigidos por el Dr. Andrés Schlichter y la Dra. María Grippo, contando con prestigiosos equipos médicos y con tecnología de última generación.

En el **Servicio de Cardiología** se realizan 30.000 consultas anuales, 400 cateterismos, 300 estudios nucleares, 3000 estudios de arritmias. El **Servicio de Cirugía Cardio-vascular** cuenta con una sala de internación, terapia intermedia y terapia intensiva y con un quirófano especializado de alta complejidad, en donde se realizan 320 operaciones cardiovasculares anuales. Cuenta también con un aula en donde se dicta el

curso de Médico Cardiólogo Pediátrico Universitario, de Post Grado dependiente de la UBA y con un quirófano especializado dotado con equipo de Circulación Extracorpórea y equipos necesarios para realizar intervenciones de alta complejidad.

El **deseo** de la **Fundación** es duplicar la cantidad de intervenciones, mejorar el equipamiento del quirófano, invertir en recursos humanos y contar con recursos mensuales para solventar los gastos diarios de instrumental, medicamentos y demás recursos vitales para el servicio y el quirófano, materializar este objetivo depende, en gran medida, de su ayuda. Lo esperamos.

Porque no hay nada más valioso que el corazón de un niño.

Participe en la Campaña con beneficio para la
Fundación de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
Dr. Rodolfo Kreutzer

Tu plan médico integral y gratuito.

SALUD

Cobertura Porteña de Salud



- Médicos de cabecera • Atención odontológica
- Más vacunas y entrega de medicamentos • Turnos telefónicos

Informate en hospitales, Centros de Gestión Comunal o llamando al ☎147

www.buenosaires.gob.ar/salud



Buenos Aires Ciudad

Haciendo
buenos aires

O.S.M.A.T.A.

**Al Servicio de la Salud
del Trabajador Mecánico
y su Familia**



Sanatorio Nacional "San Cayetano"

Avda. Directorio 4743/ 65 Cap. Fed.

Tel.: 4630-6500

O.S.M.A.T.A. Central

Avda. Belgrano 665 Cap. Fed.

4340-7400



**Sindicato de Mecánicos y Afines
del Transporte Automotor de la
República Argentina**

S.M.A.T.A.