

VII Congreso ASCONI

Hace cuatro décadas, cuando pensábamos en lo que podría ser la definición de un neuropediatra, llegamos a la conclusión de que tenía que nacer una especialidad en nuestro país dedicada a constituirse en defensora del niño. De ese niño que dentro del contexto general que veníamos viendo en medicina era el resultado del proceso tecnológico que se estaba viviendo.

En el congreso mundial de neurología en la ciudad de Kyoto en el año 1981 tuvimos el privilegio de oír al Doctor Adams, quien le explicaba al mundo que sólo un grupo de neurólogos y pediatras sobre los años 60 se habían dedicado a estudiar a los niños que por alguna razón tenían un grado de retardo mental y de esa forma se comenzaron a hacer programas para mejorar su condición biopsicosocial.

En nuestro país tenemos que recordar una muy buena cantidad de estos especialistas: el Dr. Danilo Dueñas, el Dr. Hart Petersonn, el Dr. J. Aicardi, el Dr. Manuel R. Gómez y el Dr. Ignacio Castroviejo, entre otros, a quienes les debemos esa gran cantidad de enseñanzas que nos transmitían en cada reunión. En este congreso Nacional de Neuropediatría no hacemos otra cosa que procesar el acúmulo de toda esa información que se ha venido publicando como resultado de ese reto permanente que el paciente neurológico pediátrico nos ha planteando para su manejo.

Recordemos que sobre los años 50 en nuestro medio, la mortalidad era del 24 por ciento durante el primer año de vida, en contraste con el 4 por ciento en el año 2000. Esto sólo ha sido posible gracias al desarrollo de la medicina, especialmente a nivel perinatal donde la atención del hijo de una madre de alto

riesgo biopsicosocial, los casos de prematuridad extrema, el bajo peso para la edad gestacional, el parto distócico o el bajo Apgar ya no son problema para que el recién nacido salga vivo. Pero es allí donde necesitamos más clínicos que entiendan los procesos de la organización del cerebro y de la mielinización que se hacen a lo largo del tiempo, que no sólo son dependientes de nuestra genética y del ambiente sino del factor de tipo probabilístico, a pesar de que no es una estadística de análisis inmediato, de manera que el neurodesarrollo, que es su resultado final sea óptimo, en tal forma que el niño, será un adulto, pueda desempeñarse en el entorno social y laboral que le corresponda. No podemos olvidar que la formación del cerebro del niño no es sólo biológica, sino emocional, social e intelectual.

¡Qué bueno es encontrar el hijo con una capacidad ejecutoria y verbal del 100 por ciento! ¿Pero... qué pasa con el niño de alto riesgo biopsicosocial en donde este proceso madurativo de tipo tálamo-cortical no se puede hacer?

Debe tener a alguien que lo pueda detectar y tratar bajo estrategias de tipo interdisciplinario para que pueda evolucionar de una forma más positiva.

El médico en forma general tiene tres posibilidades de abordaje de su paciente: ignorar, tratar o prevenir. Es acá donde tenemos una gran cantidad de responsabilidades. El número de incapacitados en el país es de más o menos de 2.250.000 personas. De este número, el 80 por ciento (1.800.000) son personas que no pueden aprender; como resultado de un daño cerebral. En Bogotá, una ciudad de más o menos 8.000.000 de habitantes, tenemos 450.000 personas en estas condiciones, lo que quiere decir que el

Recibido: 29/02/08. Revisado: 4/03/08. Aceptado: 4/03/08.

Correspondencia: medinamalo@cable.net.co

enfoque de prevención debe analizar en forma muy temprana todos los factores de riesgo que están asociados a este tipo de patología porque van a ser los responsables de la baja calidad de vida del niño que pertenezca al grupo de morbilidad.

Por lo anterior, la enseñanza que podemos esperar de este congreso es que aprendamos a intervenir en forma temprana a nuestros pacientes, tratando de desarrollar programas que detecten los problemas en el momento agudo del cuadro o estar alerta en los casos de niños que por su historia familiar podrían ser detectados en forma más oportuna. Manejar no sólo el Apgar, como antecedente de posible sufrimiento fetal, sino que debemos incluir en nuestra historia clínica el peso y sobre todo implementar una clasificación tipo Glasgow, en donde se evalúan

retrospectivamente las funciones del tronco cerebral a través de los movimientos oculares, la búsqueda, la succión y la deglución, sin olvidar la comunicación a través del llanto y la fuerza mediante la valoración del tono durante el período del neonato y recién nacido.

No quiero terminar este editorial sin agradecer a mis compañeros de mesa directiva en quienes encontré siempre apoyo y colaboración para que podamos entregarles este congreso que esperamos sea un paso más en nuestro aprendizaje.

CARLOS MEDINA-MALO

Presidente, Asociación Colombiana
de Neurología infantil