

Lo que hace pocos años era considerado como una actividad saludable, recomendable y hasta obligatoria (*Mens sana in corpore sano*), el juego y el deporte, hoy se ha instalado como una actividad con riesgo mortal que induce a la exigencia de un sinnúmero de exámenes médicos y certificados que, a mi entender no sólo no sirven para detectar el 1 en 20 mil en situación de riesgo de muerte asociada al deporte, sino que alejan a muchos potenciales deportistas por impedimentos económicos.

Los exámenes anuales para un deportista federado en básquet o en rugby orillan los \$ 1000 (incluye análisis clínicos, ergometría, Rx de columna cervical y de tórax).

Las normas de la SAP² pasaron de una recomendación de estudios cardiológicos complementarios para los pacientes en riesgo (antecedentes personales de precordialgia o síncope asociado al esfuerzo, antecedentes de familiares muertos súbitamente, adultos jóvenes) a un ECG con informe de cardiólogo obligatorio para *todos* los niños mayores en actividades competitivas. Con esto he perdido mi soporte en mi lucha contra la insensatez de la presión regulatoria médica de la actividad humana.³

Como alguna vez dijo Gianantonio: "La tecnología ha pasado a llevar de la mano a la medicina", o un colega hace algunos años, más cáusticamente, "El médico es un vulgar vendedor de tecnología, generalmente sin sueldo".

¿Cuánto faltará para que se exija una medición semestral del tabique IV o una TACC contrastada para los jugadores de rugby?

De los tres últimos muertos asociados al deporte en mi ciudad, uno fue una muerte súbita (no autopsiada), otro un traumatismo de cráneo por ruptura del travesaño del arco y otro por aspiración de una goma de mascar.

Es obvio que dos eran evitables por un supervisor deportivo competente.

¿El otro, se hubiese detectado con las exigencias actuales? Tal vez. Fundamento el "tal vez" en los estudios publicados sobre la detección precoz de tanto el síndrome de QT largo, la anomalía de nacimiento de coronarias como de la miocardiopatía hipertrófica/dilatada, a un costo de 10 millones de pesos/año/10 mil deportistas en actividad en mi ciudad para "tal vez" evitar una muerte juvenil en 20 años.

Se me ocurre que sería más sensato invertir ese dinero en mejorar las condiciones de juego, incrementar el número de supervisores de deporte, entrenarlos en la detección de problemas de rendimiento físico de los chicos, y la capacitación para el manejo de emergencias médicas relacionadas con el deporte.

¿De qué lado del mostrador estamos los pediatras? ¿Los vendedores de tecnología o los promotores de salud?

Dr. Miguel Webb

Pediatra

Comodoro Rivadavia

1. Type 2 diabetes - time to change our approach. *Lancet* 2010; 375 (9733):2193.
2. SAP. Comité de Medicina del Deporte Infante Juvenil: Consenso sobre examen físico del niño y joven que practican actividades físicas. *Arch Argent Pediatr* 2000;98(1):60-79.
3. Illich I. Nemesi Médica. [citado: 13 ene 2011]. Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/Linemes.htm>.

Sr. Editor:

En un reciente número de *Archivos Argentinos de Pediatría* se ha publicado un excelente metaanálisis vinculado con la administración de fluoroquinolonas en la población pediátrica.¹ Es importante destacar que estos antibióticos se encuentran entre los más indicados en la actualidad, en función de su amplio espectro y de la óptima penetración tisular en ciertos órganos como el hueso o el parénquima pulmonar, entre otros.

En este contexto, resulta de interés destacar la especial vulnerabilidad de otros grupos poblacionales a los efectos adversos osteoarticulares de estos medicamentos. En una actualización vinculada con este tema,² se hace hincapié en el mayor riesgo de estas lesiones en los ancianos, en pacientes con enfermedades reumáticas, en sujetos con procesos pulmonares crónicos y en quienes reciben corticoterapia de forma prolongada. Dada la mayor difusión del uso de estos fármacos, en especial en individuos con osteomielitis e infecciones por micobacterias, resulta importante incluir en la población vulnerable a las reacciones adversas musculoesqueléticas tanto a los niños como a estos subgrupos de adultos.

El reconocimiento de todos los grupos de riesgo por parte de los médicos generales y especialistas facilitará la prescripción correcta de estos antibióticos, considerados en la actualidad entre los antimicrobianos de mayor utilidad en la práctica cotidiana.

Dr. Leonardo Gilardi

1. Rosanova MT, Lede R, Capurro H, Petrungraro V, Copertari P. Efectos adversos musculoesqueléticos por el uso de fluoroquinolonas en niños: un metaanálisis. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(6):524-531.
2. Doyle HE. Tendinopathy resulting from the use of fluoroquinolones: Managing risks. *JAAPA* 2010;23(12):18-21.