

Señor Editor:

He leído con sumo interés su artículo: "La tecnología médica como objeto de la ética" publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría* 2014;112(4), que espero sea tomado en cuenta por muchos médicos.

Como médica, he ejercido la profesión en la atención de niños y adolescentes hasta mediados del año 2006, cuando se estaba en los comienzos generalizados de la implementación de la técnica en el ejercicio de la medicina en hospitales y centros de salud. En la actualidad, estas técnicas, ya han ganado terreno sobre todo en los grandes centros de atención pública y privada, en que el paciente es un número que se ingresa "en cuerpo y alma" en la computadora, se agregan las respuestas a un interrogatorio "frío" y al estilo de un robot, se extiende un gran número de exámenes de laboratorio y de otros estudios que nada tienen que ver con las necesidades y padecimientos del paciente. Así, se deja de lado la consulta amable y responsable demostrando interés por el paciente que es una persona.

Desgraciadamente el plantel de médicos que comenzó a ejercer durante los últimos años viene con el "bautismo" de la computadora desde corta edad en la escuela primaria, que se completó en el ciclo secundario y en la universidad, donde los futuros médicos aprendieron a depender de internet.

Estoy dispuesta a que se me tilde de "antigua", pero tengo una vasta experiencia de vida y en la atención de pacientes y puedo decir y evaluar que el ejercicio de la profesión médica sufre hoy la no atención de los pacientes. Se ha reemplazado la atención por una "escucha" sin escuchar y se transfieren los problemas del paciente a una "máquina" que no tiene alma y tampoco cerebro.

Ello se debe a que muchos profesionales médicos no están capacitados para atender y detectar la problemática del paciente en la conversación amable, mirando a los ojos. En lugar de ello, el paciente se retira de la consulta con las manos llenas de "papeles" y con la negativa disposición del profesional para escuchar detalles y vivencias de sus dolencias sin que el profesional sepa preguntar sobre situaciones que signifiquen una "pista" para llegar al diagnóstico que podría ser confirmado por unos elementales y pocos estudios de laboratorio.

Para concluir, he leído últimamente el libro titulado *¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes? Superficiales*; el autor, Nicholas Carr, expone los peligros de no usar el cerebro y no buscar soluciones a través de pensar. Estudios especia-

les indican que el uso de los medios electrónicos (internet y otros) impiden pensar y hay estudios recientes donde se dice que no pensar, no solo afecta al área psicológica, sino que ya se han detectado alteraciones en las neuronas.

Dra. María Isabel Herrera  
Socia Vitalicia SAP

### Comment on the article entitled "Intravitreal bevacizumab as single drug therapy for retinopathy of prematurity in 12 patients"

doi: 10.5546/aap.2014.160

Dear Editor:

We read with interest the article by Bancalari et al.<sup>1</sup> In their study they demonstrated that intravitreal injection of bevacizumab was effective as a monotherapy in retinopathy of prematurity (ROP). However, I have some comments with regard to this publication.

The intravitreal injection of any drug in premature infants is an important issue. The authors injected bevacizumab 2 mm far from the limbus. In our clinical practice we perform intravitreal bevacizumab injection 1mm far from the limbus with aiming the needle posterior pole of the retina.<sup>2</sup> Thus uneventful cataract formation is avoided. On the other hand the injections very far from limbus may lead retinal tears or retinal detachment. In term newborn eyes, the ciliary body length was approximately 2mm, and pars plana is incompletely developed.<sup>3</sup> Anterior retina lies just behind the pars plicata in term infants. In clinical practice, intravitreal injection of bevacizumab is usually performed at gestational age of 32 to 36 weeks in patients with ROP. At the time of the intravitreal injection, the growth of pars plana is more likely less than that of a term infant. So the injections should be performed closer to limbus to avoid iatrogenic retinal tears in patients with ROP. We suggest that optimal distance of the injection site to the limbus is 1 mm.

Moreover, it is not clear that when the ROP was reactivated and treated with laser photocoagulation (LPC). We observed early and late reactivation of ROP in our clinical practice. The early reactivation occurs usually 2-3 weeks after injection. On the other hand the late reactivation usually occurs 15-20 weeks after injection and presents more anteriorly than the previous stage line. In these eyes, repeated injections of bevacizumab may be preferred to LPC.

*Alparslan Şahin*

Assoc. Prof., Dicle University, School of Medicine,  
Department of Ophthalmology, Diyarbakır, Turkey.  
e- mail: dralparslansahin@gmail.com

*Mehmet Murat*

MD, Dicle University, School of Medicine,  
Department of Ophthalmology, Diyarbakır, Turkey  
e- mail: drmehmetmurat63@gmail.com

1. Bancalari MA, Schade YR, Peña ZR, Pavez PN. Intravitreal bevacizumab as single drug therapy for retinopathy of prematurity in 12 patients. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(2):160-3.
2. Şahin A, Şahin M, Cingü AK, Çınar Y, et al. Intravitreal bevacizumab monotherapy for retinopathy of prematurity. *Pediatr Int* 2013;55(5):599-603.
3. Lemley CA, Han DP. An age-based method for planning sclerotomy placement during pediatric vitrectomy: a 12-year experience. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2007;105:86-9.

## En respuesta

Dear Editor:

In response to the letter by Drs. A. Şahin and M. Murat we agree that an intravitreal bevacizumab injection at 1 mm from the limbus could provide greater safety margin for the treated eye.<sup>1</sup> However, in our experience since 2008 we have not observed any of the described complications such as retinal tears or retinal detachment.<sup>2</sup> We must note that according to the works of Lemley et al.<sup>3</sup> and Aiello et al,<sup>4</sup> the distance from limbus to ora serrata in infants aged 0 to 6 months is 2.95 mm, therefore placing the needle at 2 mm from the limbus still provides a secure zone for injection. Currently, in light of recent reports, the injection of bevacizumab in our unit is placed at

1.5 mm from the limbus, aiming at the posterior pole of the retina.<sup>5,6</sup>

In relation to ROP reactivation, in our study we had 4 cases of early reactivation that occurred at 4 weeks of treatment with bevacizumab. These patients were afterwards treated with laser photocoagulation. On follow up we had no cases of late reactivation.

*Aldo Bancalari Molina, MD.*

Neonatologist. Profesor of Pediatrics University of  
Concepción, Department of Pediatrics,  
Concepción, Chile  
Email: aldobancalari@gmail.com

*Ricardo Schade Yankovic, MD.*

Ophthalmologist. Ophthalmology Service Hospital  
Guillermo Grant Benavente, Concepción Chile.  
Email: ricardo.schade@gmail.com

1. Şahin A, Şahin M, Cingü AK, Çınar Y, et al. Intravitreal bevacizumab monotherapy for retinopathy of prematurity. *Pediatr Int* 2013;55(5):599-603.
2. Bancalari MA, Schade YR, Peña ZR, Pavez PN. Intravitreal bevacizumab as single drug therapy for retinopathy of prematurity in 12 patients. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(2):160-3.
3. Lemley CA, Han DP. An age-based method for planning sclerotomy placement during pediatric vitrectomy: a 12-year experience. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2007;105:86-9.
4. Aiello AL, Tran VT, Rao NA. Postnatal development of the ciliary body and pars plana. A morphometric study in childhood. *Arch Ophthalmol* 1992;110(6):802-5.
5. Harder BC, von Baltz S, Jonas JB, Schlichtenbrede FC. Intravitreal low-dosage bevacizumab for retinopathy of prematurity. *Acta Ophthalmol* 2013 Sep 11. [Epub ahead of print]
6. Kim J, Kim SJ, Chang YS, Park WS. Combined intravitreal bevacizumab injection and zone I sparing laser photocoagulation in patients with zone I retinopathy of prematurity. *Retina* 2014;34(1):77-82.