



NOTICIAS

Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA REGION METROPOLITANA



Por un niño sano
en un mundo mejor

CORONEL DÍAZ 1971/75 • (1425) CAPITAL FEDERAL • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: metropolitana@sap.org.ar

EDITORIAL

UN COMPROMISO. ENTRE TODOS PODEMOS HACER MÁS

Hay ocasiones, como ésta, donde tenemos el privilegio de poder compartir no sólo información sino también expresar inquietudes, preocupaciones y anhelos.

La Región Metropolitana, una de las más jóvenes componentes de la Sociedad Argentina de Pediatría, inició sus actividades en 1984 y está integrada por los socios de la Ciudad de Buenos Aires y 25 partidos del Conurbano Bonaerense. Con sus 6.509 socios representa casi el 50% de los Pediatras de la SAP de todo el país. Pese a su corta edad ha tenido siempre una actitud pujante y comprometida, alineada con los principios emanados de su Entidad Matriz. Su eje directriz, expresado en otras ocasiones, ha sido siempre apoyar y promover la estrategia de la Atención Primaria de la Salud tratando de no descuidar los otros aspectos de la Pediatría. En la actualidad cuenta con siete diferentes grupos de trabajo, cada uno abocado a distintos aspectos de nuestra labor profesional: grupo Editorial, APS, Educación Continua, Redes, Niño Febril, Relaciones Institucionales, Deportes y Cultura. Las Reuniones Ejecutivas se efectúan el segundo sábado de cada mes en la Entidad Matriz, Coronel Díaz 1971, de 9:00 a 12:00hs.

Una red informática: sap-metropol@pccorreo.com.ar, permite la comunicación fluida con todos sus integrantes. Además, diferentes eventos (jornadas, cursos, simposios, conferencias) permiten el contacto e intercambio personal.

En el último año han sido preocupación predominante de esta Región Metropolitana, las dificultades crecientes para el desarrollo de nuestras tareas en la atención de la población pediátrica. Estas dificultades existen a todo nivel, pero fundamentalmente las vemos en nuestros establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados. Diferentes temas coyunturales así como viejas dificultades estructuradas, han coincidido para entorpecer la posibilidad de brindar una atención satisfactoria, enmarcada dentro de los estándares de calidad deseados como lo establece el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).

Dentro de este contexto y en ocasión de la última epidemia de IRAB, la Región Metropolitana ha convocado a los Jefes de Servicios de Pediatría de los hospitales que la componen, para analizar las dificultades percibidas y en consecuencia, las medidas propuestas para corregirlas.

Es con este motivo que me permito convocar a todos los socios de esta Región a una participación más activa y a los que todavía no lo son a integrarse, asociándose. Hacemos especial hincapié en los hospitales líderes de la Pediatría nacional que, por su ubicación, pertenecen a la Región Metropolitana (Hospitales Ricardo Gutiérrez, Garrahan, Pedro de Elizalde) así como otros hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense que aún no enviaron sus representantes y que, seguramente, podrán hacerlo para enriquecer nuestras discusiones y de ese modo elaborar una propuesta de cambio, concreta y real, que nos conduzca al fin deseado.

Quizás así, ENTRE TODOS, lo difícil pueda encontrar vías de resolución.

Dr. Domingo Longo

Director Titular Región Metropolitana

SECCIONES

- Editorial 1
- El sistema inmunitario,
en el centro de la acción 2
- De la relación médico paciente
en la actualidad 4
- Breve historia de la Medicina 5
- Estimulación temprana 7
- Actividades de la Región 8
- Boletín bibliográfico 9



EL SISTEMA INMUNITARIO, EN EL CENTRO DE LA ACCIÓN

Dr. ALEJANDRO AMEJEIRA

El sistema inmune de los humanos pesa alrededor de un kilogramo. Está compuesto por alrededor de un billón de células conocidas como *linfocitos*. Estas pueden dividirse en dos clases: las células T, llamadas así por madurar en el timo, se encargan de la inmunidad celular patrullando de continuo el organismo para evitar la entrada de invasores. El otro grupo, las células B, maduran en la médula ósea (*bone marrow*), son capaces de producir unos 100 trillones de moléculas de *anticuerpos* (Ac) y se ocupan de la inmunidad humoral. Las células y moléculas llegan a los tejidos a través de la sangre, penetrando por las paredes de los capilares. Luego retornan a su lecho vascular propio, el sistema linfático.

A diferencia de lo que ocurre con la inmunidad innata, la forma más primitiva de defensa, de la que tratamos en un trabajo anterior; la *Inmunidad Adaptativa* tiene dos propiedades que la caracterizan: *especificidad* y *memoria*. Es sobre la base de éstas cualidades que el sistema inmune está sujeto a renovación y destrucción, en forma casi permanente y durante... toda la vida.

La asombrosa capacidad para generar millones de linfocitos y billones de moléculas de Ac no sería tal si fueran todas iguales; pero no lo son. La tarea del reconocimiento de moléculas diferentes con configuraciones moleculares distintas, es cumplida por los Ac al tomar contacto con los *determinantes antigénicos* o *epítomos*, los que se muestran en la superficie de grandes moléculas como las proteínas, polisacáridos y ácidos nucleicos. Estas estructuras que presentan un determinante antigénico se llaman *antígenos* (Ag) y por lo regular son de gran tamaño: enzimas, hormonas, hemoglobina e incluso partes de la membrana celular o de la cápsula de virus o bacterias.

La importancia del reconocimiento

La responsabilidad básica del sistema inmunitario es distinguir lo propio de lo ajeno (o no propio) y evitar la autoagresión (autoinmunidad). Las células T y B se diferencian no solo por su función, si no también por la forma en que capturan al Ag.

Las células T poseen un receptor específico para contactar con el Ag, pero sólo se unen a una parte de éste, en una especie de desfiladero, conformado por el mismo receptor. Es en ese surco donde las células T reconocen fragmentos proteicos, péptidos en secuencias lineales de entre 8 a 15 aminoácidos. Al reconocer esas estructuras como no propias en la superficie celular, con la ayuda del Complejo Principal de Histocompatibilidad (CMH), se produce el traslado del péptido a la superficie de la célula donde es presentado y engarzado por la célula T.

La captación del Ag por las células B se produce a través de los Ac que recubren la membrana celular. De esa forma seleccionan al que mejor se adapte a la Inmunoglobulina (Ig) de su superficie. Este linfocito B estimulado produce Ac que son secretados al exterior celular, pero también deben dividirse para formar un clon de células hijas que representarán su función. A estas nuevas células se las reconoce con el nombre de *células plasmáticas*. Cada una de ellas transcribe sus genes de Ac en 20.000 moléculas de ARNm, las que “atienden” a unos 200.000 ribosomas, lo que capacita a las células a producir y segregar 2.000 moléculas de Ac idénticas por segundo, unos 10 millones por hora. Toda una tarea.

Otro grupo de éstas células vuelven al estado de reposo y van a representar las *células de memoria* de ese clon, frente a ese Ag. Si reaparece el mismo Ag, la respuesta será mucho más rápida y de mayor contundencia. Stephen Fazekas, caracterizó a la memoria inmunológica como “el pecado original del antígeno” y es de una persistencia increíble. Se preguntarán cuál fue el pecado del Ag: MOSTRARSE. El sistema inmune no olvida jamás la estructura de un intruso al que ha derrotado en el pasado. Se han estudiado ancianos que padecieron gripe hace más de 60 años y aún conservan los Ac circulantes, para los Ag, de esa cepa de virus gripal.

Los cultivos de clones de células B han permitido conocer otra propiedad sorprendente en ellas: la capacidad de cambiar la unidad funcional del Ac. Para ello recurren al auxilio de *linfocinas*, producidas por las células T, las que cambian un isotipo a otro para el mejor anclaje del Ag en tan sólo un día.

* Médico Pediatra.

Se conoce como fenómeno de cooperación T-B o *switch* (cambio).

Es cuestión de fidelidad

En la ejecución de la tarea inmunitaria, los linfocitos deben permanecer fieles a las células del organismo, a "lo propio" y dirigir su agresión a lo "ajeno". El reconocer lo propio es algo que el sistema inmune aprende durante la etapa embrionaria de su desarrollo. El ataque a lo propio es evitado por el proceso de tolerancia, el que elimina las *células autorreactivas*. Pero esa tolerancia no es absoluta y es por lo regular inocua. En todos los humanos existen linfocitos autorreactivos, los que pueden producir alteraciones de lo propio: AUTOINMUNIDAD.

Los linfocitos T migran en un estado muy inicial al timo. En esa etapa, no expresan marcadores de superficie de linfocitos T maduros y pueden dar lugar a *células dendríticas* y a *timocitos* (alfa-beta o gamma-delta) los que posteriormente maduran y portan en su superficie marcadores de linaje T maduros como CD-3, CD-4 y CD-8. La mayor parte de este desarrollo ocurre en la corteza tímica, con las restricciones que le impone el CMH propio. Los Ag propios, presentados por *células dendríticas* o *macrófagos*, constituyen la fuente más importante de posibles respuestas autoinmunes. Es por esta razón que las células T, que responden a éstos péptidos propios, son eliminadas por el timo. Tan sólo un 5% de ellas sobreviven.

El receptor de la célula T (TCR), sólo reconoce péptidos antigénicos provenientes del procesamiento por las células presentadoras de Ag. (CPA). Los Ag endógenos, como proteínas virales o tumorales, que se expresan en las membranas celulares asociadas a CMH, clase I, son capturados por las células T CD-8 o citotóxicas (Tc). Los Ag extraños, asociados al CMH, clase II, son captados por los Linfocitos Th o Helper o cooperadores, que expresan CD-4.

Tanto influencias genéticas como factores ambientales, provocan fallos en la función habitual del sistema inmunitario. Cuando esto ocurre, las células T y las B, o ambas, responden a los autoantígenos y atacan a las células propias, lo que conduce a la *enfermedad autoinmune*. Las células T, que atacan a las células beta del páncreas produciendo DBT I-D, también pueden afectar la mielina de las estructuras nerviosas provocando Esclerosis Múltiple. Las células B, dirigen sus Ac hacia los hematíes provocando Anemia Hemolítica o contra una proteína vital de los músculos, causando Miastenia Gravis.

Horror autotóxicus

Paul Ehrlich, bacteriólogo alemán nacido en 1854 en Strzelin, fue un adelantado para su tiempo. Sus

trabajos en hematología y en quimioterapia, iniciaron el uso de drogas para lesionar un organismo invasor sin dañar al huésped. Produjo el desarrollo de varios compuestos, como la Arsfenamina (Salvarsan) en 1910, para tratar el flagelo de la época: la sífilis.

Su principal aporte a la Inmunología ocurre en 1894, cuando propone la teoría de "La Cadena Lateral" de producción de anticuerpos. Según ella, cada célula elaboraría una gran variedad de receptores que fijarían Ag extraños, de acuerdo a un mecanismo de encaje por formas complementarias. Si Ud. puede, lector, deténgase un instante y si tiene a mano cualquier libro de inmunología observe los dibujos que publicó Ehrlich en 1894. El engarce del Ag y el Ac que él imaginó, no difieren mucho de lo que comprobaron en 1955, Jerne y Burnett. Él estuvo muy cerca ya en 1894. Parece ficción. Paul Ehrlich compartió el premio Nobel con Metchnikoff en 1908. Pero además Ehrlich se percató de que podía ocurrir un ataque a los propios tejidos por parte de células autorreactivas, que no fueron destruidas en la corteza tímica durante el desarrollo; de esta manera, la autoinmunidad se mostró en toda su dimensión; lo que parecía imposible, se plasmó en realidad incontrastable.

Comenzaron a aparecer numerosas dolencias como Esclerosis Múltiple, Diabetes Insulino Dependiente, Artritis Reumatoidea, Tiroiditis de Hashimoto, Anemia Perniciosa, Lupus Eritematoso, Enfermedad Celíaca, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatitis Crónica Activa y otras a las que se rotulaba como idiopáticas, hasta que los inmunólogos le pusieron su verdadero nombre: *trastornos por AUTOINMUNIDAD*. De seguro quedan muchas más por reconocer. Nos preguntamos: ¿que predispone a las células T contra uno mismo?. Por lo regular, la enfermedad autoinmune es precedida por una infección. Las células T hacen mucho más que anular la autoinmunidad; también se involucran en la lucha contra las infecciones, el cáncer, el embarazo y los trasplantes de órganos.

Aparece ahora otro invitado: el *mimetismo molecular*, adaptación evolutiva por la que virus y bacterias confunden al organismo, mostrando al sistema inmune fragmentos de aminoácidos que parecen "propios". Daré un ejemplo: el adenovirus tipo 2 tiene secuencias de aminoácidos similares a la proteína básica de la mielina. Así las células responden atacando la mielina propia, causando la enfermedad de acuerdo al HLA del portador. Las recaídas en estas noxas, tienen relación con tres factores ambientales: hormonas femeninas, infecciones y cuando no... STRESS. Los estrógenos inducen la síntesis de Interferón gamma, el que promueve la patología; contra-

riamente, el Interferón beta que tiene efecto bloqueante. Las evidencias indican que en una situación de stress, por trauma o enfermedad, la autoinmunidad se incrementa, afectando el hipotálamo y la hipófisis, segregando hormonas que favorecen el proceso inflamatorio.

¿Un nuevo grupo celular?

Se han descubierto otras funciones de las células T CD-4, a las que se llamó *células T reguladoras (T-regs)*, que influyen en la inmunidad relacionada con infecciones y otras patologías. En 1970, John Penhale y Richard Gershan (Yale) probaron la existencia de células T capaces de causar autoinmunidad. En 1995 Shakaguchi, en Japón, descubre el marcador CD 25 en células T CD-4, en diferentes órganos: tiroides, estómago, gónadas, páncreas y glándulas salivales. Hay acuerdo en que las *T-regs* son activadas por contacto intercelular. Ellas poseen moléculas denominadas Fox p3, que son un factor de regulación y transcriptor genético, que controla la producción de proteínas en las células. Se piensa que las *T-regs* pueden evitar enfermedades autoinmunes; mantie-

nen la memoria inmunológica y protegen al embarazo. Las Fox p3 pueden ser la llave molecular para controlar el desarrollo y la función de *T-regs*. Lo deseable sería un estado permanente de reconocimiento y tolerancia a lo propio, pero la naturaleza nos desafía cada día para poner a prueba nuestro sistema inmune y su capacidad de reacción, ante lo hasta hoy desconocido.

Es por ello que la inmunidad debe estar, desde siempre, en el centro de la acción. ■

Bibliografía

- Zoltan Fehervari and Shimon Sakaguchi. Peacekeepers of immune system. *Scientific American* October 2006. Págs. 34-41.
- Irving L. Weissman, Max D. Cooper. Formación y desarrollo del sistema inmunitario. *Investigación y Ciencia*. Noviembre 1993. Págs. 18-25.
- Philippa Marrak, John W. Kappler. Reconocimiento del propio organismo por el sistema inmunitario. *Investigación y Ciencia*. Noviembre 1993. Págs.42-49.
- Noel R. Rose and Ian R. Mackay. The autoimmune diseases II. London: Academic Press. Inc.; 1992. Págs. 47-94.



DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA ACTUALIDAD

Dr. ISAAC BABICH

El Dr. Babich falleció el 14 de agosto de este año. Publicamos esta nota de su autoría en su homenaje.

En 1926 Michael Balint, médico húngaro radicado en Londres, publicó un relato titulado "*Psicogénesis de los síntomas clínicos*" en el que aludía a la notable influencia que tenía la *actitud del médico* sobre la sintomatología y a veces hasta en la evolución de la enfermedad de un paciente. Agregaba que la droga que más frecuentemente administraba el médico a sus enfermos, era nada más y nada menos, que su propia personalidad. Más tarde, en 1950 elaboró el que fue quizás su libro más importante: "*El paciente, el médico y la enfermedad*", en el que se refería al mismo tema. Estos conceptos prendieron rápidamente en el ambiente médico y fueron considerados como parte de un modelo a seguir cuando se iniciaba una entrevista con un enfermo, y que en el caso de tratarse de un niño abarca el entorno familiar más próximo.

Hay, no obstante, algunos factores condicionantes que me parecen importantes y para tener muy en cuenta, ya que han interferido (y no poco) para que esta relación fuera modificándose hasta quedar relegada casi a una expresión de deseo. Y es que, para

que esto no suceda y sea una relación posible, se necesita además que juegue una especie de ecuación integrada por al menos tres factores que son: *tiempo, paciencia e interés por el prójimo*. El factor primordial es naturalmente el tiempo, porque sin tiempo disponible los otros miembros de la ecuación no pueden existir. Y lamentablemente el tiempo ha sido devorado por la velocidad, que tanto como el avance casi mágico de la tecnología, constituyen los signos más característicos de los dos últimos siglos. Todo debe hacerse rápido, no importa si bien, pero sí lo más rápido posible.

Es menester subrayar que la limitación del tiempo no depende siempre del médico, ya que en su lugar de trabajo, en general el consultorio de un hospital, él tiene que respetar normas que han sido previamente establecidas. Y esto ocurre tanto en hospitales públicos como en algunos institutos privados que tienen afiliados que pagan altas cuotas mensuales por la atención médica, donde ponen como condición a los médicos que en determinado espacio de tiempo han de atender determina-

da cantidad de enfermos. El paciente se transforma entonces sólo en un número que alimentará estadísticas.

Por otra parte, esta misma limitación del tiempo contribuye a que la paciencia que el médico debe tener para escuchar y entender lo que el paciente necesita explicar, se distorsione y el interés se transforme en impaciencia y se quiebre la comunicación entre ambos. Porque el acto médico no termina con la redacción de una receta. El enfermo y su entorno necesitan sentir que el profesional que tiene enfrente está vivamente interesado y ha captado el porqué de la preocupación que los lleva a la consulta, aun en caso de que esta preocupación sea en apariencia baladí, pues el enfermo siempre está tan enfermo como se siente y si no es así el médico debe hacérselo entender con ilimitada paciencia. Todo esto lleva tiempo, ese tiempo que ha sido empujado afuera por el apuro.

Naturalmente la situación ha ido cambiando porque en los últimos años la imagen del médico se fue degradando tanto social como económicamente y la práctica de la medicina, por imperio de las circunstancias, se ha ido sutilmente comercializando. A esto ha contribuido la aparición de las obras sociales y las organizaciones llamadas prepagas, que han modificado totalmente el contacto del médico con su paciente, transformando al profesional en un empleado regido y vigilado por funcionarios administrativos cuya preocupación fundamental es que la atención que se proporciona sea lo más rentable posible. Este panorama, aunque no es muy homogéneo, no parece reversible y explica en parte tanto el cambio lamentable que ha sufrido la relación entre el médico y su paciente, como el abandono de los postulados de Balint que mencionamos al principio, que han quedado, más bien, como un adorno literario de algunas mesas redondas sobre el tema. ■



BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA (CAPITULADA)

Dr. LEONARDO VÁZQUEZ
Dra. PAULA DAL DIN

Los autores de este resumen de la Historia de la Medicina, que se irá ofreciendo a los lectores de NOTICIAS en sucesivos números, tienen como intención recordar los principales hitos en la vida médica universal, de una manera práctica y amena. El texto va acompañado de gráficos que sintetizan el mismo. Ojalá podamos concretar nuestra intención. Al finalizar los capítulos se publicará la bibliografía.

Introducción

La historia de la medicina radica en el estudio de ésta en toda su diversidad. Contempla *la salud y la enfermedad del hombre* considerando al unísono la condición social, biológica y personal de éste en cada época.

Indaga sobre el origen de la enfermedad y su evolución en el contexto social, generando con los entornos culturales una relación de ida y vuelta permanente. Es así como se pasa de lo mágico-religioso a lo biológico y cabe destacar que pese a la aparición y mantenimiento del método científico, el pensamiento mágico sigue vigente aún en numerosas culturas.

Actualmente el conocimiento médico acepta que su validez puede ser transitoria ya que el análisis de los cambios es continuo. La división en numerosas especialidades hace necesario encontrar un panorama general a todas ellas, sin perder la visión de una medicina holística.

Prehistoria - Medicina Primitiva

Es de suponer que la enfermedad existe en la Tierra desde antes de la aparición del hombre y es poco lo que se conoce sobre la vida de nuestros lejanos antepasados.⁽¹⁾

La génesis de la medicina podría considerarse el día lejano en el que un cavernícola lamió sus heridas y las frotó con barro con la intención de evitar el dolor y la hemorragia. Es recién bien adentrado en la Edad de Piedra cuando se tiene más información.

Los rastros de enfermedad dejados en fósiles los estudia la *paleopatología* y cualquier acción médica dejada en los mismos, la *paleo medicina*. El hombre paleolítico enterraba a sus muertos y en el neolítico ya se practicaban trepanaciones.

El diagnóstico y el tratamiento se hacían con elementos mágico-religiosos. Se pueden considerar a los hechiceros paleolíticos (*chamanes*) como los primeros médicos.⁽²⁾ La prehistoria finaliza con los rollos de papiro y las tabletas de arcilla, con dos grandes civilizaciones: mesopotámica y nilótica.

Medicina Arcaica

La acción médica de los **mesopotámicos** incluye en su práctica lo mágico-religioso y el empirismo.⁽³⁾ Casi todas las *tablillas médicas de arcilla* contemplan aspectos mágicos de las enfermedades.

El sacerdote exorcista se encarga de la enfermedad sobrenatural mientras que el sanador lo hace con la enfermedad de causa natural. Ambos con recursos como la oración, los sacrificios y la magia. Algunos minerales y variadas plantas se usaban como fármacos.

Se comenzaron a clasificar las enfermedades por sus síntomas.⁽⁴⁾ El Código de Hammurabi, rey de Babilonia (2000 a. C) legisla la práctica de la cirugía. Al cirujano se lo consideraba un ciudadano común, no así al médico. El hígado era reconocido como el órgano más importante del cuerpo.

Medicina Egipcia (3500 a. C)

Se sabe más de esta medicina y pese a conocerse siete papiros médicos, son dos los que tienen mayor relevancia (1600 a. C): el de *Ebers* (médico), de unos veinte metros de largo y el de *Smith* (quirúrgico) de unos cuatro metros. Reconocen al corazón como el órgano vital y luego al cerebro. "El soplo de la vida entraba por la oreja derecha mientras que el de la muerte lo hacía por la izquierda".

En los estudios de momias egipcias se identificaron enfermedades tales como artritis, litiasis renal y biliar, etc. *Imhotep* (arquitecto de la pirámide escalonada de Sakkara) fue deificado en la Salud.

Lo relevante de esta medicina es la separación de los elementos mágico, religioso y empírico; por consiguiente existían magos, sacerdotes y médicos.⁽⁵⁾⁽¹⁾ Los médicos estaban categorizados: del faraón, del palacio y prácticos.

El médico era un muy buen observador. Palpaba el pulso del paciente pero se desconoce si lo cuantificaba. Se reconocía a las enfermedades por sus síntomas. Los medios terapéuticos eran básicamente

los fármacos, de hecho en los papiros médicos se nombran unas quinientas sustancias (opio, digital, papaverina, etc.)

Desarrollaron el embalsamamiento como ningún otro pueblo. Ciertamente la medicina egipcia influyó en la griega.

Medicina de la India

Existen varias similitudes con la medicina hipocrática (*doctrina humoral*). Se da gran valor al diagnóstico y pronóstico. Se impulsa la cirugía plástica como consecuencia de los castigos religiosos (extirpación de nariz u orejas).

Tres eran los *elementos biológicos*: viento, fuego y agua. La *Medicina del Ayurveda* se sigue practicando en algunas regiones de la India.

Medicina Israelita

La contribución más importante fue seguramente la prevención de las enfermedades contagiosas con el aislamiento de los enfermos y los preceptos higiénicos-religiosos. Las fuentes más importantes son la *Biblia* y el *Talmud*.⁽⁶⁾

Medicina China

En esta medicina la *acupuntura* (vigente hasta nuestros días) y la *moxibustión* fueron su base terapéutica. El saber anatomo-fisiológico-cosmológico fue antepuesto por el número cinco (elementos y órganos). Todas las cosas están formadas por distintas porciones de *yin* y *yang* en equilibrio inestable. Practican la cocina *macrobiótica*.

Medicina Maya, Azteca e Incaica

La enfermedad también era un fenómeno sobrenatural. Por la destrucción masiva que provocaron los conquistadores, se perdieron numerosas fuentes de información.

Se sabe que introdujeron en Europa numerosas y valiosas plantas medicinales. ■

Próximo: **Medicina Greco-Romana**

Período	Características	Figuras y documentos Relevantes	Fundamento científico	Aspectos a destacar
3.000 años a.C.	Separación de los elementos religioso, mágico y empírico	Papiros de Edwin Smith y de Ebers Egipto veneró como Dios de la Medicina a <i>Imhotep</i>	Desarrollaron una teoría médica basada en una noción anatómica. El corazón era el centro del pensamiento, sentimientos y otras funciones	Código de Hammurabi que legisla la práctica quirúrgica



ESTIMULACIÓN TEMPRANA (EL PORQUÉ EN EL EQUIPO DE PEDIATRÍA)

SARA MARTÍNEZ

La estimulación temprana, es una práctica clínica orientada a bebés y niños pequeños, usualmente hasta los tres o cuatro años, a sus padres y/o quienes ejerzan esta función.

El eje fundamental que plantea, es operar como sostén de la función materna.

Esto no quiere decir ubicarnos en el lugar de los padres, sino por el contrario acompañarlos como terapeutas, para que se restituya aquello que fue quebrantado en el encuentro con el hijo.

Hijo diferente del soñado e imaginado durante el embarazo, hijo que al hacer su aparición se presenta como “diferente”, produciendo un desencuentro, una fractura. Nuestra tarea será, trabajar para reestablecer los canales de filiación, promoviendo el reencuentro con la mirada de los padres, única vía a través de la cual, el niño se ubicará en una posición de sujeto

En la práctica diaria, nos encontramos con bebés o niños que en su mayoría portan sobre sí y sobre sus familias el peso de un diagnóstico presuntivo o confirmado, lo cual genera en el marco familiar la fractura antes mencionada.

Esto da lugar a la intervención terapéutica, sumado a la derivación médica, que habilita al quehacer de nuestro espacio clínico.

Como terapeutas entonces intervenimos, operando sobre la díada, sobre lo vincular, para lo cual abordamos al paciente, orientándonos no sólo a la parte

“rota” de su cuerpo, sino en su totalidad, incluida su familia.

Un bebé, un niño, es siempre con sus padres, por eso trabajamos con ellos en sesión, escuchándolos, acompañándolos, intentando producir modificaciones en la forma en como mirar al hijo, produciendo marcas estructurantes en él, colocando ese “plus”, que es lo que permite que el cuerpo, organismo puro real, se transforme en cuerpo subjetivado.

El desarrollo psicomotor será un eje de trabajo fundamental. Sostener este desarrollo es lo que nos convoca, es decir: estado, cambio y modificaciones en su tono muscular, armado y cambios de posturas, desplazamientos, (control cefálico, control muscular de la espalda, posición sedente, cuadrupedia, bipedestación y marcha), construcciones que cada niño hará, sostenido por la triangulación entre él, los padres y el terapeuta, anudando la experiencia motora en el punto de encuentro con su deseo, llevando a cabo cada sesión, a través del juego como herramienta central, promoviendo y favoreciendo el funcionamiento significativo de lo instrumental de cada bebé o niño pequeño.

En cuanto al encuadre de trabajo, al estar basado en lo vincular, proponemos cada tratamiento de manera continua, mediante la implementación de sesiones semanales, frente a lo cual y de acuerdo a lo observado, la respuesta de asistencia y permanencia, por parte de estas familias, es altamente comprometida.

Es también de suma importancia, intercambiar e interconsultar permanentemente con los médicos que llevan adelante los tratamientos (neonatólogos, genetistas, pediatras), para armar la red de trabajo, que posibilita optimizar la clínica y mejorarla. ■

* Terapeuta de estimulación temprana.
Especializada en psicomotricidad.
estimulaciontemprana@speedy.com.ar



DESIGNACIÓN DE MIEMBROS HONORARIOS Y VITALICIOS

Con alegría y orgullo los Editores de NOTICIAS informamos que el 19 de octubre, durante la celebración del **Día de la Pediatría**, fueron designados como **Miembros Honorarios Nacionales** la **Dra. Aída**

Barbato y el **Dr. José Luis Cervetto** y como **Miembro Vitalicio** el **Dr. Juan Luis Marsicovetere**, todos ellos pilares fundamentales de la actividad de nuestra Región. ■



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

✓ 7º Curso de especialistas en Pediatría 2008-2009

A dictarse en el HIGA EVITA de Lanús, desde el 10/04/2008 al 10/12/2009. Duración: 1220 hs. Exámenes parciales y final con monografía. Directora: *Dra. Silvia Marone*. Coordinadores: *Dr. Carlos Ruiz* y *Dr. Daniel Murgo*. Inscripción en Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito II - Av. Belgrano 763 (Avellaneda) de 9 a 16 hs.

✓ Curso de Actualización Pediátrica 2008

Htal. M. T. de Calcuta de Ezeiza. Directores: *Dra. Mariana Rodríguez Ponte*, *Dr. Alberto Rodríguez Pérez*. Coordinadora: *Dra. Lilian Sosa*. Días viernes del 4 de Abril al 7 de Noviembre, de 11 a 14 horas. 84 horas docentes con evaluación final. Inscripción: R. J. Payro 351 Bº Uno Ezeiza; 4480- 0555/0514 int. 636 liliansos@gmail.com

✓ Tercera Jornada "El niño y la familia"

A realizarse el 13 de Junio de 2008. Organizada por Fundación Extramuros y Equipo de Pediatría H.I.G.A. Evita de Lanús. Directores de la jornada: *Dr. Carlos Ruiz* y *A.S. Leticia Ruiz*. Coordinadores: *Dr. Carlos Moresco* y *Dr. Daniel Benaderette*. Asesores científicos: *Dr. Ricardo Novo* y *Dra. Silvia Beatriz Marone*.

Dirigido a: médicos, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, docentes, abogados, técnicos en minoridad y familia, psicólogos sociales, terapéutas sistémicos y estudiantes.

✓ XVIII Curso de Pediatría Práctica

Htal. Interzonal de Agudos Evita de Lanús. Del 4 de Septiembre al 27 de Noviembre de 2008. Directores: *Dra. Mabel González*, *Dr. Daniel G Benaderette*. Coordinadores: *Dra. Silvia Balestrieri*, *Dra. Patricia Gómez*, *Dra. Ana Gilli*. 52 horas docentes con evaluación final.

✓ Curso anual de crecimiento y desarrollo.

Eje de la clínica pediátrica

Directores: *Dra. Gladys M. Convertini*, *Dr. Enrique Bermúdez*. Población destinataria: Médicos en for-

mación, Pediatras y Generalistas. A dictarse del 27 de Marzo al 4 de Diciembre de 2008, los días jueves de 19 a 22 hs. Carga horaria: 108 horas con evaluación parcial y final. Actividades de enseñanza y aprendizaje: clases presenciales, discusión de casos clínicos, trabajos prácticos en terreno. Este curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP. Sede: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III, Buen Viaje 554 - Morón. Inscripción: 4629-1611 / 4628-3035.

✓ Curso anual de Pediatría.

Estrategias prácticas en Pediatría Ambulatoria

Organiza Consultorios Externos de Clínica Pediátrica del Htal. Pedro de Elizalde. Destinado a Médicos Pediatras y Pediatras en formación. Modalidad presencial. Días jueves de 10 hs a 13 hs (del 10 de Abril al 11 de Diciembre). Lugar: Aula 2 Consultorios Externos - 3er. Piso - Av. Montes de Oca 40 - Capital. Se desarrollará en dos módulos (de Abril a Julio y de Agosto a Diciembre). Acreditación: 80 hs por cada módulo con evaluación (160 horas totales si se realizan los dos módulos).

Informes e inscripción: Consultorio Externo: *Dra. Violeta Caputo* (vicaputo@arnet.com.ar), *Dra. D Errico* (derrico@intramed.net), *Dra. A. Nakab* (ansilnak@yahoo.com.ar). Teléfonos: 4307-5842 al 44 (Internos 6101 - 6117).

✓ Curso anual de actualizaciones en temas de pediatría y adolescencia: 2008

Organizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Juan A. Fernández. Cerviño 3356, Ciudad de Buenos Aires. Destinado a Médicos Pediatras y Pediatras en formación.

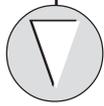
Se dictará a partir de Marzo a Noviembre de 2008, los días martes de 12 a 14 horas en el 7º piso Aula Multimedia de dicho establecimiento. El mismo consta de más de 100 horas docentes teórico-prácticas y elaboración de monografía final. Directores: *Dr. Leonardo Vázquez* y *Dr. Ernesto Rozenhuler*. Para informes e inscripción gratuita, enviar un mail a hppediat@intramed.net.ar. ■



INTERNACIONALES

En el marco del 25º Congreso Internacional de Pediatría, realizado en Atenas, Grecia, del 25 al 30 de agosto se presentó el trabajo "Fenotipo Asmático, Interferón-Gamma", de autoría de los Dres. Juan Carlos Peuchot, Paula Prebianca y Valeria Contrera.

Fue el único trabajo de Argentina, presentado en forma oral, y estuvo a cargo del Dr. Peuchot, el 29-8 en el "Skalkotas Hall". Los Editores de NOTICIAS nos congratulamos con nuestros colegas integrantes de nuestra Región Metropolitana. ■



POR FAVOR, AGÉNDELO

Octubre 2008

Jueves 23 - Viernes 24 - Sábado 25

8^{vas} Jornadas Región Metropolitana

Tema Central:

INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Objetivo:

DOTAR AL MÉDICO DE HERRAMIENTAS CON UTILIDAD PRÁCTICA
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Sede:

Universidad Nacional de La Matanza



BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

1. CLÍNICA DE PRESENTACIÓN DE LOS TUMORES DEL SNC EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Los tumores del sistema nervioso central suponen el segundo conjunto de neoplasias más frecuentes en niños y constituyen la primera causa de muerte relacionada con el cáncer en la edad infantil. No existen hallazgos clínicos patognomónicos, por lo que es preciso definir datos clínicos que ayuden en el diagnóstico. Se estudian retrospectivamente 69 pacientes con tumores de sistema nervioso central. El 60,9 % de los pacientes se encontraban en los estadios clínicos más avanzados en el diagnóstico. Los signos exploratorios más encontrados fueron el *papiledema*, la *ataxia* y el *estrabismo*, sin diferencias entre los grupos de edad. Los síntomas más hallados en el diagnóstico fueron los *vómitos*, *cefalea* y *alteraciones del comportamiento* (irritabilidad en los menores de 5 años, y la apariencia infeliz en los mayores de 5 años). La demora diagnóstica fue mayor en los pacientes mayores de 5 años.

Conclusiones: Los signos y síntomas en el diagnóstico de los tumores cerebrales infantiles son muy inespecíficos y es preciso tener en cuenta su posible existencia para un diagnóstico lo más precoz posible.

JF Coserria Sánchez, et al. An Pediatr 2007; 66: 115-120.

2. ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO DEL VÓMITO LUEGO DE UN T. E. C. MENOR?

El traumatismo craneo encefálico (T.E.C.) es una consulta frecuente en las guardias pediátricas. La mayoría de estos niños se recuperan sin secuelas, siendo el *vómito* un síntoma habitual, que puede ser interpretado como de *lesión intracraneana*. En un reporte del Departamento de Emergencias Pediátricas de la Universidad de Padova, Italia, se evaluaron 1.097 niños menores de 15 años, que fueron dados de alta definitivamente luego de 1 año de haber tenido un T.E.C. menor. En 162 casos se asociaron vómitos y de ellos, 148 fueron comparados con 296 sujetos de control. Se utilizó un cuestionario para entrevistar a los padres de los casos y de los controles, concentrado en la historia personal y familiar (padres y parientes cercanos) de vómitos recurrentes, mareos, cefalea recurrente, dolor abdominal recurrente o dolor de algún miembro. De 170 niños con vómitos sólo en 2 (1%) existió una lesión intracraneal. La posibilidad del vómito luego de un T.E.C. aumentaba en niños con una historia personal de vómitos recurrentes (OR 5.90; 95% CI, 1.18-29.47); mareos (OR 2.34; 95% CI, 1.32-4,10); dolor de cabeza alrededor del momento de haberse golpeado (OR, 4.37; 95% CI, 2.28-8.57) o cuando hubo una fuerte historia familiar con esos problemas. Aunque el vómito es un síntoma común luego de un

T.E.C. en niños, no se puede usar para predecir una lesión intracraneal. Como un único síntoma asociado, no es relevante para decisiones acerca de futuras investigaciones.

Da Dalt, L et al, J. Pediatr. 150:274-278, March 2007.

Comentario: Siempre debemos recordar que tenemos que tratar más al paciente que al síntoma. Este trabajo sugiere que hay preguntas no tradicionales acerca de la historia médica personal y familiar, que deberían ser hechas a los niños y a sus padres cuando un pequeño vomita después de un golpe en la cabeza, especialmente si no hay otros síntomas o signos que sugieran daños intracraneales. (R. Goldbloom)

3. ANTIBIÓTICOS EN OTITIS MEDIA AGUDA

Se ha recomendado el uso de ATB, para la OMA, especialmente en menores de 2 años. Sin embargo no hay consenso total entre los pediatras. En el Centro Médico de la Universidad de Utrecht, se realizó un estudio que comprendió a 1643 niños. Los casos de OMA en menores de 2 años fueron asociados a dolor, fiebre o ambos, por al menos durante 3 a 7 días. Los antibióticos fueron más beneficiosos en aquellos pacientes con OMA bilateral y con otorrea. Se consideró también, que en casos de OMA bilateral, la etiología más frecuente es la bacteriana y no la viral. Respecto de otras complicaciones supurativas como mastoiditis, fueron raras durante el tiempo del estudio. Se aclara que sí aparecen dichas complicaciones en niños Down que tienen paladar hendido. Se demostró así, que los ATB son beneficiosos en menores de 2 años con OMA bilateral y otorrea. En otros niños se puede tener una conducta de observación y expectativa, actuando ante cambios adversos, como fiebre y dolor.

Rovers, MM et al, Lancet, 368: 1429-1435, 21/10/2006.

4. UN NUEVO ACERCAMIENTO AL CUIDADO Y APRENDIZAJE DE LOS PACIENTES

La mirada comúnmente aceptada de la actitud pasiva de los pacientes sobre sus cuidados en salud está cambiando. Se ha visto que es muy importante escuchar las perspectivas y opiniones de las familias de los niños para tomar decisiones clínicas. En el

Hospital de Niños de Cincinnati, Ohio, se hizo una experiencia incluyendo a pacientes y su familia en círculos de discusión sobre el cuidado de la salud. Círculos centrados en la familia es un sistema adaptado a pacientes con patologías crónicas complejas. Se logró vencer la renuencia de los residentes en la metodología incluyendo este programa en su curricula de formación.

Muething SE et al, Pediatrics, 119:829-832 Abril 2007.

Comentario: Esta metodología incorpora al diálogo decidor a la familia mediante una simple acción: sentarse en un círculo a charlar el tema. Este simple acto de sentar a los pacientes vence la intimidación de la figura del profesional ante la familia. Este acto dice: "tengo tiempo para atenderte a ti".

5. LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO EN EL HOGAR AUMENTA LA FRECUENCIA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN LA INFANCIA

Los niños son muy vulnerables al tabaquismo pasivo dado que no pueden evitar la exposición al tabaco si ésta se presenta. Hay datos indicativos de que esa exposición doméstica puede aumentar la patología respiratoria en la infancia. Uno de cada 2 menores está expuesto al humo de tabaco en el hogar. Los riesgos son mayores cuando menor es la edad. El hábito tabáquico de la madre es el que más influye y se incrementa en función del número de cigarrillos. La educación sanitaria es fundamental para proteger a los niños del humo del tabaco.

A Marco Tejero et al, An Pediatr 2007; 66: 475-480.

6. INTERPRETACIÓN DEL TEST DE TUBERCULINA EN ESCOLARES CON O SIN BCG

La tuberculosis (TBC) es un importante problema de la salud pública mundial. Aunque los niños con TBC primaria, sin complicaciones, generalmente no presentan síntomas, están en un gran riesgo de que su infección se active y de generar que la enfermedad se disemine. La vacunación con BCG provee un efecto protector variable contra la TBC (50-80%), pero ofrece una mayor protección contra la meningitis TBC y la TBC diseminada. Sin embargo, la vacunación induce a un grado de sensibilidad que puede interferir con la interpretación de los resultados de

las pruebas tuberculínicas. El objetivo de este estudio de la Universidad Libanesa, Beirut, Líbano, era crear una encuesta de prevalencia de las reacciones hacia los derivados purificados de proteína (PPD) de escolares sanos del Líbano, para identificar aquellos con TBC enfermedad o latente y para investigar los efectos de la vacuna BCG en la interpretación de la PPD. Las pruebas de PPD fueron hechas en niños de 3 a 19 años. La reactividad <5 mm era considerada negativa, dudosa si estaba entre 5 y 9 mm y positiva si era de 10 mm o mayor. Los niños con induración positiva fueron posteriormente estudiados. De 4.271 niños que entraron en el análisis de los datos finales, 2.325 (54,4%) habían sido vacunados con BCG. Cerca del 40% habían recibido su vacuna menos de 5 años antes de la aplicación de la PPD. Un total de 3.259 niños (76,3%) no desarrollaron reacción a la PPD (0 mm), 170 (4%) tuvieron desde 1 a 4 mm de induración, 509 (11,9%) entre 5

a 9 mm y 333 (7,8%) una induración mayor o igual a 10 mm. En 12 niños se diagnosticó TBC, con una prevalencia de 280 por cada 100.000. La prevalencia de TBC latente fue de 7,51%. No hubo una diferencia significativa entre niños vacunados y no vacunados en reactividad PPD. Este estudio defiende la recomendación de que los niños reciban BCG y que pueden (y deberían) ser testeados para TBC enfermedad y latente.

Steiman R et al, *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2007 26:134-138, February 2007.

Comentarios: El Red Book señala que el tamaño de la reacción PPD atribuible a la vacunación BCG, si se produce, puede depender de muchos factores, incluyendo la edad de la vacunación, calidad y cepa de la vacuna BCG usada, número de dosis, estado nutricional e inmunológico de los receptores de la vacuna y la frecuencia de la aplicación de la PPD. (J. Hailey).

ADENDUM

No es sabio el que sabe muchas cosas, sino el que sabe cosas útiles.

ESQUILLO

Neumocort + Aeromed

budesonide 200 mcg

El broncoespasmo
es solo la punta del iceberg



El antiinflamatorio tópico inhalado
más utilizado, en **1 dosis diaria**

Indicaciones:

Tratamiento del asma bronquial crónica: el uso regular permite controlar la inflamación crónica de las vías aéreas, controla los síntomas del asma, reduce la frecuencia de las exacerbaciones asmáticas y la hiperreactividad de las vías aéreas.

Presentación:

Aerosol con válvula dosificadora, conteniendo 200 dosis de 200 mcg, con espaciador AEROMED


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

PORQUE EL BRONCOESPASMO ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Es fundamental un buen **INICIO**



1 Flutivent + Aeromed Tratamiento inicial

SALMETEROL

Control sintomático y funcional

Rápido aumento del calibre bronquial.
Disminución de la hiperreactividad bronquial.
Aumento del flujo espiratorio.
Rápido aumento del % de días y noches sin síntomas.

BRONCOESPASMO

CRISIS ASMÁTICA

TOS SIBILANCAS

HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Para lograr un buen **TRATAMIENTO DE BASE**

FLUTICASONA

Control antiinflamatorio

Disminución del óxido nítrico y su síntesis
Disminución de mediadores inflamatorios
Estabilización de mastocitos
Disminución de eosinófilos

REMODELACION

MODIFICACION DEL TEJIDO CONECTIVO

MODIFICACION DEL MUSCULO LISO

LIBERACION DE MEDIADORES

INFLAMATORIOS

DESGRANULACION MASTOCITARIA

INFILTRACION EOSINOFILICA

PREDOMINIO DE ACTIVACION LINFOCITOS TH

2 Neumocort o Fluticort

Control antiinflamatorio

Tratamiento de base

BUDESONIDE o FLUTICASONA

Prevención del broncoespasmo y demás síntomas del asma
Prevención del deterioro de la función pulmonar
Control de hiperreactividad bronquial
Control del óxido nítrico y su síntesis
Control de mediadores inflamatorios
Estabilización de mastocitos
Estabilización de eosinófilos


Cassará

Vocación científica. Compromiso social.