

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: metropol@pccorreo.com.ar

Directora Titular

Dra. Beatriz Burbinski

1er. Director Asociado

Dr. Domingo Longo

2do. Director Asociado

Dr. Gustavo Bardaui

Coordinadores

Distrito Sur :

*Dr. Jorge Celestino / Dra. Miriam Bonadeo
Dr. Edgardo Flamenco / Dr. Horacio Garavaglia
Dr. Saúl Gleich / Dra. Clara Massola de Muñoz
Dra. Mariana Rodríguez Ponte*

Distrito Oeste :

*Dra. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli
Dra. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis Marsicovetere
Dra. Débora Rocca Huguet*

Distrito Norte :

*Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Mario Cesarsky
Dr. Carlos Luzzani / Dr. Juan Carlos Peuchot
Dra. Lilia Rabinovitz / Dra. Miriam Vasalo
Dr. Leonardo Vázquez / Dra. Mirta Vázquez*

Asesores Ex Directores:

*Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi
Dr. José Luis Cervetto*

SUMARIO

• Editorial	1
• Red Nacional de Educación Continua ...	2
• Relato de una Experiencia	2
• Chagas Congénito	3
• Nueva Sección	3
• Asma en Pediatría	4
• Jornadas Región Metropolitana 2005	9
• Actividades de la Región	10
• Frases Célebres	10
• Requisitos para Cursos de la Región	11
• Nuevos Miembros Titulares	11

Adhesión

MERCK

para su producto

FLORATIL®
ANTIBIOTICO NATURAL
Sachetaramyces bolandii

EDITORIAL

REGION METROPOLITANA - ACTUALIDAD

En la intensa vorágine de trabajo en que estamos habitualmente sumergidos, todo parece pasar tan rápido, casi sin pensar, casi sin descanso, sin tiempo a mirar atrás. Sin embargo, en ocasiones es necesario una mirada retrospectiva para reflexionar acerca de nuestro origen, de nuestro presente y de nuestros objetivos, para no perder el rumbo y poder cumplir con lo que nos habíamos propuesto. Quizá sea un buen momento para recordar como estamos constituidos, y cuales son nuestros lineamientos generales y metas a cumplir.

Allá por 1984 asumió el primer titular electo de la Región Metropolitana, el Dr. Nocetti Fassolino, quien imprimió toda su energía a este proyecto que se iniciaba. Diez años después, en abril de 1994 el Dr. Miguel Angel Naser, Director de la Región firma la primera editorial de "Noticias Metropolitanas", el medio de comunicación con todos nuestros colegas que informa cursos, jornadas, conferencias, consensos, reuniones científicas, novedades de interés general, actividades de la Región y artículos sobre actualización de patologías a cargo de prestigiosos especialistas.

La Región Metropolitana abarca la Ciudad de Buenos Aires y 25 municipios del conurbano bonaerense. Está integrado por los distritos Norte, Sur y Oeste. De las 9 regiones que conforman la SAP es sin dudas la de mayor número de asociados. De un total aproximado de 13.000 pediatras en todo el país, alrededor de 6000 pertenecen a esta Región.

Sus autoridades están conformadas por un Director Titular, un primer y segundo Director Asociado, coordinadores de distrito, representantes de hospitales, centros de salud, centros privados y asesores. Cuenta con 7 grupos de trabajo creados durante el actual mandato referidos a: APS, Educación Continua, Redes, Editorial, Relaciones Institucionales, Deportes y Cultura, cada uno de ellos con un coordinador. El grupo "El niño febril" que ya cumplió 10 años de labor en la Región, en 1998 se hizo acreedor del premio SAP y continua trabajando con renovado entusiasmo.

Con la asistencia de todos los representantes de la región se llevan a cabo reuniones mensuales. En forma trienal se realizan las Jornadas de la Región Metropolitana. A partir de las segundas jornadas el eje central estuvo siempre centrado en la Atención Primaria de la Salud (APS), como signo de su compromiso permanente con la comunidad y sus problemas reales. Este año las VII Jornadas se desarrollarán en el Distrito Sur, en Adrogué.

El convenio entre la Fundación Bioquímica Argentina y la Región Metropolitana, en cuyo marco se gestan las Jornadas "La Clínica y el Laboratorio en Pediatría", se mantiene vigente. Se desarrollan en distintos distritos y en filiales de regiones vecinas. Recientemente, un logro importante ha sido el otorgamiento de créditos para cursos y jornadas que se dictarán en la Región.

La comunicación con los colegas se mantiene con continuidad a través de esta publicación, la revista "Noticias Metropolitanas" y de un "Boletín Electrónico" al cual se accede por metropol@pccorreo.com.ar. Ampliando su difusión en todo el país se dispone de un link en la página web de la SAP.

La Región sigue los lineamientos de su entidad matriz, la SAP, y a través de ella, las recomendaciones que emanan de entidades rectoras como la OPS y UNICEF. Se mantiene fiel al lema de la SAP "por un niño sano en un mundo mejor".

Dr. Domingo Longo
1º Director Asociado

GRUPO EDITORIAL
REGION METROPOLITANA

Dr. Leonardo Vázquez – Dr. Carlos Luzzani : Editores de Revista Noticias
Dr. Ricardo Straface: Editor de Boletín Bibliográfico Electrónico

AGRADECIMIENTO Y COMPROMISO

Desde este número, Noticias tendrá 4 páginas más. Queremos agradecer a **Merck Química Argentina** por permitir que esto sea posible. Es nuestro compromiso futuro mantener el nivel de artículos y de información con la calidad que nuestros lectores merecen.

Los Editores



RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA. CANTIDAD DE VACANTES PARA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA

Recordamos a los Coordinadores/as Docentes de las actividades educativas de la Red Nacional de Educación Continua de la SAP, que el número de alumnos debe decidirse en función de la metodología a utilizar. A modo de ejemplo, una actividad participativa, como puede ser un taller, requiere un número limitado de alumnos para lograr el adecuado intercambio entre los concurrentes. Con menos de 10 inscriptos, debe analizarse la conveniencia de desarrollar dicha actividad. Los cursos regulares y de mayor duración, deben contar con un número de 15 o más alumnos para su correcto funcionamiento. Por lo tanto, se ha decidido

que sólo podrán realizarse aquellas actividades que alcancen dicho cupo.

Esta información debe brindarse a los alumnos en el momento de la inscripción, explicando que esta es condicional, ya que la realización de la actividad queda supeditada al número de alumnos, información que debe ser reiterada por el coordinador/a docente el primer día de clase.

El alumno abonará el arancel correspondiente una vez que se haya confirmado la realización de la misma.



RELATO DE UNA EXPERIENCIA

Enrique Mario Farfallini
Médico Pediatra

Desde noviembre de 2001, trabajo como pediatra del “Catamarán Sanitario Dr. Luis Pereira” de la Municipalidad de Tigre. De paso les cuento que Luis Pereira (1888-1920) fue un médico radicado en Tigre, que murió al contraer tuberculosis, mientras atendía desinteresadamente a los vecinos de nuestra ciudad. El Catamarán cuenta con enfermería y consultorios odontológico, gineco-obstétrico y de pediatría.

Trabajamos con postas sanitarias, en los muelles de las escuelas de la primera sección de islas, porque de este modo la población puede acceder al servicio de salud, aprovechando las lanchas que llevan los niños a las escuelas y jardines de infantes. La frecuencia de nuestras visitas es cada dos semanas. En algunos lugares cada tres semanas (por haber menor demanda) y en otros debemos reforzar con una visita semanal. La experiencia es muy gratificante para alguien que, con 26 años de médico, sigue haciendo guardia en

el Hospital Materno Infantil de San Isidro y como médico de atención primaria de la salud, en este proyecto. Hago los controles de niño sano con el mismo esmero de mis primeros años y veo crecer, junto a sus padres, a estos pequeños habitantes isleños.

Por supuesto que la desnutrición y el hambre aquí también existen. De 13 niños (al iniciar este camino) llegamos a tener 66 en seguimiento. Con idas y venidas 42 se han recuperado gracias a nuestro trabajo, al de las escuelas, al suplemento de alimentos, leche, vitaminas e hierro que provee Salud Pública, al esfuerzo de los padres, al de los niños y también a huertas y micro-emprendimientos comunitarios.

No todas son rosas, también hay fracasos, pero “todos juntos seguiremos luchando contra el hambre y sus secuelas”.

Un abrazo.



CHAGAS CONGÉNITO

Dra. Cristina Marletta
Médica Cardióloga

Hospital Materno-Infantil de San Isidro

Sin lugar a dudas, en los últimos años, el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el adulto ha avanzado, a tal punto, que su detección es obligatoria en los preelaborares y en la embarazada. Como contrapunto, en edad pediátrica, pese a existir diversos programas provinciales y nacionales para su detección en esta edad, los mismos no se cumplen adecuadamente; siendo alarmante la denuncia de detección de 750 casos, en la Ciudad de Bs. As., en el primer semestre de 2003, de los cuales, 323 corresponden a niños y de estos, 13 se sabe fehacientemente son congénitos.

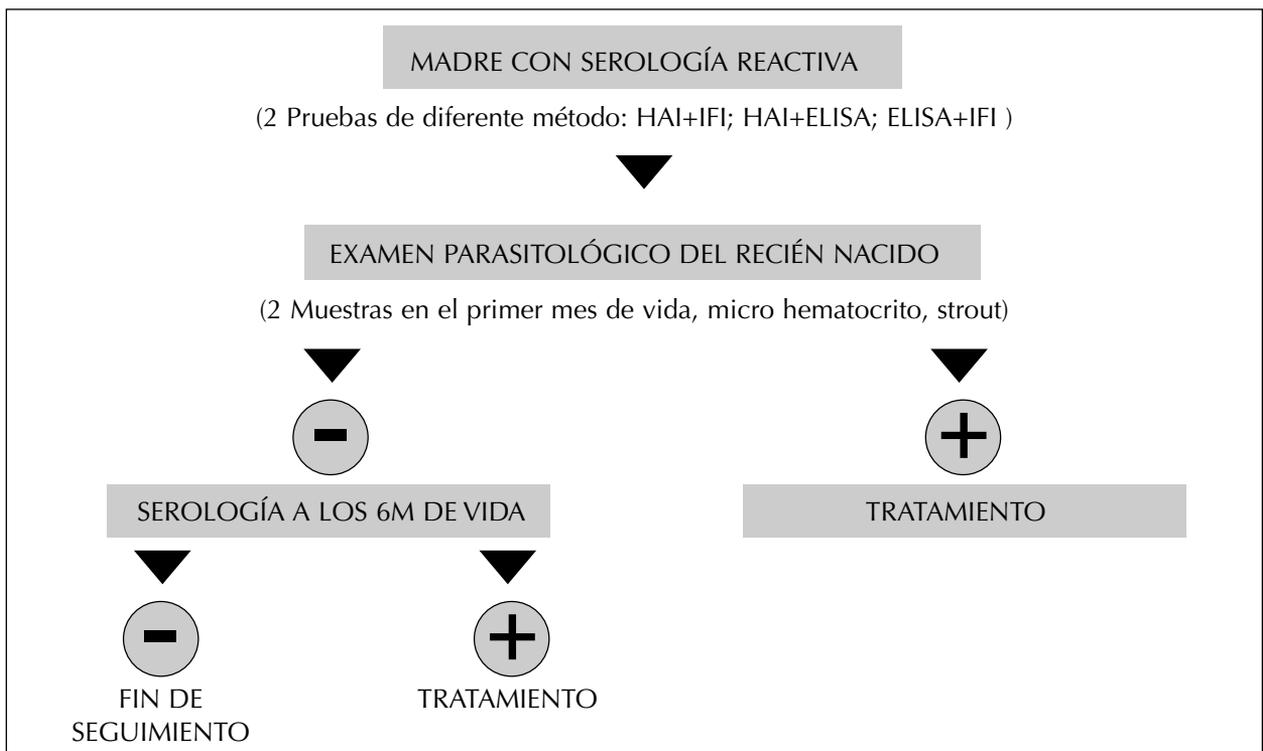
Obviamente, esto forma parte de nuestra realidad social de hoy, en que las migraciones internas han colaborado en incrementar las cifras de infectados en el Gran Bs. As. y Capital Federal. Es nuestra responsabilidad tratar de evitar la propagación de

esta enfermedad, silente en muchos casos, pero, que a la larga lleva a invalidez por cardiopatía que puede ser evitable en los niños y tratable, si se toma a tiempo en los adultos.

Las estadísticas nacionales nos hablan claramente que existen cerca de 3500000 infectados, siendo su prevalencia en embarazadas, entre el 13 y el 32% según la zona; y la incidencia de transmisión congénita, entre 2,6 y 10,4% (5,3% para Bs. As.).

Si consideramos, que con métodos sencillos y de bajo costo, podemos detectar y posteriormente tratar, con seguridad de curación, a todos los infectados por vía transplacentaria, no debemos dejar pasar la oportunidad.

A continuación se transcribe el algoritmo de detección y tratamiento del Chagas Congénito:



NUEVA SECCIÓN

Invitamos a los Pediatras asistentes a Centros de Salud u Hospitales alejados geográficamente de la Ciudad de Buenos Aires, pero pertenecientes a la Región Metropolitana, a remitirnos notas presentándose y describiendo su lugar de trabajo, fundamentalmente mostrando nue-

vas modalidades de atención adaptadas a ese lugar y/o a la población que asisten. Para publicarlas es aconsejable que no tengan más de 800 palabras. Deben ser dirigidas a: marcela@sap.org.ar. Los esperamos.

Los Editores



ASMA EN PEDIATRÍA

Dra. Yolanda Ametrano
Neumonóloga Pediatra
yametrano@intramed.net.ar

La definición del asma ha cambiado, y la atención se ha desviado desde el énfasis inicial prestado a los síntomas como sibilancias, tos y dificultad respiratoria, pasando por los hallazgos anatómicos macroscópicos tales como bronco espasmo, edema e hipersecreción de moco, para llegar a la situación actual en la que el interés se centra en los acontecimientos celulares y moleculares asociados con la inflamación, los eosinófilos, los mastocitos, los linfocitos TH₂, la descamación de células epiteliales y la remodelación.

La **definición** más reciente de asma bronquial propuesta por el GINA (Global Initiative for Asthma) engloba criterios clínicos, fisiopatogénicos (hiperreactividad e inflamación bronquial) y funcionales.

“El asma es un trastorno **inflamatorio crónico** de las vías aéreas en la que intervienen especialmente mastocitos, eosinófilos y linfocitos T.”

Esto determina, en el individuo **susceptible**, un aumento de la hiperreactividad de las vías aéreas a una variedad de estímulos físicos, químicos, infecciosos y farmacológicos.

Los pacientes presentan episodios recurrentes de sibilancias, tos y disnea secundaria a una **obstrucción bronquial** difusa, de intensidad variable y que puede revertir en forma espontánea o por acción farmacológica.

En la mayoría de los casos estos episodios se alternan con períodos totalmente libres de síntomas. Habitualmente la sintomatología se intensifica durante la noche (por aumento del tono bronco motor fisiológico).

El predominio estacional es característico, especialmente en otoño y primavera en relación con la inestabilidad climática, afecciones virales, exposición a alérgenos estacionales e inhalación de pólenes.

Se la considera la enfermedad crónica más frecuente en pediatría, afectando aproximadamente entre un 10-15 % de los niños.

Tiene una distribución universal con índices de prevalencia y de mortalidad diferentes entre distintos países, existiendo buenas evidencias respecto al aumento de la prevalencia a nivel mundial.

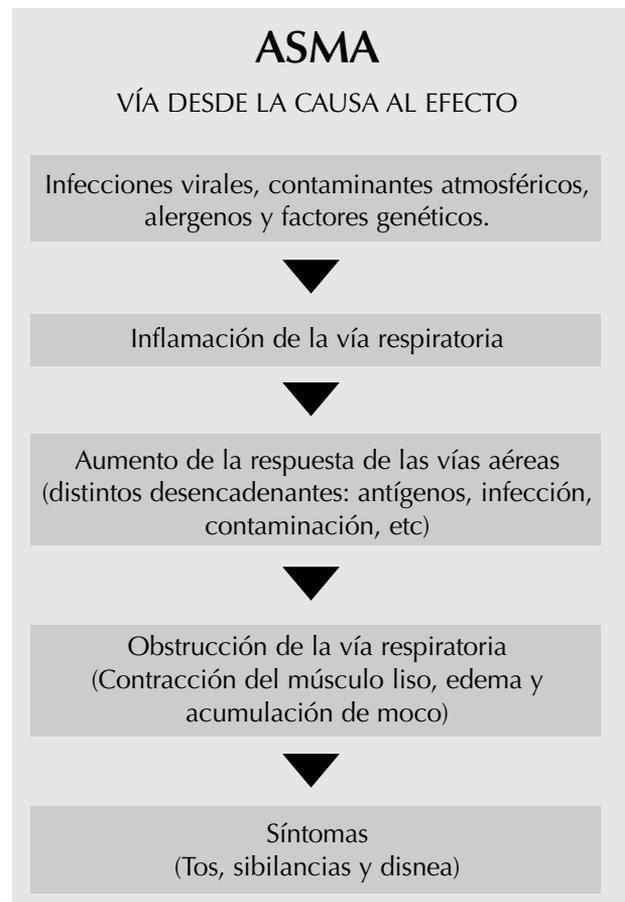
El estudio epidemiológico internacional sobre Asma y Enfermedades Alérgicas en Niños – ISAAC - (International Study of Asthma and Allergic Diseases in Childhood) que se llevo a cabo en más de 50 países y 130 centros para determinar las diferentes variaciones de asma en el mundo, la prevalencia se registro en dos grupos etarios (niños de 6 a 7 y 13 a 14 años).

Países de habla inglesa y de Latinoamérica presentan la mayor prevalencia de asma. A la Argentina nos ubican en un rango de prevalencia intermedia, siendo mayor en los niños de 6 respecto a los de 13 años. (17 % vs. 11 %).

En pediatría el asma es más frecuente en el sexo masculino. Debido a vías aéreas más estrechas y aumento del tono; lo cual predispone a una mayor obstrucción del flujo aéreo. Dicha diferencia desaparece después de los 10 años, cuando la relación entre el diámetro y la longitud de las vías aéreas es igual en ambos sexos. Atribuyéndose probablemente a los cambios en la tamaño torácico que se produce en los varones, no así en las mujeres.

HERENCIA Y ASMA

Si bien la tendencia a sufrir de asma parece ser hereditaria, la heterogénea expresión fenotípica hace pensar que existe una compleja interacción entre múltiples factores genéticos y exposición ambiental.



“El síntoma principal de reactividad de la vía respiratoria es la tos”

Este síntoma precoz y frecuente del asma infantil puede pasar inadvertido durante años, sobre todo si la obstrucción de la vía respiratoria nunca llegó a ser lo bastante intensa como para provocar sibilancias.

Cuanto menor sea la edad del niño más difícil será diagnosticar el asma. En los niños pequeños las entidades clínicas que se manifiestan con síndrome obstructivo son más numerosas y los métodos de diagnóstico más limitados.

El diagnóstico de asma es eminentemente clínico y, por lo tanto la anamnesis y el examen físico constituyen los pilares para la orientación inicial, apoyado en un examen funcional (en > de 5 años).

Este síntoma precoz y frecuente del asma infantil puede pasar inadvertido durante años, sobre todo si la obstrucción de la vía respiratoria nunca llegó a ser lo bastante intensa como para provocar sibilancias.

Cuanto menor sea la edad del niño más difícil será diagnosticar el asma. En los niños pequeños las entidades clínicas que se manifiestan con síndrome obstructivo son más numerosas y los métodos de diagnóstico más limitados.

El asma es un trastorno crónico que puede afectar la calidad de vida, generando restricciones considerables en los aspectos físicos, emocionales y sociales de la vida de los pacientes

Puede dar lugar a la interrupción del sueño, provocando:

- Fatiga y somnolencia durante el día.
- Falta de atención en la escuela y rendimientos subóptimos.

Todo ello se combina para que la **auto imagen** sea mala y pueda provocar problemas de conducta. Lo mismo ocurrirá si no puede disfrutar de una actividad física similar a la de sus compañeros.

El **impacto social** del asma es significativo, a nivel familiar es causa frecuente de ausentismo escolar del niño y laboral de los padres afectando la calidad de vida del niño y de su familia.

Muchos pacientes pueden no apreciar completamente el impacto social de su asma y declaran llevar vidas "normales", ya sea por que la normalidad puede basarse en ajustes y limitaciones que ellos ya han incorporado a sus estilos de vida o porque enmascaran sus restricciones, en un intento por "vivir igual que los demás". Según la "Estrategia global para el manejo y la prevención del asma" (GINA), el asma se clasifica según su severidad en 4 grados.

Es necesario clasificar el asma en función de su severidad para poder aplicar una adecuada estrategia terapéutica.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA: 4 grados (GINA).

Según los síntomas y la función pulmonar. Al evaluar:

- Los síntomas tener en cuenta la frecuencia, duración y el N° de exacerbaciones, las consultas en salas de emergencias y las hospitalizaciones.
- Los períodos íter crisis considerar síntomas nocturnos, ausentismo escolar, limitación de actividades físicas, frecuencia de uso de β_2 y corticoides sistémicos.

La presencia de uno los aspectos de severidad es suficiente para ubicar al paciente en esa categoría.

Algunos lactantes y niños pequeños pueden ser considerados "sibilantes felices", pues su grado de obstrucción respiratoria es mínimo, aunque sus sibilancias sean muy claras. (ver cuadro I)

EL MANEJO DEL PACIENTE CON ASMA CONTEMPLA 5 COMPONENTES:

1. **Adecuada relación médico - paciente.**
2. **La educación del paciente y la familia.**

Se considera uno de los pilares del tratamiento. Es un proceso continuo; proporciona la información necesaria y promueve las conductas adecuadas para cumplir el plan terapéutico a seguir.

- Definir los objetivos del tratamiento.
- Enseñar a reconocer los signos precoces de deterioro de la enfermedad.
- Dar por escrito todas las indicaciones y transmitir seguridad.

Se explicará la diferencia entre los tratamientos sintomáticos indicados en caso de crisis y aquellos que son sólo preventivos.

Identificar tempranamente los temores y mitos relativos a la enfermedad y medicación indicada.

Recuerde que la mejor medicación no tomada, o tomada de manera incorrecta se convierte en la peor medicación para el niño.

Para lograr el control de la enfermedad se requieren muchas horas de educación y seguimiento.

(Periódicamente evaluar el cumplimiento y compromiso familiar, con los ajustes correspondientes).

3. **El control ambiental.**

Los factores desencadenantes no son la causa del desarrollo inicial del asma, pero cuando ésta está presente, estos factores pueden exacerbarla.

Las medidas deben ser prácticas y con sentido común.

Se ha demostrado que la exposición al alérgeno disminuye la afinidad de unión del receptor de glucocorticoides. y la capacidad de respuesta a los esteroides en las células mononucleares periféricas

CUADRO I

SEVERIDAD		SÍNTOMAS	EXACERBACIONES	FUNCIONAL RESP.
INTERMITENTE 40 %		Diurnos intermitentes Infrecuentes <5 por año Nocturnos (< de 2 veces al mes) Asintomático en íter crisis	Poco frecuentes y de intensidad leve, fácil de revertir. No afecta la act. física, el sueño ni escolaridad	Ex. funcional: (VEF ₁) Normal en íter crisis > 80 del predicho Variabilidad (FPE) < 20. Curva flujo volumen normal.
PERSISTENTE	LEVE 30 %	Diurnos > 5 veces por año pero < 1 vez por semana Nocturnos > de 2 veces al mes.	Pueden afectar sueño y actividad física diaria.	FPE o VEF ₁ >= 80 % del predictivo Variabilidad 20-30 %. Obstrucción leve de peq V.A.
	MODERADA 25 %	Diurnos diarios. Nocturnos > de 1 vez por semana	Pueden afectar sueño y actividad física. Uso diario de β2 agonista de acción corta	60-80 % del predictivo. Variabilidad circadiana >30 %. Rta (+) a los broncodilatadores (> 15%). Obstrucción moderada de la pequeña vía aérea.
	SEVERA 5 %	Diurnos diarios y continuos con limitación de actividades físicas. Nocturnos frecuentes. Historia de hospitalización.	Frecuentes y severas.	< 60 % del predictivo. Variabilidad circadiana > 30 %. Respuesta parcial a los broncodilatadores (<15%) Obstrucción severa de la pequeña vía aérea.

VEF₁: Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (evalúa la obstrucción de la V-A). Se correlaciona bien con la severidad de la enfermedad pulmonar obstructiva (encontrándose disminuido).

FPE o PFE: Flujo Pico Espiratorio. Útil para el seguimiento del niño con asma grave. Tiene valor para determinar la severidad y el grado de variación o variabilidad circadiana del tono broncomotor (obstrucción bronquial), para seguir la evolución de los síntomas y realizar recomendaciones terapéuticas. Permite detectar el deterioro asintomático de la función pulmonar y en estas circunstancias, intervenir precozmente mediante un ajuste de la medicación antes de que la crisis prosiga y monitoreando la respuesta al tratamiento. La variabilidad diaria del FPE proporciona un índice de estabilidad del asma y de su severidad. Para su cálculo se requieren 2 mediciones en el día (fórmula). EJ un paciente con variabilidad diaria menor del 20% es considerado como estable.(fisiológico) Si esta es mayor del 30 % es signo de labilidad, patológica y sugestiva de asma.

de asmáticos atópicos. Esto explicaría la relativa resistencia a la terapia de los pacientes asmáticos que son bombardeados constantemente con la estimulación con alérgenos y también demuestra la importancia de un abordaje amplio al tratamiento, que incluya el control ambiental de los alérgenos.

Esto explicaría la relativa resistencia a la terapia en algunos casos.

La identificación de los desencadenantes que inducen la inflamación y la obstrucción aguda de la VA es un paso importante en la prevención del asma. Al evitarlos se logra una reducción de los síntomas, una disminución de la hiperreactividad bronquial a largo plazo y un menor requerimiento de fármacos.

4. La evaluación objetiva de la función pulmonar.

Tan pronto como sea posible y en forma periódica.

Precisa el grado de obstrucción bronquial. Detecta precozmente las exacerbaciones.

Esencial para un diagnóstico adecuado

Monitorea el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

5. Tratamiento farmacológico.

En los últimos años, los importantes avances en el conocimiento de la enfermedad y el desarrollo de nuevos fármacos ; permiten en la actualidad a la mayoría de los niños, lograr un adecuado control de la enfermedad con buena calidad de vida.

Los distintos fármacos son utilizados para revertir y prevenir la obstrucción del flujo aéreo.

El tratamiento tiene que incluir tanto agentes:

- Broncodilatadores que actúan dilatando las vías

TRATAMIENTO

	Preventivo a largo plazo	Alivio rápido
Nivel 1: Intermitente	No necesaria.	Broncodilatador de acción corta: β ₂ agonistas inhalados a demanda según sintomatología. Corticoides sistémicos: Prednisona 1-2 mg/kg/día.
Nivel 2: Persistente leve	Medicación diaria: Corticoides inhalados hasta 200 mcg/día. Montelukast 5-10 mg/día según edad. Cromoglicato disódico, 40-60 mg día.	Broncodilatador de acción corta: β ₂ agonistas inhalados a demanda según sintomatología. Corticoides sistémicos: Prednisona 1-2 mg/kg/día.
Nivel 3: Persistente Moderada	Medicación diaria: Corticoides inhalados: 200-400 mcg/día y si es necesario: Broncodilatadores de acción prolongada, β ₂ agonistas de acción prolongada. Considerar Montelukast 5-10 mg/día (según edad).	Broncodilatador de acción corta: β ₂ agonistas inhalados a demanda según sintomatología. Corticoides sistémicos: Prednisona 1-2 mg/kg/día
Nivel 4: Persistente severa	Medicación diaria: Corticoides inhalados 400-600 mcg/día o más y Broncodilatadores de acción prolongada, β ₂ Agonistas inhalados de acción prolongada. Considerar Montelukast 5 a 10 mg./día, (según edad)	Broncodilatador de acción corta: β ₂ agonistas inhalados a demanda según sintomatología. Corticoides sistémicos: Prednisona 1-2 mg/kg/día.

- Nota de dosificación: ajustar dosis a los diferentes esteroides inhalados, ya que no son equivalentes en microgramos ni en aplicaciones. (lista de Drogas esenciales de la OMS). Las dosis del cuadro corresponden a Budesonide . Equivalencia aproximada en la práctica. Ej. : Budesonide / Beclometasona 200 = Fluticasona 100 (relación 2/1)

aéreas al relajar el músculo liso bronquial (β₂ adrenérgicos, anticolinérgicos , metilxantinas) y

- Antinflamatorios: cromonas (para determinar su eficacia, lapso mínimo 3 meses más la incómoda administración de 4 veces al día); antileucotrienos; corticoides tópicos .

INDICACIONES, SEGÚN LOS GRADOS DE SEVERIDAD.

El costo, afecta la frecuencia y regularidad del tratamiento.

El asma se caracteriza por una maduración desproporcionada de los linfocitos T a lo largo del linaje TH₂ (en presencia de IL₄).

Los agentes antiinflamatorios más eficaces son los Corticosteroides:

Son la piedra angular en el tratamiento del asma bronquial. Disminuyen la HRB, las secreciones bronquiales y el edema con mejoría sintomática; y aumentan la respuesta a los β₂.

Su acción se correlaciona con reducciones de los marcadores de la inflamación, con un desplazamiento hacia el fenotipo TH₁ (en presencia de IL₂).

Si bien actualmente se consideran la primera línea de tratamiento en el asma bronquial, pueden producir efectos adversos.

La gran preocupación de los efectos adversos de largo plazo es sobre el crecimiento.

Una de las grandes dificultades en la interpretación del crecimiento es que el brote puberal de crecimiento de los adolescentes asmáticos se retrasa (edad ósea) y la velocidad máxima de crecimiento se observa 1,3

años más tarde que en los normales. Los datos históricos indican que el asma per se disminuye el brote puberal de crecimiento, pero que parece haber poco efecto sobre la talla eventual del adulto.

La vía inhalatoria (administrados a través de cámaras espaciadoras con válvula), brinda una acción mas rápida y efectiva, con dosis menores de fármacos y efectos colaterales mínimos. Se debe evaluar la técnica.

Los corticoides sistémicos se reservan para los cuadros agudos, que no responde a los broncodilatadores.

La intervención temprana con ellos beneficia la función pulmonar y el control del asma.

Los efectos adversos locales pueden evitarse y los sistémicos son dosis dependientes.

INDICAR LA DOSIS MÍNIMA REQUERIDA.

Considerar:

- Cada 3 meses o menos, disminuir progresivamente la dosis, si una dosis menor de esteroides puede mantener estable el asma del niño.
- Las nuevas formulaciones con propelentes fluorados de los IC " antiguos " aportan mas medicación a las vías aéreas de menor calibre que las formulaciones CFC.
- Cada fármaco puede proporcionar una respuesta máxima. Aumentar la dosis multiplicaría los efectos adversos. Por tanto una vez alcanzada la dosis habitual recomendada, es preferible la adición de otra medicación de control a los CI.

No existe un solo tratamiento ideal para todos los niños con asma.

Hace poco tiempo se ha reconocido que la terapia "sumatoria "con dosis moderadas de corticosteroides inhalados constituye una opción mejor que aumentar las dosis de CI; esta terapia adjunta puede comprender:

- Agonistas β_2 de acción prolongada, más de 12 hs (salmeterol y formoterol) constituyen el fármaco más importante de adición a los esteroides inhalados.
- Antagonistas de los leucotrienos (recordar que los leucotrienos ejercen varios efectos sobre los pulmones de los pacientes asmáticos que guardan relevancia para la enfermedad: ocasionan bronco constricción, reclutamiento de eosinófilos, edema de la pared de la vía aérea y secreción de moco) etc.

Antes de aumentar o añadir asegurarse una correcta técnica y administración.

Los esquemas no son estáticos, deben adecuarse dinámicamente en base a los síntomas y la función pulmonar.

TRATAMIENTO

(Ver cuadro II, pag. 7)

La educación del paciente es esencial en cada nivel.

Es imposible tratar adecuadamente la enfermedad sin tratar al paciente en su totalidad, a los padres y, su entorno.

No olvidar que es una condición crónica con exacerbaciones agudas.

Por eso el niño deberá tener siempre a mano la medicación necesaria de rescate , para una crisis inesperada.

Objetivos del tratamiento del asma infantil

- Síntomas mínimos durante el día o la noche (despertares). Lo ideal , NINGUNO
- PEF > 80 % del mejor valor personal medido.
- Efectos adversos mínimos de las medicaciones. Lo ideal, NINGUNO.
- Actividades normales y mínimo ausentismo escolar.
- Crisis de asma mínimas. Lo ideal, NINGUNA.
- Uso mínimo (< de 1 al día) de agonistas β_2 de acción corta.

El subdiagnóstico, subtratamiento, la educación deficiente del niño y su familia e inadecuada supervisión del tratamiento indicado son los responsables de la alta morbimortalidad por asma.

En casos de enfermedad prolongada y/o severa se producen cambios anatómicos denominados:

REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Alteración del epitelio.
- Depósito subepiteliales de colágeno bajo la membrana basal (engrosamiento de la MB)
- Hiperplasia de glándulas mucosas y células caliciformes.
- Aumento de la microvascularización del músculo liso (neovascularización).
- Proliferación del músculo liso (hipertrofia del músculo bronquial)



Que condicionarían una evolución clínica hacia la obstrucción irreversible de la vía aérea.

**En el asma no adecuadamente tratada se observa un daño tisular irreversible de la vía aérea (remodelación).
Con un aumento de riesgo de muerte por asma.**

Pese al mayor conocimiento del trastorno y a la disponibilidad de mejores agentes terapéuticos, las muertes se han duplicado en los últimos 10-15 años y, lo que es más inquietante no todas ellas se producen en niños con asma grave.

En EEUU mueren cada año a consecuencia de esta enfermedad alrededor de 5500 pacientes (15 al día). Estos datos ponen de manifiesto, una vez más, la variabilidad del cuadro clínico y la necesidad de vigilancia y seguimiento periódicos a la consulta o diseñar planes para el tratamiento de urgencia.

Son millones los niños asmáticos que aún carecen de un diagnóstico correcto y de un plan terapéutico moderno. Todos ellos continuarán sufriendo síntomas innecesarios, crisis asmáticas y perderán una infancia normal o incluso la vida, al menos que los pacientes, los padres, los médicos, y la opinión pública presten mayor atención a esta enfermedad.

El niño asmático puede recibir ayuda HOY, mediante un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado.

Un diagnóstico correcto, medidas de prevención del medio ambiente, la educación del núcleo familiar, esquemas terapéuticos adaptados a cada paciente y monitoreados a largo plazo, permiten que la mayoría de los niños con asma bronquial puedan acceder a una muy buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. SAP - Consenso Nacional. Asma bronquial en la infancia - 1995 -
2. Global Initiative for Asthma (GINA) . Global Strategy for Asthma Management and prevention. NHL-BIWHO Workshop Report. NHI publication - 1998 - .
3. Enfermedades Respiratorias Pediátricas - Carlos N. Macri , Alejandro M. Teper - 2003 . Asma Bronquial 371
4. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms : the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Eur Respir J. 1998.
5. INTERASMA - Asociación Internacional de Asmología
6. Fisiopatología del Asma -Martha V. White, MD -
7. Asma Pediátrico . James P. Kemp, MD, FAAAAI- Facultad de Medicina, Universidad de California San Diego, California.
8. Departamento de Medicina Respiratoria, Hospital Universitario , Trondheim, Noruega- L. Bjermer



JORNADAS REGIÓN METROPOLITANA 2005

AGENDAR 20, 21 Y 22 DE OCTUBRE.

Los esperamos en el Centro de la Cultura, en Adrogué!!!

Estamos trabajando para poder lograr unas Jornadas que cubran todas sus expectativas.

Queremos lograr actividades del mejor nivel para el primer nivel de atención.

Tendremos conferencias centrales a cargo de personalidades reconocidas como el Dr. Carlos Needleman, Dr. Mario Róvere, Dr. Mario Rípoli, Lic. Josefina Dartiguelongue, Lic. María Cristina Ruiz y Lic. Ana María Gómez sobre temas de comunidad, educación y familia.

Las mesas redondas estarán a cargo de profesionales que trabajan en el primer nivel de atención y versarán sobre temas de actualidad como son adolescencia, el niño febril, trastornos de enseñanza-aprendizaje, actualidad en vacunas, manejo de brotes y nutrición, algunas de ellas con metodología interactiva.

Asimismo tendremos talleres sobre prevención de accidentes y primeros auxilios, medio ambiente, nuevas modalidades de atención, promoción de la salud, mitos en la alimentación, mitos en la medicación, violencia, lactancia materna entre otros temas.

El jueves 20 de octubre habrá 2 cursos, uno de RCP dirigido a los profesionales y otro de metodología de la investigación científica que tendrán cupo máximo, por lo que se requiere inscripción previa.

Los esperamos ansiosamente, como así también la presentación de sus experiencias a través de póster o presentación oral y con la posibilidad de opción a premio.

Seguiremos comunicándonos, no se olviden. Su participación es lo que dará prestigio al evento.

COMITÉ ORGANIZADOR



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

CIENTÍFICAS

Manejo pediátrico en internación - II parte.

Lugar: Htal del Niño de San Justo - Granada 4175 - San Justo, Pcia de Bs. As.

Comienza el 7 de abril.

Día jueves de 13 a 15.30 hs. con evaluación final.

TE: 44412776 - 9371 int. 102 y 108.

Destinado a médicos pediatras o con dedicación a pediatría

Actualización en temas de nutrición infantil de interés para el pediatra

Fecha: 10/3/05 al 21/7/05 - jueves de 10 a 13hs con evaluación parcial y final

Sede: Htal. Evita de Lanús, Aula Magna (Río de Janeiro 1910 - Lanús O)

TE: 4241-4051/59

Coordinador: Dra. Nidia Osimani

(duenask@speedy.com.ar)

Curso intensivo de actualización en urgencias pediátricas

Fecha: 12/4/05 al 13/4/05. Martes y miércoles de 8 a 17hs

Sede: HIGA Evita de Lanús, Aula Magna (Río de Janeiro 1910- Lanús O)

TE: 4241-4051/59 int. 230

Coordinador Dr. Pedro Molina

(pedromol44@yahoo.com.ar)

2º Curso de Enfermería pediátrica

Fecha: 5/4/05 al 29/11/05. Martes de 8 a 12hs

Sede: HIGA Dr. Arturo Oñativia (Ramón Carrillo 1339- Rafael Calzada)

TE: 4219-5070 int. 299

Coordinador: Dr. Edgardo Flamenco

(eflamenco@speedy.com.ar)

V Curso de Pediatría Ambulatoria

Fecha: 2/3/05 a 29/6/05. Miércoles de 10:30 a 13:30hs

Sede: HIGA Dr. Arturo Oñativia (Ramón Carrillo 1339- Rafael Calzada)

TE: 4219-5070 int. 299

Coordinador: Dr. Edgardo Flamenco

(eflamenco@speedy.com.ar)

Curso "Actualización en Pediatría Ambulatoria y Urgencias: Enfoque multidisciplinario".

Organizado por: Servicio de Guardia y Consultorios Externos del Hospital de Niños "Dr. Pedro de Elizalde".

Directoras: Dra. Mónica Marengi - Alicia Neusser
Martes de 10 a 13 horas. Desde el 12 de abril al 12 de diciembre de 2005.

120 horas docentes.

Comité de Docencia e Investigación

guardiacuna@hotmail.com

15-5567-3405

VI Curso Anual de Actualización Pediátrica

Hospital M. T. de Calcuta de Ezeiza

Payró 351 Barrio 1 José María Ezeiza

Los días viernes desde el 1 de abril al 4 de noviembre de 11,30 a 13, 30 hs.; 70 hs. docentes con evaluación final.

Secretaría: Dra. Mirta Martin

Hosp. 4480-0555/0515 internos 41 o 636

Part. 4480-0949

E-mail: hymcarvallo@hotmail.com



FRASES CÉLEBRES...

Leonardo Vázquez

Estas frases textuales (especialmente seleccionadas) fueron escuchadas alguna vez en un consultorio pediátrico a lo largo de muuuchos años....

Son transcritas con todo respeto, con la única finalidad de esbozar una sonrisa.

• *Estoy preocupada porque este chico es "poco apitoso".*

- *El nene "me duerme toda la noche".*
- *La verdad es que este chico "le es fiel a la banana", no quiere otra fruta.*
- *Tuvo una "otitis en el oído".*
- *No se que le pasa, desde hace una semana tiene "inconciencia de esfínteres".*



REQUISITOS PARA CURSOS DE LA REGIÓN

En la reunión del día 22/12/04 entre la Mesa Ejecutiva de Comisión Directiva de la SAP y el 1° Director Asociado de la Región (a cargo de la Dirección Titular), Dr. Domingo Longo, se trató la actividad docente de la Región Metropolitana en el marco de la Red Nacional de Educación Continua con la asignación de créditos, de acuerdo al sistema vigente para el programa de mantenimiento de la certificación de la SAP; resolviéndose:

1. Homologar los cursos de la Región Metropolitana para créditos con los mismos requisitos que deben cumplir los cursos de las filiales.
2. Los cursos para ser incluidos en la red deben cumplir los requisitos señalados en el documento elaborado por el Comité de Educación Continua en el que constan los objetivos, formularios de presentación de cursos, instructivos, sistema de asignación de créditos, glosario y reglamento de funcionamiento. (Pueden acceder al documento de la página de la SAP o solicitarlo a la Sra. Erica a la siguiente dirección: comites@sap.org.ar).
3. No abonarán arancel:
 - Cursos gratuitos que se dictan en el ámbito de la Región Metropolitana
 - Cursos que solo perciben arancel mínimo para solventar los gastos de los mismos (fotocopias, certificados, etc.) o traslados de docentes.
 - Los que se realizan en hospitales o centros que usan exclusivamente sus instalaciones o tecnología
4. Solamente se aplicará el cobro a aquellos cursos que se dictan en la entidad matriz o el Centro Gianantonio.

5. Se deberá hacer una evaluación responsable de los cursos que soliciten crédito con el fin de seguir velando por el buen nivel de los mismos y su estricto cumplimiento.
6. Respetar las normas de confección de los certificados (similar al que emite la entidad matriz). Logo SAP en la parte superior y a la derecha. Llevarán la leyenda "Esta actividad pertenece a la Red Nacional de Educación Continua".
7. No podrá figurar en los certificados ningún logo o propaganda de empresas patrocinantes.
8. A todos los cursos que reúnan este requisito se le otorgará sus correspondientes créditos.

Además recordamos que el número de alumnos debe decidirse en función de la metodología a utilizar. A modo de ejemplo, una actividad participativa, como puede ser un taller, requiere un número limitado de alumnos para lograr el adecuado intercambio entre los concurrentes. Con menos de 10 inscriptos, debe analizarse la conveniencia de desarrollar dicha actividad. Los cursos regulares y de mayor duración, deben contar con un número de 15 o más alumnos para su correcto funcionamiento. Por lo tanto, se ha decidido que sólo podrán realizarse aquellas actividades que alcancen dicho cupo. Esta información debe brindarse a los alumnos en el momento de la inscripción, explicando que la inscripción es condicional, ya que la realización de la actividad queda sujeta al número de alumnos, información que debe ser reiterada por el coordinador/a docente el primer día de clase. El alumno abonará, si corresponde, el arancel correspondiente una vez que se haya confirmado la realización de la misma.



NUEVOS MIEMBROS TITULARES

Los Socios de la Región que, cumpliendo el Artículo 11° de los Estatutos de la Sociedad, han accedido a la categoría de Miembros Titulares durante el 2004 son:

Dra. Mónica Matta Ruffolo
Dra. Margarita Martín Alonso
Dra. María Cristina Sperperato
Dra. Patricia Graciela Suárez
Dra. Susana M. Brescia
Dra. Lidia González
Dra. Ana María Loruso
Dra. María Isabel Rubio

Dra. Mirta Borrás
Dra. Patricia Laura Leibaschoff
Dr. Arnoldo Grosman
Dra. Liliana Beatriz Gauna
Dr. Fernando Humberto José Fernández
Dra. Mirtha Zulema Curi
Dr. Víctor O. Pawluk
Dra. María Cristina Giménez
Dr. Teodoro Dionisio Unizony
Dra. María Elena Muto
Dr. Silvio Tanenholz