



NOTICIAS

Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

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

Director Titular

Dr. Gustavo Bardaui

1er. Director Asociado

Dr. Saúl Gleich

2do. Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

Coordinadores:

Distrito Sur:

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /
Dr. Clara Massola de Muiños / Dra. Mariana
Rodríguez Ponte / Dr. Rubén Porto

Distrito Oeste:

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

Distrito Norte:

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

Asesores ex Directores:

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /
Dr. Domingo Longo

SECCIONES

- Editorial 1
- Historia de la Medicina 3
- Taller de Ejercicio Profesional
en Pediatría 6
- Actividades de la Región 7
- Entrevista al
Dr. José Luis Cervetto 8
- Boletín Bibliográfico 11
- La obesidad: un desafío
para el Pediatra 12
- Curiosidades 15
- Microquimerismo ¿El fin de la
autoinmunidad? 17

EDITORIAL

UNO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

De manera clásica la influenza (I) se caracteriza por fiebre de comienzo repentino, cefalea, malestar general, mialgias difusas y tos no productiva. Luego, los signos como odinofagia, congestión nasal, rinitis y la tos se torna intensa progresivamente. Se puede observar hiperemia conjuntival, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

En lactantes pequeños, la I puede producir un cuadro similar a sepsis, con apneas y patología en las vías aéreas (laringotraqueitis, (crup gripal), BQL o NMN. La miostitis aguda, caracterizada por dolor en las pantorrillas, surge después de algunos días. La incubación es de 1 a 3 días. Estos ortomixovirus presentan 3 tipos antigénicos (ABC). Los antígenos de superficie son hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N).

Los pacientes son infectantes las primeras 24 horas antes de comenzar los síntomas y durante el período más sintomático. La dispersión de virus por las secreciones nasales, dura 7 días.

Las enfermedades de transmisión respiratoria son de alta contagiosidad y exigen, para evitar su transmisión, aparte de las medidas de higiene, coberturas de vacunación superiores al 95%.

La SAP a través del Comité Nacional de Infectología, recomienda para el 2010, vacunar con la cepa pandémica monoavalente H1N1 a niños de 6 meses a 4 años inclusive, independientemente de los factores de riesgo.

Niños y adolescentes con factores de riesgo: retraso madurativo grave, síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio, EPOC, DBP, bronquiectasias, FQP, asma grave, cardiopatías congénitas, trasplantados, enfermedades onco-hematológicas hasta 6 meses de remisión completa, insuficiencia renal crónica, diabetes, inmunosupresión, terapia prolongada con aspirina, convivientes con pacientes inmunocomprometidos y obesidad mórbida. Deberá indicarse también a: trabajadores de la salud, personal de laboratorio, embarazadas en cualquier trimestre de la gestación. Personas convivientes y padres, con niños menores de 6 meses de edad, puérperas hasta 6 meses después del parto.

Dosis y vía de administración:

- Niños y adolescentes de 3 a 17 años: se administrará una dosis de 0,5 ml de vacuna.
- Niños de 6 a 35 meses: se administran dos dosis con un intervalo de al menos 3 semanas.
- Niños menores de 6 meses: no se recomienda.

Agente inmunizante:

- Vacuna monoavalente: antígeno de superficie del virus de la gripe de la cepa A/California/7/2009(H1N1).
- Vacuna trivalente: contiene antígenos de superficie de la cepa A/California/7/2009(H1N1), 2009 X-181 mas antígeno de los virus A y B.

Las mismas se aplican por vía IM.

El cambio, las indicaciones que realiza la SAP, son en base a la experiencia acumulada en la pandemia del 2009, que en contraste con la influenza estacional, la población no tiene anticuerpos y causa, por lo tanto, una enfermedad más severa con transmisión sostenida de persona a persona, afectando a mayor número de personas, hasta un 50%.

Esta vacuna contiene virus muertos, elaborada en huevos embrionados de pollo e inactivados con formalina, contiene 7,5 microgramos de hemaglutinina, de la cepa viral pandémica A/California/7/2009,(jeringa prellenada de 0,5 ml).

Recordar que la mayor cobertura de inmunización disminuye la mortalidad y que todavía hay niños que no reciben todas las vacunas sistemáticas y que es uno de los Objetivos del Milenio (ODM 4) para reducir la mortalidad en los menores de 5 años (OMS-UNICEF-SAP).

Es necesario trabajar fuertemente en disminuir las inequidades existentes y así lograr que la vacunación sea vista como un derecho a ejercer como parte de la comunidad y no sólo como una obligación (Ángela Gentile).

La inmunización universal como prioridad, fue el compromiso de la Región, desde el comienzo, quedando plasmada desde el primer número de la *Revista Noticias* editada en esa época (1994) por los Dres. Ángel Plaza y Jorge Alberto Buraschi.▶

Dr. Gustavo Bardaui
Director Titular

“El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”

GRUPO EDITORIAL
REGIÓN METROPOLITANA

Editores de

Noticias Metropolitanas:

Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico:

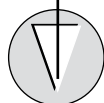
Director: Dr. Ricardo Straface

Colaboradores:

Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,
J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez

SEGUIMOS CRECIENDO:

a partir de este número, *Noticias Metropolitanas* tendrá cuatro páginas más.
Los Editores agradecen muy sinceramente al **Laboratorio Cassará** por su colaboración.



BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA (CAPITULADA)

Dres. Leonardo Vázquez y Paula Dal Din

En este número de *Noticias* damos fin a la publicación de este resumen de la *Historia de la Medicina*, recordando los principales hitos en la vida médica universal. Como se había anunciado previamente, se suministra la bibliografía utilizada.

POSITIVISMO

El Positivismo se desarrolla entre 1848 y 1914, siendo su creador y difusor, el francés Augusto Comte (1798-1857). En las ciencias médicas encontró rápida aceptación. La filosofía positivista de éste abandonó la especulación de lo sobrenatural en favor de la investigación científica. Según él, el conocimiento de todos los temas, desde la astronomía a la sociología, debería venir de la correlación de la evidencia empírica.

Aparece el laboratorio de análisis y de experimentación. Se busca asociar unos hechos con otros, donde “no cabe lo subjetivo”.

Se intentan *medir los procesos* en biología y fisiología. Se llevó a cabo la vivisección con sus partidarios y sus detractores.

En 1859 se crea el 1^{er} cuerpo de enfermeras profesionales y Charles Robert Darwin (1809-1882), científico británico que sentó las bases de la moderna teoría evolutiva, al plantear el concepto de que todas las formas de vida se han desarrollado a través de un lento proceso de *selección natural*. Su trabajo tuvo una influencia decisiva sobre las diferentes disciplinas científicas, y sobre el pensamiento moderno en general.¹

Con respecto a la *medicina experimental*, Rudolf Virchow (1821-1902), patólogo, arqueólogo y antropólogo alemán, fundador de la patología celular que nació en Schivelbein, Pomerania (hoy Swidwin, Polonia) y estudió en la Universidad de Berlín. Fue Virchow el primero en demostrar que la *teoría celular* se aplica tanto a los tejidos enfermos como a los sanos, es decir, que las células enfermas

derivan de las células sanas de tejidos normales. Con todo, rechazó la teoría de Louis Pasteur sobre los gérmenes como causantes de enfermedades.

Para Giambattista Morgagni (1682-1771), anatomista italiano fundador de la anatomía patológica, la unidad había sido el *órgano*. Para el anatomista francés Marie François Xavier Bichat, que fue pionero en el estudio de los tejidos a finales del siglo XVIII, la unidad era el *tejido*. Sus trabajos sentaron las bases de la histología moderna, el estudio microscópico de los tejidos animales y vegetales y para Virchow, la *célula*. Años más tarde, el histólogo español Santiago Ramón y Cajal, que obtuvo el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1906 y que fue pionero en la investigación de la estructura fina del sistema nervioso, pudo demostrar que las neuronas se unen entre sí por sus prolongaciones.

Sin duda, se destaca la figura de Claude Bernard (1813-1878), fisiólogo francés considerado fundador de la medicina experimental y nacido en St. Julien. Bernard obtuvo el título de medicina en 1843 y realizó seguidamente una serie de importantes descubrimientos en el campo de la fisiología. En 1846, por medio de experimentos realizados sobre conejos y otros animales, Bernard descubrió el *papel del páncreas* en la digestión. Demostró que dicho órgano segrega un líquido que permite la digestión de las grasas. Posteriormente, descubrió el papel que desempeña el *hígado* en la transformación, almacenamiento y utilización del azúcar en el organismo. También exploró las funciones del sistema nervioso vegetativo en particular y descubrió

la función de los nervios vasomotores, responsables de la regulación del flujo sanguíneo por medio de la constricción o dilatación de los vasos sanguíneos. Además de sus trabajos de fisiología experimental, Bernard hizo aportes relevantes a otros campos de las ciencias naturales y experimentales. Especialmente destacable fue su insistencia en la necesidad de diseñar experimentos para verificar o descartar hipótesis, que forma parte integral del moderno método científico. Además, su intento de comprender cómo se mantiene el equilibrio en los sistemas de un organismo.

Debido a la cantidad e importancia de sus descubrimientos, Bernard se convirtió en un prominente científico a lo largo de su vida. En 1854 aceptó la recién creada cátedra de Fisiología de la Sorbona. Fue lo máximo en el campo de la química fisiológica, habiendo acuñado el término de *secreción interna* (endocrinología). Para él, el organismo es un todo integrado. Concibió la idea de homeostasis y demostró la función *glucogénica* del hígado. En 1865 con "Introducción al estudio de la medicina experimental" publica su obra cumbre. Tras su muerte en 1878, Bernard fue objeto de un funeral público. Fue el primer científico al que se rindió ese honor en Francia.

Joseph Lister (1827-1912), cirujano británico que con el descubrimiento de los antisépticos en 1865 contribuyó a reducir en gran medida el número de muertes por infecciones contraídas en el quirófano. Nacido en Upton, Essex y formado en las Universidades de Londres y Edimburgo, Lister comenzó a estudiar la coagulación de la sangre y las inflamaciones producidas por lesiones y heridas quirúrgicas. A pesar de sus esfuerzos por mantener limpio el instrumental quirúrgico y los quirófanos, la tasa de mortalidad se mantenía en torno al 50 por ciento. Convencido de que la infección se debía a las partículas de polvo presentes en el aire, recurrió a las nebulizaciones de ácido carbólico (hoy llamado *fenol*), un compuesto químico que se utilizaba por aquel entonces para combatir el mal olor de las alcantarillas. En 1865 conoció la teoría de los gérmenes enunciada por el bacteriólogo francés Louis Pasteur, cuyos experimentos demostraban que la causa de la fermentación y la putrefacción se debía a los microorganismos que entraban en contacto con la materia orgánica. Gracias a la aplicación de ácido carbólico en el instrumental y directamente en las heridas, Lister consiguió reducir la mortalidad hasta un 15% en 1869.

Los descubrimientos de Lister en el campo de la antisepsia fueron rechazados en un principio, pero en la década de 1880 su aceptación era ya casi total.

En 1897 fue nombrado Barón por la reina Victoria I, que había sido su paciente. Se comienzan a usar guantes de goma y máscaras de rostro.⁴

Louis Pasteur (1822-1895), químico y biólogo francés que fundó la ciencia de la microbiología, demostró la teoría de los gérmenes como causantes de enfermedades (patógenos), inventó el proceso que lleva su nombre y desarrolló vacunas contra varias enfermedades. En 1857 demuestra que la transformación de azúcar en ácido láctico es producida por *microorganismos* dando por tierra con la teoría de la *generación espontánea*. Diferencia los microbios en aerobios y anaerobios y recomienda los procesos hoy conocidos como pasteurización. En 1885 descubre la vacuna contra la rabia y en 1886 se funda el Instituto Pasteur de París.

El sabio Robert Koch (1843-1910), científico alemán galardonado con el premio Nobel, iniciador de la bacteriología médica moderna; aisló varias bacterias patógenas, incluida la de la tuberculosis y descubrió los vectores animales de transmisión de una serie de enfermedades importantes. Actuó en el campo de la bacteriología, y en 1882 descubrió el bacilo de la tuberculosis. Mucho también fue lo que escribió sobre la etiología del carbunco.

Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán, nacido en Neustrelitz, desarrolló la primera clasificación universal de las enfermedades mentales, estableciendo entre otras, las nuevas. En 1883 se publica un tratado de psiquiatría de su autoría que tuvo vigencia por muchos años.

El ruso Metchnikoff, discípulo de Pasteur, expone la patología de la inflamación descubriendo en 1884 el mecanismo de la *fangocitosis*.

Sigmund Freud (1856-1939), médico y neurólogo austríaco, a través de la introducción del método de "asociaciones libres", da origen al actual psicoanálisis.

Se publican en general numerosos tratados sobre distintas especialidades y se incorporan múltiples instrumentales para la práctica médica.

Wilhelm Conrad Roentgen (1845-1923), físico alemán y primer Premio Nobel de Física, nació en Lennep (hoy parte de Remscheid, Alemania). En noviembre de 1895 leyó ante la Sociedad Físico-Médica de Würzburg un informe sobre su descubrimiento de radiaciones de onda corta a las que denominó *rayos X*. Más tarde estos rayos recibieron su nombre pero se siguen conociendo como rayos X. También realizó descubrimientos en mecánica, calor y electricidad.

Funk descubrió las *vitaminas*. El ruso Pavlov logra producir lo que él llamó "reflejos condicionados" y esto contribuyó a crear la "reflexología".

Se observa que la enfermedad que más contribuye a la mortalidad de las clases proletarias es la tuberculosis.¹⁰ Otras enfermedades infecciosas merman por las *medidas sanitarias colectivas*. Se estudian con interés las *enfermedades laborales*. Entre 1856 y 1863, Gregor Johann Mendel (1822-1884), monje austríaco cuyos experimentos se convirtieron en el fundamento de la actual teoría de la herencia. Estudió los caracteres de las semillas de arvejas (forma, color y longitud del tallo), estableciendo cuáles de éstos eran *dominantes* y cuáles *recesivos* y la proporción de *homocigotos* y *heterocigotos*. Dedujo las leyes de la genética que llevan su nombre. Como punto de partida del saber médico las especialidades van tomando cuerpo dentro de la medicina. Imposible poder resumir los enormes avances

en las ciencias biomédicas del siglo XX-XXI en los renglones que nos separan del final de este trabajo de recopilación.

Período **hasta 1944**; descubrimiento de: los antibióticos, el electrocardiógrafo, los grupos sanguíneos y el factor Rh, el argentino Luis Agote la sangre citrada, las hormonas, etc. Desde **1945** a la actualidad se descubren: la cortisona, la estructura del ADN, anticuerpos monoclonales, el virus del SIDA, etc. Elementos de diagnóstico como ecografía, TAC y RMN.

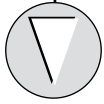
Los trasplantes de órganos, el genoma humano y el implante de células madre son desafíos y avances esperanzadores en la lucha contra el cáncer y enfermedades degenerativas. El progreso de la ciencia, para beneficio del ser humano, será inexorable.

MEDICINA DEL POSITIVISMO

Período	Características	Figuras relevantes	Aspecto científico-filosófico	Eventos a destacar
Comprende desde 1848 hasta 1914	Medicina del Laboratorio *	Augusto Comte (su creador)	Fe en la ciencia Se buscan hechos y leyes No cabe lo subjetivo	Auge tecnológico * Explosión demográfica * Lucha entre proletarios y patrones
		Darwin	Selección natural	
		De Vries	Neodarwinismo	
	Invención del aparataje médico *	Mendel	Genética	
		Rokitansky	Anatomía patológica	
		Virchow	Cito-patología	
	Nacen las especialidades médicas	Henle	Anatomía microscópica	
		Von Ehrenfels	Teoría de la Gelstat	
		Pavlov	Reflejos condicionados	
		C Bernard	Fisiología	
		Pasteur-Koch	Bacteriología	
		Lister	Antisepsia	
		Billroth	Cirugía	
Roentgen	Rayos X			

BIBLIOGRAFÍA

- Papp, D. y Agüero, A. Breve Historia de la Medicina. Ed. Claridad, Bs. As. 1994.
- Babini, J. Historia de la Medicina. Ed. Gedisa, Barcelona, 2ª. ed. 2000.
- Apuntes sobre Historia de la Medicina. Universidad Pontificia de Chile, Escuela Méd. de Publicaciones. (Pág. Web Internet).
- Bizcarra, K. Casa de Reposo Zuhaipe. (Pág. Web Internet).
- Laín Entralgo, P. Historia de la Medicina. Salvat Ed. S.A., Barcelona, 1985.
- Lyons, A. y Petrucelli, J. Historia de la Medicina, Ed. Doyma, Barcelona, 1980.
- Pérgola, F. y Okner, O. Historia de la Medicina. EDIMED, Buenos Aires, 1986.
- Fournier, H. Historia de la Medicina, Ed. Codex, Barcelona, 1965.
- Romo, I. Historia de la Medicina. Ed. Bruguera, Barcelona, 1971.
- Lemus, J. y col. Introducción a la Historia de la Medicina Universal y Argentina, Lizarraga y Lemus Editores, Buenos Aires, 1996.
- Finkielman, S. Medicina y Cultura. Los Editores de Medicina, Buenos Aires, 2001
- López Piñero, JM. Breve Historia de la Medicina, Ed. Alianza, Madrid, 2003
- Lema Toro. Historia de la Medicina. Ed. Mediterráneo, España, 2000



TALLER DE EJERCICIO PROFESIONAL EN PEDIATRÍA

Coordinadores: **Dra. M. Fernanda Nisimura***, **Dr. Diego A. Piñeyro^a**

Secretario: **Dr. Diego A. Steinberg^b**

Panelistas: **Dra. Fabiana Pestchanker^c**; **Dra. Virginia López Casariego^d**;

Dr. Edgardo Flamenco^e y **Dra. Mariana Marucco^f**

Se llevó a cabo el pasado 11 de diciembre de 2009, en el H.Z.G.A. "Dr. Prof. Ramón Carrillo" de Ciudadela, el primer taller de la comisión de ejercicio profesional de la Región Metropolitana de la SAP, Distrito Oeste. Se trataron temas referentes a la problemática médica actual: la Dra. López Casariego nos dio una visión de las "Políticas Sanitarias en Salud"; el "Género en la Práctica Pediátrica" fue tratado por la Dra. Pestchanker y el "Síndrome de quemarse por el trabajo" (*burnout*) fue extensamente desarrollado por el Dr. Flamenco y la Dra. Marucco, (quien también presentó la investigación "Mujeres que curan"). Mediante disertaciones y la formación de distintas mesas de trabajo, se llevó a cabo el taller en el que participaron médicos pediatras, neonatólogos, residentes y concurrentes de Pediatría.

En los profesionales presentes se pudo revelar que existe una gran preocupación respecto a la realidad por la que estamos atravesando; también fue notorio el desconocimiento de las políticas sanitarias y programas de salud vigentes, principalmente entre los médicos más jóvenes. Las causas que se evidenciaron fueron la falta de información, dificultad en el acceso a los datos epidemiológicos vigentes y la falta real de interés en las mismas.

Al tratarse la temática del género en Pediatría, especialidad en la que la mayor parte de los profesionales son mujeres, se vio que ellas ocupan

pocos cargos jerárquicos, sosteniéndose que este fenómeno está más relacionado con un mandato cultural ya establecido, que por falta de idoneidad. Cuando se debatió sobre "Quemarse por el trabajo", fue clara la presencia de al menos uno o más síntomas de desgaste profesional entre los presentes, proponiéndose como soluciones: tener menor carga laboral, percibir mayores salarios, tener reconocimiento en el lugar de trabajo, proponer la reducción de guardias. Al trabajar sobre cómo se soportaba esta problemática, qué elementos ayudaban como sostén, nos encontramos que en primer lugar está la familia, luego los amigos y por último los compañeros de trabajo. Se considera como agravante el no haber en los hospitales grupos de apoyo o profesionales que nos orienten para revertir esta problemática. Todos los participantes presentaban algún síntoma físico de *burnout*, pero no reconocían aumento de adicciones.

El taller nos dejó muchos desafíos y sensaciones; quizás el momento más impactante se dio en una situación muy particular, cargada de emoción y sorpresa, cuando al tratar el desgaste laboral surgió un conmovedor intercambio generacional entre un médico que recién comienza a ejercer la Pediatría (con todo el desgaste y agobio por el que está atravesando) y en el otro extremo, las palabras de apoyo de un pediatra con muchos años de carrera, con todas las fortalezas, debilidades, dificultades y aciertos por los que tuvo que transitar, diciéndole que "vale la pena, que se puede" y con emoción y orgullo, reafirmar que volvería a elegir la Pediatría con todo lo que ello implica, porque realmente "ama su profesión".

Dentro de las conclusiones generales de este taller surgen que tenemos que comenzar a trabajar en la Región sobre diferentes áreas inherentes al ejercicio de la Pediatría y que se nos plantean interrogantes para encontrar la forma de mejorar la calidad de nuestra práctica en el futuro... el desafío está planteado.

Finalmente el agradecimiento de quienes realizaron este taller al apoyo y ayuda de los Dres. Gustavo Bardauil y Mario Elmo.

-
- a. Médico Pediatra. HZGA "Prof. Dr. Ramón Carrillo" de Ciudadela. 3 de Febrero. Buenos Aires.
 - b. Neonatólogo. HZGA "Prof. Dr. Ramón Carrillo" de Ciudadela. 3 de Febrero. Buenos Aires.
 - c. Pediatra. Neonatóloga. Jefa de UCIN HZGA "Prof. Dr. Ramón Carrillo." Docente UBA. Directora de la Carrera de Especialista en Pediatría UBA.
 - d. Pediatra. Sanitarista. Docente e Investigadora de la UBA.
 - e. Pediatra. Psiquiatra Infantil. Jefe de Servicio de Pediatría HZGA Dr. Arturo Oñativia. Docente Asociado UDH Pediatría UBA.
 - f. Pediatra. Psiquiatra Infantil. Dra. En Salud Mental Comunitaria. Médica del HZGA Dr. Arturo Oñativia. Jefa T. P. UDH Pediatría UBA.

ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

► Actualización en vacunas

Director: Dr. Enrique Casanueva.

Días: martes. Desde el 6 de abril hasta el 22 de junio inclusive, de 11 a 13 hs.

Arancelado.

► Actualización en enteroparasitosis

Director: Dr. Lucio González.

Días: jueves. Desde el 15 de abril hasta el 10 de junio inclusive, de 11 a 13 hs.

No arancelado.

Para ambos cursos

Inscripción: en el Dpto. de Docencia e Investigación, Hospital Municipal del Niño de San Justo.

4441-2776/0736/9371, interno 139. La Red de Educación Continua de la SAP otorga 3 créditos por cada uno de ellos.

► Curso anual de cardiología pediátrica

Director: Dr. Jorge G. Graci y Susini.

Coordinador: Dr. Rafael Ahuad Guerrero.

Días: martes. De abril a octubre 2010, de 12 a 14 hs.

Carga horaria: 50 hs. docentes (con evaluación final).

Sede: Colegio de Médicos de la Pcia. De Bs. As. Distrito IV. Av. Pte. Perón 3938. San Martín.

Inscripción e informes: 4755-1970 (9 a 16 hs).

► 1^{ras} Jornadas de Pediatría. SUMS. Hostaciana B. de Lavignolle. "La importancia del trabajo interdisciplinario en la atención pediátrica cotidiana".

Días: 7 al 9 de abril.

Informes: Hospital de Morón. Teléfonos: 4628-4737/4629-1599. Interno 211-202-219.

Horarios: 8.30 a 11.00hs de lunes a viernes.

pediatriamoron@gmail.com

► Atención inicial del paciente pediátrico ante situaciones de emergencia.

Directores: Dra. Susana Villa Nova y Dra. Karina Moccia.

Secretaria: Dra. Corina Fierro.

Destinatarios: profesionales universitarios del equipo de salud. Profesionales de la salud encargados de la atención inicial (pre-hospitalaria y hospitalaria) del paciente pediátrico.

Requisitos de admisión: desempeñarse en el ámbito de la CABA. Hospital Fernández. 7° piso.

Días: 1° miércoles de cada mes, de abril a diciembre. De 12 a 14 hs.

Carga horaria: 60 hs.

No arancelado.

Informes e inscripción: 4808-2600, int. 2177. susanavillanova@hotmail.com (011) 156-575-4034 / kmocciadequintas@yahoo.com.ar. corifierro@yahoo.com.ar (011) 155-478-0740.

► Abordaje interdisciplinario de la violencia y el abuso intrafamiliar en un hospital general de agudos.

Organizado por el equipo interdisciplinario de abordaje de la violencia y abuso infantil del Hospital Juan A. Fernández.

Directores: Dra. Susana Villa Nova- Lic. Claudia Badia y Dra. Graciela Suárez.

Secretaria: Dra. Analía Riveros.

Destinatarios: profesionales universitarios del equipo de salud. Requisitos de admisión: desempeñarse en el ámbito de la CABA. Hospital Fernández 7° piso.

Días: 2° y 3° miércoles de cada mes de 12 a 14 hs, de marzo a diciembre.

Carga horaria total: 74 hs teórico-práctico.

No arancelado.

Informes e inscripción: 4808-2600, int. 2177. susanavillanova@hotmail.com (011) 156-575-4034; cbadia@gmail.com (011) 154-490-1703; patriciasuarez224@hotmail.com (011) 155- 257-7400.

► Dermatología: enfoque práctico para pediatras.

Directores: Dra. Lidia Valle: jefa Dermatología Hospital Elizalde. Dra. Cristina Villanueva: jefa Dermatología Hospital Fernández.

Secretarios: Dr. Fernando Sarmiento; Dra. Susana Villa Nova.

Destinatarios: profesionales universitarios equipo de salud de C.A.B.A. Requisitos de admisión: desempeñarse ámbito de C.A.B.A.

Hospital Fernández (7° piso).

Días: 2° y 4° lunes de agosto, septiembre y octubre.

Horarios de realización: teóricos 11:00 a 13.00.

Práctica a consignar.

Carga horaria: 36 hs.

No arancelado.

Informes e inscripción: 4808-2600, int. 2177. susanavillanova@hotmail.com 156-575-4034; fgrsarmiento@hotmail.com. 155-482-3645

► Curso anual "Problemas pediátricos frecuentes".

Directoras: Dra. Silvia Fiordeoliva; Dra. Patricia Graciela Suárez.

Secretarias: Dra. Karina Plaza; Dra. Patricia Massardi; Dra. Pilar Ambrona.

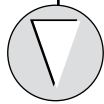
Días: Jueves 12 a 13.30 hs. Hospital Fernández 7° piso.

Destinatarios: médicos pediatras y en formación.

Carga horaria: 250 hs. con evaluación final.

No arancelado.

Informes e inscripción: 4808-2600, int. 2177. sbfernandez@fibertel.com.ar (011) 154-029-8375; patriciasuarez224@hotmail.com (011) 155-257-7400; karyale76@hotmail.com (011) 156-429-9604



ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

Dra. Patricia Cirigliano

Entrevista al Dr. José Luis Cervetto

Egresó de la UBA en 1966. Sus títulos: Especialista en Pediatría (SAP, 1971), Especialista en Pediatría y Puericultura (Ministerio de Salud de la Nación, 1971), Especialista Jerarquizado (Colegio de Médicos de la Pcia. de Bs. As., 1988), Médico Pediatra Gastroenterólogo (SAP, 1998). Fue varias veces Secretario Científico en diferentes Congresos y Jornadas, Presidente del Primer Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica y de las X Jornadas de esta Región Metropolitana; Experto Consulto en el Curso Trienal (1988-1990) de la Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Gastroenterología. Fue 8 veces Jurado de concursos oficiales para cubrir funciones jerárquicas. Director de Cursos en Nivel I y II de Clínica Pediátrica en 8 oportunidades; 9 veces relator; 14 veces disertante y otras Coordinador General y Presidente de Jornadas Médicas. Autor de 75 trabajos científicos (40 originales) sumando 17 trabajos de casuística y 11 de actualización en 32 años de investigación. En este camino recibió 4 veces el 1^{er} Premio en contribuciones científicas. Participó en Congresos para el Ministerio de Salud y Acción Social y para UNICEF. Autor, coautor, revisor y editor de publicaciones médicas. José Luis Cervetto realizó su trayectoria profesional en el Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas". Un Hospital con rastros de un pasado, a veces brillante, a veces sombrío y heridas no cicatrizadas, a cuya Dirección accedió por Concurso en 2003. José Luis resume con sencillez sus casi cuatro décadas de actuación: "Empecé como médico visitante, después de guardia, después Jefe de Sector, Jefe de Sección, Jefe de Servicio, Coordinador de Área Programática, hasta que llegué a la Dirección. Hice todo mi desarrollo profesional ahí y en la SAP".

Fue Presidente y miembro fundador del Comité de Bioética del Hospital Posadas y conferenciante en numerosos encuentros educativos en el Área Programática y de difusión hospitalaria.

Mente plástica y sentido del humor. Ojos chispeantes en el recuerdo de la picardía estudiantil, en el entusiasmo del investigador y una mirada profunda al opinar sobre los grandes temas que duelen en Pediatría. El respeto por sus grandes maestros, por sus colegas y también por sus alumnos, excluye muchas veces el "yo", para hablar de "nosotros", plasmando así la práctica en equipos y la tarea de extensión co-



munitaria. Trayectoria sin pausas, sólida y superadora, José Luis Cervetto ha sido honrado con el cálido reconocimiento de sus pares y es Miembro Honorario Nacional de la SAP.

Revista Noticias (RN): José Luis ¿egresaste a los 25 años, verdad?

Dr. José Luis Cervetto (JLC): Me recibí más tarde de lo proyectado, en Julio '66.

Mi padre se cayó, sufrió una fractura y tuve que andar tramitando, acompañándolo. Fue 7 días antes del último examen, de Medicina Legal. Hice Pediatría, antes de recibirme. Los practicantes eran comunes y entré en el Hospital de San Justo en el 63. Fue casual mi entrada. En esa época si se entraba en una guardia sin alguien que te apadrinara (yo tuve ese padrinzgo) se sufrían bromas, algunas muy pesadas.

RN: ¿Por ejemplo?

JLC: Te voy a contar una. No te voy a decir el Hospital ni quién sufrió la broma ni quiénes se la hicieron. Un médico fue a una guardia (hospital municipal) y cuando ingresa al día siguiente le dijeron:

— "Mirá, en esta guardia nosotros operamos a todos de apendicitis para evitarle riesgos"

— "¡No! Yo no preciso, yo estoy bien."

— "Sí, sí, acá, igual que a los que van a la Antártida, los operamos por si eligen a algún lugar remoto de vacaciones, para que no tengan ningún problema y además, para que no falten a la guardia."

Y lo llevaron al quirófano (lo hago corto para no prolongar la anécdota). Lo pusieron en la camilla y le dijeron: "va a ser con anestesia local, quedate tranquilo". Lo anestesiaron y tenían preparado un apéndice de otra cirugía, para mostrar así la pieza. Le pusieron las gasas, la tela adhesiva, taparon y lo llevaron a la Sala. Lo dejaron ahí un par de horas y después dijeron:

— "Bueno, vamos a acompañarlo." Fueron y le confesaron, "mirá, no te operamos, fue una broma".

— "¡No! Salí de acá... ¡mirá!, sí me operaron" y empezó a decir malas palabras... al final le sacaron todo: "¡ves que no tenés nada!". (Risas).

Sacar a pasear a alguien desnudo en la parte de atrás de una ambulancia o cosas por el estilo... era otra época de la Medicina.

RN: Esa estudiantina no se repitió ¿no?

JLC: No. Ahora todos están tapados de trabajo en las guardias, no hay tiempo para hacer ese tipo de bromas, ni serían aceptables.

RN: ¿Y después de egresar?

JLC: Tenía muchas necesidades económicas y de terminar de formarme en Medicina, en Pediatría en particular. Hacía tres años que venía haciéndolo. Estuve unos meses en el Hospital de San Justo, después en el Hospital Piñeyro, luego en el Zubizarreta y finalmente pedí licencia para ir al Hospital Ricardo Gutiérrez. Queríamos desarrollar la Gastroenterología Pediátrica. Entrevisté al Dr. Horacio Toccalino, que me dijo que fuera a Consultorios Externos. Empecé a ir con Elsa Guastavino. Vinieron las vacaciones, tuve una fractura en el pie (2 meses sin poder moverme). En mayo lo encontré a Toccalino en un Congreso de Pediatría en Santiago del Estero. Le dije que quería retomar y me contestó: -“Mire, ya no estoy en el Gutiérrez, estoy en el Posadas, venga a verme”. Me citó a las 8 de la mañana; ahí estuve antes de las 8, porque Toccalino era muy rígido y muy formal. Me aceptó como médico visitante. Empecé a trabajar y aprender. Eso fue mayo; en julio me invitó a integrarme al Servicio del Posadas. Honrado con esa invitación acepté inmediatamente. Ahí empezó mi desarrollo en la Gastroenterología Pediátrica.

RN: A 5 años de recibido empezó el vínculo con el Posadas, una relación que se prolongó largo tiempo...

JLC: Sí. Toda mi carrera y desarrollo profesional fue en el Posadas.

RN: ¿Qué fue lo más interesante o desafiante de tu carrera?

JLC: Los primeros años fueron la etapa más intensa y movida. Sin médicos de guardia los domingos, yo hacía guardia martes y rotativo los domingos. Tampoco había reemplazos. Pedíamos vacaciones y había que reemplazar a un compañero. Éramos dos pediatras por guardia y como no podía quedar con uno solo, hacía guardia martes y jueves y una rotativa un domingo cada 3. O sea martes, jueves y domingo. Además, el ritmo de trabajo de Toccalino era de 8 a 16 hs. Salíamos de la guardia, donde se dormía muy poco y continuábamos hasta las 4 de la tarde del día siguiente. Un ritmo intensísimo de trabajo y de aprendizaje también. Uno trabajaba todo el día y conocía los 90 pacientes internados, hacía los pases de Sala... una experiencia increíble...

RN: ¿Hubo tiempo para la familia?

JLC: Si uno pudiera volver atrás, corregiría lagunas del tiempo que le robé a la familia. Del Hospital solo no se podía vivir, había que trabajar en el consultorio privado, y atender las demandas familiares... que 5 chicos no es poco... ¿no?

RN: ¿Cómo se llaman? ¿Qué hacen?

JLC: Germán, el mayor, es periodista (está en Clarín), Jorgelina, la segunda, es bioquímica, la tercera es Analía estudiante de Psicología y las gemelas idénti-

cas estudian música y se presentan juntas: Carolina toca instrumentos de viento y la otra, Daniela, de percusión.

RN: En la Especialidad te interesó todo: el funcionamiento, la patología, las estrategias. ¿Cómo se encadenó la inclinación por la Gastroenterología Pediátrica?

JLC: Teníamos un líder, no solo a nivel nacional. Fue Horacio Toccalino. El tenía un desarrollo internacional en Gastroenterología Pediátrica y nos empujaba a todos con su entusiasmo. Hacía que cada uno de nosotros tomara un sector. Así fue como Mirta Ciocca y Margarita Ramonet se dedicaron a la Patología Hepática; Elsa Guastavino, Amanda Varela y Ricardo Reynoso a la Endoscopía. Intestino Delgado quedó para mí, que desarrollé ese sector. Jorge Ortiz, en Intestino Delgado y en Endoscopía. Cada uno de nosotros trató de desarrollar al máximo esos sectores. Los nombres que comenté son todos de primer nivel en Gastroenterología Pediátrica. Algunos ahora están en el Garrahan, otros continúan en el Posadas y en otros Hospitales de Capital. También la especialidad llegó al Interior. Hay importantes desarrollos en Córdoba, Mendoza, Santa Fe...

RN: ¿Fueron ateneos brillantes, no?

JLC: Sí. Había ateneos radiológicos, histológicos, de mortalidad. También bibliográficos, donde Toccalino nos obligaba a leer en inglés. Tuvimos que aprender a gran velocidad y a la fuerza, porque se leía el trabajo en inglés. Los demás teníamos que escuchar y tratar de entender, porque luego se comentaban. Nos hacía esforzar para aprender el idioma.

RN: De tus trabajos ¿cuál es el más amado?

JLC: Trabajamos con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, INTA, con el Departamento de Genética, procurando encontrar harinas que no produjeran daño en el intestino delgado de los pacientes celíacos. Así que llegamos a una cebada especial que aparentemente era libre de daño, o casi libre de daño en el intestino de esos chicos. Falleció el Jefe del Departamento y el grupo se desarmó. Esa cebada era de difícil producción a nivel comercial, porque los insectos polinizan los cereales y la única manera de cultivar esa cebada era en lugares cerrados, cubiertos, evitando la entrada de insectos, porque si no se cruzaba con otras especies. Se podía producir solamente para la investigación, pero creo que ese fue un trabajo pionero y muy interesante desde el punto de vista académico.

RN: ¿Cómo llegó tu primera presentación?

JLC: Recuerdo las primeras charlas en público porque me producían un “stress”...

RN: ¿Ah sí?

JLC: ...agudo... La primera vez, allá por el '85, en un congreso en Córdoba. Me puse muy colorado, trans-

piré mucho. No sé si todo el mundo se dio cuenta, pero yo estaba muy nervioso.

RN: *De los libros ¿cuál es el más valioso?*

JLC: Un libro de Pediatría que se publicó en Brasil donde colaboramos en un capítulo de Gastroenterología, junto con Ulysses Fagundes Neto, un médico brasilero que estuvo un año con nosotros en Argentina. Me gusta escribir. Escribo y reviso, reviso y reviso hasta que quedo conforme.

RN: *Y el libro Azul ¿ya tercera edición?*

JLC: El Libro Azul, es un libro de la SAP. Muy útil como consulta para los pediatras, porque se tocan todos los temas infectológicos. En el Libro Azul participamos en el área de Parasitosis. Escribimos sobre Teniasis.

RN: *¿Hay alguna filosofía detrás de tu extensa actuación en Política Sanitaria?*

JLC: Sí. Pienso que la marginalidad produce más marginalidad y peores condiciones de vida. En Argentina debemos contribuir a disminuir esa marginalidad; con esa idea es que hace muchos años me acerqué a las Unidades Sanitarias. Trabajábamos desde el Hospital Posadas, íbamos con residentes y becarios a atender chicos y hacíamos extensión comunitaria, con charlas en salas de espera y en los colegios. Capacitamos líderes sociales para que detectaran familias de riesgo o chicos con problemas y los acercaran al sector salud. Trabajamos años en las Unidades Sanitarias, en paralelo al desarrollo en Gastroenterología, desde la atención primaria. Estamos convencidos que hay que contribuir a formar redes locales, que los médicos no tienen que pertenecer a un Hospital o a un Municipio, sino que tienen que trabajar en el Área. Hay que salir de los hospitales y trabajar en el APS. Así uno se acerca a las familias y detecta los problemas. Es muy importante desarrollar **todas** las Áreas Programáticas.

RN: *¿Tuvo frutos tu labor docente universitaria?*

JLC: Sí. En charlas uno da conocimientos, pero quedan en lo teórico. El aprendizaje en Servicio (becarios, residentes) al lado del experimentado es lo más importante. De eso dan fe los médicos que actualmente están trabajando en lugares remotos de nuestro país, y que se formaron, muchos de ellos, en el Posadas y obviamente también en otros hospitales del área metropolitana. Tenemos muchos conocidos y amigos trabajando por allá con éxito, gracias a estar entre uno y tres años trabajando donde se puede realizar interconsultas y contactos con colegas de todas las especialidades pediátricas, lo que da un amplio margen de conocimientos y contacto para las derivaciones cuando no se puede manejar un tema.

RN: *En la Dirección ¿cuáles fueron los desafíos, lo que pudiste hacer y lo que te hubiera gustado hacer?*

JLC: Hasta jubilarme, ejercí 6 años la Dirección del Posadas. Los principales problemas provenían de ser

un Hospital muy politizado, con seis gremios (cuatro no profesionales y dos de profesionales) algunos muy combativos que provocaban paros que lastimaban a la población. Hablamos mucho con los gremios. Les decíamos que en una empresa privada un paro perjudica al dueño (la empresa produce menos) pero la huelga en un Hospital al único que perjudica es al paciente, que no puede recibir la atención que necesita. Sugeríamos otro tipo de protestas donde corresponde, sea en el Ministerio de Salud, sea en el Ministerio de Economía si era por reivindicaciones salariales o de tipo gremial-político. Claro, esos reclamos requieren esfuerzos, hacer un campamento en la puerta del Ministerio... Es más fácil parar el Hospital, pero me parece injusto. Tuvimos poco eco para esas ideas. Ahora voy al Hospital dos veces por semana y veo que los paros siguen. La metodología es la misma: la que daña al paciente. No se avanzó nada. No debería ser así en un país serio.

RN: *Tu vinculación con la SAP es larga y prolífica en la participación llegando incluso a la Dirección de esta misma Región Metropolitana. ¿Cuál es tu experiencia vital al respecto?*

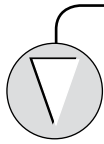
JLC: La SAP es muy dinámica. Quienes participamos en los Comités o en Comisión Directiva o en la Región, contra lo que muchos piensan, no recibimos nunca ninguna remuneración. Todo se hace "ad honorem". Lo hacemos por los chicos y la capacitación de los pediatras. Fui vocal del Comité de Gastroenterología varios años, después estuve en la Región Metropolitana, como simple miembro y después como Director asociado y Director Titular. Fui Protesorero en la Comisión Directiva de SAP. Siempre con la idea de mejorar la capacitación de los pediatras y que ello redunde en beneficio de los chicos y adolescentes.

RN: *¿Un consejo para los jóvenes egresados de hoy día?*

JLC: Que trabajen y que se capaciten en el área que ellos quieran desarrollar. La Medicina es muy amplia y las condiciones son bastante distintas a las del año 66, en que yo egresé. Ha habido una revolución tecnológica. Ahora los métodos diagnósticos, de imágenes o los "gigas", por decirlo de alguna manera, han tenido un desarrollo espectacular, así como los estudios bioquímicos. Para diagnosticar una enfermedad celíaca hace 30 años atrás teníamos D-xilosa, Van de Kamer y biopsia. Ahora con los anticuerpos uno hace un diagnóstico mucho más fino y aproxima mucho más a quien debe hacerle una biopsia de intestino delgado y a quien no. Mi recomendación es que estudien y que trabajen, no hay otro secreto: estudio y trabajo.

RN: *Es la Pediatría tu otra novia ¿no?*

JLC: La familia es una de esas deudas que a uno le quedan... Toda la vida traté de repartirme entre el trabajo, el desarrollo personal y profesional y la familia... ▶



BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

1) FACTORES ASOCIADOS CON LA VARIABILIDAD EN EL RESULTADO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

Estudios anteriores han demostrado una variabilidad significativa en el manejo clínico de los pacientes hospitalizados por ITU, pero ninguno ha investigado la variabilidad de los hospitales en los tratamientos actuales y los resultados. En el Hospital de Niños de Cincinnati, Cincinnati, OH, investigadores dirigieron un estudio retrospectivo de una cohorte de 20.892 de niños hospitalizados por ITU en 25 hospitales norteamericanos. Se obtuvieron los datos del Sistema de Información de Salud Pediátrica, una base de datos que contiene la información sobre los pacientes hospitalizados en 40 hospitales norteamericanos independientes. Había variación significativa en el tiempo de estadía (2.1 día-5.0 días). El porcentaje de niños en los cuales se realizó ecografía renal y cistouretrografía (CUG) fue de 0.3% en el hospital más bajo a 72.9% en el hospital más alto. Los hospitales con una guía de práctica clínica (CPG) para ITU tenían un porcentaje aproximadamente de 20%. Estadías más cortas se observaron en hospitales sin un CPG, asociado con costos disminuidos por admisión. Pacientes hospitalizados en nosocomios de mayor complejidad, fueron más proclives a ser sometidos a procedimientos de imágenes.

Conway PH, Keren R. J. Pediatr. 154:789-796, junio 2009.

Comentario: *Este es un ejemplo clásico de cómo factores sutiles que no tienen nada que ver con evidencia de una mejor práctica y calidad de cuidado, influyen en la realidad. Además, a pesar de la acumulación creciente de evidencia, algunos pediatras todavía están teniendo dudas para abandonar la CUG en la investigación inicial de niños con ITU, considerando que hay otros procedimientos menos agresivos para el paciente que pueden darnos la información que nosotros necesitamos. (R. Goldbloom). ▀*

2) MÁS SOBRE LA RELACIÓN SUEÑO-OBESIDAD EN PREESCOLARES

Un estudio de 2004 en adultos jóvenes mostró una tendencia lineal hacia un índice de masa corporal (IMC) más bajo en aquéllos que dormían más horas. Similarmente, en los niños en edad escolar, varias investigaciones han reportado de forma consistente que la duración de sueño

corto era un factor de riesgo independiente para la obesidad. En 2000, en el Shanghai Children Medical Center, Shanghai, PRC, estudiaron la relación sueño-obesidad en niños preescolares de Shanghai. Dos clases de jardín de infantes fueron escogidas al azar de 3 distritos urbanos y 2 distritos no urbanos. Los padres proporcionaron la información acerca de los modelos de sueño de los niños, la actividad física, el peso del nacimiento, el nivel de educación paterna, la hora de acostarse de cuidadores y colecho, entre otros factores. Niños que durmieron menos de 9 horas por noche, probablemente serán más obesos de adultos que aquéllos que durmieron más de 11 horas (OR 4.76; 95% CI, 1.28-17.69; p <0.05). Los parámetros considerados incluyeron: el apetito mayor a los pares; vivienda urbana; peso del nacimiento mayor de 4.000 grs.; el nivel de educación del padre (mayor que graduarse de la escuela secundaria); el ingreso de la casa mayor de 3.000 yuan/mensual y la edad de madre al parto mayor de 30 años. Si bien este estudio no mostró una tendencia lineal negativa en el predominio de obesidad por la duración del sueño, se vio que los niños que duermen menos de 9.5 horas serán obesos más probablemente. El acortamiento del sueño ha sido asociado con el nivel reducido de la hormona adipocito-derivada, leptina y aumentó del nivel de hormona estómago-derivada, el ghrelin. Ambos cambios son asociados con la sensación de hambre aumentada y podrían proporcionar una explicación para la relación sueño-obesidad. Aumentar el conocimiento de la importancia del sueño, fomenta que los padres establezcan un horario de sueño apropiado para los niños, lo que puede ser útil en la prevención de obesidad de niñez.

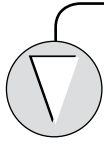
Jiang, et F et al. J. Pediatr. 154:814-818, junio 2009

Comentario: *El aumento acumulativo de la evidencia indica una asociación estadísticamente significativa entre la duración de sueño corto y el riesgo de obesidad. Claramente, un estudio de intervención de gran potencia, que determina que aumentando la duración de sueño en los jóvenes, de hecho, baja el riesgo (o el predominio) de obesidad. La idea que simplemente durmiendo los niños una o dos horas extras, disminuiría la susceptibilidad a la obesidad parece demasiado bueno para ser verdad. Hay otro reciente estudio que documenta esta asociación en Nueva Zelanda. (R. Goldbloom). ▀*

ADENDUM

“Ayuda a tus semejantes a levantar su carga, pero no a llevarla.”

(Pitágoras)



LA OBESIDAD: UN DESAFÍO PARA EL PEDIATRA

Mesa Redonda de las VIII Jornadas de la Región Metropolitana

Coordinadora: Dra. Gladys Convertini

La industrialización y el desarrollo económico globalizado han producido importantes cambios en el estilo de vida y en algo tan fundamental como es la dieta. El aumento de la ingesta de alimentos masivos se ha generalizado, así como el sedentarismo. Como consecuencia, la obesidad, la diabetes, y los problemas cardiovasculares representan hoy, más que nunca, un grave riesgo para la salud y están adquiriendo características de epidemia global. Estos conceptos no se refieren sólo a la edad adulta, sino que involucra también a la edad pediátrica y la adolescencia.

Objetivos:

- definir la obesidad como un verdadero problema de salud, actual y futuro,
- caracterizar su forma de evaluación y tratamiento y, fundamentalmente,
- puntualizar las estrategias preventivas con que cuenta el médico en el 1^{er} nivel de atención.

HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Dra. Patricia Lucía Casavalle

Se define a la obesidad (OB) como el aumento del tejido adiposo. Se debe realizar el diagnóstico no sólo de obesidad o sobrepeso (SP) sino también del síndrome metabólico (SM) y las complicaciones médicas, psicológicas y sociales. Estos se efectúan utilizando la historia clínica con sus tres componentes: a) anamnesis, b) examen clínico y c) exámenes complementarios.

- a) Anamnesis: brinda información referente a la etiopatogenia y a las complicaciones médicas, psicológicas y sociales. Orienta sobre factores predisponentes, desencadenantes y determinantes de la OB. Está constituida por:
- Antecedentes perinatales y del primer año de vida: ganancia de peso durante el embarazo, diabetes gestacional no tratada, peso de nacimiento, duración de la lactancia materna, edad de incorporación de semisólidos y sólidos, hábitos alimentarios.
 - Información sobre su OB: edad de comienzo (períodos críticos), factores desencadenantes, presencia de enfermedades asociadas, hábitos alimentarios del niño y la familia, ingesta calórica, actividad física, horas de mirar TV,

adaptación o marginación del niño y el grado de compromiso psicológico secundario a la OB, antecedentes madurativos y patológicos.

- Antecedentes familiares: OB trastornos de conducta alimentaria, dislipemia, infarto agudo de miocardio en varones < de 55 años y en mujeres < de 65 años, gota, DBT tipo 2, endocrinopatías, hipertensión arterial, asma y enfermedades genéticas.
- b) Examen Clínico: permite evaluar: 1) si hay exceso de grasa corporal y como se distribuye (SM), 2) etiopatogenia y 3) complicaciones médicas. Se divide en:
- Antropometría: son los índices ponderales (peso relativo para la talla "PR" e Índice de Masa Corporal "IMC") y las circunferencias de la cintura (OMS "punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca a nivel de la línea axilar media" u ombligo).
 - Examen Físico: se evalúa suficiencia cardiorrespiratoria (tensión arterial), abdomen, tiroides, piel (estrías y acantosis nigricans) y osteoarticular (columna, caderas y pies).
- c) Exámenes complementarios: indican la presencia de componentes bioquímicos del SM y complicaciones metabólicas. Se solicitan ante la presencia de OB o SP con complicaciones médicas o con antecedentes familiares positivos: hemograma, urea, creatinina, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, ácido úrico, glucemia, hepatograma y edad ósea.
- Criterios de derivación al especialista: OB con: complicaciones médicas, en niños menores de 2 años, grave sin complicaciones, trastornos de la conducta alimentaria, SP de mala evolución.

SÍNDROME METABÓLICO

Dra. Blanca Ozuna

La enfermedad cardiovascular continúa siendo la primera causa de muerte a nivel mundial, tanto en las estadísticas de los países desarrollados como de la mayoría de los países en vías de desarrollo. La misma está íntimamente asociada a la obesidad o a las consecuencias derivadas de la misma. El síndrome X, descrito como tal por Reaven en 1988, incluye una

serie de factores de riesgos asociados a enfermedad cardiovascular: obesidad, dislipidemia, hipertensión, diabetes, que se encuentran entrelazados por un hilo conductor o telón de fondo que es la resistencia insulínica o el hiperinsulinismo.

La obesidad relacionada al síndrome es la obesidad visceral y perivisceral (centralizada). A partir de 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el nombre de Síndrome Metabólico a esta constelación de factores de riesgo. El origen del síndrome es multifactorial, intervienen factores genéticos y ambientales. La epidemia de obesidad en la infancia ha acrecentado el interés en el síndrome metabólico debido a un importante cuerpo de evidencias sobre su potencial proyección hacia la adultez. La prevalencia de Síndrome Metabólico ha sido estimado en 6.7% en adultos jóvenes y 4.2% en adolescentes. En adolescentes con sobrepeso y obesos el cuadro asciende a un 38.7%. El Síndrome Metabólico, la obesidad, la diabetes tipo II y la enfermedad cardiovascular, tienen una correspondencia bien establecida en adultos. Esta asociación está fuertemente propuesta en niños, dado que hay estudios longitudinales que relacionan la presencia de factores de riesgo en la infancia. Lo que no está claramente definido es cuando hablamos de estos factores, cuáles son los puntos adecuados de corte que pueden constituir el riesgo de cada uno de sus componentes.

A los factores de riesgo mencionados por Reaven se fueron sumando otros, todos los cuales cuando se analiza su probable patogenia, nacen a partir de la obesidad y/o el hiperinsulinismo y la resistencia insulínica. La asunción irrefutable de que la obesidad es una enfermedad inflamatoria, agregaron al Síndrome Metabólico factores inflamatorios como la proteína C reactiva aumentada, al igual que el factor de necrosis tumoral, interleukina 6, etc. a los cuales se agregó, en el último tiempo, el fibrinógeno como agente antiinflamatorio; se incluyen además alteraciones de la hemostasia y la fibrinólisis; aumento de la microalbuminuria a 20 mcg/minuto, aunque para algunos autores esto supone una complicación del Síndrome Metabólico desde el punto de vista de agresión del endotelio; la estrato hepatitis no alcohólica relacionada con el hígado graso.

En 1998 la OMS es el primer organismo que propone una definición al Síndrome Metabólico. El grupo europeo, Study of Insulin Resistance (EGIR) introduce una modificación de la definición. Luego en el 2001, el National Cholesterol Education Program Panel III (ATP III) 2001, desarrolla una definición que resulta simple para aplicarla en la investigación y práctica clínica. Una reciente definición es la de la IDF en 2005. Las más utilizada en la población pediátrica son las

definiciones de la OMS y ATP III, adaptada (teniendo en cuenta percentilos y score z) para pacientes pediátricos que tienen en cuenta dislipidemia, obesidad, hipertensión, hipertrigliceridemia y valores de HDL c. En cuanto a las características de la obesidad el ATP III tiene en cuenta la circunferencia de cintura (CC) asociada fuertemente a obesidad visceral (obesidad centralizada), mientras que la OMS tiene en cuenta el IMC en su definición. Hay controversias en cuanto a si el IMC se asocia o no a la obesidad centralizada. El uso de CC está limitado por la falta de puntos de cortes en la edad pediátrica y el conocimiento de la diferente distribución de la grasa corporal en los niños relacionados con edad, sexo y estadio puberal. De todos modos, ya son muchos los países que usan sus puntos de corte teniendo en cuenta las características étnicas de la población.

Otro punto importante es la relación de los factores nutricionales y hormonales perinatales que pueden determinar la presencia del Síndrome Metabólico en la adultez. Así, tanto el bajo peso de nacimiento como el alto peso están relacionados con esta patología. Otro punto importante a tener en cuenta es la ganancia de peso de los niños en los primeros años de vida, en todos estos casos pueden o no estar relacionados con la obesidad.

La obesidad, el hiperinsulinismo y la resistencia insulínica englobadas en el Síndrome Metabólico constituyen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo cual representan un problema a nivel de salud pública. Es de suma importancia establecer los puntos de corte que permitan determinar el riesgo en la población pediátrica, para establecer estrategias apropiadas.

¿POR QUÉ TRATAR LA OBESIDAD? TRATAMIENTO MÉDICO

Dra. Patricia Sosa

La prevalencia de sobrepeso y obesidad presenta incrementos alarmantes en la población mundial. Este aumento en la incidencia, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, ha llevado a llamar a esta epidemia: "La epidemia del nuevo milenio". Datos recientemente publicados sobre prevalencia en nuestro país, revelan cifras preocupantes (26,4%). Los niños con obesidad presentan dificultades psicosociales como rechazo de sus pares, aislamiento y distorsión de la imagen corporal, pudiendo también afectar los logros educacionales y las relaciones interpersonales.

Los niños obesos tienen riesgo aumentado de hiperinsulinemia, hipertensión y dislipemias.

La obesidad en la infancia tiene mayor riesgo de obesidad en la vida adulta, que se asocia a enfermedades

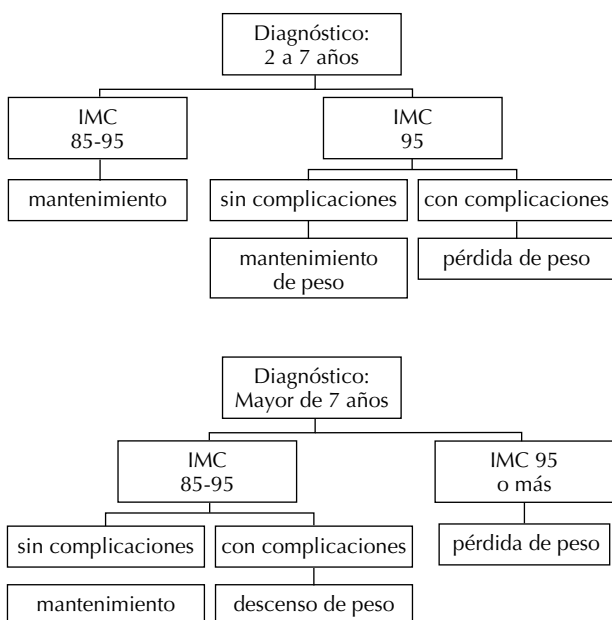
cardiovasculares, diabetes tipo II, osteoartritis, cáncer de mama, desórdenes cutáneos, agravamiento de enfermedades reumáticas, asma y otras enfermedades respiratorias.

Todas las evidencias frente a las dificultades del tratamiento de la obesidad del adulto, las frecuentes recaídas y los altos costos, ponen énfasis en la prevención. El tratamiento de la obesidad en la infancia es la prevención de la obesidad del adulto.

Indicaciones y algoritmo de tratamiento

¿A quiénes debe tratarse? Pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual al percentilo 85 con presencia de complicaciones y a todo paciente con IMC mayor o igual al percentilo 95 con o sin complicaciones presentes.

Peso deseado: El mantenimiento del peso *versus* la pérdida de peso para alcanzar un peso determinado, va a depender de la edad del paciente, el grado de obesidad y la presencia de complicaciones médicas.



Pasos necesarios para una correcta derivación

- 1- La intervención debe ser temprana: el tratamiento puede indicarse luego de los 3 años de edad. El riesgo de persistencia de obesidad aumenta con la edad.
- 2- La familia debe estar lista para el cambio.
- 3- Los clínicos deben educar a las familias sobre los problemas médicos de la obesidad. El niño y su familia deben conocer los riesgos a largo plazo de la obesidad, incluyendo hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular y diabetes. Los antecedentes familiares positivos de estas enfermedades deben ayudar a las familias a tratar

de prevenirlos en los hijos.

- 4- Los clínicos deben conversar con las familias acerca de su inclusión en el tratamiento. Los cambios familiares en relación a los hábitos alimentarios y de actividad física son esenciales para el éxito a largo plazo del tratamiento.
- 5- El clínico debe asesorar a la familia sobre las características del tratamiento: los programas adecuados de tratamiento deben instituir cambios PERMANENTES. No dietas de corto plazo que busquen un descenso rápido del peso.

Estrategias generales del tratamiento

- Involucrar a la familia en el tratamiento: cuando la familia forma parte del tratamiento se producen mejores resultados en el descenso de la adiposidad y en el sostenimiento a largo plazo.
- Los cambios en los hábitos alimentarios y en la actividad, deben ser graduales.
- Los cambios deben ser pequeños, pero permanentes.

La familia debe aprender a :

1. Comprar alimentos saludables. Saber clasificar los alimentos según su contenido graso y de azúcares refinados. Utilizar el gráfico nacional de alimentos como herramienta educativa.
2. Planificar un menú semanal saludable. La organización es un componente importante del tratamiento.
3. Facilitar el ordenamiento de la alimentación familiar.
4. Reconocer las porciones adecuadas para cada edad.
5. Resaltar las conductas positivas y alentar al niño.
 - Las consultas deben ser frecuentes para permitir al pediatra evaluar los logros, reconocer las dificultades y realizar los cambios necesarios en la estrategia del tratamiento. El profesional debe empatizar con la familia y no criticar. Cada logro alcanzado debe ser estimulado.
 - La familia debe reemplazar conductas sedentarias por otras de mayor gasto de energía. La actividad debe estar incorporada dentro de la rutina diaria, en forma espontánea y programada.

TRATAMIENTO DIETÉTICO

Lic. Silvina Guisande

La obesidad infantil ha crecido hasta convertirse en epidemia. La obesidad constituye un auténtico riesgo para la salud del niño. Es por ello que la prevención resulta la estrategia más efectiva para evitar conse-

cuencias que ocasionan la aparición de múltiples factores de riesgo de enfermedades degenerativas. La detección temprana de la enfermedad y el tratamiento precoz son fundamentales para evitar consecuencias a futuro.

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto de energía que se genera de la actividad, ya que los niños con sobrepeso suelen desarrollar poca actividad física, tanto en la práctica de deportes como en la vida cotidiana. Esto generalmente se ve agravado por el extenso tiempo que los niños dedican a mirar televisión, videojuegos o computadoras. El gran gasto de energía se realiza en las actividades cotidianas; si además puede orientarse

la actividad física con un profesional, mejor aún. El tratamiento de la obesidad es un proceso de paulatino aprendizaje y cambios de hábitos que no responde a pautas rígidas, y que pretende modificar hábitos alimentarios y actividad física. La inclusión de los padres en el tratamiento permite obtener resultados efectivos, para ello se debe trabajar conjuntamente con los niños y con los padres. Habitualmente son los adultos quienes realizan las compras de los alimentos, elaboran las comidas y las sirven, de ahí la necesidad de lograr su participación en el tratamiento.

Se deberá emprender un proceso profundo de cambio que incluya al niño y a su entorno familiar.



CURIOSIDADES Hospital de niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”

Dr. Carlos Luzzani

Pediatra de Guardia de Hospital del Conurbano Bonaerense por intercomunicador le solicita a cabina de conmutador: “Necesito hablar con el Dr. Ricardo Gutiérrez”. Inmediatamente por los altavoces del Hospital se escucha: —“Dr. Ricardo Gutiérrez comunicarse con Guardia de Pediatría.... Dr. Ricardo Gutiérrez comunicarse con Guardia de Pediatría...”

Anécdota relatada por el Dr. Carlos Luzzani

HISTORIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

Joaquín del Pino Sánchez de Rozas Romero y Negrete, anteuúltimo virrey del Río de la Plata, asumió el cargo el 20 de mayo de 1801 y lo ocupó hasta abril de 1804, momento en que siendo ya septuagenario, cayó enfermo y murió dejando designado a Rafael de Sobremonte como su sucesor. A título anecdótico recordamos que, pocos años después, su hija, Juana del Pino, contraería matrimonio con el futuro presidente Bernardino Rivadavia. María Josefa del Pino, nieta del Virrey, presenta a la Sociedad de Beneficencia, el 7 de Enero de 1867 el proyecto de fundar un Hospital de Niños en la Ciudad de Buenos Aires, idea que aprueba la Comisión en pleno, según consta en Actas. En 1871 fallece la Sra. del Pino víctima de la epidemia de fiebre amarilla, sin ver concretada su obra. Asume la presidencia de la Sociedad de Beneficencia, la Sra. Dolores Lavalle de Lavalle con la condición de que todos se comprometan a cumplir los deseos de la Sra. del Pino, de construir el Hospital de Niños para Buenos Aires. La Comisión que debe ocuparse de todo lo relativo a la concreción de la obra del Hospital está integrada por las Sras. Ema Van Praet de Napp, Adela Blaye de Peña y Petrona Villegas de Cordero. Su inauguración estaba proyectada para el 29 de Abril de 1875. Un hecho fortuito, una lluvia torrencial que anegó los accesos al Hospital, hizo que

la inauguración fuera postergada para el día siguiente. El 30 de abril de 1875 se inaugura el Hospital de Niños “San Luis Gonzaga”. Se ubica en la calle Victoria 1179 (hoy Hipólito Yrigoyen 3420). Se nombra primer director por tres meses, al Dr. Rafael Herrera Vegas, en forma transitoria hasta el regreso del Dr. Ricardo Gutiérrez que se encontraba perfeccionándose en Europa, más precisamente en Francia. El Dr. Ricardo Gutiérrez, primer pediatra de nuestro país, regresó y en agosto de 1875 asumió la dirección del Hospital de Niños “San Luis Gonzaga”. Su gestión se extendió durante más de dos décadas en forma honoraria. Los Dres. Ignacio Pirovano y Adalberto Ramaugé son los primeros médicos y el primer practicante es José María Ramos Mejía, posteriormente ilustre médico argentino. La capacidad del Hospital inmediatamente es insuficiente por lo cual se traslada, el 22 de abril de 1876, a una nueva sede en Arenales 1462, edificio más amplio y de mejor acceso. Se incorporan nuevos facultativos y nuevas especialidades: Dr. Eduardo Holmberg en Anatomía Patológica; Dr. Mariano Bejarano en Ojos; Dr. Baldomero Sommer en Dermatología y el Dr. Juan Pujol en Garganta, Nariz y Oído.

El 10 de marzo de 1883 el Presidente de la Nación, Don Julio Argentino Roca funda la Cátedra de Pediatría y nombra por decreto al Dr. Manuel Blancas: “Cate-drático de Enfermedades de Niños y Clínica Respectiva

“en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. La Cátedra se establece en el Hospital Nacional de Clínicas (el Dr. Manuel Blancas fue titular hasta el año 1906 en que fue sucedido por el Dr. Ángel Centeno hasta 1918). El Dr. Manuel Blancas dirige el primer curso sobre “Enfermedades en los niños” que se dicta en el país.

Abril de 1886: el Dr. Ricardo Gutiérrez eleva la estadística del año anterior a las Damas de Beneficencia, las que son el argumento fundamental, para la construcción de un nuevo y amplio hospital. Luego de largas tramitaciones se adquiere el solar de Gallo 984/1016 (sede actual Gallo 1330). La piedra fundamental, bendecida por Monseñor Federico Oneiros en 1893, se coloca en el actual predio. Una comisión presidida por el Dr. Emilio Costa asiste en representación del Presidente de la Nación. Preside la Sociedad de Beneficencia la Sra. Carolina Lagos de Pellegrini. En 1896 se inaugura la sede de la calle Gallo. El Dr. Ricardo Gutiérrez no pudo ser testigo de este acto que tanto esperó, porque falleció poco antes, el 26-08-1896. La Dirección del Hospital la asume el Dr. Antonio Arraga. La construcción de nuevos pabellones sigue a los ya habilitados y previstos en el proyecto de origen del Hospital, realizado por el arquitecto Christophersen, que ganó por el mismo una medalla de oro en la exposición de Chicago. La Argentina de esos días posee un Hospital de Niños que por envergadura es orgullo de la Pediatría de Sudamérica.

El diputado Antonio Solari en 1946 presenta un proyecto para poner el nombre de “Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez”, que cristalizó en la Ley N° 14.649. El país rinde así justo homenaje a uno de sus hijos predilectos. Médico, poeta, literato y militar. Todo eso fue Ricardo Gutiérrez. “Había en él mucho de genial y a ello debió su enorme prestigio, único e indiscutido entre sus compañeros y discípulos, médicos y poetas y más que nada entre las madres. Su dedicación a los niños enfermos lo apartó del arte, aunque no del todo, porque había en él un infinito fondo de tristeza y ternura”. Así lo definió José Antonio Argerich, como a uno de los prominentes médicos que tuvo nuestro país y “padre” del Hospital de Niños, que hoy lleva su nombre.

Gutiérrez pertenecía a una familia de la clase dirigente de la provincia de Buenos Aires. Con sus tres hermanos formaron el clan de Los Gutiérrez. Juan María, miembro de la Joven Generación de Mayo junto con Esteban Echeverría y Juan Bautista Alberdi, agudo crítico literario y promotor de la cultura, ministro de Urquiza y rector de la Universidad de Buenos Aires durante la presidencia de Mitre; Eduardo, autor del Juan Moreira, con cuya representación popular en El Picadero se inició el teatro nacional, y Carlos, fuerte caudillo, fundador y redactor con sus hermanos, de *La Nación Argentina*,

diario de gran influencia en la política porteña, que Mitre les compró en 1870 y rebautizó como *La Nación*. Todos ellos, alumnos del educador Amadeo Jacques en el Colegio Nacional de Buenos Aires.

El militar

Ricardo Gutiérrez había nacido en Arrecifes el 10 de noviembre de 1838. Sus inclinaciones profesionales lo encaminaron hacia el Derecho, carrera que abandonó para definir su vocación por la Medicina. En pleno estudio, se enroló como voluntario para participar en la Guerra del Paraguay (1865-1870). Una experiencia que lo marcó a fondo. Sin duda, el trabajo en la sanidad militar fue decisivo para su práctica de la profesión y las posturas personales y sociales que adoptó más tarde. Estuvo cinco años en el frente y fue condecorado por su desempeño humanitario por los gobiernos de los países aliados. También integró los ejércitos de Buenos Aires, bajo las órdenes de Mitre y combatió en Cepeda y Pavón.

El poeta

A los 22 años se hizo conocer en las letras con *La Fiebre Salvaje*, al que le siguieron *Lázaro*, *El Libro de las Lágrimas* y *El Libro de los Cantos*. Otras obras son: *La Hermana de la Caridad y Cristián*, una novela. Hacia 1875 Gutiérrez era considerado como el poeta romántico de la Ciudad de Buenos Aires. Acabada la guerra, su poesía humanitaria, fraternal y pacifista, había entrado en el gusto literario y las aspiraciones del público, que buscaba dejar atrás los años violentos. El canto en el que propone tender la mano al vencido (el pueblo paraguayo derrotado por la Triple Alianza de Argentina, Brasil y Uruguay) resultaba como un bálsamo para los oídos porteños.

En “La Victoria”, escribió:

*¡Ah, no levantes canto de victoria
en el día sin sol de la batalla;
que has partido la frente de tu hermano
con el maldito golpe de la espada!
Cuando se abate el pájaro del cielo,
se estremece la tórtola en la rama;
Cuando se postra el tigre en la llanura,
las fieras todas aterradas callan!...
¿Y tú levantas himno de victoria
en el día sin sol de la batalla?
¡Ah, sólo el hombre, sobre el mundo impío,
en la caída de los hombres canta!
Yo no canto la muerte de mi hermano;
márcame con el hierro de la infamia.
¡Porque en el día en que su sangre viertes,
de mi trémula mano cae el arpa!*

Sus poesías aparecían en diarios, revistas y folletos, que posteriormente fueron reunidas en un volumen. En

La Nación publicó distintas obras como *El Misionero*, *El Poeta*, *El Soldado*, que lo mostraron como una de las mejores plumas de la literatura nacional, junto a otras como las de Olegario V. Andrade, Carlos Guido y Spano y Rafael Obligado.

El médico

Con el diploma de Doctor en Medicina, viajó a Europa becado por el gobierno argentino, donde se perfeccionó en Clínica Pediátrica. De vuelta al país, se abocó a iniciar y difundir la especialidad. Hizo escuela con los conocimientos adquiridos y dirigió el Hospital de Niños durante 25 años en forma gratuita. Allí pudo poner en marcha por primera vez en la Argentina, la medicina psicosomática que en el caso de los pequeños enfermos, significaba un tratamiento que unía la medicación con el juguete. Cuando la población de Buenos Aires se vio atacada por las epidemias de fiebre amarilla (1871) y cólera (1867 y 1877) junto con otros numerosos colegas, asistentes y voluntarios, desempeñó su misión con alto compromiso y comandó los servicios sanitarios de las regiones de Las Conchas (actualmente Tigre) y San Fernando, unas de las más afectadas por los contagios y las muertes.

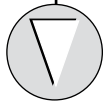
Ricardo Rojas, en su *Historia de la Literatura Argentina*, sintetiza su labor: "Su profesión más absorbente fue el ejercicio de la medicina y al amor con que la ejerció, entre niños dolientes y madres atribuladas, debió Gu-

tiérrez no poco de su fama como poeta, hecha más bien de simpatía personal que de admiración literaria". En 1879, aún cuando gran parte de su tiempo lo consumía en el hospital y sus decenas de pacientes, Gutiérrez fundó con sus hermanos el diario *La Patria Argentina* para la difusión cultural. Falleció en 1896, a los 58 años. Estanislao del Campo le había dedicado el poema *Fausto* y Enrique Susini dirigió la película *Ayer y Hoy* (1934) cuyo guión es la adaptación de uno de sus cuentos.

La Escuela N° 18 de Av. Las Heras 3086 de la Ciudad de Buenos Aires lleva el nombre del Dr. Rafael Herrera Vegas, que en forma transitoria fuera, en 1875 como vimos, el primer director del Hospital de Niños San Luis Gonzaga.

BIBLIOGRAFÍA

- www.guti.gov.ar
- Noro Lauro S. Historias del pensamiento político nacional. Doctor Ricardo Gutiérrez, padre del Hospital de Niños.
- Korman R. Alejandro Posadas y la cirugía del niño. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Clínicas UBA.
- Otharón E. Biografía de Médicos. Recopilación. Ediciones Médicas.
- Carlos A. Ray. Primera cátedra de pediatría. Editado por la Cátedra, 1983.



MICROQUIMERISMO ¿El fin de la autoinmunidad?

En nuestros días tiende a creerse que cada uno de nosotros posee billones de células que surgieron del óvulo fecundado, así como también otras de individuos genéticamente distintos. En el útero captamos un sin número de células procedentes de la madre, así como también las mujeres embarazadas se apropian de células del embrión. Esas células atraviesan la placenta, pues el tejido que conecta madre e hijo no es una pared impenetrable. Es, en realidad, una frontera selectiva que permite el paso de los nutrientes necesarios para el crecimiento del fruto. Es sorprendente que esas células migrantes aparezcan en el nuevo huésped, circulando por su sangre o formando parte de tejidos para la conformación de los órganos. Cuando esto sucede (las células de una persona se mezclan en el organismo de otra) hablamos de microquimerismo. Los primeros indicios de que las células de la madre pasaban al feto, se publicaron hace unos 60 años, en

un trabajo que describía la transferencia de células cancerosas de la piel de la madre, a la placenta y al feto. A fines del siglo XIX (1893) un patólogo alemán, observó que las células también tomaban el camino inverso: del feto a la madre.

En 1979, L.A. Herzenberg publicó en Stanford un artículo sobre el descubrimiento de células masculinas, en la sangre de mujeres embarazadas de niños varones. En los años 90, del pasado siglo, se halló con frecuencia cierto número de células foráneas que sobrevivían de forma indefinida en individuos sanos. Las pruebas de que las células persisten en la madre llegaron cuando Diana W. Bianchi, en Tufts, unas décadas atrás, descubrió ADN masculino en mujeres que habían tenido hijos varones. Vale preguntarse ¿cómo logran vivir tanto tiempo las células transferidas? Sabemos que la mayoría de esas células viven un tiempo limitado, pero las células madre (son una excepción)

Dr. Alejandro Ameijeira

se dividen en forma indefinida y originan una gama de células especializadas, incluso las inmunitarias, hipótesis que se probó posteriormente.

El microquimerismo materno es un arma de doble filo. En su faceta negativa puede contribuir a generar enfermedades autoinmunes, donde el sistema inmunitario ataca los tejidos propios del individuo, con consecuencias habitualmente fatales. Células de la madre están involucradas en la dermatomiositis juvenil, proceso que afecta la piel y los músculos. La enfermedad surge cuando las células inmunitarias maternas atacan los tejidos del hijo. El microquimerismo materno puede contribuir de forma distinta en el lupus neonatal. Este síndrome se debe en parte a la actividad de anticuerpos que viajan de la sangre materna hasta el feto en gestación, causando una serie de trastornos, entre ellos carditis, la que puede ser causa de muerte. Las madres presentan los anticuerpos (Ac) causantes, pero ellas están por lo regular sanas. Los niños nacidos posteriormente de la misma mujer, no se afectan. De hecho los Ac son importantes, pero no lo son todo. En los niños que habían muerto por fallo cardíaco se descubrieron células femeninas, que seguro procedían de la madre. Dichas células no estaban presentes en fetos que murieron por otras causas. Las células transferidas de la madre al feto correspondían a células madres, pues en apariencia las células halladas en los hijos afectados, se habían diferenciado y formaban parte del corazón. En algunos casos las células integradas podrían no iniciar un ataque inmunitario y sí facilitar la reparación de órganos dañados, lo que dio pie para comenzar a investigar si el microquimerismo materno participaba en la diabetes insulino dependiente (DID), una afección auto inmunitaria que afecta a niños y jóvenes, destruyendo las células beta del páncreas. Durante el embarazo, algunas células maternas se integran en el páncreas fetal y se diferenciaban en células beta, pero al paso del tiempo, ellas se convertían en el blanco del ataque inmunitario. El microquimerismo materno se hallaba en mayor frecuencia e intensidad en la sangre de diabéticos de tipo I (DID), que en la de sus hermanos no afectados o en la de individuos sanos, con los que no guardaban parentesco. Sin embargo, se han encontrado células maternas productoras de insulina en un páncreas, proveniente de la autopsia de un diabético. También se hallaron células maternas productoras de insulina en personas no diabéticas. Dichas células no fueron objeto de un ataque inmunitario. Ocurrió todo lo contrario: las células maternas del páncreas de diabéticos, participan en la regeneración del órgano enfermo.

En 1994 ocurrió un suceso por cierto inesperado: se hallaron células fetales en la sangre de una técnica de laboratorio un año después del nacimiento de su hijo,

lo que planteó la pregunta: ¿qué consecuencias tendría el alojar en forma indefinida, células de su propio hijo? Es que algunas de las patologías autoinmunes pueden establecer interacción entre las células propias de la madre y las de su feto. Si ello ocurriera, se podría cuestionar el concepto de autoinmunidad. La mayoría de esas noxas afectan mayormente a mujeres de entre 40 a 60 años, luego de sus embarazos, sin tener relación con alteraciones hormonales. Si las células de larga duración procedentes del feto, intervienen en la autoinmunidad, estos trastornos serían mucho más frecuentes. Se comenzó luego a estudiar otra patología: la esclerodermia, un trastorno autoinmune de la piel que afecta con frecuencia a mujeres. En ellas se estudiaron las madres de varones, pues es más sencillo demostrar la existencia de células masculinas entre millones de células femeninas. Se extrajo sangre o muestras de tejido de mujeres sanas y de pacientes con la enfermedad, para buscar luego el ADN del cromosoma Y. Por primera vez, se relacionaba el microquimerismo con una patología de tipo autoinmune, donde se vio el compromiso de las células fetales adquiridas por la madre: el microquimerismo fetal era mayor en la sangre de las mujeres enfermas que en las sanas.

En mujeres con esclerodermia, los HLA de células fetales muestran semejanza con los HLA de Clase II de la madre. La presencia de células cuyos HLA difieren de los maternos no resulta un problema, pues el sistema inmune de la madre tomaría las células foráneas y las destruiría. En cambio, las células con alta semejanza con las maternas, podrían eludir la primera línea de defensa inmune y pasar inadvertidas. Los problemas surgirían más tarde, si el sistema inmune materno detectará al intruso: su eliminación provocaría daños a los tejidos de la madre y desencadenaría un ataque inmunitario.

No se sabe por qué las células fetales que el sistema inmune materno ha aceptado por decenios desde el embarazo, de repente se convierten en intrusas e indeseables. Las células inmunitarias del feto, reaccionan a patógenos que no son eliminados por la madre pero sí por las células fetales, que refuerzan la respuesta y también podrían reparar tejidos. El microquimerismo beneficia a las mujeres con artritis reumatoide. Philips Hench, hace 70 años observó que esta afección mejora en el embarazo. En un principio se pensó que la mejora se debía a factores hormonales, como el cortisol cuya secreción se triplica en el embarazo, pero no era la única explicación.

El embarazo es un reto para el sistema inmune, pues el feto es semiextraño en términos genéticos. La mejora de la artritis en el embarazo era mayor cuando los HLA fetales eran muy distintos de los maternos, lo que crea una desigualdad entre los HLA II

maternos y del niño. Los niveles altos de microquimerismo fetal, producen una mayor atenuación de los síntomas de la artritis durante la gestación.

Se ha detectado microquimerismo fetal en la tiroides, el intestino y en el hígado de madres con diversos trastornos; se ha confirmado el microquimerismo fetal en células inmunitarias circulantes de las madres. Que esas células resulten beneficiosas o perjudiciales, pueden depender de las circunstancias y de cada individuo.

Moderna visión de “lo propio”

El microquimerismo nos puede afectar de diferentes maneras: las células inmunes transferidas organizan un ataque a los tejidos del organismo, como ocurre en la dermatomiositis juvenil, o células que se diferencian y provocan la agresión al sistema inmune del huésped, como en la esclerodermia y en el lupus neonatal. Células intrusas se desplazan hasta tejidos dañados para favorecer la regeneración y restaurar la función como en la diabetes tipo I. Sólo las mujeres están sujetas al microquimerismo fetal, pero cualquiera puede albergar células maternas: hombres, niños y mujeres que nunca se embarazaron.

El microquimerismo materno se produce en el desarrollo fetal, cuando el sistema inmune está maduro; ambos procesos pueden contribuir a “lo propio”, pero en distintas formas. Sabemos muy poco sobre la naturaleza de esa diferencia pero vamos en camino, lento pero sin pausa, a desafiar el concepto de “lo propio” en inmunología. Descubrimientos recientes plantean cuestiones fascinantes. ¿Se podría aprovechar el microquimerismo fetal para tratar enfermedades neurodegenerativas? ¿Y si nuestro cerebro no es del todo “nuestro”, qué es lo que constituye el “yo” fisiológico?

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Kristina M. y Nelson J. Lee. Microchimerism: an investigative frontier in autoimmunity and transplantation. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 291, N° 9, págs. 1127-1131; marzo de 2004.
- Nelson J. Lee y col. Maternal microchimerism in peripheral blood in type I diabetes and pancreatic islet B cell microchimerism. En: *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, vol. 104 N° 5 págs. 1637-1642; enero de 2007.

