

Noticias

SECCIÓN A CARGO DE **PAOLA VIOLA Y SILVIA TONINI**

5 de Mayo. Día Internacional de la Enfermedad Celíaca

Luego de que en el año 2011 el Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca publicó una Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico de la Enfermedad Celíaca en el Primer Nivel de Atención, nada más oportuno que la publicación de un consenso actualizado nacional para el diagnóstico y seguimiento de pacientes que padecen esta enfermedad, en un momento en el que las guías internacionales se confunden con las pautas locales de estudio y tratamiento y en un mes donde se celebra el día internacional de la Enfermedad Celíaca. El 5 de mayo es el día dedicado a la concientización de la población sobre esta enfermedad y a la promoción de la búsqueda de soluciones para las personas afectadas.



El objetivo de este consenso es favorecer un mejor y más temprano diagnóstico de la patología, a la par que homogeneizar y aproximar al mejor conocimiento científico disponible las decisiones relacionadas con el abordaje de la enfermedad, contribuyendo de este modo tanto a la mejora de la calidad de vida de las personas celíacas como a la unificación de los criterios diagnósticos a nivel nacional.

Se han convocado referentes gastroenterólogos, patólogos, nutricionistas y pediatras para la elaboración de las mismas con un resultado más que satisfactorio

Algunos puntos que deja en claro esta guía:

La combinación serológica inicial más recomendada (según disponibilidad) es:

- acTG IgA + IgA total , o
- acTG Ig A y DPG IgG, o
- acTG IgA.

No deben solicitarse anticuerpos anti gliadina (AGA IgA-IgG) por su falta de especificidad.

El uso del estudio genético (HLA DQ2/DQ8) corresponde al especialista. No debe ser usado rutinariamente en el diagnóstico de enfermedad celíaca. De acuerdo al consenso, en nuestro medio se debe confirmar el diagnóstico definitivo de Enfermedad Celíaca mediante la biopsia intestinal tanto en niños como en adultos. Los expertos no consideran que en el momento actual estemos en condiciones de certificar diagnóstico sin biopsia.

El tiempo marcará modificaciones a la misma y si se podrá oportunamente alcanzar la especificidad y el control de calidad de los laboratorios europeos y americanos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca prescindiendo de la biopsia intestinal en un grupo selecto de pacientes.

Fuente: http://www.salud.gob.ar/celiacos/pdf/consenso_2017.pdf
En colaboración con el Dr. Pablo Malagrino. Pediatra gastroenterólogo.
 Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

17 de Mayo. Día Mundial de la Hipertensión



El lema de este año es **“Conoce tus números”**, con el propósito de aumentar el conocimiento y concientización de las poblaciones en todo el mundo sobre la presión arterial elevada.

NUEVAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En septiembre de 2017 la Academia Americana de Pediatría publicó las nuevas guías para la detección y manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2017;140(3):e20171904

Se realizaron cambios significativos con respecto a las guías de 2004 (modelo que seguíamos hasta el momento) que incluyen:

1. Se reemplazó el término “prehipertensión” por “presión arterial elevada”.
2. Se crearon nuevas tablas de percentilos de presión arterial (PA) basadas en niños con peso normal (se excluyeron aproximadamente 10.000 niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad de las tablas previas) con un descenso promedio de 2 mm Hg en los valores. Las nuevas tablas incluyen la talla en cm. y pulgadas y los niveles de presión arterial elevada, HTA 1 e HTA 2 (no hay que hacer cálculos).
3. Se creó una nueva tabla simplificada para identificar niños que requieren más evaluación (nuevas tomas de presión arterial) para el uso cotidiano en el consultorio. La misma está basada en el percentilo 90 de los niños más bajos de cada edad (percentilo 5 de talla) y tiene un valor predictivo negativo del 99%.
4. A partir de los 13 años se clasifica a todos los adolescentes como hipertensos con los niveles de presión arterial de adultos de las nuevas guías americanas: 130/80 mm Hg (seguramente el cambio más conflictivo). Las guías pediátricas europeas de 2016 utilizan el valor de corte de los adultos a partir de los 16 años, que sigue siendo 140/90 mm Hg. Las guías americanas “sobrediagnostican” y las europeas “subdiagnostican” hipertensión arterial, con respecto a la definición tradicional basada en percentilos.
5. Se limita la recomendación para tomar la presión arterial sólo en las visitas de control preventivo (una vez al año). Se exceptúan los niños con enfermedad renal crónica en los que debería controlarse la presión en cada visita.
6. Recomendaciones para la evaluación inicial de presión arterial anormal.

PA Normal	< Pc 90 para edad, sexo y talla.
PA elevada o normal alta	≥ Pc 90 y < Pc 95
HTA 1	≥ Pc 95 y < Pc 95 + 12 mm Hg en 3 o más ocasiones
HTA 2	≥ Pc 95 + 12 mm Hg

PA elevada o normal alta:

- Cambios en el estilo de vida.
- Repetir la medición de la PA a los 6 meses por auscultación.

Si la PA permanece elevada insistir con los cambios saludables y repetir en 6 meses.

- Luego de al menos un año de PA persistentemente ≥ Pc 90 (3 mediciones auscultatorias) estaría indicado el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) y evaluación diagnóstica.

HTA 1:

- Si el paciente es asintomático, aconsejar cambios en el estilo de vida y volver a controlar en 1 a 2 semanas por auscultación. Medir la PA en 4 miembros (para descartar coartación de aorta).
- Si la PA persiste \geq Pc 95 en 3 ocasiones diferentes por método auscultatorio, se indica MAPA, y evaluación diagnóstica, búsqueda de daño de órgano blanco y/o derivación al especialista.

HTA 2:

- Medir la PA en 4 miembros y repetir la medición de PA dentro de la semana o derivar al especialista.
 - Si persiste elevada se indica MAPA y evaluar el riesgo cardiovascular global con búsqueda de daño de órgano blanco y diagnóstico de enfermedad secundaria, derivar al especialista para tratamiento farmacológico.
 - Si el paciente es sintomático o la PA es \geq 30 mm Hg del Pc 95 o \geq 180/120 mm Hg derivar al Servicio de Emergencias.
 - Si se diagnostica hipertensión (tomas \geq Pc 95 en 3 o más ocasiones) se recomienda examen físico completo; medición de la presión arterial en los 4 miembros; MAPA para descartar hipertensión de guardapolvo blanco; laboratorio con urea, creatinina, electrolitos y orina completa (lípidos, glucemia y hemoglobina glicosilada sólo en los obesos); ecografía renal en menores de 6 años o a cualquier edad si hay sospecha de enfermedad renal; ecocardiograma antes de iniciar medicación.
7. Se establece un rol más importante para el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) en el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial pediátrica. No se recomienda el Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial para el diagnóstico, aunque podría ser de utilidad en el seguimiento.
8. Se recomienda realizar ecocardiograma en la evaluación de pacientes con reciente diagnóstico de hipertensión (sólo antes de iniciar tratamiento con drogas) y se cambiaron los criterios para definir hipertrofia ventricular izquierda.

Las guías están basadas en una revisión de casi 15.000 artículos publicados entre 2004 y 2016 realizadas por un equipo multidisciplinario de expertos en pediatría, incluyendo clínicos, nefrólogos, cardiólogos, endocrinólogos, y también un epidemiólogo y un representante de los padres. Están basadas en la evidencia o en la opinión de los expertos.

Resumen de Recomendaciones para el estudio y manejo de PA elevada en Niños y Adolescentes (Nivel de Evidencia B, recomendación fuerte):

- Los monitores oscilométricos validados pueden usarse para medir la PA.
- Si la PA está elevada debería confirmarse por método auscultatorio.
- Cuando hay sospecha de HTA de guardapolvo blanco, debería realizarse un MAPA.
- Los niños/adolescentes con coartación de aorta corregida deberían tener un MAPA para detectar HTA oculta.
- Debe realizarse una historia perinatal, nutricional, de actividad física, psicosocial y familiar. El examen físico debe ser completo, buscando hallazgos sugestivos de HTA secundaria.
- No debería realizarse ECG para diagnóstico de Hipertrofia Ventricular Izquierda.
- En niños/adolescentes con ERC debería medirse la PA en cada visita.
- En niños/adolescentes con ERC e HTA se debería realizar MAPA anualmente para descartar HTA oculta.
- Los niños/adolescentes con ERC e HTA deberían tratarse con IECA o ARA II.

En el Consultorio de Hipertensión del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez, creemos que sería prudente seguir utilizando el percentilo 95 para definir HTA utilizando las nuevas tablas, hasta tener más evidencia.



Tabla simplificada para screening de presión arterial. (Pc 90 de TA para Pc 5 de talla)

Años	Varones		Mujeres	
	PA Sistólica	PA diastólica	PA Sistólica	PA diastólica
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
≥ 13	120	80	120	80

En colaboración con Dra. M. R Simsolo. Pediatra. Servicio de HTA. Hospital de Niños R. Gutiérrez.

17 de Junio.

Día Mundial contra el Trabajo Infantil

“El término trabajo infantil se refiere a cualquier trabajo que es física, mental, social o moralmente perjudicial para el niño, afecta su escolaridad y le impide jugar. Muchos niños no reciben alimentación ni cuidados apropiados. Se les niega la oportunidad de ser niños. Más de la mitad de estos niños están expuestos a las peores formas de trabajo infantil como trabajo en ambientes peligrosos, esclavitud, y otras formas de trabajo forzoso, actividades ilícitas incluyendo el tráfico de drogas y la prostitución.”

Argentina:

- Adoptó compromisos internacionales, a través de la adopción de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la ratificación de los Convenios Internacionales de la OIT.
- Cuenta con la ley Nacional 26.390 contra el trabajo infantil y de protección del trabajo adolescente y un listado de trabajo infantil peligroso.
- Desde el año 2000, a través de la Comisión Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI) y sus réplicas a nivel provincial (COPRETIS) coordina, evalúa y da seguimiento a los esfuerzos para prevenir y erradicar el trabajo infantil.
- Durante 2107 se consensuaron con las provincias los lineamientos del nuevo y tercer plan nacional de erradicación del trabajo infantil (2018-2022), que contará con indicadores de seguimiento y rendición de cuentas a la ciudadanía.
- El 7 de noviembre de 2017 se realizó en Buenos Aires la IV Conferencia Mundial sobre la Erradicación Sostenida del Trabajo Infantil (De acuerdo a las estimaciones mundiales presentadas durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de ese año, actualmente hay 152 millones de niños víctimas de trabajo infantil y 5,7 millones en situación de trabajo forzoso)

Fuente: <http://www.onu.org.ar/campanas/en-argentina/trabajo-infantil/>

Como pediatras, debemos estar alertas a esta realidad, para ayudar a garantizar el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

12 de Julio. Día de la Medicina Social

El Día Nacional de la Medicina Social se celebra desde el año 2002 en homenaje a todos los médicos y personal sanitario que se dedican a esa área dentro de la medicina. La fecha recuerda el nacimiento del Doctor René G. Favaloro, considerado el padre de la Medicina Social en Argentina (Ley 25.598 del año 2002).

Según la OMS el campo de la medicina social busca:

1. Entender cómo las condiciones sociales y económicas impactan la salud y enfermedad, así como su importancia en la medicina. Desde un punto de vista sanitario, el origen de las enfermedades radica en tres aspectos importantes: la biología, la genética y el medio ambiente/hábitos.
2. Fomentar las condiciones en las cuales la comprensión sobre este tema pueda conducir a una sociedad más sana.

Algunas enseñanzas del Dr. Favaloro...

En una de las últimas conferencias que dio en el exterior, en Dallas, René Favaloro resumió el decálogo del buen médico en los siguientes ítems:

1. La historia clínica está por encima de cualquier avance tecnológico.
2. Todos los pacientes son iguales.
3. El trabajo es en equipo.
4. Máximo respeto al médico de cabecera.
5. Cobrar honorarios modestos.
6. Hacer docencia e investigación.
7. Prevenir, estimular la vida sana.
8. No perder el humanismo.
9. Abogar por la paz.
10. El optimismo tiene efectos biológicos

El Dr. Francisco Maglio, también referente de la Medicina Social y antropológica, frecuentemente citaba una frase del Dr. Ramón Carrillo: *"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas"*.
