



NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXIV

Abril 2024

N° 89

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318

E-mail: regionmetropolitana@sap.org.ar • Facebook: [Pediатras Metropolitanos Argentinos](#) • Instagram: [@pedmetarg](#)

Directora Titular

Dra. Claudia G. Vaccarelli

1^{era} Directora Asociada

Dra. Mirta S. Vázquez

2^{da} Directora Asociada

Dra. Viviana E. Soligo

Coordinadores

Distrito Norte

*Dra. Mercedes Acuña / Dra. Cristina D'Afflitto /
Dra. Irene Dechiara / Dra. Graciela Robbio /
Dra. Susana Mabel Rosso / Dr. Maximiliano Schianni*

Distrito Oeste

*Dra. María Florencia Barril / Dra. Gladys Convertini /
Dra. Nora Olloqui / Dra. Silvia Redensky /
Dra. María Cecilia Rizzuti*

Distrito Sur

*Dra. Miriam Bonadeo / Dra. Claudia Corigliano
Dr. Claudio Mauritzen / Dra. Andrea Rodríguez
Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa*

Asesores ex Directores

*Dr. José Luis Cervetto
Dra. Beatriz Burbinski
Dr. Domingo Longo
Dr. Gustavo Bardauil
Dr. Saúl Gleich
Dr. Leonardo Vazquez
Dra. Débora Rocca Huguet
Dr. Edgardo Flamenco
Dr. Carlos Luzzani
Dr. Alberto Libanio*

Grupo Editorial Región Metropolitana

*Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen,
María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y
Claudia Corigliano*

ÍNDICE

- Editorial. Pediatría en tiempos difíciles..... 2
Claudia G. Vaccarelli
- Actividades de la Región..... 3
- El respeto al descanso 8
Patricia Cirigliano
- BRUE, eventos breves resueltos e inexplicados.
Manejo y recomendaciones. Monografía..... 7
María Gimena Arancibia Acuña
- Historia de nuestros hospitales: Hospital General
de Agudos Dr. José María Ramos Mejía 19
Nicolás Alonso
- Qué debe saber el pediatra sobre:
Sarampión: el regreso de un viejo nuevo enemigo..... 25
Dra. Cecilia Rizzuti
- Mesa Redonda: Gestión en Salud y Pediatría 30
- Prevención contra virus dengue 32
Ángela Gentile
- Viajemos... Seguridad Vial..... 38
María Florencia Barril
- ¿Cómo evaluar el proceso de duelo en la infancia?..... 42
María Paula Gerardi
- Aspectos legales en la emergencia
hospitalaria pediátrica..... 46
Mercedes Regina Acuña
- Boletín bibliográfico 89..... 53
Carlos Luzzani
- Adendum 53

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

NOTICIAS METROPOLITANAS es una publicación de la **Región Metropolitana** de la **Sociedad Argentina de Pediatría**.
El contenido de sus artículos no expresa, necesariamente, la opinión de los editores.

EDITORIAL

PEDIATRÍA EN TIEMPOS DIFÍCILES

“Individualmente, somos una gota. Juntos, somos un océano.”

Ryunosuke Satoro

Ser Pediatra actualmente es algo muy complejo, ya que se entremezcla la vocación, por sobre todas las cosas, la capacitación permanente en múltiples temas y todos urgentes, la escasa remuneración que nos obliga al multiempleo, el ayornarnos a la utilización de nuevas tecnologías al servicio de la atención médica y se podría seguir enumerando..., pero nunca podemos dejar de jerarquizar que nuestra especialidad, actualmente en crisis, se basa fundamentalmente en una relación de confianza y respeto mutuo **“Médico-Paciente-Familia”**. Pero qué difícil es a veces cargar esta mochila cuando los propios Pediatras nos vemos inmersos en una sociedad con muchísimas falencias éticas y económicas.

Hoy quiero reivindicar a mis colegas, los *PEDIATRAS de PURA RAZA*, que cuando terminan su día laboral se interesan por saber qué pasó con el niño que derivó, que si en 24 horas “Luisito” no vino al control por su “bronquiolitis” se quedan preocupados y tratan de localizarlo, que le ponen el cuerpo, la mente, el conocimiento, la responsabilidad a su quehacer diario.

La Pediatría se basa muchísimo en conocer al niño, su entorno familiar, el medio ambiente en el cual el paciente está inmerso y se desarrolla, en no sólo centrarnos en la enfermedad actual o el motivo de consulta por la cual la familia se acercó al sistema sanitario, sino siempre apuntar a la promoción y prevención de la salud biopsicosocial del niño-niña-adolescente, para lo cual debemos tener una escucha respetuosa y responsable que va a surgir de esa relación íntima del médico Pediatra y la Familia.

Actualmente nos encontramos con una realidad cada vez más agudizada; los médicos recién recibidos no eligen la especialidad Pediatría por múltiples razones, todas válidas. Fundamentalmente por: una mala remuneración, muchas horas diarias de trabajo (sumadas las consultas telefónicas de fin de semana, feriados y nocturnas, que los papás nos realizan), una alta inversión económica y de tiempo para adquirir una capacitación permanente, la alta carga emocional que implica el poder acompañar con empatía el duelo de una familia ante la muerte de un niño-adolescente (lo cual produce un impacto traumático tanto en la familia como en nosotros mismos), y se podría seguir enumerando.

Por todo esto, y a pesar de las adversidades, es que festejo poder formar parte de una institución como la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría, ya que es un lugar en el que todos los METROPOLITANOS compartimos un mismo ideal *“por una niñez y adolescencia sanas en un mundo mejor”*. Y si, nuestros pacientes necesitan PEDIATRAS que con vocación y conocimiento los acompañen en su crecimiento y desarrollo, y que a pesar de las inequidades sociales podamos ofrecerles todos nuestros conocimientos para que *“su mundo sea mejor”*.

No tengo dudas que todos los Pediatras amamos esta hermosa especialidad, la cual elegimos cada día y por la cual siempre bogamos, pero debemos comenzar a aprender a luchar también por mejorar nuestra calidad de vida con una remuneración acorde a la responsabilidad y exigencias que la misma conlleva, a fin de vivir dignamente de la profesión para la cual nos formamos.

Al leer ésta reflexión me dió mucha paz mental: *“El verdadero significado de la vida se encuentra en hacer del mundo un lugar mejor para los demás”* (Ryunosuke Satoro).

Pediatras vamos por el buen camino, a seguir luchando por un mundo mejor para TODOS.

Dra. Claudia G. Vaccarelli

Directora Titular
Región Metropolitana SAP

COMUNICACIÓN CD SAP

“Gramática y estilo. Es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción y utilizar un estilo apropiado para la información científica. La SAP apoya la equidad, diversidad e inclusión en materia de género. A los fines exclusivos de facilitar la lectura, en la redacción utiliza el genérico tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones.”



AVISOS IMPORTANTES

Con mucha alegría queríamos compartir con todos parte de nuestras “XV Jornadas de la Región Metropolitana de SAP”:

- La Conferencia “Ejerciendo en la era digital: desafíos y oportunidades” a cargo de la *Dra. Laura Andrea Krynski*, de la Subcomisión TICs de SAP, presentada por el *Dr. Carlos Rafael Luzzani*.

La *Dra. Krynski* desarrolló durante su conferencia un tema importante en el ejercicio profesional médico actual. Esta actividad puede ser disfrutada desde la sección **Rayuela**, en la **página de la Sociedad Argentina de Pediatría**, gracias al trabajo de compaginación y sonido realizado por la *Dra. Mercedes Regina Acuña*.

- Bajo la misma modalidad de **Rayuela**, de la página digital de SAP, podrán acceder a “**Tips legales sobre discapacidad**” realizados por la *Dra. Acuña*, quien es Especialista en Pediatría, Especialista en Medicina Legal, Neuróloga Infantil, Abogada, Postgrado en Salud, Coordinadora del Distrito Norte de la Región Metropolitana de SAP. Un tema sumamente interesante para el quehacer pediátrico diario.

ACTIVIDADES DOCENTES REGIÓN METROPOLITANA

Curso

“ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

26° Edición Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, CABA.

Desde el jueves 21 de marzo al 5 de diciembre de 2024.

Horario: 10 a 12 horas.

Modalidad presencial.

140 horas docentes. Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP. Región Metropolitana.

Otorga créditos para la recertificación.

Directora: *Dra. Ana L. Kannemann*

Coordinadoras: *Dras. Mercedes Manjarin, Magalí Hamui, Luciana Lombardo, María Belén Giorgetti.*

Informes e inscripción: eppaelizalde2022@gmail.com



ENCUENTROS METROPOLITANOS 2024

Actividad organizada por el Comité de Educación Continua de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los **4^{tos} sábados de cada mes**, a partir de **Abril a Noviembre del 2024**, por plataforma zoom, a partir de las **09:30hs.**

Para obtención de **certificado de asistencia** se requiere 6 asistencias de un total de 8 clases virtuales. Otorga **1 crédito** para recertificación especialidad SAP.

Calendario de clases, temas a desarrollar y expositores

27/04/24: Nuevas Vacunas. Incorporación al calendario .

Dra. Ángela Gentile

25/05/24: Crianza entre pantallas. Nuevas parentalidades. Nuevas subjetividades.

Dra. Silvina Pedrouzo

22/06/24: Asma, actualización de tratamiento.

Maximiliano Salim

27/07/24: Seguimiento del paciente con Síndrome de Down.

Dra. María F. Barril

24/08/24: Acné en la infancia y adolescencia.

Dra. Marianela Palmieri

28/09/24: Fiebre y convulsiones febriles. Mitos, Fobias y razón.

Dr. Mario Elmo

26/10/24: Somatizaciones en la infancia.

Dra. Danny Breitman

23/11/24: Los niños y las mascotas.

Dra. Cecilia Rizzuti

Para informes e inscripción, dirigirse vía mail a: educacioncontinuarm@gmail.com





Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

ENCUENTROS METROPOLITANOS 2024

**Actividad perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua.
Otorga 1 crédito para recertificación**

TEMAS

- °Nuevas vacunas
- °Crianza entre pantallas
- °Asma
- °Seguimiento del paciente con Síndrome de Down
- °Acné en la infancia y adolescencia
- °Fiebre y convulsiones febriles
- °Somatizaciones en la infancia
- °Las mascotas y los niños

Los cuartos sábados de cada mes. De abril a noviembre de 2024

De 09:30 a 10:45h.

Por plataforma virtual zoom

Informes e inscripción : educacioncontinuarm@gmail.com

V JORNADAS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

Servicio de Pediatría HIGA EVITA LANÚS

Directora: Dra. Sancilio Andrea

Coordinadoras: Dra. Riolfo Paula, Dra. Aresca Laura, Dra. Cicero Sabrina, Dra. Carmé Sabrina
Dra. Salvatierra Justina, Dra. Durán Antonella

AUSPICIAN:

Región Sanitaria VI, Dirección HIGA Evita, Sociedad Argentina de Pediatría, Servicio de Docencia e Investigación HIGA Evita, Colegio Médico Distrito II, Secretaría de Salud del municipio de Lanús, Agremiación médica Lanús.



TALLER DE RCP PEDIÁTRICO Y NEONATAL.

Dra. Adriana Bordogna, Dra. Norma Raúl y Dra. Adriana Castro

MANEJO INICIAL DEL POLITRAUMATISMO TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO

Dr. Pablo Neira

IMÁGENES EN LA EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ¿CUÁNDO INDICAR TAC?

Dr. Ezequiel Monteverde

MANEJO DE FLUIDOS EN REANIMACIÓN

Dr. Ezequiel Monteverde

EMERGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS

Dr. Gustavo Rodríguez Flores

ASFIXIA POR INMERSIÓN

Dra. María José Civetta

MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO

Dr. Jorge Cavagna

EMERGENCIAS Y URGENCIAS EN ORL

Dra. Romina Franchini

3, 4 y 5 de Abril de 2024, de 8 a 17hs

Anfiteatro Histórico Ramón Carrillo - 1º Piso
Diego Armando Maradona 1910, Lanús Oeste.

Informes: emergenciaspediatricasevita@gmail.com

CUPOS
LIMITADOS



CURSO MODALIDAD ZOOM
RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA

Sociedad Argentina
de Pediatría



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor.

Experiencia sana,
en un mundo mejor.

¡INSCRIPCIÓN ABIERTA!

FECHA LIMITE DE INSCRIPCIÓN 06/04/24

EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA LOS PEDIATRAS

ORGANIZA: Región Metropolitana y Subcomisión de Ejercicio Profesional
COORDINA: Dra. Mercedes Regina Acuña



DEL **10** DE ABRIL
AL **18** DE DICIEMBRE



DE **18:45** A **20** HS.
2do.Y 4to. MIÉRCOLES DE CADA MES



Otorga **3 créditos** para el Programa de
Mantenimiento de la Certificación de SAP

EL RESPETO AL DESCANSO

*Dra. Patricia Cirigliano**

Todos deberíamos despertar como la Bella Durmiente del Bosque. Con un beso. Sin duda, este despertar de cuento de hadas está negado para miles de seres que, en circunstancias adversas, deben atenuar su vigilia y descanso al ritmo de los acontecimientos o de la propia incertidumbre. Atados a otras tiranías, los miembros activos de las comunidades se someten a la regulación de los despertadores: antipáticos, aborrecibles y necesarios aparatos que ellos mismos programan dócilmente.

Los fabricantes de estos relojes, sensibles a las reacciones adversas que en todas partes del mundo provocaban sus productos, se acercaron a interpretaciones psicológicas más o menos afortunadas y modificaron bastante sus antiguos sistemas de chicharra.

Cambiaron estas disonantes alarmas por melodías dulces, pero igualmente penetrantes o aún mejor, por una voz amable que dé al dormilón los ¡buenos días! con infatigable tenacidad.

La música, la voz humana, no son sino recursos menos agresivos, traumatizantes si se quiere, para arrancar al durmiente de ese otro mundo que siempre es violado cuando el despertar es impuesto y no natural.

Es que el dormir, lo sabemos, es el reparador por excelencia.

Los análisis científicos revelan su valor para la salud mental y física y destacan la importancia que poseen dos momentos claves del proceso, como son el dormirse y el despertar.

Curiosamente, las madres aún sin instrucción alguna, revisten de especiales y afectuosos cuidados a sus bebés en estos momentos fundamentales.

La irrupción del llanto infantil en el momento del despertar es un hecho corriente. El miedo y el desconsuelo que expresan esos llantos son aca-

llados por la presencia de la madre y el contacto.

Pasados los años, esa vieja angustia de sentirse desamparado y solitario, acosa a miles de personas que despiertan mal o no pueden conciliar el sueño.

Ajeno a los desbordes patológicos que representan estas vivencias cuando son crónicas, el dormir de todos es activo y configura, dentro de esa actividad interior en que pueden o no aparecer los sueños recordables, el deslinde del mundo externo y una entrega corporal al reposo.

Sumergirse en ese mundo y emerger de él, requiere siempre un contexto protector.

En la convivencia familiar, este contexto protector puede existir o estar ausente en parte o totalmente. Lo cierto es que cuando la familia respeta el dormir de sus integrantes está realizando en forma concreta, una tarea de prevención que favorece a la salud mental.

El dormir es sueño, por extensión el reposo de una persona y merece ser respetado. El durmiente está a expensas de quienes están despiertos.

El durmiente no puede protegerse por sí mismo. Las voces, los ruidos a veces íntimos no solo despiertan a muchas personas, sino que los inquietan o sobresaltan.

Sabemos que estos sonidos confusos son percibidos e incorporados a la actividad mental del que duerme y jamás sabremos en qué proporción perturbadores.

A menudo chicos y grandes se levantan “de mal humor” sin que ellos mismos sean conscientes de las causas. Y esa irritación suele acompañarlos toda la jornada.

Miles de personas carecen de la mínima contemplación por el dormir de los demás. Sean niños o adultos. Así, invaden el dormitorio marcando los pasos, encienden un receptor, abren las ventanas, hablan a viva voz...

Despertarse, dormirse, son hechos diarios, comunes, pero también significativos. No en vano representan, indudablemente, a otros hechos definitivos como son el nacer y el morir.

Despertar y dormir **bien** promueve optimismo y bienestar. Y predispone mejor para enfrentar otras circunstancias menos manejables que nos tiene reservada la vigilia.

* Dra. en Psicología Clínica, Dra. en Sociología, Periodista Profesional, Licenciada en Educación Física y Deportes. Creadora del Método Matronatación. Autora de 10 libros. Miembro Vitalicio de la SAP. Reconocimientos de UNICEF y UNESCO por Trayectoria y defensa de los Derechos de la Infancia. Premio 2020 “International Swimming Hall of Fame” (USA).



BRUE, EVENTOS BREVES RESUELTOS E INEXPLICADOS MANEJO Y RECOMENDACIONES. Monografía

María Gimena Arancibia Acuña*

INTRODUCCIÓN

El episodio aparentemente letal (EAL), o evento de aparente amenaza con la vida o ALTE (del inglés, “*Apparent life threatening event*”) se definió en 1986 por el *National Institutes of Health* (NIH) americano, como un suceso inesperado, súbito en lactantes (menores de un año), que impresiona de riesgo vital al observador, y se caracteriza por una combinación de signos y síntomas (al menos dos de los siguientes):

- Apnea (central u ocasionalmente obstructiva).
- Cambios de coloración (generalmente cianosis o palidez, pero también, ocasionalmente, puede ser en forma de eritema o plétora).
- Cambios marcados en el tono muscular (casi siempre hipotonía, raramente rigidez).
- Atragantamiento o náuseas.¹

Precisa la intervención del cuidador. En algunos casos necesita reanimación cardiopulmonar avanzada.^{1,2}

Su carácter impreciso y subjetivo hace que se engloben en el mismo grupo lactantes totalmente sanos y otros con síntomas y alteraciones persistentes en la exploración física.

Aunque las causas de un ALTE pueden ser muy diversas, incluyendo patologías graves, la mayoría de los pacientes que se presentan tras el episodio con una exploración normal, tienen un riesgo de recurrencia o de patología muy bajo.² La Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó en 2016, una nueva guía de práctica clínica aplicables en lactantes menores de un año de edad, que recomienda la sustitución del término ALTE por un nuevo término: BRUE (del inglés: *Brief Resolved Unexplained Events*, o en español: Eventos breves, resueltos e inexplicados) y propone una estrategia de manejo en niveles, según los hallazgos y la presencia o no de factores de riesgo.^{3,4,5,6,7}

El término BRUE pretende reflejar mejor la naturaleza transitoria y la falta de una causa clara y elimina la etiqueta de “amenaza para la vida”. Los autores de esta guía recomiendan que los médicos ya no utilicen el término ALTE para describir un evento o un diagnóstico.⁵

Son las primeras guías de actuación dadas para estos episodios por la AAP, y surgen con 3 objetivos principales:

- Sustituir el término ALTE por otro más concreto (BRUE), que permite estratificar mejor el riesgo de los lactantes con estos episodios.
- Orientar la evaluación de estos pacientes en función de los factores de riesgo que tengan para presentar nuevos episodios o una patología seria subyacente.
- Establecer unas guías de actuación basadas en la evidencia científica, para los casos de bajo riesgo.²

Los pacientes deben ser evaluados por un profesional sanitario para determinar si hubo un BRUE, o fue, por ejemplo, un cambio de coloración normal en el bebé. Según esta nueva definición, debe ser el personal de salud, y no los cuidadores, los que determinen si fue un episodio que puso en riesgo la vida del paciente.

El diagnóstico de manejo del ALTE se reservaba en muchos protocolos, para aquellos casos que habían requerido estimulación intensa o maniobras de reanimación para su recuperación.⁴

Motivos del cambio de concepto

El concepto ALTE nos permitió mejorar procesos diagnósticos, categorizar a los pacientes por riesgo y por etiología atribuida. Progresivamente se fue reforzando la importancia de una anamnesis completa, de un examen físico adecuado e incluso a plantear algoritmos de estudios complementarios por etapas. Sin embargo, generó un aumento en el gasto en salud, atribuidos principalmente a la indicación de estudios y hospitalizaciones, que en muchas ocasiones pudieran haber sido innecesarias para determinar tratamientos específicos.^{2,6}

El concepto cambia, considerando la necesidad

* Concurrente de 5^o año de pediatría. Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle de Morón.
Colaboradora: **Dra. María Florencia Barril**. Especialista en Pediatría. Coordinadora de SAP Metropolitana.

de dar mayor precisión del evento y los aspectos relacionados con este, para posteriormente establecer el riesgo y asumir distintas estrategias de manejo. Adicionalmente, al introducir la apreciación del clínico y excluir la subjetividad del observador, nos podría permitir explicar de mejor forma aspectos clínicos y probablemente nos facilitaría una mayor calidad de investigación.^{6,7}

Cronología ALTE y BRUE. ALTE: eventos de aparente amenaza a la vida del lactante⁶

1970	Síndrome de muerte súbita del lactante abortada o frustra, crisis de apnea, crisis de cianosis.
1986 - 1994	Instituto Americano de Salud y Desarrollo Humano (NIH) desarrolla el término ALTE
2003 - 2005	Se crea el Consenso Europeo ALTE y Consenso latinoamericano ALTE
20014 - 2015	Consenso chileno ALTE por la comisión de sueño SOCHINEP
2016	Academia Americana de Pediatría, Subcomité ALTE genera un nuevo concepto: BRUE

DEFINICIÓN

El concepto de BRUE es un evento que ocurre en un lactante menor de 1 año de edad, repentino, breve (menos de un minuto de duración), resuelto en el momento de la consulta (el paciente retorna a su estado basal de salud después del evento, con signos vitales y apariencia normales), inexplicado, caracterizado por al menos uno o más de los siguientes signos^{3,5,6,7}:

1. Cianosis o palidez.
2. Respiración ausente, disminuida o irregular.
3. Marcado cambio en el tono muscular (hipertonía o hipotonía).
4. Alteración del nivel de capacidad de respuesta (pérdida de consciencia, cambio de estado mental, letargia, somnolencia).^{3,5,7}

Algoritmo para el diagnóstico de BRUE³

Las definiciones de BRUE y ALTE se superponen, pero no son idénticas. La principal diferencia es que para etiquetarse como BRUE, un evento debe ser "inexplicable" después de una historia apropiada y un examen físico. Si la causa del

episodio es evidente (convulsión, una infección grave) el episodio no se etiquetará de BRUE.¹

Se deben tener en cuenta las diferencias entre los términos ALTE y BRUE.

- La definición BRUE tiene un límite de edad estricto (menores de un año).
- Un evento es solo un BRUE si no hay otra explicación probable. Los síntomas clínicos como fiebre, congestión nasal y dificultad respiratoria pueden indicar obstrucción temporal de las vías respiratorias por infección viral. Los eventos caracterizados por asfixia después del vómito pueden indicar una causa gastrointestinal, como el RGE.
- El diagnóstico de BRUE se hace en función de la caracterización de los hechos que hace el médico y no por la percepción subjetiva del observador.
- El clínico debe determinar si el bebé tuvo cianosis episódica o palidez, en lugar de simplemente determinar si se produjo un cambio de color. Los episodios de rubor o enrojecimiento no son consistentes con BRUE, porque son comunes en bebés sanos.
- BRUE extiende los criterios respiratorios más allá de la apnea para incluir la respiración ausente, la respiración disminuida y otras irregularidades respiratorias.
- En lugar del criterio menos específico de cambio en el tono muscular, el clínico debe determinar si hubo un cambio marcado en el tono, incluyendo hipertonía o hipotonía.
- Finalmente, el uso del nivel alterado de respuesta es un criterio nuevo, porque puede ser un componente importante de un evento cardíaco, respiratorio, metabólico o neurológico episódico, pero nos permitiría objetivar la gravedad del cuadro.^{2,5}

EPIDEMIOLOGÍA

No existen estimaciones de la incidencia del BRUE dado que los estudios hacen referencia al concepto de ALTE. La incidencia de ALTE estimada es de 0,5 a 10 episodios por cada 1000 recién nacidos vivos y representa el 0,6% al 1,7% de las visitas de menores de 1 año a los servicios de urgencia y hasta un 2% de las hospitalizaciones pediátricas, sin diferencias significativas por género^{1,3}, un 2,6%, en Uruguay y, en nuestra Unidad de Cuidados intensivos pediátricos (Hospital Universitario Austral), en la Argentina, un

3,1% del total de internaciones en 10 años de seguimiento. Un 10% del total de lactantes con ALTE presentaron formas recurrentes y un 2,5% del total de internaciones por ALTE requirieron reinternarse.⁵

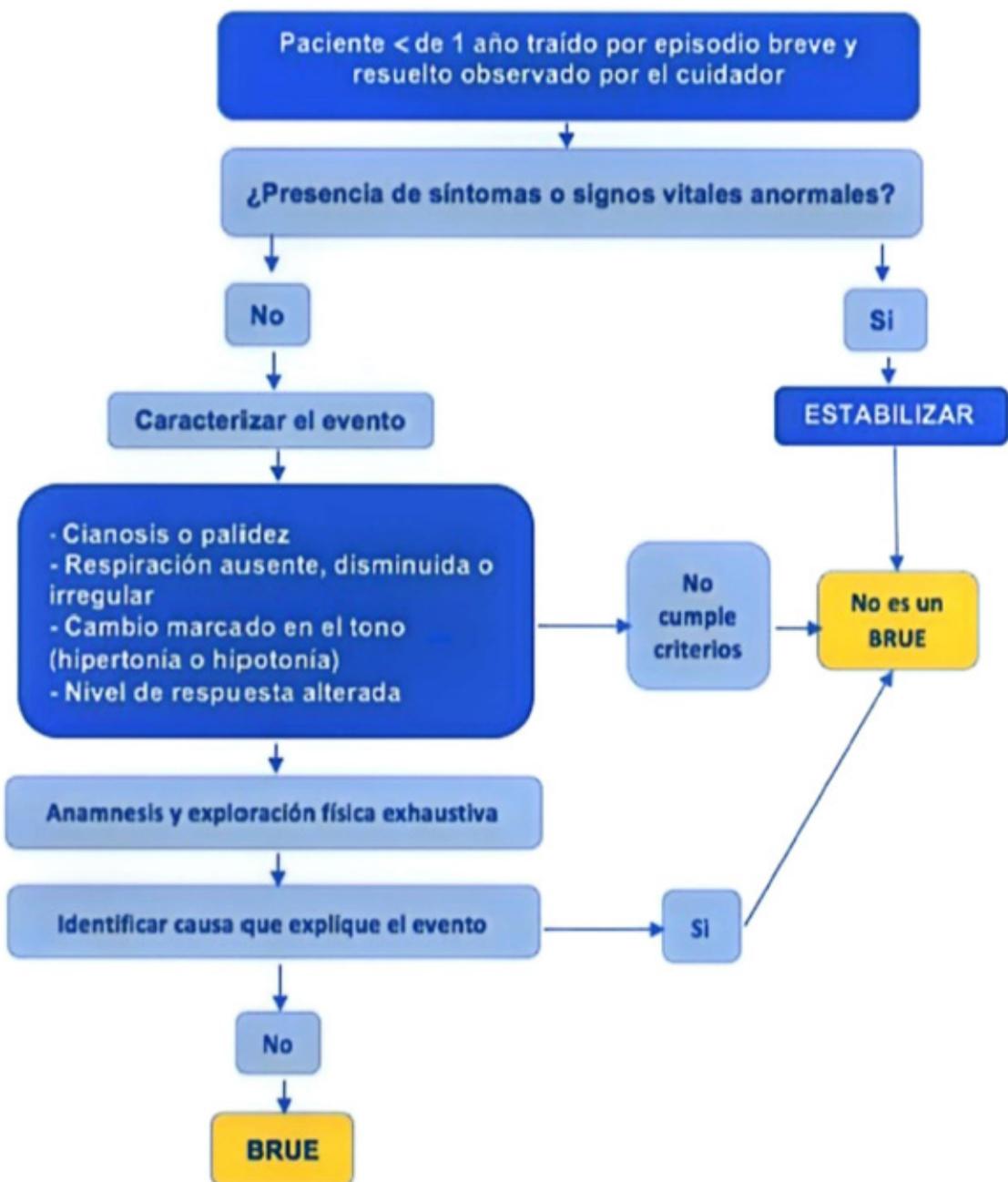
Las variaciones en las cifras mencionadas se podrían explicar por las diferentes definiciones utilizadas para el estudio de los ALTE. Sólo una minoría de los niños ingresados por ALTE nece-

sitan una intervención significativa durante la hospitalización.

La mayoría de los pacientes con BRUE son menores de 6 meses, con una máxima incidencia entre 1 semana y 2 meses.

No hay suficientes estudios prospectivos que precisen la asociación de BRUE con condiciones patológicas o con un seguimiento desfavorable.³

Algoritmo para el diagnóstico de BRUE



CLASIFICACIÓN DE BRUE

La AAP ha definido parámetros para catalogar a un BRUE de bajo riesgo o de alto riesgo a objeto de evitar hospitalizaciones o exámenes innecesarios, y realizar un estudio racional a los del segundo grupo, guiados por los elementos clínicos obtenidos en la historia y en el examen físico.^{3,7}

Criterios para la designación de BRUE de bajo riesgo

- Edad mayor de 60 días.
- La edad gestacional ≥ 32 semanas y postconcepcional ≥ 45 semanas.
- No recurrente (evento único).
- No requirió reanimación cardiopulmonar (RCP) realizada por personal de salud capacitado o persona altamente capacitada.
- No hay características en la historia (por ejemplo: fiebre o infección, posible abuso infantil, historia familiar de muerte súbita inexplicada, exposición a sustancias tóxicas).
- No hay hallazgos preocupantes al examen físico (por ejemplo: hematomas, soplos cardíacos, organomegalia).^{3,6,5}

Criterios utilizados para catalogar BRUE de alto riesgo

- Edad menor de 60 días, se considera de riesgo, teniendo en cuenta la inmadurez neurológica e inmunitaria de este grupo de edad, y que es

más probable que patologías congénitas no se hayan manifestado todavía).

- Prematuridad (edad gestacional menor de 32 semanas) con una edad postconcepcional menor de 45 semanas.
- Episodios previos.
- Duración del evento mayor a 1 minuto.
- Haber requerido maniobras de resucitación durante el episodio por parte de personal entrenado.^{2,3,7}

La edad y la prematurez, son factores relevantes en estos lactantes, y punto fundamental para realizar la división entre BRUE de bajo o alto riesgo.⁶ Los pacientes que quedan clasificados en el grupo de alto riesgo conforman un grupo muy heterogéneo y no existiría evidencia clara para definir una guía de estudio.⁵

DIAGNÓSTICO

Una vez cumplidos los criterios de BRUE, los médicos deben estratificar el evento como de bajo o alto riesgo.

Las claves para un diagnóstico adecuado de BRUE son una detallada historia clínica centrada en el problema y un examen físico minucioso.⁵

La exploración física debe ser completa y detallada, registrando de manera clara los datos antropométricos, signos vitales, frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura y debe incluir saturometría.

Criterios utilizados para catalogar BRUE

Bajo riesgo (Se deben cumplir todas las condiciones)	Alto riesgo (Presencia de a lo menos una condición)
- Edad ≥ 60 días	- Edad < 60 días
- EG ≥ 32 sem y edad corregida ≥ 45 semanas	- EG < 32 semanas
- Primer episodio de BRUE	- EG 32-37 sem y edad corregida < 45 semanas
- Duración < 1 minuto	- BRUE recurrente o en <i>cluster</i>
- No requirió RCP por personal capacitado	- Duración > 1 minuto
- Sin hallazgos "preocupantes" en la historia o examen físico que puedan implicar un riesgo para el paciente	- Requirió RCP por personal capacitado
	- Hallazgos "preocupantes" en la historia o en el examen físico

RCP: reanimación cardiorespiratoria; EG: edad gestacional; "preocupantes": que pueda implicar riesgos potenciales para el paciente tal como se ha explicado en el texto

El BRUE debe ser visto como un diagnóstico de exclusión en lactantes, por lo que la presencia de tos y congestión nasal, fiebre, diversos grados de dificultad respiratoria, anormalidad de las vías respiratorias, atoro, arcadas o vómitos no incluyen el diagnóstico de BRUE.

También el maltrato puede presentarse como un BRUE, por lo que es importante la exploración física específica, como hematomas, hemorragias subconjuntivales, sangrado por nariz o boca, cefalohematomas, fontanela anterior amplia o crecimiento rápido del perímetro cefálico son datos a destacar.⁵

MANEJO

Manejo de BRUE con criterio de bajo riesgo

Si el paciente cumple los criterios de bajo riesgo se recomienda lo siguiente:^{2,3,6,7}

- Educar a los padres sobre los BRUE y facilitar su participación en la actuación diagnóstica y terapéutica.
- Ofrecer entrenamiento en maniobras de reanimación básica a padres y cuidadores.²

Puede considerarse:

- Monitorización con oximetría de 1 a 4 horas en el centro asistencial.

- Realizar un electrocardiograma.
- Estudios para descartar como causa una infección por *Bordetella pertussis*.^{6,7}

Se recomiendan un período de observación de 1 a 4 horas para comprobar que el paciente está estable, aunque reconocen que no existe ninguna evidencia de cuál es la duración más adecuada. La monitorización de la saturación de oxígeno y signos vitales es mejor método que la monitorización cardiorrespiratoria, aunque hay que tener en cuenta que niños sanos pueden tener desaturaciones espontáneas durante el sueño, sin significado patológico.²

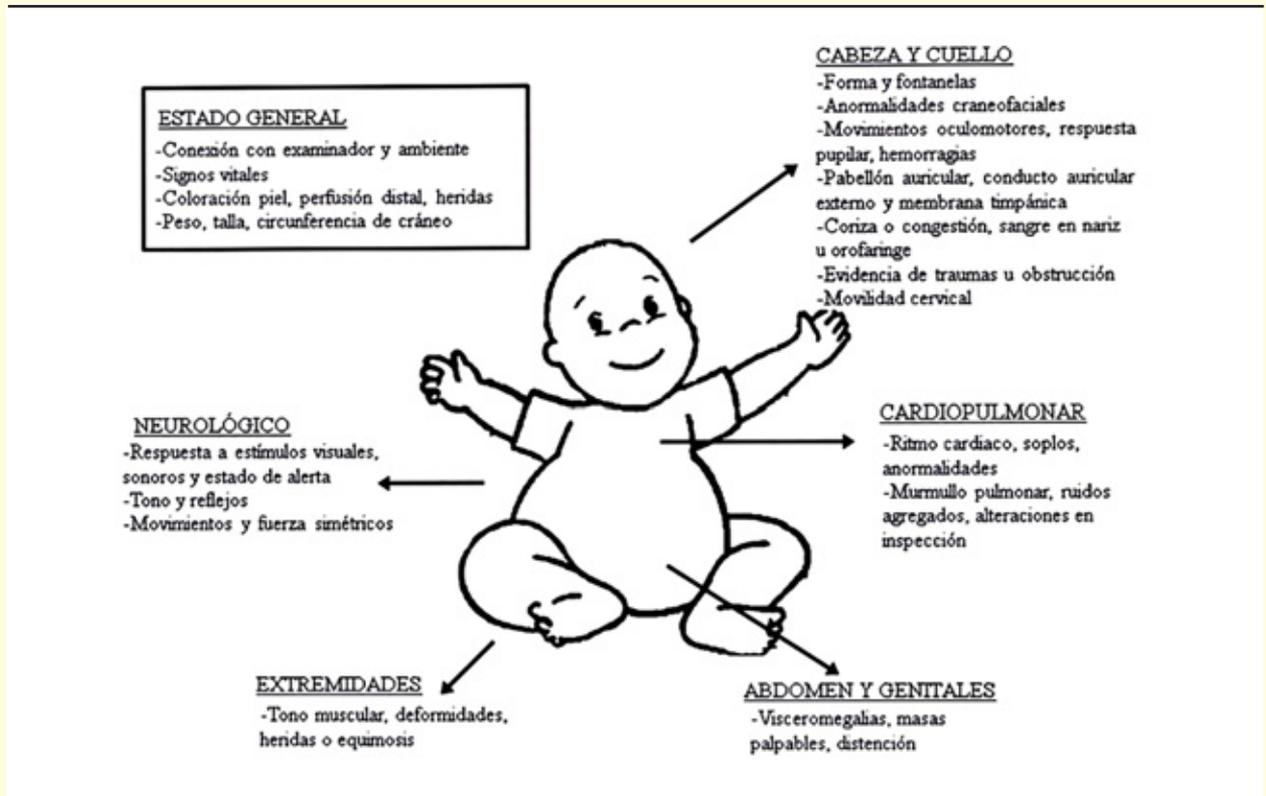
Pese a la baja frecuencia de alteraciones cardiovasculares en el contexto de estos eventos, se puede identificar arritmias u orientar sobre alteraciones estructurales mediante un electrocardiograma, cuyo diagnóstico puede ser relevante para evitar eventos graves posteriores.

Se ha reportado infección por *Bordetella Pertussis* y ALTE, especialmente si existen factores epidemiológicos identificables en ausencia de inmunización a la madre y/o al lactante. Los estudios nasofaríngeos moleculares actuales proporcionan un diagnóstico rápido de la infección.^{6,7}

Aspectos principales en la anamnesis de un BRUE³

Relato del evento: se debe determinar	Antecedentes personales y familiares	Exposición a factores de riesgo
- Quién es testigo, hora, lugar, posición del paciente	- Antecedentes perinatales	- Tabaquismo
- Vigilia, sueño, estado de conciencia	- Antecedentes mórbidos	- Contacto con personas con enfermedad infectocontagiosa
- Vómitos, relación con alimentación	- Dificultad en alimentación	- Adultos con enfermedad mental, abuso de sustancias, alcohol
- Respiración (ausente, disminuida o irregular).	- Eventos previos similares	- Violencia intrafamiliar
- Color de piel (pálida, cianótica, grisácea, rubicunda)	- Desarrollo psicomotor y ponderal <u>estatural</u>	- Sospecha de abuso infantil:
- Movimientos, tono, asfixia, náuseas	- Inmunizaciones	- Relato incongruente, cambiante
- Ojos cerrados o abiertos, mirada fija o errática	- Cuadros similares o muerte inexplicada en lactantes o en <35 años, familiares de 1º o 2º grado	- Problemas sociales o legales graves
- Emisión de sonidos (grito, estridor, llanto)	- Antecedentes familiares de arritmias, enfermedades metabólicas o genéticas	- Antecedente de maltrato
- Maniobras realizadas y duración: ninguna, estímulo suave o enérgico, respiración boca a boca, RCP por persona entrenada		- Factores de riesgo social que faciliten maltrato
		- Cuidador(a) con historial médico complejo u otros hijos con patologías múltiples, poco definidas.

Aspectos principales en el examen físico de un BRUE⁶



No se recomienda:

- Realizar exámenes: hemograma, iones, reactivantes de fase aguda, despistaje metabólico con amonio, aminoácidos o gasometría.
- Realizar cultivo de sangre, orina ni LCR (líquido cefalorraquídeo).
- Realizar pruebas diagnósticas de RGE (reflujo gastroesofágico).
- Realizar radiografía de tórax.
- Realizar ecocardiograma.
- Realizar electroencefalograma (EEG).
- Realizar pruebas de neuroimagen o polisomnografía.
- Realizar monitorización cardiorrespiratoria.
- Iniciar terapia con antiácidos ni con antiepilépticos.^{2,3,6,7}

La hospitalización no estaría indicada, situación reforzada recientemente con un metaanálisis que incluyó 12 artículos y 3.005 pacientes, donde se evaluó el riesgo de muerte post ALTE/ BRUE. Los autores concluyeron que el riesgo de muerte es similar al riesgo de un lactante que no presentó este evento.⁶

Fundamentalmente, lo que establecen estas guías es que los pacientes con BRUE de bajo riesgo no precisan ninguna prueba más allá de un

período de observación y educación sobre estos episodios, para los padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta, aunque hay que asegurar que habrá una nueva valoración pediátrica en las siguientes 24 horas.²

Recomendaciones adicionales para el manejo de BRUE

Educación sobre medidas de dormir seguro. Incluyen dormir en decúbito supino, evitar el co-lecho, ambiente libre de tabaco, uso de colchón firme y bien encajado, evitar el sobre abrigo, juguetes y almohadas en la cuna. Si bien, no son una recomendación formal de las guías de BRUE referidas, debido a la relevancia epidemiológica que poseen, se considera debe ser incorporado en las recomendaciones de estos pacientes.⁶

MANEJO DE BRUE CON CRITERIO DE ALTO RIESGO

En los bebés que presentan un BRUE de mayor riesgo las posibilidades diagnósticas son diversas y extensas, debido a la presencia rara, pero potencial, de un trastorno subyacente grave y la escasez de evidencia para guiar la evaluación. Es importante conocer que los estudios recientes han

demostrado la escasa repetición de episodios en los ingresos hospitalarios (entre un 7 y un 12%) y que, en caso de repetirse, el 85% ocurren en las primeras 24 horas.⁵

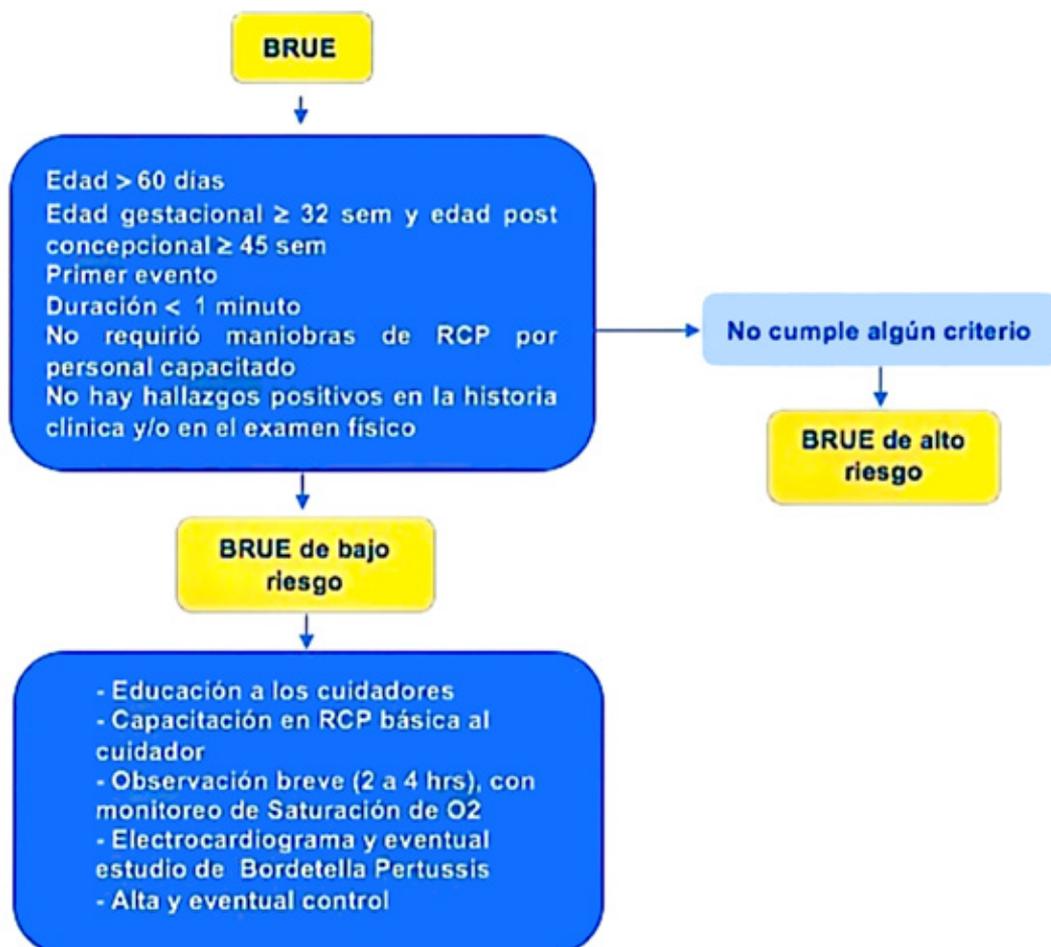
Se sugiere en la actualidad la posibilidad, para este grupo de pacientes, de internación hospitalaria por un mínimo de 24 horas en un área adecuada para monitoreo cardiorrespiratorio continuo⁶, observación y la adopción de un enfoque interdisciplinario, individualizado, centrado en la familia, para el cuidado de estos niños con BRUE de mayor riesgo, en cierta medida similar a lo recomendado en los consensos previos de ALTE severo o mayor.^{5,6}

Los elementos provenientes de la historia o del examen físico que pueden ser “preocupantes”, en el sentido de que implican un riesgo potencial para el paciente son, entre otros:

- Antecedente de un lactante familiar directo fallecido de muerte súbita.
- Familiar de primer o segundo grado con antecedente de arritmias o QT prolongado o muerte inesperada o accidente automovilístico inexplicado en menor de 35 años.
- Situaciones de familia disfuncional, presencia de adicciones o patología psiquiátrica en el entorno.
- Presencia de dificultades en la alimentación.
- Hallazgo de hematomas o cicatrices por traumas o quemaduras en la piel, sin explicación satisfactoria.
- Déficit pondero-estatural, retraso psicomotor.
- Mal acceso a atención médica.^{3,8,9}

En estos casos se aplicaría en forma transitoria el término de BRUE de alto riesgo, teniendo el médico el desafío de evaluar al paciente con

Algoritmo para la clasificación y manejo del BRUE de bajo riesgo



Sem: semana; RCP: reanimación cardiopulmonar³

los exámenes que se requieran para llegar a un diagnóstico.³

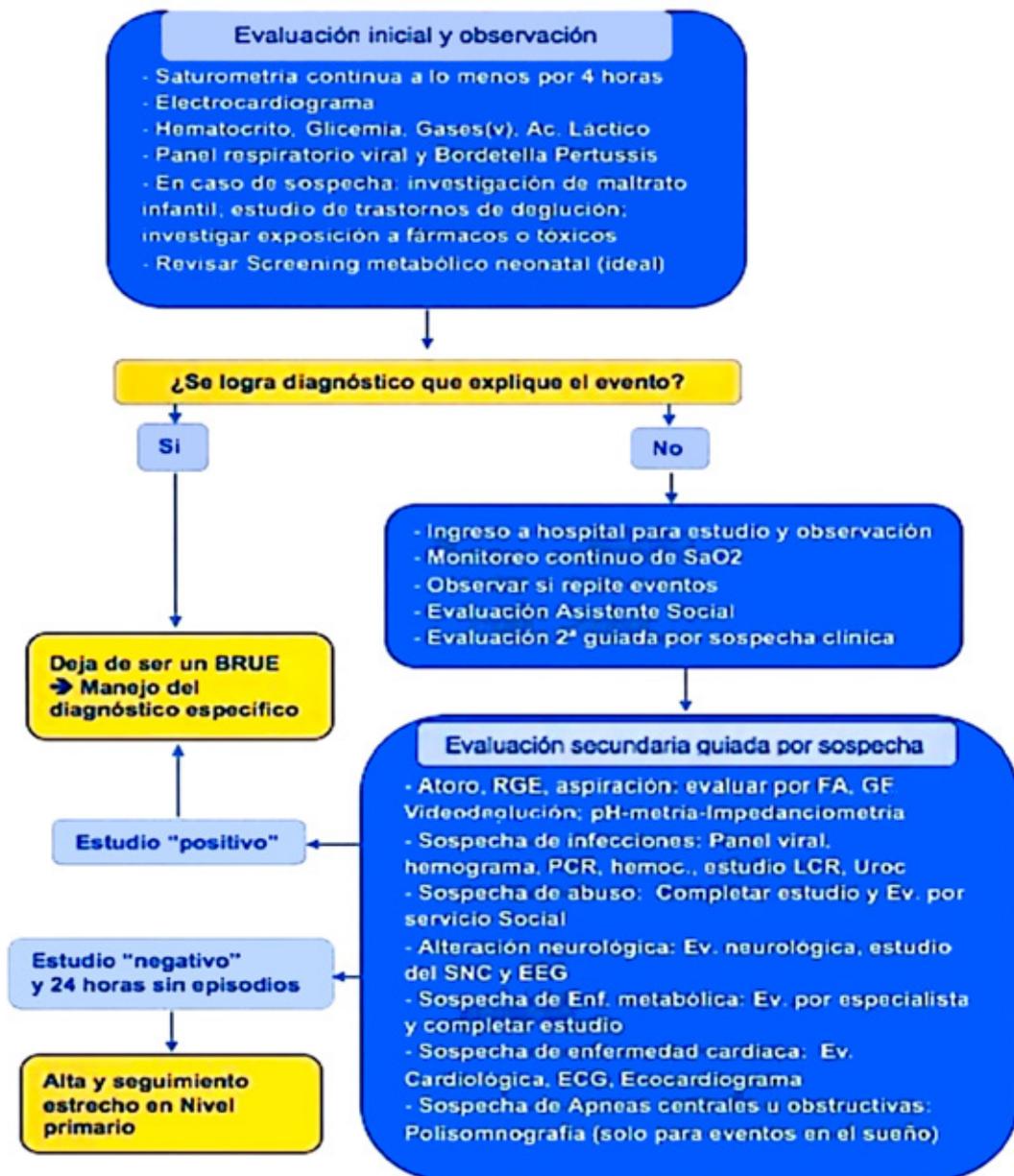
Evaluación inicial

Si la anamnesis y el examen físico exhaustivos no permiten llegar a un diagnóstico específico, debe realizarse:^{3,8,9}

- Monitoreo de saturación de O₂ a lo menos 4 horas.
- Electrocardiograma (ECG).

- Panel viral respiratorio y estudio de *Bordetella Pertussis*, idealmente PCR (si hay síntomas o en <2 meses o en prematuros, aún sin síntomas, o vacunación incompleta o sospecha de contactos).
- Hematocrito, glucemia, gases venosos, lactato.
- Revisar *screening* metabólico del RN.
- En caso de compromiso sensorial, realizar *screening* toxicológico que incluya benzodiazepínicos, barbitúricos, tranquilizantes mayores, etanol.

Manejo del BRUE con criterios de alto riesgo



SaO₂: saturación de oxígeno; FA: fonoaudiólogo; GE: gastroenterólogo; PCR: proteína C reactiva; Uroc: urocultivo; Ev: evaluación; SNC: sistema nervioso central; ECG: electrocardiograma, EEG: electroencefalograma.³

- En caso de sospecha de abuso, o trauma accidental o no accidental, se puede iniciar el estudio en el servicio de urgencia o iniciarlo una vez que el paciente esté hospitalizado.
- Evaluación social. Si esto no fuera posible en la unidad de emergencia, se podrá dejar en la evaluación secundaria.
- Evaluar que el paciente no tenga trastornos en la deglución, idealmente con un profesional fonoaudiólogo. Si no se logra realizar en esta evaluación inicial, debe hacerse en la evaluación secundaria.

Si el estudio inicial permite arribar a un diagnóstico que explique el episodio, deja de denominarse BRUE y se aplica el manejo específico. Si, en cambio, no se logra encontrar un diagnóstico, debe hospitalizarse al paciente, monitorizarlo y realizar una evaluación secundaria, guiada por los elementos clínicos obtenidos, por la sospecha del sistema comprometido y los resultados del estudio inicial.^{3,5,8,9}

Evaluación secundaria

Sospecha de trastorno de deglución, atoros repetidos, dificultad en alimentación

- Evaluación por fonoaudiólogo, estudio de videodeglución y en algunos casos, pHmetría esofágica e impedancia intraluminal multicanal. No se recomienda tránsito EED por su baja sensibilidad y especificidad.

Sospecha de infección (habitualmente descartado en evaluación primaria)

- En el ámbito respiratorio lo ya señalado, agregando radiografía de tórax. Otras infecciones incluyen: infección urinaria, meningitis y el estudio específico correspondiente.

Sospecha de maltrato infantil

- Estudio radiológico de esqueleto completo.
- Neuroimagen.
- Evaluación del fondo de ojo, idealmente por oftalmólogo.
- Evaluación exhaustiva por asistente social.

Trastornos del SNC

- EEG prolongado.
- Neuroimágenes.

Eventos durante el sueño, especialmente recurrentes

- Estudio de reflujo gastroesofágico (RGE) y laringoespasma.
- Estudio de epilepsia.
- Apnea del prematuro: no requieren estudio. Con eventos severos, considerar monitorización.
- Si el evento ocurrió durante el sueño, y no se encuentra una causa que lo explique, o frente a presencia o sospecha de apneas obstructivas o apneas centrales, especialmente en pacientes sindrómicos, portadores de enfermedades genéticas o con malformaciones cráneo-faciales, enfermedades neuromusculares y muy rara vez síndrome de hipoventilación central, se justifica realizar una polisomnografía. Si los eventos fueran en vigilia no tiene sentido realizar este examen.

Sospecha de error congénito del metabolismo

- Glucemia, gases, electrolitos, BUN, creatinina, calcemia, lactato, amoniemia, ácidos orgánicos en orina, aminoacidemia, y otros que aconseje un especialista.

Sospecha de enfermedad cardíaca

- ECG, si no se ha realizado, Ecocardiograma.³

CAUSAS DE BRUE

Las causas más frecuentes de BRUE son el laringoespasma asociado a RGE, las causas neurológicas como crisis epilépticas y las infecciones respiratorias. Como causas menos frecuentes se encuentran abuso infantil, causas cardiológicas, obstrucción de vía aérea superior, enfermedades metabólicas, e infecciones bacterianas.³

USO DE MONITOR DOMICILIARIO

La monitorización domiciliaria, idealmente cardio-respiratoria (CR), es útil en la detección de apneas y alteraciones en la frecuencia cardíaca, pero es necesario limitar sus indicaciones y realizar un buen seguimiento de estos pacientes.

La decisión de uso de monitor debe tomarse de forma individual en cada caso, después de evaluar con la familia los posibles beneficios e incertidumbre existente, debido a las características disímiles de estos pacientes.

Las indicaciones de monitoreo en el hogar incluyen:

- Prematuros con episodios recurrentes de apnea y bradicardia y que serán dados de alta a su domicilio.
- Pacientes con vía aérea inestable o enfermedad pulmonar crónica o enfermedad de base que determine trastorno respiratorio del sueño (genopatía, enfermedad neuromuscular, displasia broncopulmonar severa, malformación craneofacial).
- Pacientes dependientes de ventilación o de oxigenoterapia.
- Apnea central asociada a lesión cerebral o disfunción del SNC o enfermedad metabólica.
- Pacientes con BRUE de alto riesgo que al ser estudiados con una Polisomnografía presentaron apneas prolongadas y reiteradas.
- Pacientes que presentaron un episodio grave que requirió RCP por personal entrenado y sin causa conocida.
- Paciente que presentó un episodio y es hermano de fallecido por SMS.

Dado que los monitores domiciliarios generalmente detectan solo el movimiento de la pared torácica y la frecuencia cardíaca, en el caso de pacientes con apnea obstructiva, el monitoreo de la saturación de oxígeno por oximetría de pulso puede ser más apropiado que el monitor CR.

Si el monitor no ha detectado eventos en 2 a 3 meses (libre de alarmas) ni episodios de apnea significativas (que no fue necesaria una estimulación vigorosa o reanimación) y el paciente tiene más de 43 semanas de edad post gestacional (a menos que haya sido muy prematuro), se puede suspender el monitor.

La mayoría de los pacientes requerirán monitor por 6 a 12 semanas, salvo aquellos pacientes con dependencia de tecnología o con patología de base grave.³

CONCLUSIÓN

BRUE es un término aceptado que se basa en un consenso que nos podría permitir optimizar el recurso en salud en nuestro medio, con el objetivo de evitar hospitalizaciones innecesarias y exámenes de laboratorio e imágenes de alto costo y bajo rendimiento.

La anamnesis es el pilar diagnóstico para poder determinar el riesgo. Si el riesgo es bajo, se pueden seguir recomendaciones de la AAP plan-

teados en la guía de BRUE. y en el caso de los pacientes de alto riesgo, conducir el estudio guiados por una sospecha del sistema comprometido cuando sea posible, aunque faltan estudios que permitan acotar aún más los exámenes a realizar.

Resulta de relevancia incorporar las sugerencias dirigidas a los padres sobre educación en el concepto de BRUE y de RCP.

La visión interdisciplinaria, personalizada y humanizada permitirá sumar aspectos esenciales para la mejor resolución de estas problemáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Planas A, García Fernández de Villalta M. Actualización en la evaluación del Episodio Aparentemente Letal/Brue. SEPHO; 2018.
2. Martínez Díaz, M.J. Episodio aparentemente letal y muerte súbita, *Pediatr Integral*. 2019; 23:37-45.
3. Abara ES, Giadach C, Granado RD, Farbinger PF. Propuesta de una guía clínica de manejo del Brue. (2023). *Neumología Pediátrica*, 18(4), 102-107.
4. Zafra Anta MA, Alonso de la Hoz J, Fernández Manso B, Nieto Gabucio N. Reciente modificación de la Academia Americana de Pediatría del concepto episodio aparentemente letal (ALTE) por el actual evento breve resuelto inexplicado (BRUE). Comentarios a propósito de una experiencia de cinco años en monitorización cardiorrespiratoria domiciliaria. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19:23-8.
5. Rocca Rivarola M, Eventos súbitos e inexplicables en lactantes. *Pronap 2020- Modulo 1, Capitulo 4 – Sociedad Argentina de Pediatría* pág. 97-119.
6. Zenteno Araos D, Díaz Silva J, Brockmann Velloso P, Aplicación de una nueva terminología Brue: Eventos breves, resueltos e inexplicables. Definiciones y recomendaciones. *Rev. Chil Pediatr*. 2020;91(3): XX-XX DOI: 10.32641/rchped.v91i3.920.
7. Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Gremse DA, Herman B, Katz ES, et al. Brief resolved unexplained events (formerly apparent life-threatening events) and evaluation of lower-risk infants. *Pediatrics*.2016;137: e20160590.
8. Merritt JL 2nd, Quinonez RA, Bonkowsky JL, Franklin WH, Gremse DA, Herman BE et al. A Framework for evaluation of the Higher-Risk Infant After a Brief Resolved Unexplained Event. *Pediatrics* 2019;144(2): e20184101. DOI: 10.1542/peds.2018-4101
9. Ramgopal S, Colgan JV, Roland D, Pitetti RD, Katsogridakis Y. Brief resolved unexplained events: a new diagnosis, with implications for evaluation and management. *Eur J Pediatr* 2022; 181(2):463-70.



Historia de nuestros hospitales

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS Dr. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Dr. Nicolás Alonso*

Lo que hoy conocemos como el **Hospital Ramos Mejía**, se creó en el contexto de las epidemias ocurridas durante el siglo XIX. Buenos Aires era, por entonces, una de las zonas más afectadas por las primeras epidemias debido a su constante movimiento y su afluencia portuaria.

Un ejemplo de esto fue la epidemia del cólera que había comenzado en la India y se expandió, para la mitad de la década de 1860, a América latina al ritmo de los viajes trasatlánticos.

Entre los años 1867 y 1869, durante el desarrollo de la Guerra del Paraguay, el ambiente de esteros y lagunas, asociado a la falta de higiene y el hacinamiento de los campamentos, resultó propicio para la propagación de una epidemia de cólera. Aquellos soldados enfermos que regresaban a Buenos Aires luego de la guerra, trasladaron el cólera a la Ciudad de Buenos Aires

en 1868.¹ Para ese entonces, la ciudad de Buenos Aires crecía aceleradamente, pero en malas condiciones de higiene, con escasa recolección de residuos y con calles fácilmente inundables que generaban estancamiento de aguas pútridas y olores pestilentes.^{2,4}

Fue así que, en 1867, sobrevino una epidemia de cólera en la ciudad y se registraron más de 5.000 casos con 1.653 defunciones en una población que no alcanzaba las 180.000 personas.²

Dentro de las medidas a tomar para contrarrestar la situación, la comisión de higiene pública propuso crear cloacas, poner en cuarentena a los infectados y la creación de lazaretos¹ para aislar a los pacientes y aliviar las tareas del Hospital General de Hombres de San Telmo.

En el año 1868, con la ordenanza del Presidente de la Comisión Municipal, el Dr. Juan Aldao, se

Plaza Miserere 1865



Fuente: Archivo General de la Nación.

Lazareto San Roque



Fuente: Archivo General de la Nación.

* Médico Psiquiatra. Médico especialista en Medicina Sanitaria. Secretario de docencia e investigación del hospital Ramos Mejía. Médico Psiquiatra del departamento de urgencias del Htal. de Clínicas José de San Martín.

* Lazareto: Es un hospital donde aislar a los enfermos afectados de una dolencia infecciosa, es decir, enfermos que debían pasar la cuarentena. La palabra lazareto se refiere a san Lázaro, personaje bíblico que enfermó de lepra.

crea un pequeño lazareto con el nombre del santo protector de las enfermedades pestilenciales: El Lazareto San Roque.

La construcción se armó en terrenos alejados del centro, acorde a las teorías miasmáticas de la época. El lugar elegido se encontraba lindando con los corrales de Miserere (hoy, Plaza Once). El incipiente Lazareto se construyó en la calle Caridad (hoy Urquiza) entre México y Venezuela.

Según las descripciones el Lazareto constaba de dos barracones de adobe con capacidad para cuarenta camas de enfermos y algunas casetas de madera para alojar al personal. Pasado el cólera, el Lazareto continuó abierto y se mantuvieron las camas para pacientes crónicos, dementes e incurables.³

El 27 de enero de 1871 se conocieron oficialmente los primeros tres casos de fiebre amarilla en Buenos Aires. Los mismos ocurrieron en el barrio de San Telmo, lugar que agrupaba a numerosos conventillos y familias de inmigrantes. Rápidamente, los casos ascendieron, el gobierno decidió no suspender los carnavales y la situación devino en una funesta epidemia. Si bien se desconocía su origen y a su vector, la fiebre amarilla había

hecho varias apariciones previas y se la conocía bajo el nombre de “vómito negro” por la característica hematemesis.

Quienes podían huir de la ciudad, lo hicieron y quienes no, circulaban en sombrías calles desoladas. Hubo días en los que murieron más de 500 personas y se pudo contabilizar un total aproximado de 14.000 muertos por esa causa, lo que equivalía al 8% de la población.³

Nuevamente es el Lazareto el que, a pesar de sus insuficientes condiciones, se convierte en el principal escenario de lucha contra la enfermedad e incluso de allí surgirán algunas de las tesis más conocidas de la época sobre la fiebre amarilla. Una de las tesis más célebres fue la de Salvador Doncel, un entusiasta practicante mayor del Lazareto. Con exhaustiva descripción semiológica cuenta que en el Lazareto se atendieron 2043 enfermos, él mismo practicó 22 necropsias y en el mes de abril, prestando labores, se contagia de fiebre amarilla.

A modo de ejemplo, citamos un caso descrito por Salvador Doncel: La fiebre amarilla de 1871 observada en el Lazareto Municipal de San Roque, Buenos Aires (ver Figura).

La fiebre amarilla de 1871 observada en el Lazareto Municipal de San Roque, Buenos Aires. Imprenta del Siglo. Doncel, Salvador.

— 87 —

CUADROS QUE DEMUESTRAN EL MOVIMIENTO DEL LAZARETO, DESDE EL 27 DE ENERO DE 1871 HASTA EL 1º DE JUNIO DEL MISMO AÑO, SEGUN LA ENFERMEDAD, NACIONALIDAD, PROFESION, EDAD, COLORES, SEXO Y ESTADO.

ENFERMEDADES	Entrada	Salida	Fallecidos	Existencia
Artritis.....	1		2	
Ascitis.....	2			
Anuriamia.....	1	1	1	
Bronquitis.....	5	4		1
Cáncer.....	1		1	
Cólera morbus.....	1		1	
Colerina.....	1		1	
Congestión cerebral.....	1	1		
Catarro vesical.....	4	2	2	
Dalirium tremens.....	1		1	
Disenteria.....	1		1	
Diarrea crónica.....	6	4	1	1
Fiebre difusa.....	6		1	1
Fiebre tifoidal.....	2			29
Id. amarilla.....	2043	993	1409	
Gangrena.....	1	1		
Hemorrhoides.....	1			1
Hernia.....	1	1		
Hemiplegia.....	2	1	1	
Hérnia.....	1		1	
Epilepsia.....	1		1	
Inf. urinaria.....	2	2		
Neumonia.....	1	1		
Psoriasis.....	5	4	1	
Tuberculosis.....	64	30	34	10
Viruela.....	6	4		2
Sífilis.....	42		42	
Resistencia osérea.....				
Total.....	2199	992	1140	57

PRIMERA OBSERVACION

SALA PRIMERA—CAMA NÚMERO 6

Domingo Gonzalez, español, soltero, de 20 años de edad, de complexion robusta, blanco, jornalero y domiciliado en la calle de Méjico núm. 92, entró atacado de fiebre amarilla al Lazareto de San Roque, el tres de Marzo á la una y tres cuartos de la tarde y salió de alta el quince del mismo mes.

Refirió que por la tarde del día anterior fué acometido por un frío muy intenso y temblor general de todo el cuerpo, que duró por un momento, é inmediatamente despues esperiméntó una sensacion muy desagradable de calor, acompañada de una fuerte cefalalja frontal y dolor al epigastrio. Advirtió que hacia varios dias, antes de esto, que se encontraba resfriado, que le dolía todo el cuerpo y tenia deseos de estornudar por la noche; que el dolor habia continuado hasta ahora y cada vez con mas intensidad; que el vientre no se le movia desde algunos dias atrás, lo que no le habia estroñado mucho porque era estreñido habitualmente; que se abrigó y tomó una bebida caliente, y que despues de pasar una mala noche, se despertó con los mismos síntomas, mas intensos, y ademas náuseas, repugnancia por los alimentos é incomodidad en la vista, resolviéndose entonces á venir al Lazareto.

Finalmente, con la llegada del frío para el mes de junio, la epidemia cesó, pero perduró el importante rol del Lazareto en la sanidad pública. No sólo como lugar de aislamiento sino como institución sanitaria asistencial y productora de conocimiento.

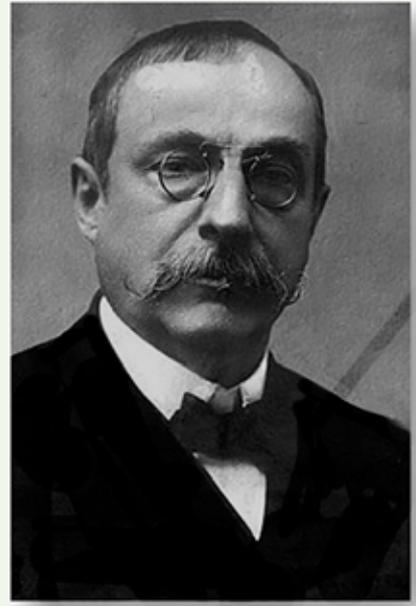
Pasada la epidemia, el Dr. Julián Aguilar, cirujano de la institución y Director de Hospitales de la Provincia, impulsa la transformación del Lazareto en Hospital General y proyecta ensancharlo. Se confeccionan los planos y se ponen los cimientos, pero, desgraciadamente, a poco de empezar, las obras debieron detenerse debido ya que, en 1874, se agota el crédito de 500.000 pesos oro, quedando la obra abandonada sin que se llegasen a construir todos los techos de los nuevos pabellones.

Luego de estar seis años detenidos, los trabajos se reanudaron, en 1881, bajo la dirección de obra a cargo del arquitecto Juan Bautista Buschiazzo. Se edificó sobre un terreno de 16.900 metros cuadrados. Finalmente, el Hospital San Roque fue inaugurado el domingo 12 de agosto de 1883, en una ceremonia presidida por el Dr. Ramos Mejía.³

En 1886 la atención comenzó a ser mixta y se creó el servicio de Pediatría. Dos años después, se inició la construcción de cuatro nuevos pabellones. Ante la gran demanda producida por el crecimiento exponencial de la ciudad, se improvisaron carpas en el jardín para 600 enfermos.

Para 1892 se inauguran pabellones destinados a Ginecología, Clínica Médica y poco tiempo después, una maternidad con entrada independiente y torno para el abandono de expósitos. En la edificación se aprovechó gran cantidad de elementos producto de las demoliciones rea-

Dr. José María Ramos Mejía



lizadas en la apertura de la Avenida de Mayo, inaugurada en 1894.

Luego, vino el agregado de dos servicios de Cirugía General de hombres, con salas para 40 enfermos, quirófanos y sala de esterilización. Para la misma época comienzan a funcionar los servicios de dermatología, otorrinolaringología, oftalmología y, en 1904, el célebre servicio de enfermedades nerviosas dirigido por el mismo Ramos Mejía. Se contaba con farmacia, horno de esterilización y hasta un incipiente servicio de electricidad y rayos X. Además de la asistencia hospitalaria, se atendían primeros auxilios con carros de tracción a sangre.

El Dr. Ramos Mejía fue pionero en el trata-



miento de las enfermedades nerviosas y creó la Cátedra de Enfermedades Nerviosas, segunda en el mundo, después de la de Jean-Martin Charcot en Francia. Por ella pasaron ilustres personajes de la talla de José Ingenieros (1877-1925), el neurólogo alemán Christofredo Jakob, el Dr. Rómulo H. Chiappori quien hizo la primera descripción de la Enfermedad de Wilson en nuestro país; y el Dr. José Esteves, quien continuó a cargo de la misma luego del fallecimiento de Ramos Mejía.⁶

En 1904 José Ingenieros fue nombrado médico agregado de las salas 5 y 6 correspondientes a las Enfermedades Nerviosas, ambas salas inauguradas y dirigidas por el Dr. José M. Ramos Mejía. Será a través de este último, que José Ingenieros irá adquiriendo un saber, tanto práctico como teórico, respecto de la clínica de la histeria. En el marco institucional de este Hospital y ese mismo año, José Ingenieros escribe su libro *“Los accidentes histéricos y las sugerencias terapéuticas”*. Quince años después, aparece una generosa referencia a Freud entre las “actuales interpretaciones” de la histeria. Se puede considerar esto último como un aporte a la introducción de la teoría freudiana en Argentina.

Su praxis en el hospital lo llevó a proponer, por primera vez en nuestro país, la apertura de consultorios externos en instituciones públicas para el tratamiento hospitalario de neurastenias, histerias y otras enfermedades mentales que no requerían internación.

Cabe señalar que ya el Dr. Ramos Mejía había promovido la instalación de consultorios externos en el Hospital San Roque, destinados a otras especialidades como otorrinolaringología y enfermedades de la piel. Efectivamente, Ingenieros ya había comenzado a atender, ambulatoriamente, a sus pacientes, cuyo padecimiento tenía causa psíquica. Esto se encuentra en sintonía con las políticas de un Hospital de Agudos. Debido a la creación de la Universidad de Buenos Aires (12 de agosto de 1821), los hospitales comenzaron a alojar a estudiantes y jóvenes profesionales, siendo el San Roque el primer Hospital Asociado a la Facultad de Medicina.

Siguiendo este lineamiento, Ingenieros fue un defensor de la idea que el hospital público servía para la práctica y la enseñanza. Esta cuestión pudo estar influenciada por la experiencia que tuvo junto a Horacio Piñero quien, ya siendo titular de la cátedra de Psicología Experimental,

Dr. Julián Aguilar. Actual patio del Hospital Ramos Mejía



presentó ante su alumnado a una paciente que Ingenieros trataba en el Hospital San Roque.⁷

José María Ramos Mejía falleció el 19 de junio de 1914. Ese mismo año el Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires determinó que el establecimiento sanitario fuese rebautizado con su nombre.

Por el Hospital pasaron nombres célebres como el de Juan B. Justo (que introdujo la asepsia en quirófano), Cecilia Grierson (primera médica del país, que dio sus primeros pasos en el hospital), Julián Aguilar, Enrique Corbellini, Pedro Chutro, Julio Méndez, Francisco Sicardi y Ricardo Nolting. El hospital albergó, también, a Baldomero Sommer (jefe de la Sala XIV del Servicio de Dermatología y Sifilografía) a Eduardo Ovejero (director del primer servicio de ORL del país) y Carlos Bonorino Udaondo (impulsor de la gastroenterología en Argentina).⁶

En 1953, el ministro de Salud Pública de la Nación, el Dr. Ramón Carrillo, llevó a cabo la completa modernización de la mayoría de los pabellones del hospital, incluyendo un nuevo sector de cuidados especiales, la actualización de toda la instalación eléctrica; la incorporación de un panel de cabecera con oxígeno, aspiración y aire comprimido para cada catre hospitalario y un sector para pacientes aislados.

Mucho más recientemente, el Hospital el Ramos Mejía, recibió a muchas de las víctimas del incendio de Cromañón, en la noche del 30 de



diciembre de 2004. Y lo mismo sucedió, dada la cercanía, luego del accidente ferroviario en la Estación Once, el 22 de febrero de 2012.

ACTUALIDAD

El Hospital, ubicado en la comuna 3 del barrio de Balvanera, calle Gral. Urquiza 609, es un policlínico que depende del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y forma parte del sistema de salud público. Las manzanas que conforman su área de influencia se extienden desde Avenida Córdoba hasta la Avenida Juan de Garay, y de la Avenida 9 de Julio hasta la calle Boedo/Bulnes, dentro de la cual se encuentran, además del hospital base, los Centros de Salud 11 y 45. Su director es el Dr. Hugo Pandulo.

Hospital escuela asociado a la UBA, tiene una larga trayectoria en docencia de pregrado y postgrado, capacitación en residencias, concurrencias, escuelas de enfermería y técnicos de la salud. Los Grupos de Investigación y el Comité de Bioética Clínica son reconocidos por su labor.

En el Hospital se dictan las carreras técnicas de Anatomía Patológica, Esterilización, Hematología, Hemoterapia, Instrumentación Quirúrgica y Neurofisiología.

El Hospital Ramos Mejía es el que cuenta con la mayor cantidad de camas (504 camas) de la Ciudad de Buenos Aires. Le siguen el Hospital Argerich (384) y el Hospital Pirovano (388), datos obtenidos del Centro de Investigación para Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Agradecimiento

El Comité Editorial agradece la valiosa colaboración de la Dra. Miriam Bonadeo, Coordinadora del Distrito Sur de la Región Metropolitana, en la gestión y confección de este artículo.

Bibliografía

1. Agüero A, Isolabella M. El Cólera en la Argentina durante el siglo XIX. *Rev Arg Salud Pública*, 2018. 9(37):51-54

2. Fiquepron M. Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX. Editorial Siglo XXI, 2020.
 3. Agüero A. Origen del Hospital J. M. Ramos Mejía. Revista del Hospital Ramos Mejía. Vol III. Nro 2. 1996. <https://www.hospitalramosmejia.com.ar/revista.html>
 4. Scenna MA. Cuando murió Buenos Aires 1871. Editorial Cántaro. 1974.
 5. Doncel S. La fiebre amarilla de 1871 observada en el Lazareto Municipal de San Roque. Imprenta del Siglo. 1873.
 6. Alonso N, Nasimbera A. <https://buenosaires.gob.ar/salud/hospital-ramos-mejia-un-recorrido-historico>
 7. Jardon, M, Toledo Ríos, C M. Los orígenes del hospital San Roque: La labor de Ramos Mejía. José Ingenieros y el tratamiento de los accidentes históricos [En línea]. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Disponible en Memoria Académica: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1464/ev.1464.pdf
- 



Qué debe saber el pediatra sobre:

SARAMPIÓN: EL REGRESO DE UN VIEJO NUEVO ENEMIGO

Dra. Cecilia Rizzuti*

El 24 de enero de 2024 se registró en la provincia de Salta un caso de sarampión, una enfermedad que dejó de ser endémica en nuestro país en el año 2000 y en las Américas en el 2002, gracias a la vacunación. Desde entonces se produjeron casos aislados, generalmente importados, cuya multiplicación logró evitarse. La amenaza persiste vigente desde las zonas donde esta enfermedad es endémica. La vacunación es la medida más efectiva para la prevención.

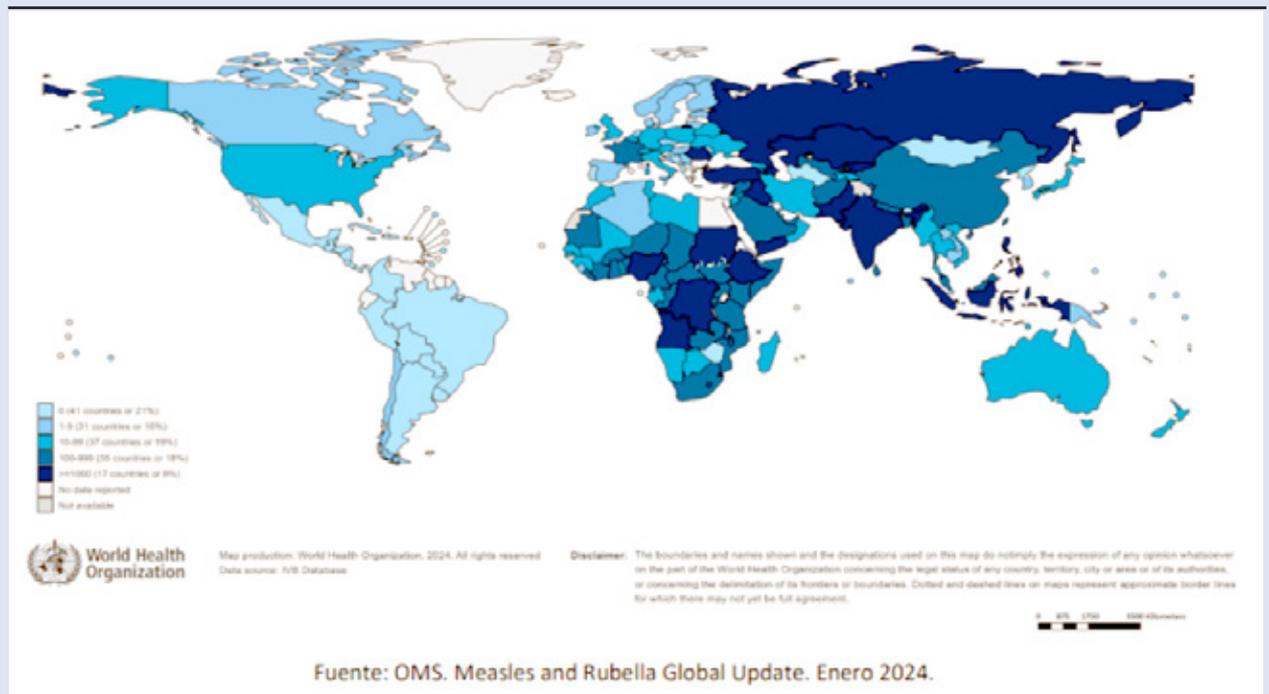
El objetivo de esta imagen en el texto es destacar cuántos países notificaron más de mil casos en el último semestre del año 2023 (*color azul*).

La globalización, el turismo, las migraciones y la incorrecta o nula inmunización representan una amenaza global.

LAS VACUNAS SALVAN VIDAS... CUANDO SE APLICAN

Según los dichos de la prensa, el paciente de 19 meses no habría sido vacunado, por temores de los adultos a su cargo. El movimiento antivacunas surgió a raíz de la publicación de un estudio (con una población de doce niños) que “demostraba” una asociación entre la vacuna del sarampión y el autismo. Desde entonces el artículo y su autor principal fueron desacreditados por distorsión de datos. En una docena de estudios a gran escala (uno de ellos con una población de más de 90.000 niños) no se pudo demostrar la asociación entre la vacuna y el autismo.

Sin embargo, argumentos de dudoso rigor científico, generan dudas y temor en un número



* Médica Pediatra. Coordinadora Distrito Oeste Región Metropolitana SAP. Pro Secretaria del Comité Nacional de Prevención de Lesiones SAP.

preocupante de personas, particularmente entre la clase acomodada y educada del mundo occidental, a quien el éxito de las vacunas ha hecho olvidar que antes se moría de enfermedades como la difteria, la polio o el sarampión. Es muy importante que los pediatras conozcamos esta realidad para poder defender el derecho a la salud de la población infanto juvenil.

Pandemia, vacunas e inequidad

“La falta de recuperación de la cobertura vacinal contra el sarampión en los países de ingreso bajo tras la pandemia, es una señal de alarma para que se adopten medidas. Se conoce como el «virus de la inequidad» y hay motivos para ello. Es una enfermedad que encuentra y ataca a quienes no están protegidos. (...)Vivan en el lugar del mundo que vivan, los niños tienen derecho a estar protegidos por la vacuna contra el sarampión, una protección que salva vidas”, afirmó Kate O’Brien, directora de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un comunicado de prensa, el 16 de noviembre de 2023.

La vacunación contra el sarampión evitó 56 millones de muertes entre 2000 y 2021.

Conociendo al villano

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas que afecta a los humanos y es causa-

da por un paramixovirus, del género morbilivirus. La transmisión se produce de persona a persona mediante la aerosolización de gotas, que pueden permanecer más de 2 horas en áreas cerradas. El único reservorio es el ser humano. La enfermedad deja inmunidad de por vida.

Cuadro clínico

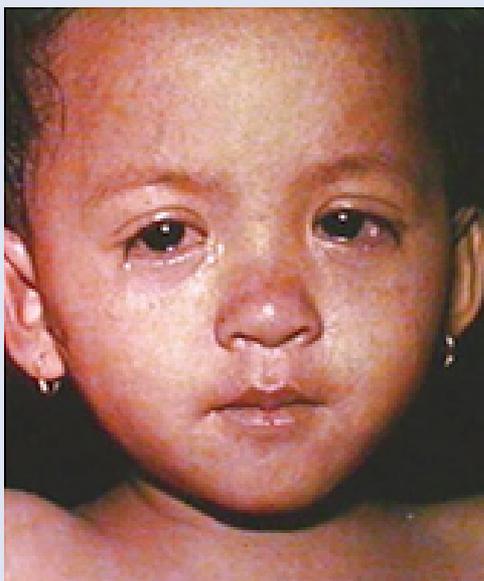
El período de incubación es de 10 a 14 días (con un rango de 7 a 23 días) desde la exposición hasta el comienzo de los síntomas, comúnmente denominados “triple catarro”: tos, conjuntivitis, fotofobia, rinitis, fiebre, malestar general (*Foto 1*).

Las manchas de Koplik, de color blanco azulado, características de esta patología, parecen antes que el exantema y generalmente se visualizan a la altura del 2^{do} molar, sobre la mucosa yugal hiperémica, pueden persistir hasta dos días después de finalizado el exantema (período enantemático) (*Foto 2*).

El rush característico aparece 2 a 4 días después del comienzo de los síntomas (*Foto 3*). Los pacientes contagian desde 4 días antes de la aparición del exantema hasta 4 días después, cuando la viremia es de mayor magnitud.

La erupción maculopapular, “morbiliforme”, tiene progresión cefalocaudal y deja zonas de piel sanas. Comienza detrás de las orejas y progresa hacia el tronco y extremidades. Se acompaña generalmente de fiebre de 39 a 40,4 grados.

Foto 1. Fotos de archivo “Fotos del Sarampión” del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)



Es de color rojo vinoso, confluyente en algunas zonas. La coloración vira hacia el pardo y desaparece en 4 a 7 días, en el mismo sentido de su aparición, dejando una fina descamación en laminillas finas. (furfurácea).

Las complicaciones más frecuentes pueden suceder por acción viral o sobreinfección bacteriana: las más frecuentes son otitis media, laringotraqueobronquitis o neumonías. La encefalitis (1 en 1000 casos) puede dejar secuelas. Los niños inmunodeprimidos tienen elevadas tasas de mortalidad. En los pacientes con hipovitaminosis A la enfermedad también es más grave, con mayor riesgo de ceguera y mala evolución clínica.

La panencefalitis esclerosante subaguda es una enfermedad fatal, degenerativa y progresiva, una complicación a largo plazo del sarampión, causada por la persistencia de la infección viral en el cerebro. Ocurre en 1-5000 casos.

En los adultos las complicaciones pueden incluir hepatitis y alteraciones con el embarazo, como abortos, nacimientos pretérminos, bajo peso al nacer y muerte materna.

La mortalidad del sarampión varía del 0,01% en países con altos ingresos hasta 10-30% en poblaciones con mal acceso a la salud y desnutrición. La infección también puede causar supresión del sistema inmune y amnesia inmunológica, aún a los patógenos a para los cuales el individuo tenía defensas.

Medidas de prevención

Todas las personas desde el año de vida deben tener esquema de vacunación completo contra el sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación:

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola, aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse. Las recomendaciones de vacunación ante situación de brote o para viajeros pueden cambiar según la situación epidemiológica.

Se pueden consultar en:

- <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

Definición y clasificación de caso.

Definición de Caso de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) (sospechoso de sarampión/rubéola)

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema. O bien que un trabajador de la salud sospeche sarampión o rubéola, independientemente del antecedente

Fotos 2 y 3. Fotos de archivo "Fotos del Sarampión" del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Foto 2

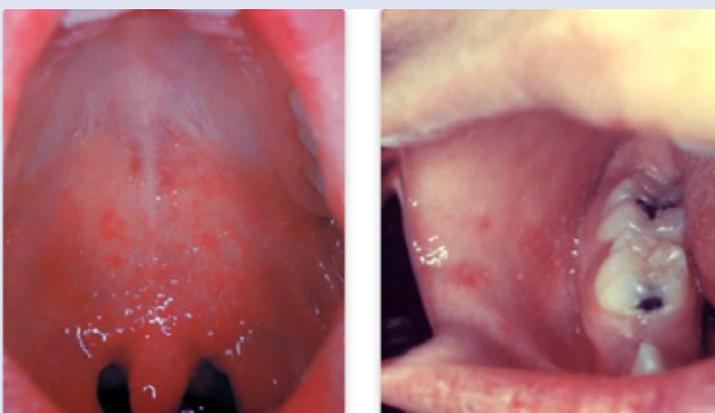


Foto 3



vacunal.

Notificación: Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos y por laboratorio.

Recomendaciones para los Equipos de Salud Vigilancia Epidemiológica

Los casos de EFE constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación, que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>. Ficha de recolección de notificación e investigación epidemiológica

Medidas ante casos y contactos

- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible, ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento Enfermedad Febril Exantemática.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. No circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.
- Explicar a la persona adulta responsable o paciente que será contactado por el sistema de salud de ser necesario y que puede ser requerida la obtención de nuevas muestras

confirmatorias.

Medidas en los contactos

- Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (niños menores de 1 año, niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos dentro de las 48 hs de identificado el caso, a quienes no cumplan con las indicaciones de vacunación del calendario de vacunación.
- Ante la confirmación de un caso: todos los contactos de 6 a 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Desde los 13 meses en adelante (excepto adultos nacidos antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso.

La inmunoglobulina de pool está indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en pacientes severamente inmunodeprimidos (independientemente del antecedente de vacunación), personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.5 ml/kg (dosis máxima 15 mL)

- Búsqueda de la fuente de infección: se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

Medidas ante brotes

- Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs, ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.

- Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar al Sistema Nacional de Vigilancia dentro de las 24 hs.
- Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48 hs del diagnóstico del caso sospechoso.

CONCLUSIÓN

El propósito de este artículo es reflexionar sobre una enfermedad que, gracias a las vacunas, nos parece lejana e improbable, pero es altamente contagiosa y acecha “a la vuelta de la esquina”.

Nuestra tarea es ardua, cuando el enemigo no se ve pareciera no existir.

La información sobre el cuadro clínico, que las nuevas generaciones nunca enfrentaron, servirá quizás de alarma para la detección y notificación de casos que ayuden a un rápido bloqueo de la propagación.

REFERENCIAS

- <https://www.cdc.gov/measles/symptoms/photos-sp.html>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>
- https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Anexo-5_sarampion.pdf.
- Sarampión Análisis de Situación Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios Ministerio de Salud de la Nación. 2010
- https://bancos.salud.gob.ar/recurso/enfermedad-febril-exantematica-sarampion-y-rubeola-https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_alerta-sarampion-01-24_1705763282.pdf
- María Laura Gioseffi. Dermatología en pediatría ambulatoria.
- Measles Outbreak Guide, OMS 2022.





ECOS DE LAS XV JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Mesa Redonda: GESTIÓN EN SALUD Y PEDIATRÍA (Resumen)

Mesa Redonda: **Gestión en Salud y Pediatría**
 Coordinador: *Dr. Aubone, Pablo Eduardo*
 Secretaria: *Dra. Enríquez, Estela Leonor*
 Panelistas: *Dr. Flamenco, Edgardo* (Médico Pediatra, Secretario del Comité de Ejercicio Profesional, ex Director de la Región Metropolitana).
Dra. Halac, Alicia Rosa (Coordinadora Gestión de Calidad Hospital Garrahan, Coordinadora Comité Central de Calidad Hospital Garrahan, Magister Internacional en Políticas y Gestión Sanitaria Europa-América Latina, Universidad de Bologna-Italia, Directora de Beca de Programa Especial de "Gestión de Calidad de la Atención Centrada en las Personas" Hospital Garrahan).

El Dr. Flamenco expuso sobre el Nomenclador Nacional Pediátrico. Desafíos y realidad de un camino posible

En él se fijan los valores para la atención médica pediátrica en sus diferentes niveles de atención y complejidad.

Se establecen 5 niveles de complejidad, dando valor a cada prestación pediátrica

El nomenclador es aplicable a la actividad privada, en cuanto a la aplicación en la actividad pública es difícil su aplicación ya hay valores ya establecidos y se pagan en forma de guardias.

Las prestaciones se clasifican según el cuadro:

La Dra. Halac expuso sobre El impacto de la identificación correcta de los pacientes en su seguridad

Es una de las Metas Internacionales en Seguridad del Paciente: "Identificación del paciente"

El objetivo, en la identificación correcta de los pacientes, es reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.

CODIGO	PRESTACIONES PEDIATRICAS (no prácticas)	NIVELES DE COMPLEJIDAD	UNIDAD PEDIATRICA
320001	Consulta de demanda espontánea	1	1
320002	Consulta programada de atención integral del NNyA Interconsulta con especialidades pediátricas	2	1,5
320003	Consulta en internación neonatal y/o pediátrica Consulta integral de paciente crónico o complejo (dependencia 100%) hasta cuatro consultas por año	3	3
320004	Recepción RN Normal en Sala de Parto	4	8
320005	Recepción RN Patológico en Sala de Parto	5	12

En los países de ingresos altos, se estima que 1 de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.

Los pacientes son identificados antes de realizar procedimientos diagnósticos, de proporcionar tratamientos y de llevar a cabo procedimientos.

Se puede utilizar una pulsera impresa identificatoria de pacientes informatizada con código de barras o código QR.

Se coloca apellido/s y nombre/s **completos** del paciente y fecha de nacimiento. También consta N° de identificación (Legajo), N° HCl y fecha de ingreso.

Para lograr **precisión** de la identificación de los pacientes, la verificación de identidad del paciente debe ser a **viva voz**, previo a la colocación de pulsera identificatoria y **antes** de cualquier procedimiento, en presencia de un acompañante que lo confirme o rectifique (pacientes pediátricos o con alteraciones neurocognitivas).

Recomendaciones:

Uso de pulseras de identificación del paciente:

- 1) Pacientes hospitalizados.
- 2) Pacientes que ingresaron al hospital de día.
- 3) Pacientes que ingresan para realizarse una cirugía de día o pacientes ambulatorios, y/o que requieran anestesia, general o local con o sin cirugía.
- 4) Pacientes que requieren transfusión de sangre o derivados.
- 5) Pacientes que están recibiendo cualquier tipo de terapia de medicación, incluidos los pacientes no admitidos en el servicio de urgencias.
- 6) Pacientes que están recibiendo cualquier terapia donde se requiere consentimiento específico (ejemplo: quimioterapia, radioterapia).
- 7) Pacientes que se someten a cualquier otro procedimiento o tratamiento que les pueda causar un impacto negativo en su estado de salud.

- 8) Doble sistema de identificación de RN pareada con la identificación materna.
- 9) Identificación de muestras de laboratorio.
- 10) Utilización de indicaciones médicas informatizadas.

¿Por qué es importante la identificación inequívoca de los pacientes?

- Causa frecuente de errores que ocasionen eventos adversos como:
 - Administración errónea de medicación o hemoderivados a pacientes equivocados
 - Realización de procedimientos diagnóstico terapéuticos innecesarios
 - Confusión en la extracción con resultados analíticos erróneos y toma de decisiones incorrecta. Mayor riesgo: niños, pacientes sedados, trastornos neurocognitivos, hipoacúsicos, barreras de lenguaje.
- Porque es importante:

a. PARA LOS PACIENTES Y LA FAMILIA

- 1) Positivos resultados de salud y mejor calidad de vida.
- 2) Mayor seguridad clínica.
- 3) Mejor experiencia del paciente.
- 4) Reducción en readmisiones.
- 5) Real participación de pacientes y familias.
- 6) Mayor auto cuidado de los pacientes = autonomía.
- 7) Mejora en las transiciones en el cuidado.

b. PARA LA ORGANIZACIÓN

- 1) Satisfacción en el trabajo.
- 2) Reducción en estrés laboral y *burnout* del personal.
- 3) Mayor retención de los empleados.
- 4) Reducción en los costos hospitalarios-Menor utilización de servicios.
- 5) Mejor reputación.



PREVENCIÓN CONTRA VIRUS DENGUE

Dra. Ángela Gentile*

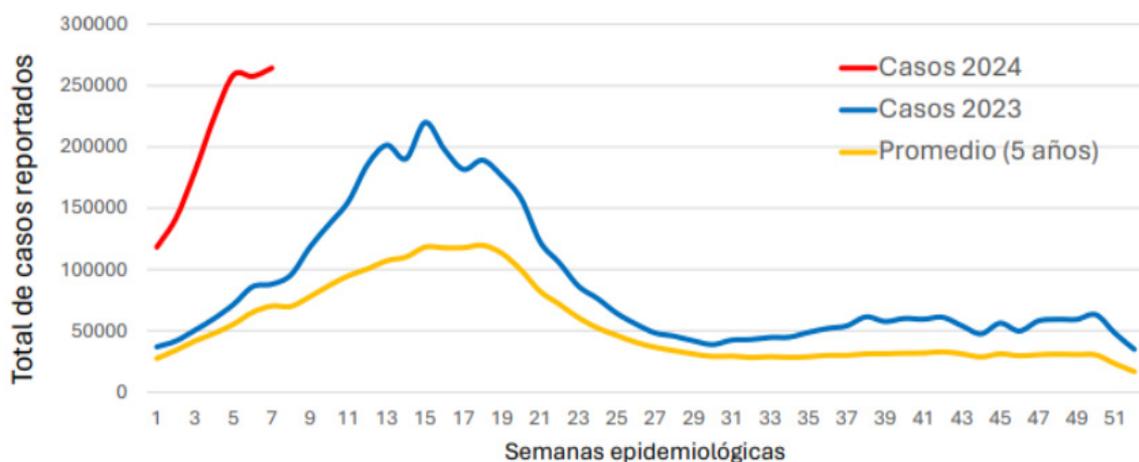
El dengue es la infección viral transmitida por vector más ampliamente diseminada en el mundo y constituye un problema de salud pública grave con alto impacto económico y social. La infección es causada por el virus del dengue, del cual se conocen 4 serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). El vector más importante en las Américas es el mosquito *Aedes aegypti*. No existe, al momento, un tratamiento antiviral específico, y el abordaje diagnóstico y terapéutico representa un desafío en salud. Una característica de la enfermedad son sus modalidades epidemiológicas, en particular la hiperendemicidad de los serotipos de este virus en muchos países y la alarmante repercusión en la salud humana y en la economía nacional y mundial. La distribución etaria de los casos de dengue varía en los países de la región, si bien cerca del 70% de la carga se encuentra en los adolescentes y adultos jóvenes.

EPIDEMIOLOGÍA

La Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI-Dengue, Organización Panamericana de la Salud) es un modelo cuyo objetivo es fortalecer los programas nacionales para reducir la morbimortalidad, la carga social y económica generada por los brotes y epidemias de dengue.

Esta entidad ha emitido el 16-02-2024 una Alerta Epidemiológica por aumento de casos de dengue en la Región de las Américas. Teniendo en cuenta el comportamiento del dengue registrado en las primeras semanas del 2024, con aumento exponencial de casos notificados en varios países de la Región de las Américas, el cual sucede a un año en el que se registró el mayor número de casos de dengue reportado en las últimas décadas en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Gráfico 1. Número total de Casos sospechosos de Dengue hasta la semana 7 2024 y 2023 y promedio de los últimos cinco años en la Región de las Américas.



* Médica Infectóloga Pediatra, Epidemióloga. Jefa del Departamento de Epidemiología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Presidenta de la Comisión Nacional de Inmunizaciones. Asesora inmunizaciones OPS/OMS. Miembro del Comité Asesor COVID 19 del MSAL de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría (2013-2015). Miembro del Comité de Redacción revista Dermatología Argentina.

(OPS/OMS) reitera el llamado a los Estados Miembros para intensificar los esfuerzos y las acciones de control del mosquito *Aedes aegypti* (principal vector transmisor), además de continuar con las acciones de vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de casos de dengue.

Es fundamental la organización de la red de servicios de atención de salud a fin de facilitar el acceso y el manejo adecuado de los pacientes para prevenir complicaciones y defunciones asociadas a esta enfermedad.

Según el Informe N° 8 sobre la Situación epidemiológica del dengue en las Américas emitido por la OPS el 01/03/2024 –con información actualizada a la semana epidemiológica 7–, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 7 del 2024, se reportaron un total de 1.424.154 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 156 casos cada 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 226% en comparación al mismo periodo del 2023 y 316% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El *Gráfico 1* muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 7 en la región incluyendo el Cono Sur.

En Brasil hasta la SE 8/2024 se reportaron 1.176.670 casos de dengue, casi tres veces el número de casos registrado en el mismo período

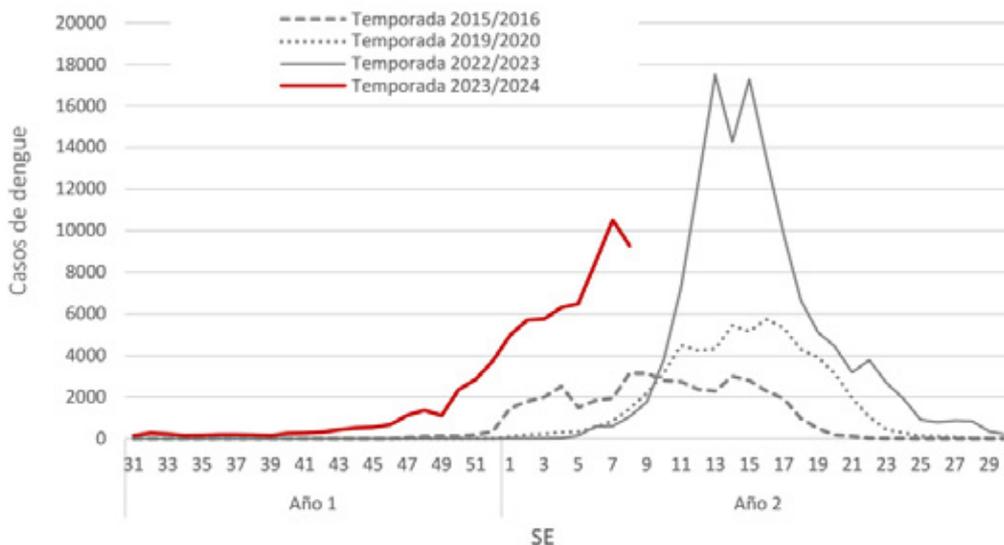
del 2023. Los fallecidos para dicho período de 2024 fueron 184. A su vez, a la SE 08/2024 se registraron 56.154 casos de Chikungunya, un 5,83% menos que lo reportado hasta la misma semana del año 2023, y 10 fallecidos.

En Paraguay entre la SE 1 y 7 del 2024 se notificaron 131.454 casos de dengue, 25 veces lo registrado para el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 24. Asimismo, hasta la SE 06/2024, se registraron 2.275 casos de Chikungunya, una disminución del 95,06% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. No se notificaron fallecidos de Chikungunya durante 2024.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ARGENTINA

Desde la SE 31/2023 hasta la SE 8/2024 se registraron en Argentina 74.555 casos de dengue: 68.369 sin antecedentes de viaje (autóctonos), 2.977 importados y 3.209 en investigación, resultando en una incidencia acumulada hasta el momento a nivel país de 158 casos cada cien mil habitantes. En el mismo período 146 casos fueron clasificados como dengue grave (0, 19%) y 47 casos fallecidos. En la actualidad 18 jurisdicciones

Gráfico 2. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica (incluye autóctonos, importados y en investigación) en temporadas epidémicas. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 20).

dicciones presentan circulación viral notificada en su territorio.

En cuanto al comportamiento temporal, se destaca la persistencia de casos durante todo el período analizado de la temporada 2023/2024 –incluyendo la época invernal– y el aumento sostenido del número de casos desde la SE 40/2023, lo que representa un adelantamiento del aumento estacional respecto temporadas previas a nivel país (ver Gráfico 2). Así mismo, se destaca desde la SE1 de 2024 el aumento de los casos aportadas por la región Centro y desde la SE4 en la región NOA, mientras el aporte de la región NEA -que había sido casi exclusivo hasta la SE45- disminuye paulatinamente desde comienzos de 2024.

Durante el período transcurrido entre SE 1 y

SE 8 del año 2024, se registra una disminución paulatina del número de casos que aporta el NEA y un aumento igualmente paulatino en el número de casos de la región Centro (desde SE1) y NOA (desde SE2). Mientras que las regiones de NOA y Centro presentan un comportamiento epidémico estacional –con interrupción de la transmisión en la época invernal y aumento durante la época estival–, en la región del NEA se observa un comportamiento endemo-epidémico, con transmisión durante todas las semanas del año y aumento en durante el otoño y primavera de 2023 y verano 2023/2024

En la presente temporada se han identificado hasta el momento 3 serotipos circulando en el país: DEN-1, DEN-2 y DEN-3, predominio de DEN-2 seguido de DEN-1. (Gráficos 3y 4)

En relación a los grupos de edad, si bien se registraron casos de dengue en todos los grupos de edad, entre los 15 y 69 años la incidencia acumulada es mayor que en población general (158) y desciende hacia los extremos de la vida. La incidencia acumulada mínima se observa en menores de 4 años, con 39 casos cada 100.000 habitantes, y una máxima de 212 casos cada 100.000 habitantes entre los 30 a 34 años. (Gráfico 5)

Desde la SE 31/23 a la SE 08/24 se registraron en el SNVS 47 casos de dengue fallecidos –de los cuales 37 pertenecen al año 2024– en las provincias de Chaco (12), Corrientes (8), Formosa (5), Misiones (13), Buenos Aires (7), Santa Fe (1) y Santiago del Estero (1). En 23 de los casos se

Gráfico 3. Dengue: Distribución proporcional de serotipos en casos sin antecedente de viaje. Argentina. SE 31/2023 a SE 8/2024 (n=6.421).

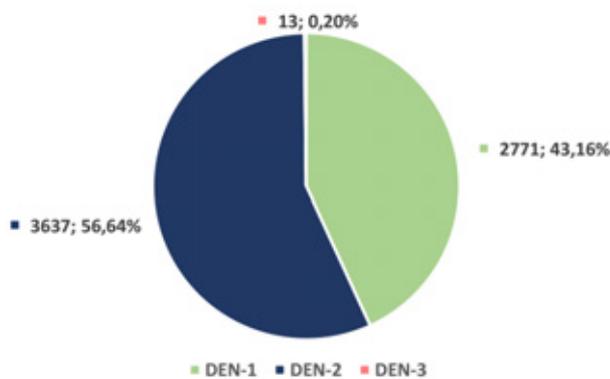
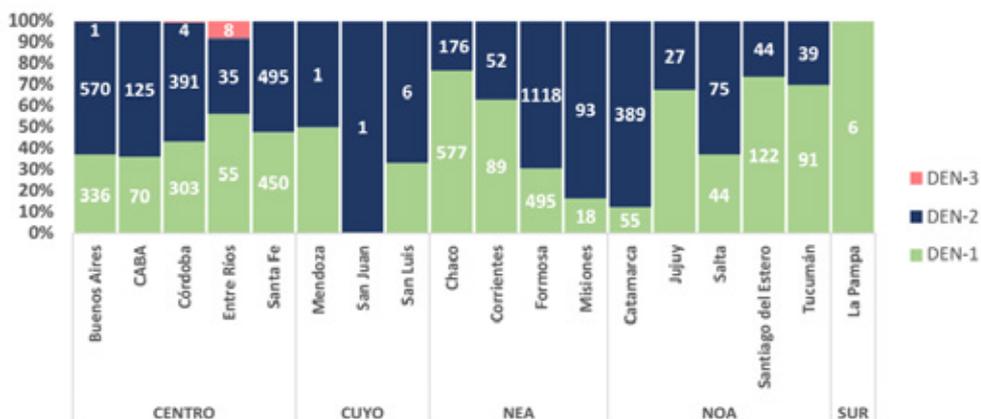


Gráfico 4. Dengue: Distribución proporcional y número absoluto de casos sin antecedente de viaje según serotipo por jurisdicción de residencia. Argentina. SE 31/2023 a SE 8/2024 (n=6.421).



Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

pudo determinar el serotipo involucrado: 14 casos correspondieron al serotipo DENV-2 y 9 casos al serotipo DENV-1. El resto se encuentran aún sin especificar, en investigación.

VACUNACIÓN

La recomendación del Grupo Asesor de Expertos de la OMS, es que la introducción de una vacuna del dengue debe ser parte de una estrategia global de control de la enfermedad. Las vacunas contra el dengue en desarrollo presentan varios desafíos:

1. Existencia de cuatro tipos de DENV (1-4).
2. Sin correlato inmunológico de protección.
3. Los modelos animales no son homologables al dengue humano.
4. Los ensayos inmunológicos no pueden definir con precisión las respuestas inmunitarias específicas del tipo de DENV (homotípicas).

La vacuna actualmente disponible en Argentina es la vacuna QDENGAR[®] del laboratorio TAKEDA, Se trata de una vacuna tetravalente de virus vivo/atenuado elaborada a partir del “esqueleto” del virus del dengue serotipo 2, que brinda estructura para los cuatro tipos de dengue.

Se aprobó en Indonesia en agosto 2022, seguida por la Unión Europea en diciembre 2022, por el Reino Unido en enero 2023 y por la Agencia

Regulatoria de Brasil (ANVISA) en marzo 2023. En la Argentina, fue aprobada por ANMAT El 26 de abril de 2023 y se encuentra disponible, al momento, en el sector privado.

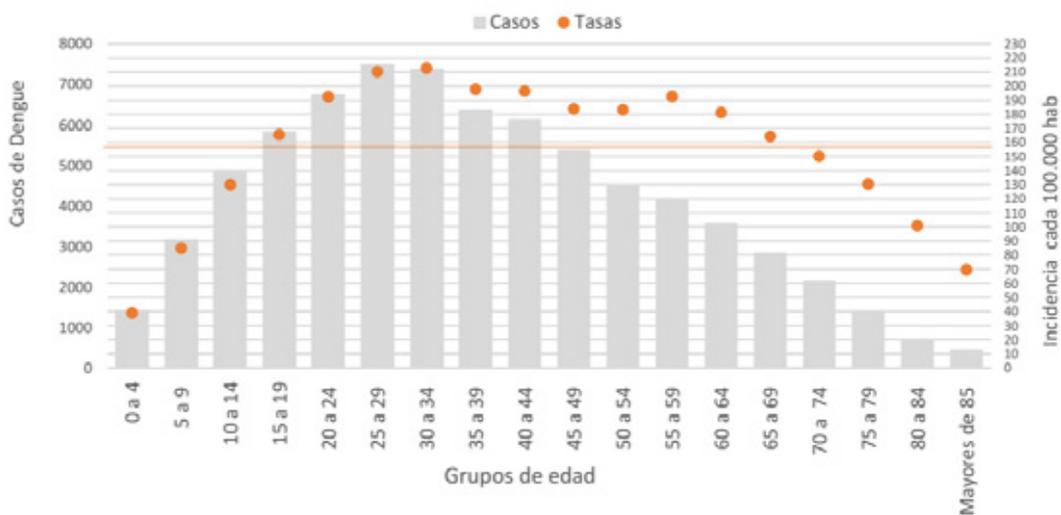
Hasta ahora, ningún país ha implementado la vacunación con QDENGAR[®] en los Calendarios Nacionales. En la actualidad, hay una interesante experiencia piloto en Brasil: se ha planificado la vacunación de tres millones de personas, pero aún no hay resultados disponibles. En nuestro país se está aplicando en el mercado privado y hay también dos experiencias piloto en Salta y Misiones.

EFICACIA

La aprobación de esta vacuna está basada en 19 ensayos clínicos con más de 27.000 participantes de edades entre 15 meses y 60 años en zonas endémicas y no endémicas. La vacuna TAK-003 (4-16 años) ha demostrado en el seguimiento de 12 a 18 meses una eficacia del 80,2% contra el dengue sintomático hasta los 12 meses y 90,4% frente a la hospitalización hasta los 18 meses.

En el seguimiento a largo plazo hasta los 4,5 años se encontró que, para evitar el dengue virológicamente confirmado, fue de 62,0% en los seropositivos y de 54,3% en los seronegativos, y la eficacia para evitar hospitalización por dengue

Gráfico 5 Dengue: Casos e incidencia acumulada según grupos de edad. SE 31/2023 a SE 8/2024. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

fue de 86,0% en los seropositivos y de 77,1% en los seronegativos.

Esto evidencia, que la mayor respuesta se da en las personas que padecieron previamente la infección. En esta etapa de seguimiento ha demostrado eficacia contra los cuatro serotipos del virus en niños seropositivos en países endémicos y contra los serotipos 1 y 2 en niños seronegativos.

En niños seronegativos iniciales, el estudio de la vacuna no demostró eficacia contra la enfermedad sintomática contra los serotipos 3 y 4 y la hospitalización por el serotipo 3; hubo muy pocos casos de serotipo 4 hospitalizados para evaluar la eficacia.

No hay datos de eficacia clínica en individuos mayores de 16 años.

La aprobación entre los 17 y 60 años se basa en la extrapolación de datos de inmunogenicidad de estudios realizados en localidades endémicas y no endémicas, aplicando criterios de inmunopuente. Los autores unen los datos de inmunogenicidad de un estudio de eficacia de fase 3 de la vacuna TAK-003, realizada en niños y adolescentes en áreas endémicas, con estudio de inmunogenicidad en adultos en áreas no endémicas. Las respuestas de anticuerpos neutralizantes fueron comparables en ambos estudios. Estos datos respaldarían el potencial de eficacia clínica de TAK-003 en adultos.

Es una vacuna con 2 componentes, un vial que contiene la vacuna liofilizada y un vial o jeringa prellenada que contiene el diluyente (solución de cloruro de sodio al 0,22%) Una vez reconstituida se utiliza en un plazo de 2 horas. La vacuna sin diluir tiene un periodo de validez de 18 meses. Se conserva en heladera entre 2°C y 8°C y no se debe congelar.

Indicaciones

Está indicada a partir de los 4 años con esquema de dos dosis (0 y 3 meses) de 0,5 ml para todos aquellos individuos que hayan o no padecido una infección previa por cualquiera de los serotipos del virus dengue. No se ha establecido necesidad de revacunación.

Contraindicaciones

1. Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la vacuna, o hipersensibilidad a una dosis previa de Qdenga.

2. Personas con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, incluidos los tratamientos inmunosupresores como la quimioterapia o altas dosis de corticoesteroides sistémicos (p. ej., 20 mg/día o 2 mg/kg de peso corporal por día de prednisona durante dos semanas o más) en las cuatro semanas previas a la vacunación.
3. Individuos con infección por VIH sintomática o asintomática cuando se acompaña con evidencia de función inmune alterada.
4. Mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia.

Precauciones

La vacunación debe posponerse en sujetos que presenten una enfermedad febril aguda grave.

Administración con otras vacunas

Puede coadministrarse con la vacuna contra la hepatitis A (estudiada en adultos 18-60 años) y contra la fiebre amarilla. Es importante recordar que, al ser una vacuna viral atenuada, debe respetarse un intervalo de 30 días cuando se deban administrar con otras vacunas del mismo tipo (como triple viral o varicela) salvo que se administren simultáneamente.

Seguridad

Durante el desarrollo clínico de TAK-003 no hubo señal de seguridad importante. En los estudios clínicos los eventos adversos notificados, con más frecuencia, fueron dolor en el sitio de la inyección (50%), cefalea (35%), mialgia (31%), eritema en el sitio de la aplicación (27%), malestar general (24 %), astenia (20%) y fiebre (11%). Ocurrieron generalmente en los 2 días posteriores a la inyección.

Es importante recordar que luego de haber padecido la enfermedad, se debe esperar un intervalo de tres a seis meses para comenzar la vacunación. La protección se logra con un esquema completo, es decir dos dosis, según los datos actuales.

El mismo vector *Aedes aegypti* es capaz de transmitir otros virus como Zika y Chikungunya, para los cuales aún no se cuenta con vacunas. La estrategia integrada enunciada previamente es clave para encarar esta situación.

Bibliografía consultada

1. OPS: Alerta Epidemiológica - Aumento de casos de dengue en la Región de las Américas - 16 de febrero del 2024. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-casos-dengue-region-americas-16-febrero-2024>
- 2- OPS: Informe de situación No 8. Situación epidemiológica del dengue en las Américas – Semana epidemiológica 07, 2024 disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-no-8-situacion-epidemiologica-dengue-americas-semana-epidemiologica-07>
3. European Centre for Diseases Control. Communicable disease threats report, 23-29 July 2023, week 30. Published July 28, 2023. Accessed november 25, 2023. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-30-2023_0.pdf.
4. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Accessed december 04, 2023. <https://www.paho.org/es/temas/dengue/estrategia-gestion-integrada-para-prevencion-control-dengue>.
5. Tomás SJ. Is new dengue vaccine efficacy data a relief or cause for concern? *npj Vaccines* (2023) 8:55; <https://www.nature.com/articles/s41541-023-00658-2>.
- 6-Inge LeFevre, Lulu Bravo et al. Bridging the immunogenicity of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003) from children and adolescents to adults. *Vaccines*. 2023; 8: 75.
7. <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html>.
8. Tricou V, Eyre S, Ramjee M, et al. A randomized phase 3 trial of the immunogenicity and safety of coadministration of a live-attenuated tetravalent dengue vaccine (TAK-003) and an inactivated hepatitis a (HAV) virus vaccine in a dengue non-endemic country. *Vaccine*. 2023; 41 (7):1398-1407. doi:10.1016/j.vaccine.2023.01.007.
9. López P, Lanata CF, Zambrano B, et al. Immunogenicity and Safety of Yellow Fever Vaccine (Stamaril) When Administered Concomitantly With a Tetravalent Dengue Vaccine Candidate in Healthy Toddlers at 12–13 Months of Age in Colombia and Peru: A Randomized Trial. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2016; 35(10):1140-1147. doi:10.1097/INF.0000000000001250.
- 10.Rivera L, Biswal S, Sáez-Llorens X, et al. Three-year Efficacy and Safety of Takeda’s Dengue Vaccine Candidate (TAK-003). *Clinical Infectious Diseases*. 2022;75(1):107-117. doi:10.1093/cid/ciab864.
- 11.Dayan GH, Langevin E, Gilbert PB, et al. Assessment of the long-term efficacy of a dengue vaccine against symptomatic, virologically-confirmed dengue disease by baseline dengue serostatus. *Vaccine*. 2020;38(19):3531-3536. doi:10.1016/j.vaccine.2020.03.029
- 12.Biswal S, Borja-Tabora C, Martinez Vargas L, et al. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children aged 4-16 years: a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2020; 395 (10234):1423-1433. doi:10.1016/S0140-6736(20)30414-1.
- 13.ClinicalTrials.gov N CT02747927. Disponible en: clinicaltrials.gov/ct2/show/N_CT02747927 (consultado en noviembre de 2023); 2. Rivera L, et al. *Clin Infect Dis* 2022; 75:107–117.
- 14.Biswal S, Reynales H, Saez-Llorens X, et al. Efficacy of a Tetravalent Dengue Vaccine in Healthy Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2019;381(21):2009-2019. doi:10.1056/NEJMoa1903869
- 15.Biswal S. Takeda dengue vaccine (TAK-003) safety and efficacy. ACIP presentation meeting presented at: 24/02/23; February 8, 2023. Accessed September 6, 2023. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2023-02/slides-0223-Dengue-02-Biswal-508.pdf>

VIAJEMOS... SEGURIDAD VIAL

Dra. María Florencia Barril*

Los siniestros viales son un problema grave de salud pública. Las lesiones prevenibles, "accidentes", representan la 3^{er} causa de muerte en las infancias de 0 a 4 años, la 2^{da} causa en niños, niñas y adolescentes de 5 a 14 años y la **1 era causa en adolescentes de 15 a 24 años** (Tabla 1).

En Argentina, los siniestros viales se cobran, en promedio, cerca de 5.500 vidas al año (2021). Solo el 30% de las infancias se traslada en Sistema de Retención Infantil (SRI). Muchos pediatras desconocen sobre los usos y recomendaciones de estos sistemas.

Es de gran importancia, incluir el tema de

SRI en la consulta pediátrica, junto a los temas principales de alimentación, sueño, desarrollo y prevención de lesiones. El momento ideal para hablar sobre prevención de lesiones y SRI es en la consulta prenatal y antes del alta de neonatología.

¿QUÉ ES UN SRI?

Son los "huevitos", "sillitas" u otros dispositivos de sujeción homologados que permiten transportar, de forma segura, a los menores de 12 años, o hasta el 1.50 ms. y siempre deben ser colocados en el asiento trasero de los automóviles. Hasta los 13 años deben viajar en asientos traseros.

Tabla 1 Principales causas de defunciones según grupo de edad y sexo en Argentina año 2020.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES SEGUN GRUPO DE EDAD SEXO. ARGENTINA 2020		
0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años
TODAS LAS CAUSAS 5313	TODAS LAS CAUSAS 1132	TODAS LAS CAUSAS 4951
TODAS LAS CAUSAS BIEN DEFINIDAS 5012	TODAS LAS CAUSAS BIEN DEFINIDAS 1056	TODAS LAS CAUSAS BIEN DEFINIDAS 4755
3 ERA CAUSA	2 DA CAUSA	1 ERA CAUSA
Afecciones Perinatales 2439	Tumores malignos 239	"Accidentes" 983
Malformaciones congénitas 2430	"Accidentes" 176	Lesiones autoinflingidas 756
"Accidentes" 208	Malformaciones congénitas 56	Agresiones 433
Tumores 92	Lesiones autoinflingidas 47	Tumores 425

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf

* Especialista en Pediatría (SAP, UBA, Provincia de Bs. As.). Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Integrante del Comité Nacional y de Región Metropolitana de Prevención de Lesiones de la SAP. Integrante del Comité de Pediatría Ambulatoria SAP Región Metropolitana.- Integrante del Comité de Docencia e Investigación Htal de Morón. Subdirectora de la Carrera de Especialista. UBA sede Morón. Jefa de trabajos prácticos pediatría pregrado. UBA UDH Morón.

Los SRI fueron desarrollados para prevenir golpes, lesiones graves e incluso la muerte durante la movilidad en auto de bebés, niñas y niños.

En nuestro país existe la ley 24.449 y el Decreto 32/18 exige trasladar a los bebés en una silla especial, acorde a su peso, tamaño y edad.

¿CÓMO ELIJE LA FAMILIA EL SRI Y CUÁL RECOMENDAMOS?

En Argentina, hay múltiples modelos homologados, de distinto precio y calidad. Los SRI instalados en forma correcta disminuyen la mortalidad 80% niños y 70 % infantes

Para orientar a las familias y pediatras, se pueden consultar las **fichas AEIOU**. El programa **AEIOU** se ha realizado con el objetivo de brindar información para comenzar, desde el principio, de una manera rápida y ágil el proceso de búsqueda de un sistema de retención infantil. Se

compone 100% de información técnica que, de manera ordenada y sencilla, busca ser el nexo entre la gran oferta existente y las características técnicas, sin marketing asociado y teniendo en cuenta aspectos relacionados a la homologación obtenida, orientación, peso y/o altura soportada, manuales, compatibilidad, videos, formas de colocación y ensayos o premios obtenidos en caso que existiesen. La falta de alguno de estos aspectos se evidencia de manera clara, para que los usuarios puedan contar con herramientas eficientes al momento de tener que adquirir un sistema de retención infantil (Tabla 2).

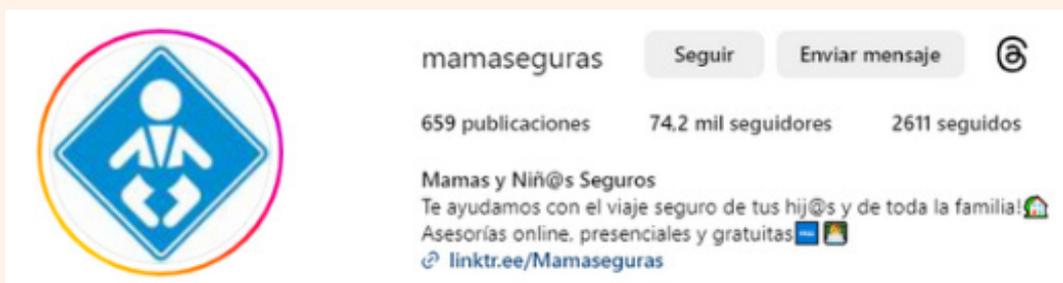
Acceso a programa AEIOU: <https://drive.google.com/file/d/1spoC4aoyN8yPztM2DCGZDj-fr9okpcij/view>

En Argentina existe un grupo sin fines de lucro, “**mamasegura**”, quienes en forma gratuita orien-

Tabla 2. Programa AEIOU

<p>Haciendo clic en cada SRI encontrás: información, el video de instalación, manual de uso y otros datos, en caso de que estén disponibles.</p> 	<p>Toda la información es objetiva, los datos están extraídos de cada manual del SRI.</p> 
<p>Los signos de exclamación, corresponden si alguno de los datos a la fecha de actualización, no existen o no están disponibles.</p>	<p>El listado se muestra en orden alfabético y se actualizan mensualmente</p> 
<p>Homologaciones: Europea Norteamericana</p> 	<p>Cada SRI con testeos o ensayos complementarios, está ubicado en la ficha, redireccionando al sitio del responsable. Cuenta con toda la información de respaldo.</p>

Tabla 3. Instagram Mamaseguras



The image shows the Instagram profile for 'mamaseguras'. The profile picture is a blue diamond-shaped icon with a white silhouette of a child in a car seat. The name 'mamaseguras' is displayed with 'Seguir' and 'Enviar mensaje' buttons. The profile statistics are: 659 publicaciones, 74.2 mil seguidores, and 2611 seguidos. The bio reads: 'Mamas y Niñ@s Seguros. Te ayudamos con el viaje seguro de tus hij@s y de toda la familia! 🏠 Asesorías online, presenciales y gratuitas 📺 📺 linktr.ee/Mamaseguras'.

tan a cómo elegir el SRI según el modelo del auto y a cómo instalarlo, tanto de manera virtual como en puntos de chequeos que se realizan por todo el país (Tabla 3).

Los SRI se clasifican según edades y pesos

- **El grupo 0+ de 0 a 13/15 kilos:** siempre en parte trasera del vehículo y en sentido contramarcha. Tiene los arneses en la propia silla. La cabeza tiene que estar 2.5 cm por debajo del borde superior. No debe usarse para dormir. El bebé se sujeta a la silla con los arneses que trae. El arnés debe salir a la altura del hombro.
- **Grupo 1 de 9 a 18 kilos:** contramarcha.
- **Grupo 2 de 15 a 25 kilos:** utiliza el cinturón del vehículo a favor de la marcha o en contramarcha, dependiendo del modelo.
- **Grupo 3 booster sin respaldo:** utiliza el cinturón del vehículo. A favor de la marcha.

Se recomienda prolongar la contramarcha el mayor tiempo posible (18 a 22kg). Viajar a contramarcha es 5 veces más seguro.

Hasta hace pocos años la Academia Americana de Pediatría recomendaba que por lo menos hasta los dos años de edad, los/las niños/niñas debían viajar a contramarcha, pero, desde 2018 extendieron la edad.

Tabla 3

"Huevito"
 grupo 0+ de 0 a 13/15 kilos
 Siempre en parte trasera del vehículo.
 Siempre en sentido contramarcha.
 Tiene los arneses en la propia silla.
 La cabeza tiene que estar 2.5 cm por debajo del borde superior.
 No debe usarse para dormir!
 El bebé se sujeta a a silla con los arneses que trae.
 El arnés debe salir a la altura del hombro.

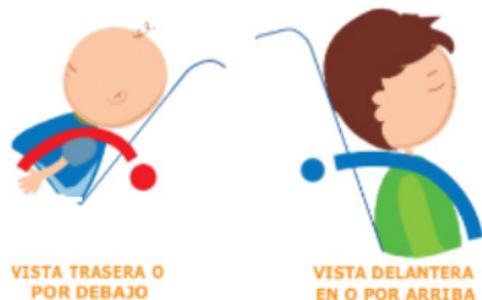
grupo 1 de 9 a 18 kilos
 Utiliza el cinturón del vehículo
 A favor de la marcha

grupo 2 de 15 a 25 kilos
 Utiliza el cinturón del vehículo
 A favor de la marcha

grupo 3 booster
 Utiliza el cinturón del vehículo

Tips de seguridad

Quando el bebé viaja a contramarcha, el arnés debe salir desde la altura del hombro o dos dedos hacia abajo mientras que, cuando los niños y niñas viajan a favor de la marcha el arnés debe salir desde la altura del hombro o dos dedos hacia arriba.



Es importante saber, que no se recomienda la compra de sillas usadas. En general no sabemos fecha de vencimiento, como estuvo cuidada, si se desarmó y armó mal, si estuvo mal lavada y si participó en un choque. Las fechas de vencimiento son de 7 a 10 años.

El SRI se debe cambiar cuando participó en un choque, cuando alcanzaron la fecha de caducidad, si hay daños visibles, cuando no es acorde a la altura y peso de las infancias.

CONCLUSIONES

- La consejería sobre prevención de lesiones y especialmente prevención de lesiones viales es un tema indispensable a tratar en el consultorio. Por la falta de tiempo de las consultas, podemos ayudarnos y complementar con cartelería, folletería y redes sociales.
 - La consulta prenatal, sería una situación ideal para tratar estos temas, así como la prevención y asesoría antes de la salida de neonatología.
 - Recomendar el asesoramiento antes de la compra del SRI, según modelo del auto, edad y peso de las infancias.
 - Controlar la correcta instalación del SRI.
- 



¿CÓMO EVALUAR EL PROCESO DE DUELO EN LA INFANCIA?

Lic. María Paula Gerardi

Lic. en psicología (UBA) • mariapaulagerardi@gmail.com

El duelo no es un proceso patológico en sí mismo, sino que es la reacción normal ante una pérdida.

Hay pérdidas de seres queridos, por ejemplo: muerte de un familiar, un amigo, una mascota, pero también hay que transitar duelos frente a otro tipo de pérdidas, por ejemplo: al finalizar una etapa (pasaje de jardín a primaria), separación de los padres, un juguete que se rompe, un amigo que se va de la escuela, una mudanza, etc.

En el caso de que un niño se enfrente a la muerte de un familiar cercano, deberá comenzar un “trabajo de duelo”, al igual que los adultos que forman parte del cuidado del niño.

El trabajo del duelo implica poner en movimiento ciertos mecanismos de defensa (mecanismos inconscientes para hacer frente al dolor y la angustia) normales y saludables que ayudan al niño a tramitar la pérdida.

EVALUAR LA RED DE SOSTÉN

El niño necesita expresar sus emociones. Es normal que por momentos llore o esté enojado; estas emociones son saludables y es importante que los adultos puedan acompañarlas y permitirles.

Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, frente a la muerte de un familiar cercano, los padres, abuelos y tíos también están transitando su propio duelo.

El duelo no se elabora en solitario. Compartir el dolor de los adultos con los niños también es saludable, así como lo son los rituales sociales que ayudan a ir procesando la pérdida, siempre evitando exponer a los chicos a situaciones de desborde emocional.

Es necesario que el pediatra evalúe si el niño cuenta con figuras de sostén que puedan cumplir la función materna y paterna, sostener y acompañar el proceso de duelo.

¿Qué información le brindan los adultos? ¿es clara y acorde a la edad? ¿habilitan el diálogo y la expresión de emociones? ¿facilitan la participación del niño en rituales de despedida? ¿están estables emocionalmente para sostener al niño?

Si se observa que hay dificultades en la red de sostén es conveniente hacer una interconsulta con psicología para los adultos.

EVALUAR CÓMO TRANSITA EL DUELO EL NIÑO

Es importante que el pediatra pueda evaluar cómo está transitando el niño su duelo, si puede hacer un trabajo de elaboración y poner en marcha los mecanismos de defensa necesarios y saludables.

Aspectos a evaluar:

- ¿Juega? ¿dibuja? ¿hace preguntas? Los niños van elaborando la muerte por medio de palabras, juegos y dibujos. Es común personificar la muerte, por ejemplo, como un fantasma, jugar a que los muñecos mueren y reviven, etc.
- Qué edad tiene, en qué momento de comprensión del concepto de muerte está el niño y cómo procesa la información que recibe.
- Cómo era el tipo de relación con la persona que murió. Cómo continúan sus actividades, rutinas y vínculos.
- El impacto de la pérdida (repentina, enfermedad larga, accidente, suicidio, etc.)
- Durante el trabajo de duelo pueden aparecer:
 - Malestares físicos (dolor de panza, fiebre, nudo en la garganta, dolor en el pecho, etc.).
 - Regresiones a momentos anteriores: problemas en el control de esfínteres, en la alimentación, etc.
 - Miedo a quedarse solo, miedo a que otro de los adultos a su cuidado muera, miedo de morir.

- Culpa, enojo, hiperactividad, retraimiento, ansiedad.
- Dificultad para concentrarse, problemas de aprendizaje.
- Mecanismos de defensa: negación, regresión, evitación, racionalización, desplazamiento, etc.

Estos síntomas y mecanismos de defensa son normales, pero si se rigidizan, cronifican o impiden el normal desenvolvimiento del niño, es importante hacer una derivación a consulta de orientación a padres para que se evalúe la situación y la necesidad de realizar un tratamiento psicológico.

RECURSOS PARA ACOMPAÑAR A LAS FAMILIAS

¿Cómo hablar con los niños sobre la muerte?

La muerte suele ser un tema doloroso y difícil para todos y muchas veces, como padres o profesionales de la salud, nos encontramos frente al desafío de hablar con los chicos.

• La importancia de las palabras

Más allá de la comprensión que tengan sobre la muerte, cuando hay una pérdida, los chicos siempre perciben que algo diferente sucede. El clima familiar cambia, las rutinas se modifican, los adultos están diferentes y ellos no entienden porqué.

Si no se les da información tenderán a interpretar lo que perciben (tensión, tristeza, ira, angustia, preocupación, miedo) creando sus propias fantasías e hipótesis.

Ante la falta de palabras pueden pensar que hicieron o pensaron algo malo y sentir culpa, miedo o angustia.

• Es importante

- Averiguar qué información manejan sobre el tema. Pueden tener hipótesis construidas a partir de lo que ven en Internet, las películas, noticieros, del colegio o el club, etc.
- Acordar con los miembros de la familia cercana, cuál será la información que se les brindará para no generar confusión.
- Las preguntas que suelen hacer los niños van creciendo en complejidad según la edad: ¿Por qué se murió? ¿dónde está? ¿puede ir al baño, comer, venir a jugar, etc.? ¿cómo respira debajo de la tierra? ¿va a volver? ¿puedo ir al cielo a buscarlo? ¿Duele morir? ¿qué

son las cenizas? ¿se los comen los gusanos? ¿vuelve en otra vida? ¿puede aparecer como un espíritu o fantasma? ¿es un esqueleto? ¿cómo es el cielo? ¿se lo llevó Dios?, etc.

- Puede surgir también la pregunta por la propia muerte y la de los familiares cercanos. Esto suele ser lo más difícil de responder. Un ejemplo podría ser:

“Todos nos vamos a morir algún día, no te puedo decir cuándo, pero siempre van a haber personas que te cuiden”

“Los doctores no pudieron curar a la abuela porque estaba muy muy enferma, pero mamá está bien, sana y fuerte”.

- Las respuestas dependerán de la edad del niño y de su nivel de comprensión sobre la muerte y de las creencias religiosas. Es importante graduar la información, darla a medida que la pidan en lugar de decir todo de golpe.
- Escuchar las preguntas y responder con la verdad utilizando mensajes claros y palabras sencillas. Cuanto más pequeño el niño mayor necesidad de ser concreto.

Por ejemplo: *“Nuestro perro se murió, esto quiere decir que su cuerpo ya no funciona más. Ya no siente dolor ni frío. Ya no se mueve ni puede caminar, respirar, comer ni jugar. Su corazón ya no late”.*

“Vamos a poner su cuerpo en la tierra y luego vamos a plantar un arbolito”. “Podemos hacerle un dibujo o una carta”, etc.

- Frases del tipo *“se durmió”, “se fue”, “ya no está”, “se fue de viaje”, “partió”,* no ayudan a entender la muerte, generan confusión y pueden generar temores al ir a dormir, hacer viajes largos, sentirse abandonados o pensar que la persona va a regresar.
- Asegurarles que nada de lo que pensaron, dijeron o hicieron causó la muerte y que nada de lo que hagan puede revivir a la persona que murió.
- Habilitar la expresión de las emociones por ejemplo *“Está bien estar triste, enojado, mamá también se siente así”, “Todo lo que sientas está bien”, “Podes llorar y preguntar por la persona que perdiste y voy a escucharte”*
- Las explicaciones más concretas sobre qué pasa después de la muerte están muy ligadas a las creencias religiosas o espirituales de cada familia.

- En líneas generales se puede hablar de cómo la persona sigue viva dentro de nuestro corazón y en el amor que nos dio. También en los recuerdos de cosas cotidianas como los aromas, canciones, comidas y todos los momentos compartidos.
- Tener en cuenta que se puede volver a reactivar el duelo en fiestas de fin de año, cumpleaños, día de la madre, etc. (Habilitar un momento para recordar y expresar emociones).

• **Rituales de despedida**

- Ofrecer la posibilidad de despedirse de acuerdo al ritual elegido por cada familia.
- Si hay velatorio, entierro o una ceremonia religiosa y quieren asistir, es importante anticipar cómo será, quienes estarán, cuánto durará. Nunca hay que obligarlos a ir. Si van tienen que saber que podrán irse si no se sienten cómodos.
- Hacer una carta de despedida y agradecimiento por el amor y los momentos compartidos. Poder poner en palabras si algo quedó por decir a la persona que falleció.
- Hacer dibujos, una lámina, un collage para expresar sus emociones y recuerdos.
- Elegir una planta u árbol y plantarla en conmemoración a la persona que ya no está.
- Armar un sector especial o altar donde poner fotos y objetos. Pueden incluirse flores, una velita, alguno objeto ligado a las creencias religiosas (virgen, santo, rosario, ángel, piedra, etc.)
- Crear un cuento o canción con los momentos compartidos.
- Generar encuentros para recordar experiencias que se compartieron juntos, anécdotas, mirar fotos y videos, guardar algún objeto o ropa de la persona que falleció.
- Escuchar cuentos y mirar películas que permitan comprender mejor la muerte, proyectar y elaborar las emociones.
- Construir una caja de recuerdos, para guardar los objetos que los niños elijan y decórala juntos.
- Cada familia podrá elegir con cuál ritual re-suenan mejor y también crear rituales propios.

• **Libros y películas que el pediatra puede sugerir a los padres**

No suele ser fácil para los adultos hablar sobre la muerte. Estos libros y películas son un recurso donde apoyarse para poder dialogar con los niños sobre ella.

Libros de cuentos:

- *Muerte de mascota:*
 - * "Peque y yo" de Alicia Acosta.
 - * "Yo siempre te querré" de Hans Wilhelm.
 - * "El Río" de Tom Percival.
- *Muerte gestacional y neonatal (hablar con los hermanos):*
 - * "Nuestro árbol de jacaranda" de Carolina Mora y Natalia Liguori.
 - * "Emma" de Gabriel Cortina y Alejandra Parrotta.
 - * "Hola y adiós" de María Aurelia González, Miguel Larguía y Cecilia Ruggiero.
 - * "Recuérdame" de Carola Aufrank.
- *Muerte de abuelos / padres:*
 - * "¿Dónde está la abuela?" de Fernández Aguzzoli.
 - * "¿Dónde está el abuelo?" de Mar Cortina.
 - * "La isla del abuelo" de Benji Davies.
 - * "Siempre" de Ana Galán y Marta Sedano.
 - * "¡No es fácil, pequeña ardilla!" de Elisa Ramón Borafull .
 - * "¿A dónde se fue mi papá? De Gustavo Vilela.
 - * "El tesoro de Sammi" de Laura y Teresa Menéndez.
 - * "La promesa de mamá" de Rodolfo Pizano Monroy.
 - * "Pedro, el castor" de Fundación Aikén.
- *Libros que explican la muerte en general, de manera concreta y metafórica:*
 - * "El árbol de los recuerdos" de Britta Tackentrup.
 - * "Para siempre" de Camino García.
 - * "Vacío" de Anna Llenas.
 - * "Un hueco" de Yael Frankl.
 - * "¿Dónde te encuentro?" de Lucía Martins Do Serro y María Julia Fernández.
 - * "Un lugar que no está en los mapas" de Camino García.

- * "El hilo invisible" de Miriam Tirado.
- * "Un pellizco en la barriga" de Alma Serra.

• **Películas**

- Que un personaje muera es habitual en la mayoría de las películas de Disney/Pixar y, nos guste o no, los chicos las miran frecuentemente.

Mirarlas junto a ellos permite:

- Expresar dudas e hipótesis sobre qué pasa luego de morir.
 - * "Coco".
 - * "Sould".
 - * "El día de los muertos".
 - * "El libro de la vida".

- Expresar emociones como el miedo a la soledad, a enfrentar la vida después de la pérdida. La culpa, la ira y la tristeza que se ponen en juego en el proceso de duelo. También conectar con la fortaleza interna y seguir creciendo.
 - * "Bambi".
 - * "Buscando a Nemo".
 - * "Un gran dinosaurio".
 - * "El Rey León".
 - * "Ole, el viaje de Ferdinand".





ASPECTOS LEGALES EN LA EMERGENCIA HOSPITALARIA PEDIÁTRICA

Dra. Acuña Mercedes Regina

Médica especialista en Pediatría y en Medicina Legal. Abogada (UCASAL)

ASPECTOS LEGALES EN LA EMERGENCIA HOSPITALARIA PEDIÁTRICA

La Organización Mundial de la Salud considera una **emergencia médica** todas aquellas situaciones en las que se requieren acciones y **decisiones médicas inmediatas**. Dada la complejidad de la situación o afección que ponen en riesgo de vida a los involucrados. En el caso que nos compete nuestros pacientes corresponden a un rango etario desde primer día de vida hasta los 18 años.

Recordamos que, en el Código Civil, establece: **menor es quien no ha cumplido 18 años** (Art. 25 del C.C).

ARTÍCULO 25. Menor de edad y adolescente. Menor de edad es la persona que no ha cumplido DIECIOCHO (18) años.

El Código Civil denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió TRECE (13) años.

Capacidad para tomar decisiones sobre actos médicos que afecten a su cuerpo y persona

El art. 26, en sus párrafos cuarto, quinto y sexto, establece:

Se presume que el adolescente entre TRECE (13) y DIECISÉIS (16) años tiene aptitud para decidir, por sí, respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los DIECISÉIS (16) años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

¿CUÁLES SON LOS INSTRUMENTOS LEGALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA?

a. Libro de guardia.

b. Historia Clínica.

a. Libro de guardia

Registro de toda emergencia pediátrica, libro que debe estar foliado y donde se constata la atención del paciente, fecha y hora de ingreso del paciente, datos personales, sexo, documento, domicilio, con quien viene a la consulta el menor (padre, madre, vecino, maestra, policía etc.). Debe constar diagnóstico de ingreso, estado del paciente a su ingreso, estudios pedidos y realizados, interconsulta, tratamiento y derivación.

Es sumamente importante que en el libro de guardia consten todos los datos citados, porque ante casos que se judicializan se solicita la copia fiel del libro de guardia, por parte del abogado a cargo del caso demandado o víctima o a pedido del juzgado correspondiente. Por lo que es responsabilidad del jefe de guardia y del médico pediatra, cumplimentar lo especificado, así mismo aclarar si el paciente fue dado de alta o quedó internado, en su defecto el tratamiento que se dio ambulatoriamente. Constituye un documento legal importantísimo, tanto para la defensa de los médicos actuantes, como para el menor que debe esclarecerse su atención médica en caso de conflictos.

Por último, nunca olvidarse de firmar y sellar la atención de cada paciente.

Debemos ser muy detallistas en el caso de accidente en la vía pública, heridas de arma blanca o de fuego, violencia y maltrato, abuso.

b. Historia Clínica

Este concepto es importante leerlo nuevamente en otra edición de la Revista Metropolitana,

remito a bibliografía para su lectura.

Se explica brevemente la implicancia legal:

1. El extravío de la historia clínica de un paciente en nuestro país, puede tener serias implicancias médico-legales tanto para el hospital o clínica, como para los profesionales de la salud involucrados. En primer lugar, desde el punto de vista médico, la pérdida de la historia clínica de un paciente dificulta la continuidad y la calidad de la atención médica. Puede dar lugar a diagnósticos erróneos, administración inadecuada de tratamientos o la omisión de información relevante para la salud del paciente.

Desde el punto de vista legal, en Argentina, el extravío de la historia clínica puede ser considerado un incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con el cuidado y la custodia de la documentación médica. Esto podría generar responsabilidades legales para la institución de salud y sus responsables, especialmente en el caso que se produzcan consecuencias negativas para la salud del paciente como resultado de la pérdida de la historia clínica.

Además, en términos de regulaciones legales en Argentina, la historia clínica se considera un documento legal y su extravío puede ser objeto de investigaciones por parte de las autoridades competentes, así como de posibles reclamaciones por daños y perjuicios por parte del paciente afectado.

Es fundamental que, en caso de extravío de la historia clínica, se notifique de manera inmediata a las autoridades competentes y se tomen, para minimizar, las medidas para la atención médica del paciente y para la protección legal de la institución de salud y sus profesionales.

2. Una historia clínica incompleta o que presenta blancos, tachaduras o enmiendas, puede tener varias implicaciones médico-legales importantes. Aquí hay algunas de ellas:
 - I. Falta de precisión y fiabilidad: Una historia clínica incompleta puede no proporcionar una imagen precisa y completa del historial médico del paciente. Esto puede dificultar el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, lo que puede resultar en daños al paciente.
 - II. Riesgo de malentendidos o interpretaciones erróneas: Los blancos, tachaduras o enmiendas pueden causar confusiones sobre

la información registrada. Esto puede llevar a malentendidos entre los profesionales de la salud que acceden a la historia clínica y puede resultar en decisiones médicas incorrectas o inapropiadas.

- III. Desafíos en la defensa legal: En caso de una disputa legal relacionada con la atención médica brindada al paciente, una historia clínica incompleta o con errores puede dificultar la defensa del profesional de la salud. La inconsistencia o falta de documentación clara puede ser utilizada en su contra durante el proceso legal.
- IV. Violación de estándares de documentación médica: En muchos países, existen estándares y regulaciones específicas sobre cómo debe ser mantenida la documentación médica, incluyendo la historia clínica. Una historia clínica incompleta o con errores puede violar estos estándares y exponer al profesional de la salud a sanciones disciplinarias o acciones legales.
- V. Aumento del riesgo de negligencia médica: Una historia clínica incompleta puede aumentar el riesgo de negligencia médica, ya que puede haber información importante que no se registra adecuadamente. Si se produce un daño al paciente y se determina que la atención médica fue inadecuada debido a la falta de información o errores en la historia clínica, el profesional de la salud podría enfrentar demandas por negligencia.

En resumen, es crucial que los profesionales de la salud comprendan las implicancias médico-legales de mantener una historia clínica incompleta o con errores. Es fundamental seguir procedimientos adecuados de documentación médica para garantizar la precisión, integridad y legalidad de la información registrada, lo que a su vez contribuye a una atención médica segura y de calidad para los pacientes.

¿Cómo se debe proceder en un hospital, cuando ingresa un paciente pediátrico fallecido a la guardia por muerte violenta y sus implicancias médico legales?

Cuando ingresa un paciente pediátrico fallecido a la guardia de un hospital por muerte violenta en Argentina, se deben seguir ciertos protocolos médico-legales para garantizar una adecuada gestión de la situación y cumplir con

las normativas vigentes. Aquí detallo los pasos que se suelen seguir:

1. Notificación a las autoridades: La muerte violenta de un paciente pediátrico debe ser notificada de inmediato a las autoridades competentes, como la policía y el médico forense. Esto se realiza para iniciar una investigación sobre las circunstancias de la muerte y determinar si se trata de un caso de homicidio, accidente u otra causa.

2. Preservación del lugar y del cuerpo: Es crucial preservar el lugar donde se encontró el cuerpo y el cuerpo mismo, sin realizar ninguna alteración o manipulación que pueda comprometer la investigación. Esto implica asegurarse de que nadie altere el lugar y evitar la manipulación del cuerpo, salvo por el personal médico autorizado. Es sumamente importante escribir en la H.C, si se realizó maniobras de reanimación básica o avanzada y medicamentos utilizados, debido a que todos estos actos serán evaluados por el médico perito de la justicia. El certificado de defunción no debe ser firmado bajo ningún concepto por el médico de guardia, esto debe ser explicado a los familiares. En los pasos que seguirá la instrucción del Fiscal interviniente, generalmente el certificado de defunción lo firmará el médico que realiza la autopsia. Cuando la víctima sufrió una herida de arma blanca o de fuego, debe resguardarse la ropa, ya sea dejarla puesta en el paciente o si se retiró la ropa para las maniobras de reanimación, debe hacerse la entrega de la misma al personal policial interviniente. La ropa de un paciente con herida de proyectil de arma de fuego o arma blanca debe ser resguardada: se coloca la ropa a secar a temperatura ambiente, sin calor, ni sol, ni ventiladores. Luego una vez seca, se coloca en una bolsa de papel y se rotula para entregarla al personal policial correspondiente. Si el paciente ingreso óbito y vestido, el manejo de la ropa se hará en la morgue policial o judicial. Si al paciente se le realizó una maniobra como masaje cardíaco, colocación de sonda o vía endovenosa, tubo endotraqueal u otros, debe constar en la historia clínica y una vez fallecido no deben removerse los tubos ni las sondas para que en la autopsia el médico forense interviniente podrá constatar lo actuado en la guardia del hospital o clínica.

3. Documentación de la situación: Se debe documentar detalladamente toda la información relevante sobre la situación, incluyendo la hora y el lugar del hallazgo del cuerpo, cualquier evidencia encontrada en el lugar y cualquier observación médica inicial sobre el cuerpo del paciente.

4. Cooperación con las autoridades: El personal del hospital debe cooperar plenamente con las autoridades durante la investigación, proporcionando toda la información y asistencia necesaria. Esto puede incluir la entrega de registros médicos, la realización de autopsias si es necesario y la participación en entrevistas o declaraciones.

5. Informe médico forense: Un médico forense realizará una autopsia para determinar la causa y la manera de la muerte del paciente pediátrico. El informe médico forense será crucial para determinar cualquier implicación legal relacionada con la muerte y para ayudar en cualquier proceso legal posterior.

6. Apoyo a la familia: Es importante brindar apoyo y contención a la familia del paciente fallecido durante este difícil momento. Esto puede incluir proporcionar información sobre los procedimientos legales en curso, facilitar el acceso a servicios de apoyo psicológico y responder a cualquier pregunta o inquietud que puedan tener.

En resumen, cuando ingresa un paciente pediátrico fallecido a la guardia de un hospital por muerte violenta en Argentina, se deben seguir procedimientos específicos para garantizar una adecuada gestión médico-legal de la situación y cumplir con las normativas vigentes. La cooperación con las autoridades, la preservación de la escena y del cuerpo, y el apoyo a la familia, son aspectos claves a tener en cuenta en este proceso.

¿Cómo se debe proceder cuando un paciente pediátrico ingresa fallecido por causas naturales a la guardia de un hospital (implicancia médico legal en la Argentina)?

Cuando un paciente pediátrico ingresa fallecido por causas naturales a la guardia de un hospital en Argentina, se deben seguir ciertos procedimientos médico-legales para garantizar una adecuada gestión de la situación y cumplir

con las normativas vigentes. Aquí te detallo los pasos que se suelen seguir:

- 1. Notificación a las autoridades:** Aunque la muerte sea por causas naturales, es importante notificar a las autoridades pertinentes, como el médico forense o el servicio de medicina legal, sobre el fallecimiento. Esto puede variar según la jurisdicción, pero es comúnmente requerido para mantener registros y estadísticas precisas.
- 2. Examen médico preliminar:** Aunque la muerte parezca ser por causas naturales, se realiza un examen médico preliminar para confirmar la ausencia de signos de violencia o circunstancias sospechosas. Este examen puede ayudar a descartar cualquier posibilidad de actividad criminal o negligencia médica.
- 3. Registro y documentación:** Se debe registrar y documentar detalladamente toda la información relevante sobre el fallecimiento, incluyendo la hora y el lugar del deceso, así como cualquier información médica disponible sobre la historia clínica del paciente y las circunstancias que rodearon su muerte.
- 4. Certificado de defunción:** Se debe emitir un certificado de defunción que detalle las causas médicas que llevaron al fallecimiento del paciente pediátrico. Este documento es importante para los trámites legales y administrativos posteriores.
- 5. Apoyo a la familia:** Es crucial brindar apoyo y contención a la familia del paciente fallecido durante este difícil momento. Esto puede incluir explicarles las causas de la muerte de manera comprensible, facilitar el acceso a servicios de apoyo psicológico y responder a cualquier pregunta o inquietud que puedan tener.
- 6. Registro adecuado en la historia clínica:** Es importante realizar un registro adecuado en la historia clínica del paciente, detallando las circunstancias del fallecimiento y las evaluaciones médicas realizadas. Esto garantiza un seguimiento adecuado del caso y proporciona información precisa para futuras referencias médicas.

En resumen, cuando un paciente pediátrico ingresa fallecido por causas naturales a la guardia de un hospital en Argentina, se deben seguir procedimientos médico-legales específicos para garantizar una gestión adecuada de la situación y cumplir con las normativas vigentes. La notificación a las autoridades, el registro y documen-

tación adecuados y el apoyo a la familia son aspectos importantes a tener en cuenta en este proceso.

¿Quién debe realizar el certificado de defunción en el caso de un paciente pediátrico que ingresa fallecido a la guardia de un hospital en la Argentina?

En Argentina, el certificado de defunción debe ser emitido por un médico legalmente autorizado para hacerlo. En el caso de un paciente pediátrico que ingresa fallecido a la guardia de un hospital, este certificado generalmente será emitido por el médico de guardia o el médico de emergencia que esté a cargo del caso en ese momento.

El médico responsable de la atención del paciente fallecido deberá examinar la situación, revisar la historia clínica (si está disponible) y determinar las causas de la muerte según su evaluación médica. Si no hay circunstancias sospechosas o evidencia de muerte violenta, el médico puede emitir el certificado de defunción indicando las causas naturales que llevaron al fallecimiento del paciente pediátrico. En el caso de muerte violenta o sospechosa, se realizará autopsia y el médico a cargo de la misma realizará el certificado de defunción.

Es importante que el médico que emite el certificado de defunción tenga la formación y autorización legal necesarias para hacerlo y que siga los protocolos establecidos para la emisión de este documento. El certificado de defunción es un documento oficial que registra las circunstancias y causas de la muerte de una persona, y es fundamental para los trámites legales y administrativos posteriores.

Aspectos médico legales de un paciente pediátrico que ingresa vivo por lesiones a la guardia de un hospital, quien ingresa en grave estado y luego de un corto tiempo fallece, ¿cómo se debe actuar?

Cuando un paciente pediátrico ingresa vivo por lesiones a la guardia de un hospital y posteriormente fallece por su grave estado, se deben tener en cuenta varios aspectos médico-legales para garantizar una gestión adecuada de la situación. Aquí hay algunas pautas generales sobre cómo se debe actuar en esta situación:

- 1. Atención médica de emergencia:** El equipo médico de la guardia del hospital debe proporcio-

nar atención médica de emergencia inmediata al paciente pediátrico que ingresa con lesiones graves. Esto puede incluir estabilización, tratamiento de las lesiones y medidas para mantener las funciones vitales del paciente.

- 2. Documentación detallada:** Es crucial documentar detalladamente todas las acciones médicas tomadas, incluyendo evaluaciones, tratamientos administrados, resultados de pruebas diagnósticas y cualquier otra información relevante. Esta documentación será fundamental para cualquier investigación médico-legal posterior.
- 3. Notificación a las autoridades competentes:** Si las lesiones del paciente pediátrico sugieren la posibilidad de maltrato infantil, accidente o cualquier otra circunstancia sospechosa, se debe notificar de inmediato a las autoridades competentes, como la policía y el médico forense. Esto es fundamental para iniciar una investigación sobre las circunstancias que llevaron a las lesiones y la muerte del paciente.
- 4. Preservación de evidencia:** Se deben tomar medidas para preservar cualquier evidencia relevante relacionada con las lesiones del paciente, como fotografías de las lesiones, ropa manchada de sangre, objetos involucrados en el incidente, entre otros. Esta evidencia puede ser crucial para determinar la causa de las lesiones y la responsabilidad legal.
- 5. Autopsia y examen forense:** Se realizará una autopsia para determinar la causa exacta de la muerte del paciente pediátrico y recopilar cualquier evidencia forense adicional. El médico forense también puede realizar un examen detallado de las lesiones del paciente para ayudar en la investigación.
- 6. Apoyo a la familia:** Durante todo el proceso, es importante brindar apoyo y contención a la familia del paciente fallecido. Esto puede incluir proporcionar información clara y comprensible sobre las circunstancias de las lesiones y la muerte del paciente, así como ofrecer apoyo emocional y acceso a servicios de asesoramiento.

En resumen, cuando un paciente pediátrico ingresa vivo por lesiones a la guardia de un hospital y luego fallece en grave estado, se deben seguir protocolos específicos para garantizar una adecuada gestión médico-legal de la situación. Esto incluye la atención médica de emergencia,

la documentación detallada, la notificación a las autoridades competentes, la preservación de evidencia, la realización de autopsias y el apoyo a la familia del paciente.

Aspectos médico-legales cuando un paciente pediátrico ingresa vivo a la guardia y es sometido a alguna intervención quirúrgica, estudios o tratamientos médicos y luego fallece. ¿Cómo se debe actuar?

Cuando un paciente pediátrico ingresa vivo a la guardia de un hospital, es sometido a intervenciones quirúrgicas, estudios, tratamientos médicos y luego fallece, existen varios aspectos médico-legales que deben tenerse en cuenta para garantizar una gestión adecuada de la situación. Consideraciones importantes:

- 1. Consentimiento informado:** Antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, procedimiento médico o tratamiento, es fundamental obtener el consentimiento informado de los padres o tutores legales del paciente pediátrico. Esto implica proporcionar información completa sobre los riesgos, beneficios y alternativas disponibles, así como asegurarse de que los padres comprendan completamente y estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.
- 2. Registro y documentación:** Todas las intervenciones quirúrgicas, procedimientos médicos, tratamientos y estudios realizados deben ser adecuadamente registrados y documentados en la historia médica del paciente pediátrico. Esto incluye detalles sobre las indicaciones para el procedimiento, el proceso mismo, los resultados y cualquier complicación o evento adverso que pueda haber ocurrido durante el tratamiento.
- 3. Evaluación y seguimiento médico adecuados:** Es importante que se realice una evaluación médica exhaustiva del paciente pediátrico antes de someterlo a cualquier intervención quirúrgica o tratamiento. Además, se debe proporcionar un seguimiento médico adecuado durante y después del procedimiento, para monitorear cualquier cambio en la condición del paciente y tomar las medidas necesarias para garantizar su bienestar.
- 4. Conservación de muestras y evidencia:** En algunos casos, puede ser necesario conservar muestras de tejido o fluidos biológicos

obtenidos durante la intervención quirúrgica o los estudios médicos para su análisis posterior. También se debe conservar cualquier evidencia relevante, como imágenes médicas o resultados de pruebas diagnósticas, que puedan ser necesarias para una investigación médico-legal posterior, en caso de que ocurra el fallecimiento del paciente.

- 5. Informe y notificación a las autoridades:** En caso de fallecimiento del paciente pediátrico después de someterse a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, se debe informar de inmediato a las autoridades competentes, como el médico forense o el servicio de medicina legal. Esto es importante para iniciar una investigación sobre las circunstancias que llevaron al fallecimiento y determinar si hubo alguna irregularidad o negligencia médica involucrada.
- 6. Apoyo a la familia:** Durante todo el proceso, es fundamental brindar apoyo y asistencia a la familia del paciente pediátrico fallecido. Esto puede incluir proporcionar información clara y comprensible sobre las circunstancias del fallecimiento, ofrecer apoyo emocional y acceso a servicios de asesoramiento, y ayudar con los trámites legales y administrativos necesarios.

En resumen, cuando un paciente pediátrico ingresa vivo a la guardia de un hospital, y es sometido a intervenciones quirúrgicas, estudios, tratamientos médicos y luego fallece, es importante seguir protocolos adecuados para garantizar una gestión médico-legal apropiada de la situación. Esto implica obtener consentimiento informado, documentar adecuadamente todos los procedimientos, proporcionar seguimiento médico adecuado, conservar muestras y evidencia, informar a las autoridades pertinentes y brindar apoyo a la familia del paciente.

Aspectos médico-legales cuando un paciente pediátrico ingresa vivo, sometido a tratamientos diversos y luego fallece a largo plazo por complicaciones. ¿Cómo se debería actuar?

Cuando un paciente pediátrico ingresa vivo, es sometido a tratamientos diversos y luego fallece a largo plazo por complicaciones, hay varios aspectos médico-legales que deben considerarse para una gestión adecuada de la situación. Aquí se detalla algunos de los aspectos más relevantes:

- 1. Consentimiento informado:** Al igual que en el caso anterior, es esencial obtener el consentimiento informado de los padres o tutores legales del paciente pediátrico antes de someterlo a cualquier tratamiento. Esto implica proporcionar información detallada sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los tratamientos propuestos, así como garantizar que los padres comprendan completamente y acepten el plan de tratamiento.
- 2. Registro y documentación:** Todos los tratamientos administrados, procedimientos médicos realizados y medicamentos prescritos, deben ser adecuadamente registrados y documentados en la historia médica del paciente pediátrico. Esto incluye detalles sobre las indicaciones para el tratamiento, la dosis y la duración de este, así como cualquier reacción adversa o complicación que pueda surgir durante el curso del tratamiento. Los casos más frecuentes son los pacientes con traumatismos grave de cráneo que son intervenidos quirúrgicamente y a mediano y largo plazo se infectan y fallecen o los pacientes politraumatizados con heridas de arma blanca o de fuego que son intervenidos quirúrgicamente y se complican hasta fallecer. El médico forense procede a la lectura de la historia clínica antes de realizar la correspondiente operación de autopsia. Por lo que es muy importante el detalle de las heridas al ingreso, porque si no están escritas es una confusión para él, que debe describir las lesiones que motivan la causa penal.
- 3. Evaluación continua y seguimiento médico:** Es importante realizar una evaluación médica continua del paciente pediátrico durante el curso del tratamiento para monitorear su progreso y detectar cualquier complicación o efecto adverso temprano. En caso que el paciente necesite interconsultas con especialistas, y estos no acudieron a ver al paciente, debe quedar consignado en la Historia Clínica, día y hora de solicitada la interconsulta y no realizada. Es muy habitual que cuando se pide derivación a centro de mayor complejidad, los negativos o la no aceptación del paciente en los diferentes nosocomios, deben quedar consignados en la Historia Clínica, con fecha y hora de quien rechaza al paciente, nombre y apellido con número de matrícula. Lo mismo sucede cuan-

do a la solicitud de estudios de laboratorio o de diagnóstico por imágenes, si no pudieron realizarse en tiempo y forma, deben quedar consignados en la H.C. Cito en caso de solicitar medicación específica y adecuada para el paciente y el hospital o clínica no cuenta con el insumo, debe quedar especificado la solicitud del mismo y los motivos por los cuales no se cumple con la medicación solicitada.

4. Información clara y comprensible: Se debe proporcionar información clara y comprensible a los padres o tutores legales del paciente pediátrico sobre la naturaleza de las complicaciones, el pronóstico y las opciones de tratamiento disponibles. Esto les permitirá tomar decisiones informadas sobre el cuidado y el tratamiento del paciente.

5. Registro de consentimientos y decisiones de tratamiento: Todos los consentimientos informados, decisiones de tratamiento y discusiones médicas con los padres o tutores legales del paciente pediátrico, deben ser adecuadamente documentados en el historial médico. Esto garantiza una trazabilidad clara de las decisiones médicas tomadas y proporciona evidencia en caso de que surjan cuestionamientos o disputas legales en el futuro.

6. Apoyo emocional y asesoramiento legal: Es fundamental brindar apoyo emocional a los padres o tutores legales del paciente pediátrico durante este difícil período. Además, puede ser útil ofrecer asesoramiento legal para abordar cualquier inquietud o pregunta relacionada con los aspectos médico-legales del caso, especialmente si hay preocupaciones sobre la calidad de la atención o la posibilidad de una acción legal.

En resumen, cuando un paciente pediátrico ingresa vivo, es sometido a tratamientos diversos y luego fallece a largo plazo por complicaciones, es esencial seguir protocolos adecuados para garantizar una gestión médico-legal apropiada de la situación. Esto implica obtener consentimiento informado, documentar adecuadamente todos los tratamientos y decisiones médicas, proporcionar seguimiento médico continuo y brindar apoyo emocional y asesoramiento legal a los padres o tutores legales del paciente.

CONCLUSIÓN

- Confeccionar una Historia Clínica completa.
- Debe estar en la H.C el Consentimiento Informado.
- Detallar todas las lesiones.
- Deben adosarse en la H.C todos los informes de laboratorio y de diagnóstico por imágenes.
- Confeccionar un protocolo quirúrgico completo.
- Dejar constancia de las vías endovenosas utilizadas.
- No remover tubos, guías ni agujas una vez fallecido el paciente, que será trasladado a la morgue.
- Recordar que el médico que realiza la autopsia procederá a la lectura de la historia clínica antes de realizar la misma.

Bibliografía

1. Moroni, E., Echave, J., & Miñones, G. (2020). Urgencias y Emergencias Médicas. Aspectos médico-legales. Dosyuna, Ediciones Argentinas.
2. Revista Noticias Metropolitanas, Año XXII N° 60 (página 5 y 6. Año 2014
3. Revista Noticias Metropolitanas, Año XXII N° 61 página 6 Año 2014
4. Garay, O. E. (2009). Tratado de Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas. Tomo I. Editorial Errepar.
5. Lopez Miro, H. G. (2014). Causales para demandar por responsabilidad civil médica. Editorial Astrea.
6. Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley N° 26994/2014.



Boletín bibliográfico 89

Espacio creado por el **Dr. Ricardo Straface**

Dr. Carlos Luzzani

Médico Pediatra

LAS VACUNAS BIVALENTES PROTEGEN INCLUSO A LOS NIÑOS CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Hace solo tres años que llamábamos “nCOV-19” al patógeno al que ahora nos referimos como coronavirus. Era, en muchos sentidos, más descriptivo que lo que tenemos hoy. La pequeña “n” significaba “nuevo” y fue esa pequeña “n” la que nos causó todos los problemas.¹

En realidad, los coronavirus no eran nuevos para nosotros. Poco estudiados, quizá, pero con cuatro cepas recorriendo el planeta todo el tiempo, dando lugar al resfriado común, eran virus que nuestro cuerpo entendía.

Pero el coronavirus descubierto en 2019 era nuevo, no solo para el mundo, sino para nuestro propio sistema inmunitario. Era lo suficientemente diferente a sus parientes circulantes como para que las células de memoria inmunitaria lo reconocieran. En lugar de actuar como un resfriado, actuó como nada que hubiéramos visto antes, al menos en nuestra vida. La historia de la pandemia es en gran medida un relato sobre el sistema inmunitario, una historia de cómo creció nuestra inmunidad.

La diferencia entre principios de 2020 y ahora, cuando las infecciones por coronavirus siguen siendo frecuentes, pero no tan mortales, puede medirse en términos de educación inmunitaria. Algunos de nuestros sistemas inmunitarios fueron educados por la infección, otros por la vacunación y muchos por ambas.

Cuando aparecieron las primeras vacunas en diciembre de 2020, la oportunidad de educar nuestros sistemas inmunitarios era aún enorme. Aunque, en aquel momento, se calculaba que 20 millones se habían infectado en Estados Unidos y 350.000 habían muerto, había una gran población que seguía siendo inmunológicamente no expuesta. Yo era uno de ellos.

Si de 2020 a principios de 2021 fue la era de la educación inmunológica, el período pos

vacuno fue la era de la variante. De una cepa de COVID a dos, a cinco, a innumerables, nuestra memoria inmunitaria –entrenada en una versión específica del virus o de su proteína de la espícula– volvió a ser imperfecta. No se trata de falta de exposición previa; estas variantes no eran “nuevas”, como la COVID-19, pero sí eran diferentes. Y lo suficientemente diferentes como para causar infección.

Siguiendo el ejemplo de otro virus al que le encanta disfrazarse con diferentes trajes, el virus de la gripe, nos encontramos en la era de los refuerzos, un mundo en el que las dosis anuales de una vacuna, idealmente adaptadas a las variantes que circulan cuando esta se administra, son la recomendación, si no es que la norma.

Pero sigue habiendo dudas sobre el programa de vacunación, especialmente sobre quién debe recibirla; las dudas recaen principalmente sobre dos poblaciones: 1) las personas que ya han sido infectadas; y, 2) los niños, porque su riesgo de malos resultados es mucho menor.

A inicios de febrero, por fin tuvimos algunos datos que pueden esclarecer el asunto. El estudio que nos ocupa, publicado en *JAMA*, trata de analizar la capacidad de la vacuna bivalente –que fue la segunda en salir, en septiembre de 2022– para proteger a la población infantil de la COVID-19.¹

De entrada, no fue un ensayo aleatorizado. Los estudios que establecieron la viabilidad de la plataforma de la vacuna de ácido ribonucleico mensajero (ARNm) sí lo fueron, se llevaron a cabo antes de que se autorizara la vacuna. Pero los ensayos de la vacuna bivalente se limitaron principalmente a probar la respuesta inmunitaria, no la protección frente a la enfermedad.²

No obstante, con algunos buenos métodos de observación y algunas estadísticas, podemos intentar averiguar si las vacunas bivalentes funcionaron en la población infantil.

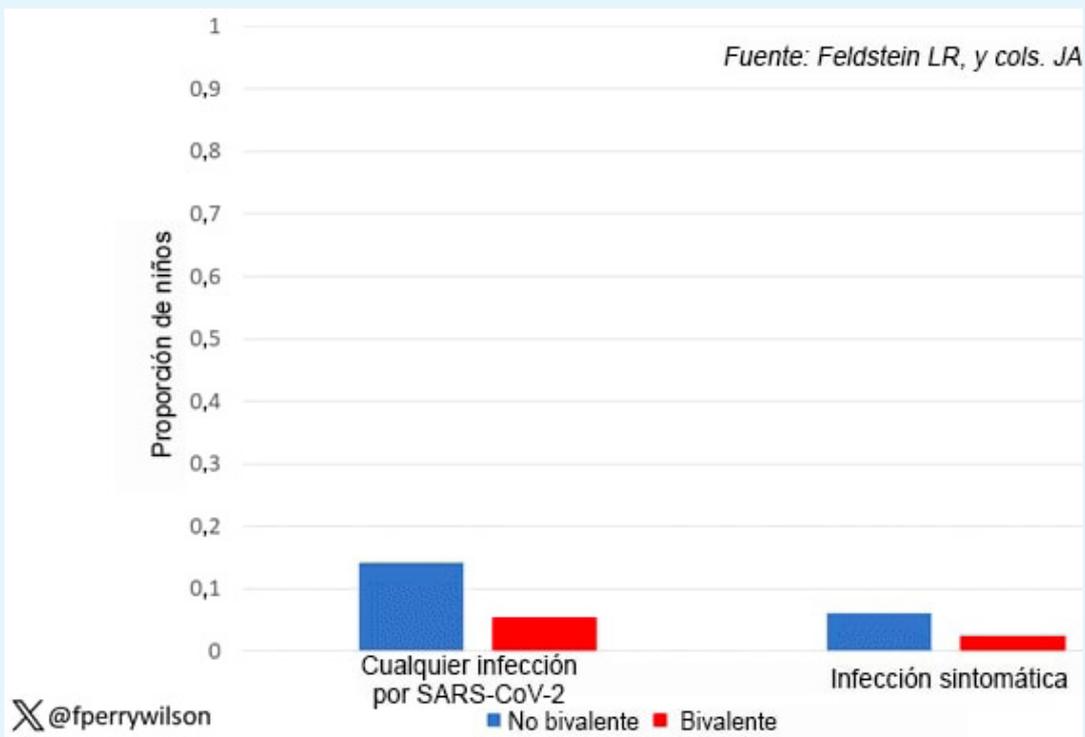
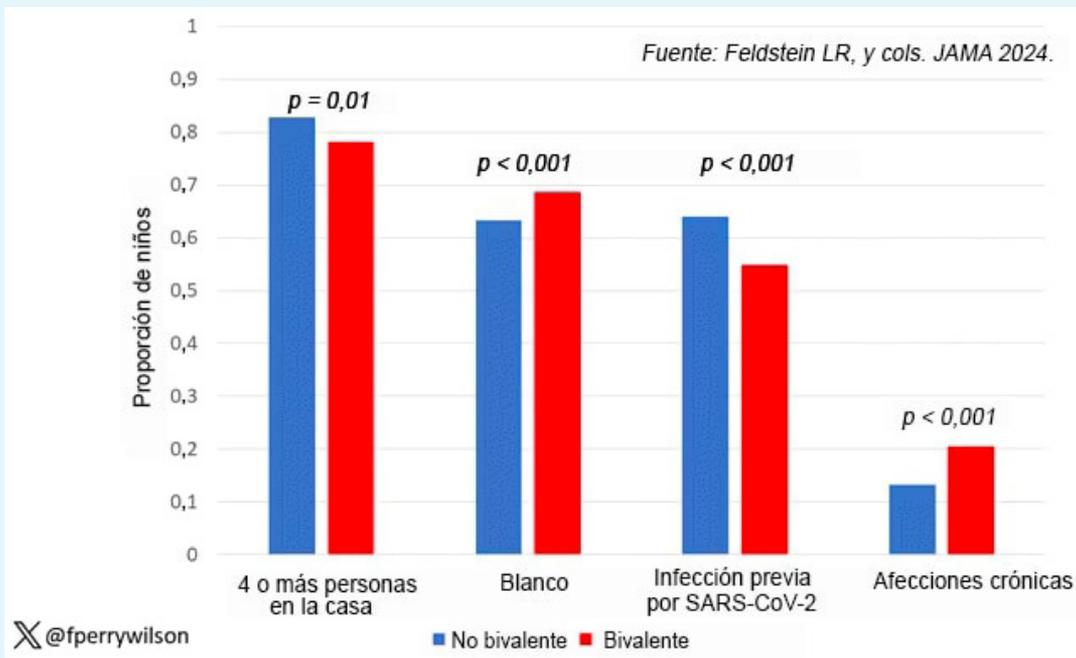
En el estudio se combinan tres estudios de cohortes prospectivos. Los detalles están en el documento, pero lo que hay que saber es que en

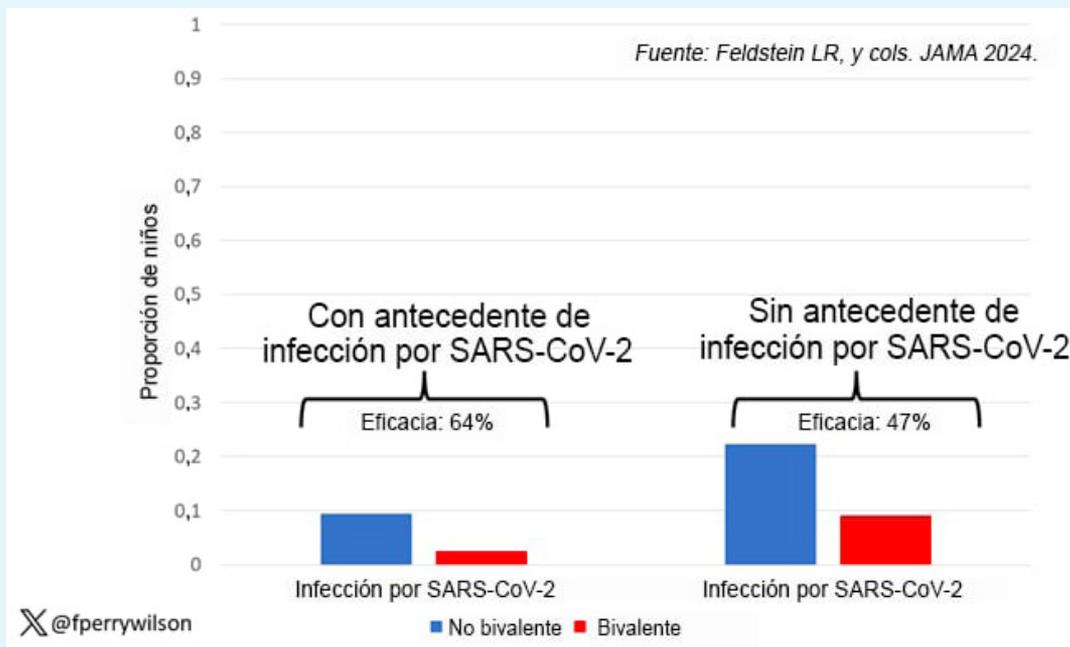
componente especial de estos estudios fue que la población infantil se sometió a pruebas de COVID-19 semanalmente, tuvieran o no síntomas. Esto resulta fundamental porque las infecciones asintomáticas pueden transmitir COVID-19.

Veamos las variables de interés. Primera y principal, la vacuna bivalente. Algunos de estos niños recibieron la vacuna bivalente, otros no. Otras variables clave son la vacunación previa con la vacuna monovalente. Algunos habían sido

vacunados antes con la vacuna monovalente, otros no. Y, por supuesto, la infección previa. Algunos se habían infectado antes (según frotis nasales o análisis de sangre).

Centrémonos primero en la exposición primaria de interés: recibir la vacuna bivalente. Una vez más, esto no se asignó de forma aleatorizada; la población infantil que recibió la vacuna bivalente era diferentes de la que no la recibió. En general, vivían en hogares más pequeños, tenían menos





probabilidades de haber tenido una infección previa por SARS-CoV-2, más probabilidad de que fueran blancos y bastantes más de padecer al menos una enfermedad crónica.

A mi entender, esta constelación de factores describe un grupo de riesgo ligeramente superior; tiene sentido que tuvieran más probabilidades de recibir la segunda vacuna.

Teniendo en cuenta estos factores, ¿cuáles fueron las tasas de infección por SARS-CoV-2? Tras casi un año de seguimiento, alrededor de 15% de la población infantil que no había recibido la vacuna bivalente se infectó, frente a 5% de los sí vacunados. Las infecciones sintomáticas representaron aproximadamente la mitad de todas las infecciones en ambos grupos.

Tras el ajuste con respecto a los factores que diferían entre los grupos, esta diferencia se tradujo en una eficacia de la vacuna de alrededor de 50% para esta población. Ese es nuestro primer dato. Sí, la vacuna bivalente funcionó. No de forma asombrosa, por supuesto, pero funcionó.

¿Qué ocurrió con la población infantil que había tenido una infección previa por SARS-CoV-2? De forma un tanto sorprendente, la vacuna fue igual de eficaz, a pesar de que su sistema inmunitario ya había estado expuesto antes a COVID. De las y los niños no vacunados, 10% se infectaron, a pesar de haber estado infectados anteriormente. Solo 2,5% de quienes recibieron la vacuna bivalente se infectaron, lo que indica cierta sinergia

entre la infección previa y la vacunación.

Estos datos indican que la vacuna bivalente redujo el riesgo de infección por SARS-CoV-2 en la población infantil. Todo esto es bueno, pero lo que falta saber es la gravedad de las infecciones. No parece que ninguna de las 426 infecciones documentadas en este estudio diera lugar a hospitalización o muerte, afortunadamente. Y no se presentan datos sobre la incidencia del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, aunque dada la rareza, me sorprendería que alguno de ellos lo tuviera.

¿En qué punto nos encontramos? Bueno, parece que la narrativa que afirma que “las vacunas no funcionan” o que “las vacunas no funcionan si ya estuviste infectado” probablemente no sea cierta. Sí funcionan. Este estudio y otros realizados en adultos lo demuestran. Si funcionan para reducir las infecciones, como aquí se expone, también funcionarán para reducir las muertes. Lo que ocurre es que, afortunadamente, los decesos son tan poco frecuentes en niños, que el número necesario de vacunaciones para evitar una muerte es muy elevado. En este escenario, la decisión de vacunar gira en torno a los riesgos asociados a la vacunación. Hasta ahora, esos riesgos parecen mínimos.³

Tal vez adoptar un calendario de vacunación anual, similar al de la gripe, no sea simplemente el resultado de viejos hábitos que se niegan a morir. Quizá no sea una mala idea.

Referencias

1. Feldstein LR, Britton A, Grant L, Wiegand R, y cols. Effectiveness of Bivalent mRNA COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection in Children and Adolescents Aged 5 to 17 Years. *JAMA*. 6 Feb 2024;331(5):408-416. doi: 10.1001/jama.2023.27022. PMID: 38319331.
2. Chalkias S, Harper C, Vrbicky K, Walsh SR, y cols. A Bivalent Omicron-Containing Booster Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med*. 6 Oct 2022;387(14):1279-1291. doi: 10.1056/NEJMoa2208343. PMID: 36112399.
3. Arbel R, Peretz A, Sergienko R, Friger M, y cols. Effectiveness of a bivalent mRNA vaccine booster dose to prevent severe COVID-19 outcomes: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. Ago 2023;23(8):914-921. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00122-6. Epub 2023 Apr 14. PMID: 37062302.

Dr. F. Perry Wilson;

Facultad de Medicina de Yale
Medscape, 16 de febrero de 2024

El Dr. F. Perry Wilson, M. S. C. E., (@fperrywilson) es profesor asociado de medicina y director del Acelerador de Investigación Clínica y Traslacional de Yale. Su trabajo de comunicación científica puede encontrarse en el Huffington Post, en NPR y en Medscape. Su nuevo libro, *How Medicine Works and When It Doesn't*, ya está disponible.

LATINOAMÉRICA ANTE EL DESAFÍO DE UNA ALERTA POR SARAMPIÓN

Alerta epidemiológica para sarampión en Latinoamérica, instaurada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a bajas coberturas de primera y segunda dosis de la vacuna triple viral, ante el aumento del sarampión a nivel global y la ocurrencia de casos importados en países de la región.¹ Para evitar la transmisión endémica de la enfermedad el organismo pide intensificar vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida a brotes.

“Si bien los casos han disminuido en la región en relación a lo registrado entre 2018 y 2020, esto no puede dejar de preocupar, ya que siguen observándose casos aislados y brotes”, comentó la Dra. Isabel Villegas Mota, infectóloga pediatra y jefa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Epidemiología del Instituto Nacional de Perinatología, en México.

La especialista agregó que “aunque en su

mayoría son casos de importación desde otras regiones del mundo, debemos tener en cuenta que las coberturas de vacunación que no sean mayores a 95% dejan espacios de susceptibilidad en la población”.

Cabe recordar que en 2023 la OPS alertó acerca de la disminución de la cobertura de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis en todo el continente. Y menciona como promedio general en la población de la región cerca de 85% para la primera dosis de la vacuna y de 70% para la segunda.

Similar preocupación manifestó desde Argentina el Dr. Flavio Lipari, infectólogo y profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

“Creo que la situación es de alerta, ya que se da una suma de escenarios desventajosos. Por un lado la baja tasa de cobertura vacunal para sarampión que tienen los países de Latinoamérica, sobre todo luego de la pandemia de COVID-19. Y por el otro la grave situación que atraviesan Europa y Estados Unidos en este momento, con gran cantidad de casos”, señaló el Dr. Lipari.

Según el último reporte epidemiológico de 2023, en el continente americano se notificaron 14.884 casos sospechosos y 54 confirmados de sarampión.

Y en lo que va de 2024 ya se confirmaron pacientes con diagnóstico de la infección viral en Estados Unidos, Costa Rica, Perú, Brasil y Argentina. El país norteamericano (con 26 casos confirmados entre el 1 de diciembre de 2023 y el 25 de enero de 2024) lidera este año las estadísticas en la región.

Fuera de los límites del continente los números resultan aún más alarmantes. A nivel global durante 2023 se informaron 534.672 casos sospechosos de sarampión en 169 países, de los cuales alrededor de 280.933 (53%) fueron clasificados como sarampión. Con respecto a 2022 la cifra representa un aumento de 64% en los casos confirmados.

“En México no se han confirmado casos en los últimos tres años, pero tenemos alto riesgo de reintroducción del virus del sarampión debido a la ocurrencia principalmente en países de Norteamérica y Latinoamérica, con los que se comparte alta movilidad poblacional”, destacó la Dra. Villegas.

Prestar mayor atención a viajeros internacionales

De acuerdo a los criterios de la OPS, con vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida ante brotes, es factible salir de esta situación preocupante y evitar la transmisión endémica. Además, como estrategia de salud pública el organismo propone que las autoridades sanitarias pongan especial atención en los viajes internacionales.

En ese sentido considera prudente la vacunación previa de viajeros de seis meses en adelante, que se dirigen a lugares con circulación viral y que a pesar de no tener contraindicaciones no pueden demostrar haber recibido el biológico.

También recomienda que entre los viajeros se eleve el nivel de alarma ante la aparición de signos y síntomas clínicos, como fiebre, exantemas, coriza, conjuntivitis, dolor articular y linfadenopatías. La presencia de dichos hallazgos, ya sea en el lugar de destino o al regreso, debe llevar de manera inmediata a la consulta médica.

“Es importante lograr la articulación entre efectores de salud, públicos o privados, asistencia de los Estados y vigilancia epidemiológica constante. Al mismo tiempo resulta vital mantener alto grado de alerta en poblaciones de riesgo y en personas que hayan viajado a lugares donde la circulación viral es activa”, manifestó el Dr. Lipari.

Mejorar la situación epidemiológica desde los consultorios

“En México se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática. Ante la identificación de un caso probable se deben llevar a cabo acciones como notificación inmediata, elaboración de un estudio epidemiológico y toma de muestras de sangre y exudado faríngeo para diagnóstico”, puntualizó la Dra. Villegas.

La especialista agregó que en el país “aún existen barreras para realizar diagnósticos oportunos confirmatorios en comunidades alejadas de los centros urbanos”.

Por otro lado, la alerta temprana a los sistemas de vigilancia se activa desde los consultorios, para lo cual es necesario contar en la región con médicos y médicas que tengan un elevado nivel de sospecha de la enfermedad.

“Recordemos que es una infección que alguien menor de 40 años difícilmente haya visto con anterioridad, lo que puede dificultar o demorar el diagnóstico”, señaló el Dr. Lipari, que consideró que una mayor educación médica en sarampión puede tener éxito.

No existe duda sobre el papel central que tiene la vacunación como estrategia preventiva para esta infección. “La mejor herramienta es la prevención y esta se logra a través de la vacuna triple viral. Es una herramienta poderosa cuya eficacia está demostrada desde hace décadas. Fomentar la vacunación y la realización de campañas específicas puede ser una intervención altamente efectiva”, comentó el Dr. Lipari.

La Dra. Villegas concordó con lo anterior, agregando que considera vital la intensificación de la vacunación en México. La médica pidió poner especial atención en ciudades que son corredores de población migrante o en las ubicadas en las fronteras. También enfatizó en el importante aporte que realizan los profesionales de la salud cuando controlan de los esquemas de vacunación de sus pacientes.

Por último, el Dr. Lipari destacó que modificar concepciones erradas acerca del sarampión y las vacunas es otra cuestión a tener muy en cuenta.

“Creo que la divulgación del problema y explicar lo potencialmente grave de la situación es fundamental. Hay que disminuir la brecha entre los pacientes y el equipo de salud para que todos podamos hacer frente a esta problemática y por supuesto no se desarrollen nuevos brotes en nuestros países”, concluyó el Dr. Lipari.

La Dra. Villegas y El Dr. Lipari han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas. Publicado el 29 de enero de 2024. Consultado en versión electrónica.

Dr. Fernando Fuentes;
Medscape; 26 de febrero de 2024



ADENDUM

**“DAR EL EJEMPLO NO ES LA PRINCIPAL MANERA DE INFLUIR
SOBRE LOS DEMÁS; ES LA ÚNICA MANERA.”**

ALBERT EINSTEIN

14 de marzo de 1879, Ulm, Alemania;

18 de abril de 1955, Princeton, Nueva Jersey, Estados Unidos de Norteamérica.

Fue un físico alemán de origen judío, nacionalizado después suizo, austríaco y estadounidense. Se le considera el científico más importante, conocido y popular del siglo XX. En 1905, cuando era un joven físico desconocido, empleado en la Oficina de Patentes de Berna, publicó su teoría de la relatividad especial.

En 1915, presentó la teoría de la relatividad general, en la que reformuló por completo el concepto de la gravedad. Por sus explicaciones sobre el efecto fotoeléctrico y sus numerosas contribuciones a la física teórica, en 1921 obtuvo el Premio Nobel de Física y no por la Teoría de la Relatividad, pues el científico a quien se encomendó la tarea de evaluarla no la entendió, y temieron correr el riesgo de que luego se demostrase errónea. En esa época era aún considerada un tanto controvertida.

La Región Metropolitana
rinde homenaje en este espacio,
a quienes nos guiaron como Directores Titulares,
lamentablemente desaparecidos físicamente,
pero cuyas enseñanzas nos seguirán acompañando:

Dr. Ángel Plaza

Dr. Miguel Ángel Náser

Dr. Ricardo Straface

Dr. Jorge Buraschi

