

ARCH DIS CHILD. 2021 FEB;106(2):108-110.

### Abriendo Puertas: una práctica sugerida para profesionales médicos para cuando un niño podría comenzar a hablar de un abuso infantil

Opening doors: suggested practice for medical professionals for when a child might be close to telling about abuse

Marchant R, Carter J, Fairhurst C.

#### RESUMEN

La manera como los profesionales médicos y otros que trabajan con niños, responden cuando un niño comienza a mostrar o hablar sobre un posible abuso, puede determinar si continúa hablando y por lo tanto si puede ser resguardado. Los profesionales médicos pueden clarificar, confundir o contaminar lo que los niños cuentan, y las respuestas de los profesionales médicos a los niños pueden ser cruciales en posteriores procedimientos legales.

Este documento desafía la orientación aparentemente negativa y prohibitiva proporcionada a muchos profesionales de la salud y la educación sobre cómo responder a preocupaciones tempranas y, en cambio, ofrece un marco de orientación práctica y positiva para "abrir puertas", basado en el enfoque desarrollado por el equipo de Triangle durante muchos años. El contenido de este artículo y su enfoque también es aplicable al personal de enfermería y al personal sanitario, a los profesores y a los profesionales que trabajan con niños en el ámbito de la protección. El término "divulgación" se cuestiona y se reformula. Un ejemplo modificado de la vida real sigue a un niño de 6 años a través de una secuencia de momentos en los que un médico tiene oportunidades de abrir o cerrar puertas basándose en la experiencia clínica.

#### COMENTARIO

El artículo trata sobre cómo los profesionales médicos y otros profesionales aborden una situación de posible abuso, determinará que los chicos continúen hablando y sintiéndose seguros para poder hablar o mostrar una situación de abuso. Los profesionales pueden clarificar, confundir o contaminar el relato de los niños y esto es crucial en los posteriores procedimientos legales.

Este abordaje cambia el marco de referencia que existe por otro de abrir puertas, basado en un enfoque desarrollado por muchos años por el equipo Triangle,

que es una organización independiente que permite capacitar profesionales para tener herramientas prácticas para el abordaje de situaciones de abuso en niños y jóvenes en procedimientos legales.

La organización cuestiona y reformula el término divulgación, menciona que no es útil en protección infantil por tres razones:

1. Divulgar significa un hecho, especialmente un secreto que se da a conocer;
2. Suena como un evento único unidireccional donde el adulto es un receptor pasivo de palabras que dice un niño, en lugar de una interacción ya que debe ser considerado un proceso;
3. Crea confusión en términos legales.

El objetivo de Abriendo Puertas es conseguir suficiente información para averiguar qué acciones se requieren sin guiar a los niños ni contaminar su relato. El enfoque ofrece seguridad en término de salvaguardar a los niños y a la potencial evidencia.

Los profesionales cumplen un rol importante en proteger a los niños en situaciones de abuso y negligencia dado que son percibidos como defensores por los niños, y pueden generar confianza empática. Los niños pueden decir o mostrarles cosas que a otros no, y el modo en que los profesionales respondan frente a un posible abuso puede determinar que continúen o no contando, y la posibilidad de ser resguardado.

Investigaciones recientes en Inglaterra informan que el 85 % de los abusos en niños no son denunciados. Contrariamente a la creencia popular de que los niños no dicen acerca del abuso hay muchos que no son escuchados.

Los profesionales deben tener cuidado de no depender solamente de la información provista por los padres y garantizar que las opiniones de los niños sean escuchadas. La mejor manera de obtener información precisa de los niños es preguntar lo menos posible y hacer preguntas cortas abiertas para que desencadenen los recuerdos. Es relevante dejar a los niños decidir en qué hacer foco y no introducir ninguna información que el niño no haya mencionado.

El marco de referencia de Abriendo Puertas se basa en lo que se conoce sobre la memoria y los testimonios de los niños y sobre el impacto del trauma. La guía Abriendo Puertas es un aporte útil y claro de cómo responder a los comportamientos o comentarios de los niños en situaciones donde los profesionales son la primera línea de defensa.

1. Escuchar y atender con atención lo que ellos quieran decir o mostrar.
2. Invitación a la apertura: decime algo más, mostrame eso de nuevo. Decir mmm, uuuh, demostrar interés a la escucha.

3. Dejar en claro con tu comportamiento que estás cómodo y con tiempo.
4. Adaptar el lenguaje y la comunicación a las necesidades del niño. Ser claro en lo que necesite saber.
5. Hacer una pregunta por vez usando el lenguaje del niño.
6. Registrar adecuadamente lo que el niño dice o hace y las preguntas que realice el profesional.
7. Si un niño intenta demostrar violencia o actos sexuales usando al profesional, poner límites claros.
8. Utilizar las mismas palabras que utiliza el niño.
9. Hacer saber a los niños los pasos a dar.

El objetivo es mantener la mente abierta sobre lo que se ve y oye. Puede ser una intervención de minutos o repartirse en varias entrevistas a lo largo de semanas o meses.

Es un artículo recomendable ya que, si bien en la práctica profesional manejamos la entrevista en estos términos, esta guía da las herramientas de cómo hacerlo y es al mismo tiempo un aporte importante para la práctica profesional, para las intervenciones legales y para el comienzo de un soporte terapéutico.

Si bien se necesita capacitación en esta problemática, es importante la publicación de estas guías dado que no todo el equipo de salud que trata con niños sabe cómo manejar las entrevistas en casos de abuso infantojuvenil y a veces es el primer contacto con el niño; un abordaje inadecuado puede cerrar puertas.

Para concluir es relevante en la práctica clínica no cerrar puertas ya que se puede accidentalmente silenciar a los niños por crear ansiedad, inseguridad o confusión por una mala mirada, o un comentario desafortunado. Es nuestra expectativa que esta guía "Abriendo Puertas" sea de utilidad en las consultas con niños en situación de abuso, teniendo presente la importancia de una capacitación permanente para un abordaje adecuado.

### Agradecimiento

Por su colaboración a la Dra. Laura Viviana Waisblat, Psiquiatra Infantojuvenil, ex Jefa del Servicio Infantojuvenil de Salud Mental del Hospital Gobernador Centeno, Gral. Pico, La Pampa.

Dra. Patricia Zagalsky  
Médica Pediatra del Hospital Garrahan.  
Consultorio de protección infantojuvenil,  
Médica legista, UBA.  
Especialización en violencia familiar, UMSA.

### REFERENCIAS

- Baitas S. El relato de los niños niñas y adolescentes. Informes periciales. En Jornadas de intercambio

interdisciplinario sobre abuso sexual a niños, niñas, adolescentes. Montevideo; UNICEF: 2008. [Consulta: 30 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://pmb.aticeunicef.org.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=94](https://pmb.aticeunicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94)

- Arredondo V, Saavedra C, Troncoso C, Guerra C. Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2016;14(1):385-99.

---

ARCH DIS CHILD FETAL NEONATAL Ed.  
2021 Jan 15:fetalneonatal-2020-320486.

---

### Resultados de un enfoque uniformemente activo para los bebés nacidos entre las 22 y 24 semanas de gestación

Outcomes of a uniformly active approach to infants born at 22–24 weeks of gestation

Söderström F, Normann E, Jonsson M, Ågren J.

### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la supervivencia y los resultados en prematuros nacidos entre las 22 y 24 semanas de gestación en un centro con un enfoque uniformemente activo para el tratamiento de los prematuros extremos.

**Diseño del estudio.** Estudio de cohorte retrospectivo, de un solo centro que incluyó a niños nacidos entre 2006 y 2015. Las morbilidades a corto plazo evaluadas, incluyeron retinopatía del prematuro, enterocolitis necrotizante, conducto arterioso persistente, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular y displasia broncopulmonar. Los resultados del neurodesarrollo evaluados incluyeron, parálisis cerebral, discapacidad visual, discapacidad auditiva y retraso en el desarrollo.

**Resultados.** La supervivencia total fue del 64 % (143/222), oscilando entre el 52 % a las 22 semanas y el 70 % a las 24 semanas. De 133 (93 %) prematuros con seguimiento, a los 2,5 años de edad corregida, el 34 % tenía deterioro del desarrollo neurológico, clasificado en el 11 %, como moderado a grave. La retinopatía del prematuro que requirió tratamiento, la displasia broncopulmonar grave, la discapacidad visual y el retraso en el desarrollo, se correlacionan con una edad gestacional más baja.

**Conclusiones.** Un enfoque uniformemente activo para todos los bebés prematuros extremos produce resultados de las tasas de supervivencia, que no son diferentes entre las edades gestacionales de 22 a 24 semanas, con más

del 50 % de sobrevida, incluso a las 22 semanas. La mayoría no tuvo discapacidad a los 2,5 años de trastornos neurológicos, lo que sugiere que tal enfoque, no da como resultado tasas más altas en el deterioro neurológico a largo plazo.

## COMENTARIO

Los límites de la viabilidad han disminuido en las últimas décadas; de la semana 28, hace unos 30 años, pasó a 26, luego a 24 y actualmente está en las 22 semanas. Junto con esos cambios, relacionados con la mortalidad y la morbilidad, se fueron observando algunos aspectos nuevos y complejas situaciones, para los médicos, los padres y las familias. Existe incertidumbre acerca del grado de la inmadurez, las graves morbilidades y los resultados futuros.

En este estudio, se observa que la supervivencia es más elevada en relación de lo que ocurría hace varios años. A corto plazo, las morbilidades fueron menores que antes, y la mayoría no fueron afectados a los 2,5 años por trastornos neurológicos. No obstante, el 34 % tenían deterioro del desarrollo neurológico, y en el 11 %, la morbilidad era moderada o grave.

Los médicos neonatólogos deben enfrentar situaciones sumamente complejas; es muy difícil tomar la decisión de iniciar el tratamiento y continuar en los primeros días en aquellos bebés que están muy graves en los límites de la viabilidad. Lo habitual, es aplicar los máximos cuidados, al menos en los primeros días; luego el dilema se incrementa si la evolución no es favorable y la vida del bebé depende de los cuidados aplicados. Se debe apoyar a los padres, que pasan por esta angustiante y estresante situación durante varios días.

Estas conductas tienen diferencias entre los profesionales. Un grupo, está de acuerdo que hay que salvar la vida "a cualquier precio", y mantienen los cuidados sin tener en cuenta las graves secuelas, especialmente en el neurodesarrollo. Se suele decir a los padres, que se hace todo para mantener la supervivencia de su bebé; esta actitud puede generar el encarnizamiento terapéutico. Puede ocurrir que padres y médicos, se conviertan en rehenes de la medicina moderna, y perpetúen las terapéuticas inadecuadas.

Otro grupo de pediatras actúan en forma diametralmente opuesta y desde antes del nacimiento de los prematuros extremos, generan una relación totalmente abierta y compasiva con los padres. Les manifiestan las complejidades intensas que tendrán los tratamientos de sus hijos. Es frecuente y entendible, que los padres al principio tengan esperanzas y estimulen la continuidad de los cuidados, pero con el correr de los días, suelen dudar en forma progresiva y cada vez más.

Es importante señalar, que, en la evolución a largo plazo, lo habitual es sostener a la edad gestacional como único parámetro, pero este error ha perdurado mucho tiempo. Existe una gran complejidad en los márgenes de la viabilidad para tomar decisiones; además de la edad gestacional y los aspectos sociales, se deben conocer otros aspectos muy importantes como el peso al nacer, el género, la indicación de esteroides prenatales, la necesidad de reanimación muy avanzada al nacimiento y la morbilidad grave.

Los aspectos sociales han cobrado cada vez mayor importancia. Doyle y col., realizaron un estudio para evaluar la importancia de los aspectos sociales y biológicos con la evolución a largo plazo, en prematuros menores de 1000 g. Observaron, que las variables como nivel socioeconómico bajo y menor educación materna, influyeron negativamente en los resultados tardíos. Las variables biológicas perinatales, tuvieron asociaciones adversas, principalmente en los resultados cognitivos y académicos.

Entre los estudios publicados que abordaron el seguimiento a largo plazo de los prematuros extremos, es de destacar el de Marlow que evaluó a los 6 años una extensa cohorte de prematuros nacidos entre las 22 y 25 semanas. Hallaron que la tasa de supervivencia sin ninguna discapacidad a esa edad fue del 0 % en nacidos a las 22 semanas, el 1 % a las 23, el 3 % a las 24 y el 8 % a las 25 semanas. Si bien este estudio basado solo en la edad gestacional puede presentar sesgos y limitaciones, los resultados fueron realmente alarmantes.

Una reciente revisión sistemática, evaluó los resultados cognitivos en niños nacidos prematuros pequeños desde 1990 a 2008. Observaron grandes déficits en la inteligencia sin mejoría en el resultado cognitivo entre 1990 y 2008. Estos hallazgos enfatizan que los cuidados neonatales después del parto, en prematuros extremos, siguen siendo un dilema importante. No obstante, la incertidumbre sobre cómo será la evolución de los prematuros extremos, es muy probable que pronto se pueda conocer mucho mejor el pronóstico de los prematuros, a corto y largo plazo.

Dr. José M. Ceriani Cernadas  
Editor en Jefe

## REFERENCIAS

- Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, et al. Intensive care for extreme maturity-moving beyond gestational age. *N Engl J Med.* 2008; 358(16):1672-81.
- Ruthford E, Ruthford M, Hudak ML. Parent-Physician Partnership at the Edge of Viability. *Pediatrics.* 2017; 139(4):e20163899.

- Doyle LW, Cheong JLY, Burnett A, Roberts G, et al. Biological and Social Influences on Outcomes of Extreme-Preterm/ Low- Birth Weight Adolescents. *Pediatrics*. 2015; 136(6):e1513-20.
- Carlo WA, McDonald SA, Fanaroff AA, Vohr BR, et al. Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *JAMA*. 2011; 306(21):2348-58.
- Chawla S, Natarajan G, Shankaran S, Pappas A, et al. Association of Neurodevelopmental Outcomes and Neonatal Morbidities of Extremely Premature Infants With Differential Exposure to Antenatal Steroids. *JAMA Pediatr*. 2016; 170(12):1164-72.
- Twilhaar ES, Wade RM, de Kieviet JF, van Goudoever JB, et al. Cognitive outcomes of children born extremely or very preterm since the 1990s and associated risk factors. A meta-analysis and meta-regression. *JAMA Pediatr*. 2018; 172(4):361-7.

---

LANCET CHILD ADOLESC HEALTH. 2021 Mar;5(3):167-177.

---

### Alteraciones en neuroimágenes en niños con infección por SARS-CoV-2: Estudio colaborativo multicéntrico, multinacional

Neuroimaging manifestations in children with SARS-CoV-2 infection: a multinational, multicentre collaborative study

Lindan CE, Mankad K, Ram D, Kocielek LK, et al.

#### RESUMEN

**Introducción:** Las manifestaciones en el sistema nervioso central (SNC) del COVID-19 en los niños se describieron al principio en reportes de casos clínicos lo que limita la posibilidad de apreciar el amplio espectro de la enfermedad en los pacientes pediátricos. El objetivo fue identificar suficientes casos que podrían ser evaluados en forma conjunta para entender mejor las manifestaciones en las neuroimágenes del COVID-19 en la población pediátrica.

**Métodos:** Se realizó un llamado internacional sobre niños con encefalopatía relacionada a infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) con hallazgos anormales en las neuroimágenes. Se solicitaron datos de la historia clínica, plasma y líquido cefalorraquídeo. Estos datos fueron revisados por un panel central de neuroradiología, un neurólogo infantil y un experto en enfermedades infecciosas pediátricas. Los niños se categorizaron según el momento

de la probable exposición al SARS-CoV-2. Se excluyeron los casos en que no se pudo establecer una relación directa con la infección por SARS-CoV-2 o podría haber una causa diagnóstica alternativa. Los datos aceptados por el centro de referencia de imágenes de 10 países fueron revisados a distancia por un panel central de 5 neuroradiólogos pediátricos y se obtuvo una opinión consensuada sobre los hallazgos en las neuroimágenes.

**Hallazgos:** Se identificaron 38 niños con enfermedad neurológica relacionada a infección por SARS-CoV-2 procedentes de Francia (n = 13), Reino Unido (n = 8), EE. UU. (n = 5), Brasil (n = 4), Argentina (n = 4), India (n = 2), Perú (n = 1), y Arabia Saudita (n = 1). Se identificaron patrones recurrentes de la enfermedad, con anomalías en las neuroimágenes de leves a graves. El patrón más común fue el similar al de la encefalitis aguda diseminada inmunomediada postinfecciosa (16 pacientes), mielitis (8 pacientes) y realce neural (13 pacientes). El realce de los nervios craneanos podía ocurrir en ausencia de síntomas neurológicos. Las lesiones del esplenio del cuerpo caloso (7 pacientes) y la miositis (4 pacientes) se observaron en forma predominante en niños con el síndrome inflamatorio multisistémico.

Las complicaciones cerebrovasculares son menos frecuentes en niños que en adultos. No hubo patologías pre-existentes importantes y la mayoría de los niños tuvo una evolución favorable. Sin embargo, las co-infecciones fatales atípicas del SNC se vieron en 4 niños previamente sanos infectados con SARS-CoV-2.

**Interpretación:** En los niños se ven anomalías del SNC en la fase aguda y en la fase diferida de la infección por SARS-CoV-2. Patrones similares de enfermedad y manifestaciones atípicas en las neuroimágenes se pueden encontrar y deben reconocerse como potencialmente debidas a la infección por SARS-CoV-2, como un factor etiológico subyacente. Se necesitan estudios específicos de cohortes pediátricas para comprender mejor los efectos de la infección por SARS-CoV-2 sobre el SNC durante su presentación y a largo plazo.

#### COMENTARIO

*La patología coronavirus 2019 (COVID-19) es un síndrome respiratorio grave causado por el SARS-CoV-2, que desde diciembre de 2019 alcanzó proporciones pandémicas. Si bien inicialmente la población pediátrica parecía menos afectada comparada*

con la mayor prevalencia y gravedad del cuadro en los pacientes adultos, la evolución de la pandemia permitió identificar niños y adolescentes con cuadro graves, que presentan sintomatología neurológica o síndrome multisistémico inflamatorio asociados a COVID-19.<sup>1-4</sup>

En un estudio reciente sobre 1695 pacientes menores de 21 años hospitalizados en 52 centros de atención con una prueba positiva para SARS-CoV-2, 365 (22 %) pacientes presentaron compromiso neurológico documentado, siendo más frecuente en aquellos pacientes con patología neurológica previa.<sup>4</sup>

Los posibles mecanismos asociados con el compromiso neurológico en pacientes con COVID-19 incluyen: 1- Infección directa del SNC por SARS-CoV-2, como el compromiso de los nervios olfatorios y anosmia clínica, encefalitis o meningoencefalitis y mielitis transversa; sin embargo, pocas publicaciones pudieron demostrar la presencia de ARN viral por PCR en líquido cefalorraquídeo (LCR) en estos pacientes; 2- Efecto indirecto de la infección en SNC asociado al estado de hipercoagulabilidad por la activación de vías proinflamatorias y protrombóticas, que favorecen el desarrollo de eventos cerebrovasculares agudos. 3- Compromiso neurológico post-infeccioso que respondería a un mecanismo inmunomediado luego de la infección aguda, y que incluye: encefalomielitis diseminada aguda (ADEM) y encefalopatía necrotizante hemorrágica aguda (ANE) como ejemplos de compromiso del SNC; síndrome de Guillain-Barré y plexopatía braquial como ejemplos de compromiso del sistema nervioso periférico.<sup>5,6</sup>

El artículo de Lindan y col. describe el espectro de anomalías halladas en las neuroimágenes en una serie de niños con COVID-19, a partir de una iniciativa de la Sociedad Americana de Neuroradiología Pediátrica (ASPNR).<sup>7</sup> Este estudio multicéntrico, multinacional, y retrospectivo logró reunir información clínica y radiológica de 38 pacientes pediátricos con COVID-19 y anomalías en las neuroimágenes. El cuadro neurorradiológico más frecuente fue ADEM (16 [42 %] pacientes), mostrando en las RMN áreas de señal hiperintensa en la sustancia blanca y gris cerebral, con variable refuerzo post-contraste, en pacientes con clínica de encefalopatía aguda y déficits multifocales. Siete niños (18 %) presentaron compromiso aislado del esplenio del cuerpo calloso y 6 (16 %) pacientes desarrollaron accidentes cerebrovasculares isquémicos. Hallazgos menos frecuentes incluyeron realce post-contraste de pares craneanos en 5 pacientes (13 %), captación de raíces de la cauda equina en otros 3 niños (8 %), mielitis transversa aislada (no asociada a ADEM) en 2 (5 %), signos de cerebelitis en 1 paciente (3 %), y de

laberintitis en otro niño (3 %).

La mayoría de los pacientes presentaron una evolución favorable. Sin embargo, 4 niños con COVID-19 y coinfecciones presentaron los cuadros más graves seguidos de muerte, a pesar de recibir tratamiento agresivo. Dos pacientes desarrollaron una meningitis tuberculosa fulminante. Otro paciente desarrolló una grave encefalopatía siguiendo un cuadro de varicela, con focos de lesión isquémica y microsangrados múltiples en neuroimágenes, con detección de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y virus del herpes zóster en sangre y LCR. El cuarto niño presentó un cuadro de meningitis, vasculitis e infartos cerebrales multifocales, en el contexto de sepsis con cultivos positivos en sangre y LCR para *Fusobacterium necrophorum* y *Streptococcus constellatus*. Estos cuatro niños presentaron un cuadro excepcionalmente grave, pero plantean la posibilidad que el SARS-CoV-2 interfiera en la respuesta inmune normal del huésped y evolucione en forma sinérgica con la coinfección, contribuyendo a tan grave evolución.

Será necesario desarrollar estudios que investiguen específicamente la respuesta inmune humoral y celular, así como el repertorio de citoquinas participantes en aquellos pacientes pediátricos que desarrollen compromiso neurológico en el curso de su COVID-19, que nos permita ampliar el conocimiento sobre la patogénesis de esta complicación asociada a la infección por SARS-CoV-2.

Dra. Silvia N. Tenenbaum

Neuróloga Infantil,

Jefe de Clínica, Servicio de Neurología,

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

## REFERENCIAS

1. Panda PK, Sharawat IK, Panda P, Natarajan V, et al. Neurological complications of SARS-CoV-2 infection in children: A systematic review and meta-analysis. *J Trop Pediatr*. 2020;fmaa070.
2. Abdel-Mannan O, Eyre M, Lobel U, Bamford A, et al. Neurologic and radiographic findings associated with COVID-19 infection in children. *JAMA Neurol*. 2020;77(11):1-6.
3. Beslow LA, Linds AB, Fox CK, Kossorotoff M, et al. Pediatric ischemic stroke: an infrequent complication of SARS-CoV-2. *Ann Neurol*. 2021;89(4):657-65.
4. LaRovere KL, Riggs BJ, Poussaint TY, Young CC, et al. Neurologic involvement in children and adolescents hospitalized in the United States for COVID-19 or multisystem inflammatory syndrome. *JAMA Neurol*. 2021:e210504.
5. Southcombe L. COVID-19. Associated neurological manifestations. *EMJ Neurol*. 2020;8(1):19-21.

6. Paterson RW, Brown RL, Benjamin L, Nortley R, et al. The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain*. 2020;143(10): 3104-20.
7. Lindan CE, Mankad K, Ram D, Kocielek LK, et al. Neuroimaging manifestations in children with SARS-CoV-2 infection: a multinational, multicentre collaborative study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(3):167-77.

ARCH DIS CHILD. 2021 JAN;106(1):58-61.

### Uso de la oximetría para la detección de la apnea obstructiva del sueño en pediatría: ¿es suficiente una noche y son 6 horas demasiado?

Use of oximetry to screen for paediatric obstructive sleep apnoea: is one night enough and is 6 hours too much?

Galway NC, Maxwell B, Shields M, O'Donoghue D.

#### RESUMEN

**Introducción:** La oximetría de pulso nocturna puede usarse para detectar la apnea obstructiva del sueño mediante el puntaje de oximetría de McGill. Este puntaje tiene un umbral de tiempo de 6 h para considerarse técnicamente adecuado. Se ha sugerido que una oximetría de una noche es suficiente como detección de la apnea obstructiva del sueño con el puntaje de oximetría de McGill.

**Objetivos:** 1. Evaluar las variaciones noche a noche del puntaje de oximetría de McGill. 2. Evaluar el impacto de registrar 3 noches de oximetría sobre el campo de la apnea obstructiva del sueño. 3. Evaluar si se descartan datos útiles del puntaje de oximetría de McGill cuando se usa un registro de oximetría con un límite de 6 horas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de oximetría de pulso nocturna hecho en el hogar durante 3 noches consecutivas en pacientes pediátricos con sospecha de apneas obstructivas del sueño. Los estudios fueron clasificados con el puntaje de oximetría de McGill con registros de  $\geq 6$  y  $\geq 4$  horas.

**Resultados:** Se estudiaron 329 pacientes. Los puntajes de las 3 noches mostraron poco o moderado acuerdo. Durante la primera noche 126 pacientes (38 %) fueron positivos para apnea obstructiva del sueño. Cuando se hicieron registros durante las 3 noches, 195 pacientes (59 %) fueron positivos en al menos una de las noches. Hubo 48 pacientes con estudios de 4 a 6 horas de duración en una o más noches. Si se

clasifican estos estudios, 20 pacientes (42 %) serían positivos para apneas obstructivas del sueño al menos en una noche, según la puntuación de estos estudios solamente.

**Conclusión:** Una noche de oximetría puede no ser suficiente para detectar la apnea obstructiva del sueño. Si se disminuye el umbral de tiempo a  $\geq 4$  horas puede aumentar la capacidad de detección de la oximetría nocturna.

#### COMENTARIO

El estándar de oro para el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en pediatría es la polisomnografía nocturna.<sup>1</sup> La oximetría nocturna es una herramienta de detección alternativa en la población de niños con hipertrofia de amígdalas y adenoides<sup>2</sup> e incluso niños con síndrome de Down.<sup>3</sup> El puntaje de oximetría de McGill (MOS) ha sido validado para estimar la gravedad del SAOS [4]. Tiene en cuenta el número de desaturaciones en racimo  $< 90$ ,  $< 85$  y  $< 80$  %. Se sugiere que el registro sea como mínimo de 6 h.

En el presente estudio Galway NC y col. evalúan en un diseño retrospectivo: 1. La variabilidad del MOS en 3 noches consecutivas; 2. Si la recomendación de descartar oximetrías de  $< 6$  h de duración implica pérdidas en la capacidad de diagnosticar SAOS.

La población estudiada fue de 329 niños de 4 años (IQR 2-7). Los resultados muestran que con una primera noche se diagnostica SAOS en el 38 % de pacientes y al sumar 3 noches consecutivas incrementa el diagnóstico de SAOS al 59 % de la población. Además, evaluaron estudios de 48 pacientes que hubiesen sido descartados por no cumplir con el criterio de duración de registro  $> 6$  h; 20 (42 %) tenían MOS positivo para SAOS a pesar de ser de duración menor a la recomendada.

Los autores proponen que debido a la variabilidad inter-noche la realización de 3 noches consecutivas aumentaría la capacidad de detección del test para SAOS. Por otro lado, sugieren que el SAOS se puede diagnosticar con registros de entre 4 y 6 h.

Dra Vivian Leske

Unidad de Sueño

Servicio de Neumonología

Hospital de Pediatría "Prof. J. P. Garrahan"

Buenos Aires, Argentina.

#### REFERENCIAS

1. Kaditis AG, Alonso Alvarez ML, Boudewyns A, Alexopoulos EI, et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *Eur Respir J*. 2016;47(1):69-94.

2. Brouillette RT, Morielli A, Leimanis A, Waters KA, et al. Nocturnal pulse oximetry as an abbreviated testing modality for pediatric obstructive sleep apnea. *Pediatrics*. 2000;105(2):405-12.
3. Coverstone AM, Bird M, Sicard M, Tao Y, et al. Overnight pulse oximetry for evaluation of sleep apnea among children with trisomy 21. *J Clin Sleep Med*. 2014;10(12):1309-15.
4. Nixon GM, Kermack AS, Davis GM, Manoukian JJ, et al. Planning adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea: the role of overnight oximetry. *Pediatrics*. 2004;113(1 Pt1):e19-25.

---

JAMA PEDIATR. 2021 Apr 12;e206364

---

## Mortalidad infantil asociada con la exposición prenatal a opioides

Infant mortality associated with prenatal opioid exposure

Leyenaar JK, Schaefer AP, Wasserman JR, Moen EL, et al.

### RESUMEN

**Importancia.** El conocimiento de los resultados de salud entre los bebés expuestos a opioides es limitado, en particular para aquellos que no han sido diagnosticados con síndrome de abstinencia de opioides neonatal (SAON).

**Objetivos.** Describir la mortalidad infantil entre los lactantes expuestos a opiáceos, e identificar cómo difiere el riesgo de mortalidad en los lactantes expuestos a opiáceos, con y sin diagnóstico de SAON, en comparación con los bebés sin exposición a opiáceos.

**Diseño, ámbito y participantes.** Se llevó a cabo, un estudio de cohorte retrospectivo de díadas materno-infantiles, vinculando pedidos de atención médica con registros vitales de nacimientos desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014, con seguimiento de los bebés hasta el año de edad (hasta 2015). Se incluyeron las díadas materno-infantiles, si el bebé nació en Texas entre las 22 y 43 semanas de edad gestacional, de madres de 15 a 44 años, asegurada por Texas Medicaid. El análisis de datos se realizó desde mayo de 2019 hasta octubre de 2020.

**Exposición.** La exposición primaria fue exposición prenatal a los opioides, estratificando a los lactantes por la presencia o ausencia de un diagnóstico de SAON durante la hospitalización al nacer.

**Principales resultados y medidas.** El

riesgo de mortalidad infantil (muerte a la edad < 365 días) se examinó con las pruebas de Kaplan-Meier y rango logarítmico. Se estimó una serie de modelos de regresión logística, para determinar las asociaciones entre la exposición prenatal a opioides y la mortalidad, ajustando las características maternas y neonatales, y agrupando a los lactantes al nivel materno, para tener en cuenta la dependencia estadística, debida a los nacimientos múltiples durante el período del estudio.

**Resultados.** Entre 1 129 032 díadas materno-infantiles, 7207 tuvieron exposición prenatal a opioides, incluidas 4238 diagnosticadas con SAON (peso medio [DE] al nacer, 2851 [624] g) y 2969 no diagnosticadas con SAON (peso medio [DE] al nacer, 2971 [639] g). La mortalidad infantil, fue de 20 por 1000 nacidos vivos, en los lactantes expuestos a opioides, sin diagnóstico de SAON, 11 por 1000 nacidos vivos para los lactantes con SAON y 6 por 1000 nacidos vivos en el grupo de referencia ( $P < 0,001$ ). Después de ajustar las características maternas y neonatales, la mortalidad en los lactantes con un diagnóstico SAON, no fue significativamente diferente de la población de referencia (razón de posibilidades, 0,82; IC del 95 %, 0,58-1,14). Por el contrario, las probabilidades de mortalidad en los lactantes expuestos a opioides, no diagnosticados con SAON fueron un 72 % mayores que la población de referencia (razón de probabilidades, 1,72; IC del 95 %, 1,25-2,37).

**Conclusiones y relevancia.** En este estudio, los bebés expuestos a opioides tuvieron un mayor riesgo de mortalidad, y los tratamientos y cuidados brindados a los diagnosticados con SAON pueden ser protectores. Se justifican las intervenciones para cuidar a las díadas materno-infantiles expuestas a los opioides, independientemente de la gravedad percibida de la abstinencia de opioides neonatales.

### COMENTARIO

*En este estudio se observó la evolución de los niños nacidos de madres que consumían opioides, estratificando a los lactantes por la presencia o ausencia del diagnóstico de síndrome de abstinencia de opioides neonatal (SAON) durante la hospitalización al nacer.*

*Entre los hábitos de las madres embarazadas, los más frecuentes son fumar durante la gestación, y en todos los meses. Los efectos de fumar generan una disminución en el peso de sus bebés, y al nacer son pequeños para la edad gestacional. Esto se observa,*

tanto en los nacidos a término, como también en los prematuros.

La adicción del ser humano a sustancias lícitas e ilícitas es multifactorial, y los cambios que han ocurrido en el entorno social en el mundo, aparentemente juegan un papel primordial en esta realidad.

Las drogas como cocaína y heroína también aumentan intensamente el riesgo para la madre y el bebé. El uso de cocaína en el embarazo conlleva riesgos maternos, tales como arritmias cardíacas, accidentes vasculares en el cerebro e hipertensión arterial. Estos riesgos se asocian con el aumento de morbimortalidad fetal, por daño cerebral y muerte fetal. El daño que la droga ocasiona en el cerebro, puede causar un desarrollo inadecuado que genera diversos trastornos cerebrales.

El consumo de la cocaína en el ser humano ha ido creciendo cada vez más, y principalmente en los adultos varones. Sin embargo, ya desde hace varios años, se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en las mujeres, e incluso cuando están embarazadas. En la gestación, es muy probable que las madres no digan que están tomando cocaína, a sus ginecólogos y obstetras, que no les resultan fácil conocerlo en forma adecuada. Son las madres que no dan la información y consumen cocaína desde antes del embarazo y continúan durante la gestación.

Es necesario difundir que la cocaína puede generar graves trastornos durante la gestación para tratar que las madres dejen de consumirla. De ser así, su bebé estará mejor al nacer, con beneficios que podrían persistir toda su vida.

Dr. José M. Ceriani Cernadas  
Editor en Jefe

## REFERENCIA

- Loredó Abdalá L, Casas Muñoz A, Monroy Llaguno DA. La cocaína: sus efectos en la mujer embarazada y en el producto de la gestación. *Rev Fac Med (Méx)*. 2014;57(3):5-8.

---

J CYST FIBROS. 2021 JAN;20(1):25-30

## Características clínicas de la infección por SARS-CoV-2 en niños con fibrosis quística: estudio observacional internacional

Clinical characteristics of SARS-CoV-2 infection in children with cystic fibrosis: An international observational study

Bain R, Cosgriff R, Zampoli M, Elbert A, et al.

## RESUMEN

**Introducción:** La presencia de comorbilidades, que incluyen los problemas respiratorios subyacentes, ha sido identificada como un factor de riesgo para COVID-19 grave. La información sobre el curso clínico de la infección por SARS-CoV-2 en niños con fibrosis quística es limitada, aunque vital para proveer asesoramiento preciso a los niños con fibrosis quística, sus familias, cuidadores y equipos clínicos.

**Métodos:** Los casos de infección por SARS-CoV-2 en niños con fibrosis quística menores de 18 años se tomaron del CF Registry Global Harmonization Group provenientes de 13 países, entre el 1° de febrero y el 7 de agosto de 2020.

**Resultados:** se registraron y analizaron datos de 105 niños. La mediana de edad de los casos fue de 10 años (rango intercuartílico 6-15), el 54 % fueron varones y la mediana del porcentaje del volumen espiratorio forzado en un segundo fue del 94 % (rango intercuartílico 79-104). La mayoría (71 %) de los niños fueron atendidos en la comunidad durante su enfermedad COVID-19. De 24 niños ingresados al hospital, 6 requirieron oxígeno suplementario y 2, ventilación no invasiva. Alrededor de la mitad recibieron antibióticos, 5 niños fueron tratados con antivirales, 4, con azitromicina y 1, con corticoides adicionales. Los niños que fueron hospitalizados tenían menor función pulmonar y puntajes Z reducidos de índice de masa corporal. Un niño falleció a las 6 semanas de tener pruebas positivas para el SARS-CoV-2, tras un periodo de deterioro que no se atribuyó a la enfermedad COVID-19.

**Conclusiones:** La infección por SARS-CoV-2 en los niños con fibrosis quística se asocia en forma habitual con una enfermedad moderada en aquellos que no tiene una enfermedad pulmonar grave preexistente.

## COMENTARIO

Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica constituyen un grupo de riesgo ante infecciones virales como la influenza, y entre ellos los niños y adolescentes con fibrosis quística (FQ).<sup>1</sup> La pandemia por la novedosa enfermedad COVID-19 causó gran preocupación en esta comunidad de pacientes, sus familias y en los equipos de salud que los asisten. La discontinuación de las visitas de control presenciales por las medidas de aislamiento implementadas hizo más difícil conocer la prevalencia y el curso clínico de la infección por SARS-CoV-2 en este grupo.

*Este trabajo multicéntrico, internacional, de 19 países entre febrero y agosto de 2020 y del que participó por nuestro país el Hospital Garrahan, nos informa el curso clínico de 105 pacientes con FQ menores de 18 años con diagnóstico molecular o clínico de COVID-19. Los datos evidencian que un 29 % de ellos fueron asintomáticos y solo un paciente experimentó pérdida de gusto y olfato. Más de 2/3 de los pacientes cursó el cuadro en forma ambulatoria y, de los hospitalizados, solo un paciente requirió cuidados intensivos y ventilación invasiva. Aquellos hospitalizados evidenciaban un peor estado nutricional y menor función pulmonar que los que no requirieron internación. No se registraron muertes atribuibles al COVID-19 y solo un paciente falleció un mes después asociado al deterioro clínico existente previo a la pandemia. La mayoría se recuperó por completo, incluidos dos pacientes trasplantados.*

*Esta es la primera y más numerosa serie publicada de pacientes pediátricos con FQ y aporta información de*

*importancia para la atención de los pacientes, que eran desconocidos al inicio de la pandemia. La recolección de datos a futuro es imprescindible, especialmente debido al surgimiento de variantes genómicas del virus asociadas tal vez a una diferente tasa de transmisibilidad y morbimortalidad. La participación de este grupo de pacientes en los ensayos clínicos debe estar asegurada y el acceso a los programas de inmunización debe ser una prioridad cuando se logre la aprobación de las agencias regulatorias.*

**Dr. Fernando Rentería**

*Jefe de Servicio de Neumonología*

*Hospital Sor Ludovica de La Plata*

*Director del Centro Provincial de Fibrosis Quística*

#### **REFERENCIA**

1. Viviani L, Assael BM, Kerem E, ECFS (A)H1N1 study group. Impact of the A (H1N1) pandemic influenza (season 2009-2010) on patients with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros.* 2011;10(5):370-6.