

### Acerca del Editorial del Dr. Jorge Cabana *About Editorial Dr. Jorge Cabana*

El artículo publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría* 2016;114(3):194-5 sobre: *El pediatra y la salud de las próximas generaciones, responsabilidades conjuntas y un desafío común* del Dr. Jorge Cabana, es excelente por la abundancia de datos prenatales y situaciones ambientales sumamente importantes y esclarecedoras de la vivencia del pequeño ser en la etapa que precede a su nacimiento y se extiende al niño en su conformación física y psicológica.

Dado que el niño crece quisiera hacer un aporte a esa etapa que se produce por el crecimiento de un ser que ya deambula solo y su psiquis acompaña esa etapa en un proceso normal que llega a complementar su primera infancia y por su contenido afianzar la etapa siguiente de su crecimiento y desarrollo.

Si bien esto implica varios años en que además de una alimentación adecuada que comenzó después de la lactancia y/o junto con ella, el desarrollo fue demostrando un crecimiento normal y a los ojos del pediatra que posteriormente lo ha tratado como un niño escolarizado y futuro adolescente puede ser detectado en esa etapa del crecimiento carencias físicas y psicológicas que no se presentaron antes como patológicas, pero que es necesario tratarlas para que no se asiente la enfermedad o la carencia estable dado todos "los ingredientes" que debe afrontar el niño y el adolescente en esas etapas etarias de su desarrollo.

En tal periodo en que se abre una etapa importante de la socialización del niño por su relación con otros escolares y/o seres semejantes a él por proximidad y/o por compartir un aporte alimentario que no sigue la etapa alimentaria anterior y acepta la dieta no adecuada a su edad a través de "alimentos" que compra en el kiosco de la esquina que pueden generar y/o contraer patologías no deseables, que interfieren en su buena salud.

Por otra parte lo heredado está presente y lo que no fue tratado en su momento puede expresarse en años posteriores por carencias que pueden originar patologías indeseables. Por tal motivo frente a esas carencias es necesario investigar si las causas vienen de años anteriores o son patologías posteriores donde no interviene lo heredado pero sí lo ambiental con aspiraciones y deglución de "alimentos" que además de no aportar beneficios al crecimiento y desarrollo del niño pueden proporcionar el comienzo de patologías indeseables. Por lo tanto, para lograr

un buen diagnóstico y un tratamiento acorde a las carencias físicas y psíquicas no tratadas en su debido tiempo hay que estudiar al paciente.

También ante la consulta de un niño o de un adolescente que transitan las etapas de su crecimiento y desarrollo es necesario conocer las enfermedades de su padre y de su madre antes de concebir el embarazo de un niño que ahora presenta patologías que pueden ser causadas por enfermedades de transmisión sexual cuyos genes pueden aportar carencias y/o enfermedades en su hijo. Además los padres deben controlar –qué come su hijo fuera del hogar– ya que la presentación apetecible ofrecida por sus colores y propagandas de ciertos "alimentos" no siempre son confiables, y además de no ser alimenticios pueden ser perjudiciales para la salud del paciente.

La historia clínica del paciente, niño o adolescente, debe comenzar con las preguntas bien explicitadas de las enfermedades de su padre y de su madre a fin de orientar exámenes clínicos y tras ellos tratamientos necesarios que beneficien su salud y que no los transmitan en el futuro a sus hijos.

Además hay que indicar conductas de alimentación en los niños y los adolescentes y los tratamientos necesarios para lograr una salud deseable ayudada también por actividades deportivas adecuadas a su contextura física que beneficien su crecimiento y desarrollo.

*Dra. María Isabel Herrera*  
Socia Vitalicia SAP

### **Picadura de alacrán. ¿Prevención?** *Scorpion sting. Prevention?*

#### **Estimado Sr. Editor**

Nuestra comunicación es en referencia al interesante artículo aparecido en el N° de Febrero 2016; 114(1):1-96, bajo el título "Distribución de los hallazgos de escorpiones en la Ciudad de Buenos Aires en el período de 2001-2012 y sus implicancias sanitarias". Autores: Dr. Guillermo Blanco, Prof. Biol. Rodrigo D. Laskowicz, Lic. Laura C. Lanari, Med. Eduardo Scarlato, Dr. Carlos Damin, Dr. Ernesto H. de Titto, Dr. Adolfo R. de Roodt, descriptivo y con sugerencia para "prevenir las demoras en el tratamiento".

El artículo refiere también respecto de CABA, la tendencia creciente en el número de hallazgos (en gran cantidad domiciliarios) y en el área señalada.

Se enfatiza la potencial peligrosidad de estos animales venenosos y la necesidad de aplicar el tratamiento antiveneno a la máxima velocidad, vida por medio.

Con estos datos entre otros relevantes, en la comunicación se me ocurre una pregunta, quizás básica, a la que no encontré respuesta pese a releer el artículo y leerlo en grupo de Estudio.

¿A qué productos o insecticida son sensibles los alacranes?

¿Acorde con el mapeo geográfico investigado, es posible una prevención especial en el ámbito hogareño al menos?

Sobre todo en el área más comprometida, ¿sería útil la difusión de esta presencia oculta de arácnidos cuya imagen no es popularmente conocida?

El artículo redacta la imprescindible reserva hospitalaria y la aplicación urgente del antiveneno, pero, si en algunos lugares a la picadura puede sobrevenir la muerte, ¿se puede evitar ser picado?

Agradezco la amable atención.

*Dra. Patricia Cirigliano y Equipo*  
Matronatación

### En respuesta

*Dra. Patricia Cirigliano y Equipo.*  
Matronatación.

*Estimada Dra. Cirigliano:*

Los alacranes son sensibles a muchos productos que a su vez son tóxicos también para los insectos (como piretroides, carbamatos, fosforados y otros). Sin embargo, no se recomienda el uso de estos productos como combate o manera de control de estos animales. Esto se logra solamente mediante la modificación del ambiente en donde se encuentran los escorpiones (colocación de rejillas de tipo sanitario o telas tipo mosquitero en las rejillas de desagüe, tapones en las piletas y bañaderas, tapado de rajaduras, agujeros, hendiduras, etc. en pisos y paredes, etc.). El mantenimiento de la limpieza y la baja carga de insectos como cucarachas ayuda a la reducción de la posibilidad de contacto entre estos y los humanos. Solamente después de tomados todos estos tipos de medidas, puede considerarse el combate químico, el cual solo puede servir para disminuir algo la población de alacranes, pero de ninguna manera esto tiene utilidad alguna para su eliminación.

Eliminar los escorpiones de las edificaciones es una tarea casi imposible y las medidas deben ir dirigidas primeramente a disminuir el contacto entre humanos y escorpiones, dado que su eliminación definitiva es imposible en nuestro medio.

Existe abundante material producido desde el Ministerio de Salud sobre escorpionismo que puede ser consultado en línea ([www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)) tanto desde la Dirección Nacional de Determinantes de la Salud e Investigación con el Programa Nacional de Prevención y Control de Intoxicaciones (PRECOTOX) como desde la Dirección de Epidemiología mediante el Programa Nacional de Control de Enfermedades Zoonóticas (ProNCEZ).

No todas las picaduras causan envenenamiento sino solo un porcentaje del total y en estos casos el tratamiento con antiveneno y la internación hospitalaria están indicados, dado que la combinación de la aplicación de antiveneno y la internación en cuidados intensivos, reduce drásticamente el riesgo de muerte en niños.

De esto se desprende entonces lo importante de las medidas de prevención y de la rápida aplicación de antiveneno cuando correspondiese.

Sin otro particular y quedando a sus órdenes para cualquier información adicional, la saludo con la consideración más distinguida.

*Dr. Guillermo Blanco; Prof. Biol. Rodrigo D. Laskowicz;*  
*Lic. Laura C. Lanari; Méd. Eduardo Scarlatto;*  
*Dr. Carlos Damín; Dr. Ernesto H. de Titto*  
*Dr. Adolfo Rafael de Roodt*  
Área Investigación y Desarrollo  
INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"  
Ministerio de Salud

### **¿Constituye la altura un factor negativo para la adquisición de los hitos del desarrollo motor?**

*Does height negatively affect the acquisition of the milestones of motor development?*

#### Señor Editor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó hace 10 años los resultados del Estudio Normativo del Desarrollo Motor,<sup>1</sup> ejecutado con el propósito de obtener un estándar internacional para comparar el desarrollo motor grueso de diferentes poblaciones de infantes desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Los participantes provinieron de contextos ubicados por debajo de los 1500 m s. n. m., así como se

caracterizaron por no presentar problemas de salud, ni privaciones ambientales y económicas. En base a lo señalado, la presente misiva tiene por objetivo sustentar la necesidad de actualizar y emprender investigaciones en relación al desarrollo motor que consideren muestras poblacionales que hayan nacido en ciudades por encima de la cifra descrita, observándose si el factor altitud influye en la adquisición de hitos motores, lo cual permita generar información que responda a las características de la población de diferentes países.

Así por ejemplo, los hallazgos del estudio de la OMS resultan parcialmente relevantes para países como Perú, Bolivia, Argentina, Chile, entre otros, que cuentan incluso con poblaciones que viven por encima de los 3000 m s. n. m., en relación a los cuales, cabe preguntar si la hipoxia de la altura puede constituir un factor negativo para la adquisición de los hitos del desarrollo motor. La respuesta parece haberse revelado en diferentes estudios iniciados hace más de medio siglo que reportan la multiplicación celular y la mielogénesis como procesos relativamente lentos en crías expuestas a condiciones de gran altitud, lo que covaría con impedimentos funcionales de áreas del sistema nervioso asociados a la locomoción.<sup>2</sup>

La situación expuesta se ha visualizado en un alto porcentaje de menores que nacen y viven en ciudades situadas por encima de los 3000 m s. n. m., que, en comparación con poblaciones que residen cerca al nivel del mar, presentan mayor probabilidad de retraso del crecimiento intrauterino y exhiben bajo peso al nacer,<sup>3</sup> lo cual no necesariamente está asociado con falta de recursos económicos o aspectos nutricionales, pues el mismo retraso se ha observado en menores que formaban parte de poblaciones con un alto poder adquisitivo.<sup>4</sup>

En función a lo manifestado, en apariencia, existen razones para afirmar que la dificultad presente en el desarrollo motor en infantes que nacen en ciudades de altura es provocada por la hipoxia fetal durante el tercer trimestre de la gestación.<sup>5</sup> Por lo cual, el estudio elaborado por la OMS requiere actualizarse, incluyendo otras variables como nutricionales, culturales y biofísicas, lo que permitirá elaborar nuevos estándares de referencia para la detección de niños que presenten dificultades<sup>6</sup>, más aun, considerando que diferentes hallazgos científicos señalan al desarrollo motor como el indicador más importante del desarrollo infantil durante los dos primeros años de vida.<sup>7</sup>

Lo anterior es importante en el contexto de las políticas públicas, particularmente en los países que tienen poblaciones por encima de los 3000 m s. n. m., ya que un mejor conocimiento acerca del desarrollo infantil, fundamentado en información sólida y científica validada, permitirá una adecuada implementación de programas sociales con el objetivo de potenciar capacidades en busca de mayores beneficios a largo plazo de niños y niñas en la escuela, el trabajo y la sociedad.

Mg. Tomás Caycho-Rodríguez<sup>a</sup>

Ps. Miguel Barboza-Palomino<sup>a</sup>

Universidad Privada del Norte,

Facultad de Ciencias de la Salud. Breña, Lima. Perú

mbarbozapalomino@outlook.com.pe

## REFERENCIAS

1. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr* 2006;95(Suppl 450): 5-101.
2. Cheek DB, Graystone JE, Rowe RD. Hypoxia and malnutrition in newborn rats: effects on RNA, DNA, and protein in tissues. *Am J Psychol* 1969;217(3):642-5.
3. Dang S, Yan H, Yamamoto S. High altitude and early childhood growth retardation: new evidence from Tibet. *Eur J Clin Nutr* 2008;62(3):342-8.
4. Robson P. Prewalking locomotor movements and their use in predicting standing and walking. *Child Care Health Dev* 1984;10(5):317-30.
5. Saco-Pollitt C. Birth in the Peruvian Andes: physical and behavioral consequences in the neonate. *Child Dev* 1981;52(3):839-46.
6. Ponce de León S. The WHO multicentre growth reference study and altitude above sea level. An example of hypsometric bias? *High Alt Med Biol* 2008;9(3):249-51.
7. Pollitt E, Caycho T. Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida. *Revista de Psicología (Lima)* 2010;28(2):385-413.

## Uso "off-label" de un angiogénico en el tratamiento de la retinopatía del recién nacido prematuro

*Off-label use of an angiogenic in the treatment of retinopathy of prematurity*

### Sr. Editor:

Recientemente *Archivos Argentinos de Pediatría* publicó una interesante contribución titulada "Uso y abuso de drogas antiangiogénicas en el tratamiento de la retinopatía del prematuro en Argentina, en 2015". En la misma se menciona que la ANMAT "acepta su utilización en situaciones bien definidas: ROP en estadio + 3 plus o agresiva posterior, bajo protocolo hospitalario y consentimiento informado de los

padres; indicaciones similares a las propuestas por Mintz-Hittner en 2009".

Es de interés de esta Administración aclarar, tal como lo expresa en la nota publicada el 30 de marzo de 2016 ([http://www.anmat.gov.ar/comunicados/Indicaciones\\_de\\_medicamentos\\_fp.pdf](http://www.anmat.gov.ar/comunicados/Indicaciones_de_medicamentos_fp.pdf)), que la ANMAT sólo se expide sobre la aprobación del uso del medicamento para las indicaciones médicas solicitadas por el titular del producto. Por lo tanto, no se expide sobre indicaciones fuera de las aceptadas en el prospecto. La misma nota destaca que "Las indicaciones "off-label" son de exclusiva responsabilidad del médico tratante, quien las realiza en el pleno ejercicio de su actividad profesional, basándose en su experiencia y en el conocimiento científico disponible, motivado por la necesidad de brindar una respuesta a problemas de salud para los cuales no existan estándares de tratamiento o que, en caso de existir, los mismos sean de muy difícil acceso."

Para complementar esta postura, la ANMAT publicó en su página web una revisión sistemática a propósito del tema ([http://www.anmat.gov.ar/ets/Articulo\\_BZM\\_en\\_ROP.pdf](http://www.anmat.gov.ar/ets/Articulo_BZM_en_ROP.pdf)), con la finalidad de facilitar a los médicos el acceso a la síntesis de la evidencia existente sobre el tema.

*Dr. Roberto Lede*

Sub-Administrador de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

## REFERENCIAS

- Alda ER. Uso y abuso de drogas antiangiogénicas en el tratamiento de la retinopatía del prematuro en Argentina, en 2015. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(3):197-8.

## Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio

*Infant mortality rate in Argentina within the framework of the Millennium Development Goals*

### Señor Editor:

Felicitemos a Finkelstein y col. por el estudio publicado en *Archivos*<sup>1</sup> y por la divulgación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG4 en inglés) en Argentina.

Sin embargo, caben algunas reflexiones sobre los resultados: el primer argumento es que el estudio impresiona de diseño *ecológico* ya que se menciona que "La unidad de análisis fue el país ...".

El objetivo del MDG 4, aceptado por Argentina, es la reducción de dos tercios de

la mortalidad en los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015. Un informe sobre su progreso menciona que gran parte de la disminución se relacionó con una reducción de la mortalidad post-neonatal, mientras que la reducción de la mortalidad neonatal fue mucho menor.<sup>2</sup>

La mortalidad neonatal no se puede aislar de tres factores a lo que está fuertemente ligada: prematuridad, mortalidad fetal y cesárea.

El **parto prematuro** se ha convertido en la primera causa de muerte en niños menores de 5 años (14,1% [1,1 millones de defunciones])<sup>3</sup> por lo que sería importante que se aclarara si está comprendido dentro de las "afecciones perinatales" (pág. 221). Utilizando la misma fuente de datos (DEIS, datos no publicados), en Argentina se observó entre 2003 y 2013 un incremento del parto prematuro (<37<sup>+0</sup> semanas) en recién nacidos vivos de 1,35% por año ( $p < 0,001$ ).

Muchos de los factores de riesgo que afectan la **mortalidad fetal** y neonatal están estrechamente vinculados. El número estimado de nacidos muertos en todo el mundo en el tercer trimestre para 2009 fue de 2,64 millones.<sup>4</sup> En nuestro análisis citado la tasa de mortalidad fetal de Argentina disminuyó 2,2% por año ( $p = 0,003$ ) y, de destacar, es que se observó una relación inversa y estadísticamente significativa entre la Tasa de Mortalidad Fetal (TMF) y la tasa de prematuridad ( $R^2 45,2\%$ ,  $p = 0,023$ ). Esto puede ser atribuido a que la mayor reducción de la TMF se observó entre los pretérminos (4,3% por año,  $p = 0,617$ ). Aunque la medicina fetal avanzada y los cuidados intensivos obstétricos y neonatales no están disponibles rutinariamente, aquellos fetos con restricción del crecimiento pueden nacer más tempranamente, reduciendo la mortalidad fetal, especialmente la tardía, pero con el aumento de las tasas de nacimientos prematuros; 45% de todas las muertes entre los niños menores de 5 años de edad pueden estar asociadas con la desnutrición, manifestadas por la restricción del crecimiento fetal.

Esta tendencia se la considera parcialmente responsable del generalizado incremento en la tasa de prematuridad entre 1990 y 2007 y el descenso de la mortalidad perinatal.<sup>5</sup> En nuestro análisis la Tasa de Mortalidad Perinatal disminuyó 2,77% por año ( $p < 0,001$ ).

El informe de la OMS "Estadísticas de Salud Mundial", que evalúa el progreso de las metas establecidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 2000-2015



en 194 países del mundo (<http://www.who.int/mediacentre/events/2015/wha68/es/>) menciona que, en algunos países, más de un tercio de los partos son por **cesárea**. El desmesurado incremento de la cesárea que se observa mundialmente, y lejos de las recomendaciones OMS, lleva a consecuencias maternas y perinatales, entre ellas el observado aumento del parto prematuro. Distinguir los nacimientos prematuros espontáneos de los que son iniciados por indicación médica es importante para vigilar las tendencias asociadas con un aumento de las cesáreas.

Lamentablemente los datos publicados por la DEIS no contemplan el inicio del parto prematuro ni la terminación por cesárea.

La agenda post-2015 tiene que hacer frente a nuevos desafíos. Sin una mayor atención a la salud del recién nacido y su supervivencia, las metas para después de 2015 para acabar con las muertes infantiles prevenibles no se podrán cumplir.

Para acelerar el progreso, tres elementos clave deben priorizarse: (1) mejorar la atención en el parto y para los recién nacidos pequeños y enfermos, (2) mejorar la equidad de la atención materna y neonatal y (3) llegar a todas las mujeres y recién nacidos y lograr un impacto a gran escala. Un aspecto crítico es la incorporación a la agenda post-2015 de la mortalidad fetal, que actualmente permanece invisible. Sin una acción concertada para hacer frente a los nacidos muertos, más de dos millones de mujeres cada año seguirán experimentando esta trágica pérdida y silencioso dolor a posteriori.

*Dr. Carlos Grandi, MS, PhD*  
Epidemiología Perinatal

## REFERENCIAS

1. Finkelstein JZ, Duhau M, Speranza A, Marconi E, et al. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(3):216-22.
2. Bhutta ZA, Black RE. Global maternal, newborn, and child health - so near and yet so far. *N Engl J Med* 2013;369(23):2226-35.
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* 2015;385(9966):430-40.
4. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9774):1319-30.
5. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012;379(9832):2162-72.

## En respuesta

Queremos agradecer al Dr. Grandi su preocupación por el tema y las observaciones realizadas, que nos permiten profundizar el análisis y explayarnos sobre puntos no desarrollados en nuestro artículo.

Queremos iniciar esta respuesta coincidiendo en que se trata de un estudio descriptivo, cuya unidad de análisis son las poblaciones, lo cual lo convierte en un estudio descriptivo ecológico.<sup>1</sup>

Del mismo modo compartimos el interés y la preocupación por el continuo de muertes fetales tardías - neonatales precoces, cuyas causas, como explica el Dr. Grandi, se comparten y solapan. Si bien la mortalidad perinatal no fue abordada en nuestro artículo, sí es foco de análisis y preocupación en el seno de la DINAMI.<sup>2</sup> En la medida que se constata un descenso en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) aumenta el interés por la mortalidad fetal y con ello el análisis de los procesos de cuidado intrauterinos.

En nuestro artículo se describió el descenso en la TMI, principalmente a expensas de su componente postneonatal. Esto determinó el aumento del peso relativo de la mortalidad neonatal, y particularmente de las afecciones perinatales, que incluyen la prematuridad, como causa de estas muertes, como se aclaró en nuestro artículo.

Sin embargo, nos quedan dudas en cuanto al aumento de la prematuridad descrito por el Dr. Grandi en Argentina, ya que si bien se puede constatar un evidente aumento en los nacidos vivos pretérmino, también se observa una disminución, de *mayor* magnitud, de los nacidos vivos sin registro de edad gestacional. Esto nos obliga, por lo menos, a preguntarnos si lo observado es producto de un cambio en la prevalencia de la prematuridad o simplemente una mejora en el registro.

Coincidimos en la importancia de contar con información acerca de la realización de cesáreas en nuestro país. Contamos con el sistema informático perinatal (SIP), que refleja la situación del 72,2% de los partos atendidos en el sector público, donde 31,9% corresponden a cesáreas. Se ha comenzado el trabajo de inclusión del sector privado y de obras sociales al sistema, con escasa adherencia hasta la fecha. Se estima que en efectores privados el porcentaje de cesáreas es mayor.

Por otro lado, queremos diferenciar las estadísticas nacionales de las de nivel mundial. El

90% de las defunciones de niños menores de 5 años en el mundo ocurren en los países más pobres de Asia, África y América Latina, dentro de los cuales no está incluida Argentina. 60% de los nacimientos pretérmino del mundo corresponden a Asia y al África Subsahariana.<sup>3</sup> El análisis de los datos a nivel mundial es fuertemente influido por el elevado número de defunciones ocurridas en estos países extremadamente pobres, y por lo tanto, no dan cuenta de la situación en nuestro país.

En los países más pobres de África, la TMI es cercana a 150‰<sup>4</sup>, la prematuridad alcanza el 18%,<sup>3</sup> el bajo peso moderado y grave llegan a afectar al 20% de los niños, mientras la baja talla se observa en casi la mitad de los niños.<sup>4</sup>

La TMI de Argentina es de 10,6‰, la prematuridad de 8,5‰<sup>5</sup>, el bajo peso moderado y grave es de 2,3% y la baja talla del 8,2%.<sup>4</sup>

La estructura de causas de la mortalidad en cada grupo de edad muestra diferencias entre Argentina y el resto del mundo en función de estas consideraciones, como fue analizado en nuestro trabajo.

En definitiva, coincidimos en la relevancia de la prematuridad en Argentina y su importancia como causa de muerte en la infancia. Compartimos la preocupación por las defunciones que ocurren dentro del útero y que deben ser foco de análisis y acciones específicas.

En este marco, queremos remarcar la importancia de la **Regionalización de la Atención Perinatal**, que empieza con el control oportuno y adecuado del embarazo para detectar riesgos y que incluye el fortalecimiento de las redes de referencia para que cada parto sea atendido en el nivel de complejidad que se requiera según el riesgo. TODOS los partos deben ser atendidos en **maternidades seguras y centradas en la familia**, que garanticen la calidad del cuidado materno y neonatal, y donde se respeten los derechos de las familias.

Celebramos este intercambio que nos enriquece y agradecemos esta nueva oportunidad de compartir nuestra preocupación con nuestros colegas.

*Dra. Juliana Zoe Finkelstein<sup>a</sup>,  
Dra. Mariana Duhau<sup>a</sup>, Dra. Ana Speranza<sup>c</sup>,  
Lic. Élica Marconi<sup>b</sup> y Lic. Paola Escobar<sup>c</sup>*

- a. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección: Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina.  
b. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación

- c. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación.

## REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Banco Mundial, Programa VIGI+A. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Módulo 2. Tipos de estudios epidemiológicos. 2° ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2004:13-6. [Acceso: 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec-2012/epidemiologia-basica-y-vigilancia-modulo-2.pdf>
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. República Argentina, 2003-2012. [Acceso: 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis-mortalidad-materno-infantil-argentina-2003-2012.pdf>
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012;379(9832):2162-72.
4. UNICEF. Estadística y vigilancia. Estadística de los países [Internet]. [Acceso: 7 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/statistics/index\\_countrystats.html](http://www.unicef.org/spanish/statistics/index_countrystats.html)
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2014. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2015. [Acceso: 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>

## Acerca del Editorial del Dr. José M. Ceriani Cernadas

*About Editorial Dr. José M. Ceriani Cernadas*

El artículo del Dr. José Ceriani Cernadas publicado como Editorial en *Archivos Argentinos de Pediatría* 2016;114(4):290-1 sobre: ¿Podemos revertir el deterioro de la relación médico-paciente? y cómo debe ser la relación médico-paciente con una claridad y formulación de requerimientos que debe englobar el ejercicio de la medicina puesta a disposición de los pacientes y sus familiares.

Me pregunto si se podrá revertir el deterioro de la relación médico-paciente en la actualidad. Pero soy optimista a pesar de todo y creo que hay que intentarlo.

¿Podrán las generaciones actuales y posteriores a la nuestra imitar y desarrollar el ejercicio de la profesión con la preocupación de sanar en cada caso para mejorar o salvar vidas?

Actualmente el gran dilema del médico es que generalmente ejerce la profesión médica con un bagaje de necesidades y de insatisfacciones propias que impiden aceptar la realidad del paciente y de su familia y por lo tanto actúa

“a ciegas” basado en su enciclopedismo, compendiado en el estudio de su carrera en la Facultad, que no curará la patología que tiene el paciente enfermo y deja a su familia muy preocupada ya que no explicita claramente cómo lograr la salud del paciente y ante el requerimiento de los familiares presentes, a veces el profesional recurre a un placebo. Para evitar estas situaciones indeseables es necesario que los aspirantes a médicos sepan de antemano lo que significa ejercer la medicina, que es una profesión loable pero que no es para todos.

La parte más difícil del ejercicio de la medicina es saber interpretar el relato del paciente y/o de sus familiares que serán la guía para que el médico intente un diagnóstico y formule un tratamiento adecuado a la patología del enfermo para lograr su curación.

Dra. María Isabel Herrera  
Socia Vitalicia SAP

**Tamizaje para citomegalovirus durante el embarazo. Se debe implementar por el virus Zika**  
*Cytomegalovirus screening during pregnancy. Must be implemented by the Zika virus*

#### Sr. Editor

La infección por virus Zika llegó a América Latina, para expandirse rápidamente en muchas regiones del continente. El gran impacto que causó, por su asociación con microcefalia y otras alteraciones neurológicas, hace que la OMS la declare una urgencia sanitaria mundial. Los primeros informes de Brasil, donde se incrementó 20 veces la incidencia de microcefalia asociado o no a calcificaciones, en zonas epidémicas de infección por Zika, alertó sobre la posible relación causa-efecto de esta infección viral. Sin embargo, por los desenlaces clínicos, muy parecidos a otras infecciones perinatales, la evaluación de todas las posibles causas de microcefalia y calcificaciones, debe ser una condición *sine-qua non*, que permita dar fortaleza a esta asociación, inicialmente epidemiológica. Sin embargo, los hallazgos del virus en líquido amniótico y tejido fetal confirman su efecto teratogénico. De las infecciones clásicas tipo TORCH, la de mayor similitud por su compromiso neurológico, son toxoplasma y citomegalovirus (CMV).<sup>1</sup> La toxoplasmosis puede ser más fácil de evaluar durante la epidemia, por tamizaje rutinario durante los controles

prenatales, sin embargo la condición para CMV, puede ser más compleja al no realizarse cribado universal durante la gestación. Recomendación que ha sido confirmada en la publicación de la Sociedad de Medicina Materno Fetal, donde no recomiendan el tamizaje universal (recomendación 1B). Las razones para mantener tal recomendación, están basadas en que para que una intervención de tamizaje sea efectiva, debe existir un conocimiento claro de la enfermedad, conocimiento de prevalencia de la misma y alguna intervención que modifique el curso de la enfermedad. Condiciones que no cumple la infección congénita por CMV.<sup>2</sup> Además de otros factores, como pueden ser no existir una vacunación efectiva, posibilidad de infección congénita en mujeres inmunes y baja accesibilidad a pruebas diagnósticas, limita aún más el tamizaje universal en las gestantes.

Pero el impacto por CMV, es serio. En EE. UU. se estima que 40 000 niños nacen con CMV congénito, lo que origina 400 muertes al año y 8000 niños con algún grado de discapacidad grave.<sup>3</sup> Si bien existe un comportamiento diferente según condiciones socioeconómicas, el verdadero impacto de la infección perinatal por CMV ha sido poco explorada en nuestros países. Sumado a lo anterior, llega Zika con impacto perinatal inmediato grave, bastante similar a CMV, pero con incertidumbres de posibles secuelas a largo plazo, en casos asintomáticos. De ahí que para establecer una mejor asociación de la carga real de la infección congénita por Zika, se debe descartar siempre CMV.

La infección congénita por CMV es la infección viral intrauterina más común y la principal causa de sordera neurosensorial de causa no genética, asociado a secuelas neurológicas devastadoras. Su diagnóstico en la actualidad está basado en hallazgos ecográficos prenatales como ventriculomegalia, calcificaciones intracraneales, microcefalia entre otras, que solo representan la expresión máxima de la infección. Además, son sugestivas de infección, mas no diagnóstica de la misma.<sup>3</sup> Estos son los casos sintomáticos durante el período neonatal, y de estos, entre un 60-90% desarrollarán algún tipo de discapacidad neurológica. Sin embargo, el 90% de los casos durante el período neonatal son asintomáticos, de los cuales un 10-15% pueden desarrollar discapacidad mental o sordera neurosensorial. De aquí que la infección podría ser asintomática durante una etapa de la infancia temprana, y hacerse manifiesta posteriormente,

con alteraciones del neurodesarrollo, como discapacidad cognitiva, parálisis cerebral, microcefalia, epilepsia y daño auditivo.<sup>4</sup> Pero con seguridad pueden existir otras sutiles como alteraciones del comportamiento, lenguaje y aprendizaje, que también deben ser exploradas. Evidenciándose además por resonancia magnética cerebral alteraciones como displasia cortical, alteración de la mielinización y alteración difusa de la sustancia blanca. Las calcificaciones, no siempre están presente.<sup>4</sup> Momento en el cual el diagnóstico de la infección congénita por CMV, será muy difícil.

Como si no fuera poco, existen otras características clínicas comunes en ambas infecciones, como la restricción del crecimiento intrauterino, coriorretinitis, atrofia retiniana, microftalmia y convulsión. Por lo anterior, la evaluación integral, incluyendo oftalmología y electroencefalograma debe ser obligatoria.<sup>4,5</sup>

En el contexto, de esta nueva infección perinatal, la evaluación de todos los factores que generen confusión, entre ellos CMV, deben ser evaluados. Hoy desconocemos si a largo plazo

puede haber alteraciones del neurodesarrollo similares o peores a CMV, en casos asintomáticos de Zika congénito.

Dr. Jorge L. Alvarado Socarras<sup>1,2</sup>  
Dra. Zhirly A. Fernandez Velosa<sup>3</sup>

1. Unidad Neonatal. Fundación Cardiovascular de Colombia.
2. Organización Latinoamericana para el fomento de la educación en Salud.
3. Consulta Externa, Salud Total EPS.

#### REFERENCIAS

1. Alvarado Socarras JL. Zika en Neonatos: Todo no está dicho. *Rev Univ Santander. Salud* 2016;48 (2):160-2.
2. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Hughes BL, Gyamfi-Bannerman C. Diagnosis and antenatal management congenital cytomegalovirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214(6):B5-11.
3. Soper DE. Congenital Cytomegalovirus Infection: An Obstetrician's Point of View. *Clin Infect Dis* 2013; 57(Suppl 4):S171-3.
4. Uematsu M, Haginoya K, Kikuchi A, Hino-Fukuyo N, et al. Asymptomatic congenital cytomegalovirus infection with neurological sequelae: A retrospective study using umbilical cord. *Brain Dev* 2016;S0387-7604 (16):300023-7.
5. Frenkel LD. Comparing Congenital Zika and Cytomegalovirus Affliction. *Pediatr Infect Dis J.* 2016; (Epub Ahead of print).