

Boletín

Red Pediátrica Argentina®

Prevención en Salud



C.A.B.A. - Distribución Gratuita

Año 13 - # 38 - 15 de Agosto 2019

Hosp. de Niños
Dr. Ricardo Gutiérrez

Miocardopatías.
Miocardopatía
dilatada

Hospital General
de Niños
Dr. Pedro de Elizalde

Consecuencias
del maltrato infantil

Hospital de
Pediatria Prof.
Dr. Juan P Garrahan

SARAMPIÓN.
El riesgo de nuevos
casos autóctonos

Factores
de riesgo
cardiovascular

*"El juego es
la forma más alta
de investigación".*

Albert Einstein



UNITE
a nuestra
RED

¡Lavate las manos!

Esta simple medida de prevención limita el contagio de las principales enfermedades del invierno, como la gripe.



**Obra Social de Jefes y
Oficiales Navales de Radiocomunicaciones**

SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD
Centro de Atención Telefónica
0800-222-72583
Asesoramiento Gratuito
www.sssalud.gob.ar

Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 9 a 19 hs.



"Días del niño"

Se preguntarán porque en plural, porque cada uno de los días de un niño es esencial; designamos un día en el calendario que se relaciona con una resolución de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en 1959 aprobó la Declaración de los Derechos de los infantes y en 1989, sancionó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño; y porque necesitamos transmitir a las nuevas generaciones lo particular que significa en la vida: *ser un niño y recordar los derechos* que tienen por transitar esa etapa. Durante ese día se regalan preferentemente juguetes y nos parece importante destacar que además del juguete, hay que darle mayor relevancia al juego que el niño pueda desplegar. El juego tiene la finalidad de lograr un niño autónomo, independiente, con capacidades de vinculación con otros. El ambiente que rodea al niño es fundamental a los fines de sostenerlo emocionalmente y permitirle sentirse seguro. A través del juego el niño produce el intercambio entre su realidad (realidad subjetiva) y la realidad externa (realidad objetiva), en ese espacio entre una y otra se produce una creación única que le permite desarrollarse en forma íntegra. El juego tiene etapas de acuerdo a las edades y en todas estas etapas se fortalece el desarrollo, pero jugar no es una sumatoria de etapas, sino que es lo que estructura la subjetividad. Para los niños el juego es una actividad irremplazable. Entonces... a jugar!!

*«Todas las personas mayores fueron al principio niños. (Aunque pocas de ellas lo recuerdan.)»
Antoine de Saint-Exupéry*



4	Hosp. de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Miocardiopatías. Miocardiopatía dilatada
8	Hosp. Gral. de Niños Dr. Pedro de Elizalde Consecuencias del maltrato infantil
12	Hosp. de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan Sarampión. El riesgo de nuevos casos autóctonos
15	Declaración de los Derechos del Niño
16	Actividades
18	Factores de Riesgo Cardiovascular
19	Hosp. de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez División Cardiología Consultorios Externos

año 13 - # 38 - 15 de Agosto 2019

Directora / Propietaria:

Andrea E. Millán

Publicidad:

M.A.T.
(011) 1536296525

Redacción

Av. Corrientes 1847 piso 8 "C" (1045) C.A.B.A.
(011) 4566-4568
redpediatricaarg@yahoo.com.ar

Tesorera:

MarilinaTomasoni

Diseño:

ap/dg - ap.disgraf@gmail.com

www.redpediatricaarg.com.ar

Imprenta:

INTEGRA GRAF SRL
Tinogasta 4839
(1417) Capital Federal
Tel.: 4639-0831
4639-0833

Dirección Nacional de Derecho de Autor N° 64277747

Boletín Red Pediátrica Argentina es una publicación cuatrimestral de distribución gratuita. Tirada de ésta edición: 4000 ejemplares. Los documentos y notas firmadas son responsabilidad exclusiva de sus autores y no representan necesariamente la opinión de ésta editorial. Prohibida su reproducción total o parcial.

Agradecimientos:
Dra. Rosa Bologna
Dr. Miguel Javier Indart De Arza
Dra. Mariana Cazalas

Agradecemos el envío de opiniones y comentarios

DECLARADA DE INTERÉS POR:

Federación de
Badminton de la
República Argentina

Panathlon International
Buenos Aires

Asociación Civil Dale Vida.
Para la Promoción de la
Donación Voluntaria de Sangre



Hospital
Hospital de Niños
"Dr. Ricardo Gutiérrez"



Dra. Mariana Cazalas
M.N. 92.395
Médica de planta de la
división cardiología del Htal. de
Niños Ricardo Gutiérrez

Miocardopatías.

Miocardopatía dilatada

Las miocardopatías son un conjunto de raras afecciones del miocardio-músculo cardíaco-que presentan alteración de la función sistólica, diastólica o ambas y que producen una importante disminución de la calidad y expectativa de vida de los pacientes que las padecen.

Su incidencia, evolución, pronóstico, mortalidad y tratamiento varía según las distintas etiologías por lo que es fundamental no solo el diagnóstico del tipo de miocardopatía y su alteración de la función cardíaca sino también el diagnóstico etiológico. Pueden afectar al miocardio en forma aislada o como parte de una enfermedad sistémica.

La incidencia de las miocardopatías en pediatría en nuestro país es desconocida pero en Estados Unidos es 1,13 casos por 100.000 niños menores de 18 años por año.

La miocardopatía más frecuente en edad pediátrica es la miocardopatía dilatada siendo su incidencia variable según los distintos centros.

La incidencia de miocardopatía hipertrófica es 0,47 casos por 100.000 niños por año.

La miocardopatía restrictiva es muy poco frecuente en pediatría, corresponde al 2,5 al 5% de todas las miocardopatías diagnosticadas.

Con el correr de los años se hace mas evidente la importancia de la etiología de las miocardopatías en su evolución, pronóstico y tratamiento por lo que se intenta buscar una clasificación etiológica la que es propuesta por la American Heart Association (AHA) en 2006, dividiéndolas en primarias y secundarias; siendo las primarias las que afectan en forma predominante el músculo cardíaco y secundarias aquellas que afectan el corazón pero en el contexto de una enfermedad sistémica.

En la práctica clínica la clasificación usada para iniciar el tratamiento hasta que se conozca su etiología sigue siendo según su presentación en **dilatada, hipertrófica, restrictiva y displasia arritmogénica de Ventrículo Derecho (VD)**. La evolución y el pronóstico depende de la etiología, la edad y la presencia de insuficiencia cardíaca al momento del diagnóstico.

Con respecto a las miocardopatías dilatadas, excluyendo las metabopatías que son poco frecuentes (4%), tienen peor pronóstico las formas idiopáticas, los niños menores de 6 años y los que tienen clínica de insuficiencia cardíaca. Las miocarditis tienen mejor pronóstico ya que 2/3 evolucionan favorablemente. Las miocardopatías dilatadas son la causa más frecuente de trasplante cardíaco en pediatría.

Con respecto a la miocardopatía hipertrófica la sobrevida es pobre en pacientes con metabopatías o síndromes malformativos (ej. Síndrome de Noonan) y significativamente menor en niños menores de 1 año al momento del diagnóstico. La miocardopatía restrictiva presenta elevada morbi-mortalidad.



MIOCARDIOPATÍA DILATADA

La Miocardiopatía Dilatada está definida por la presencia de dilatación ventricular y disfunción sistólica en ausencia de enfermedad coronaria, hipertensión arterial o valvulopatías.

La disfunción del ventrículo derecho puede estar o no presente pero no es necesaria para el diagnóstico. Es una enfermedad progresiva de alta morbimortalidad en pediatría con un pobre pronóstico ya que a los 5 años del diagnóstico el 40% estará en lista de trasplante.

La etiología varía según los distintos estudios pero las más frecuentes son la idiopática y la miocarditis; y como etiología más frecuente en miocarditis viral son los virus Coxsackie, adenovirus, virus Influenza, parvovirus y HIV. Otra causa de miocardiopatía dilatada es la cardiotoxicidad que producen las drogas quimioterápicas utilizadas en pacientes oncológicos como las antraciclinas y la ciclofosfamida.

Al momento del diagnóstico el 70% de los niños tienen síntomas y signos de insuficiencia cardíaca. La presentación clínica varía desde un leve cuadro respiratorio a la insuficiencia cardíaca grave y muerte súbita. Solo el 16% de los niños requerirán inotrópicos en el momento del diagnóstico.

Signos y síntomas de insuficiencia cardíaca:

- Lactantes: irritabilidad, rechazo al alimento, taquipnea, taquicardia, sudoración, fiebre, sind. bronquiolítico.
- Niños: disnea, intolerancia al ejercicio, dolor precordial, palpitaciones, presíncope y síncope.

En el examen físico podemos encontrar taquicardia, taquipnea, sibilancias, insaturación por edema de pulmón, signos de bajo gasto cardíaco como mala perfusión periférica y pulsos débiles. En la auscultación cardíaca se puede encontrar un tercer ruido apical con ritmo de galope y soplos sistólico regurgitativos de insuficiencia mitral y tricuspídea.

En la radiografía de tórax el hallazgo más frecuente es cardiomegalia y distintos grados de edema de pulmón.



Teleradiografía de tórax: Importante Cardiomegalia, hilios congestionados

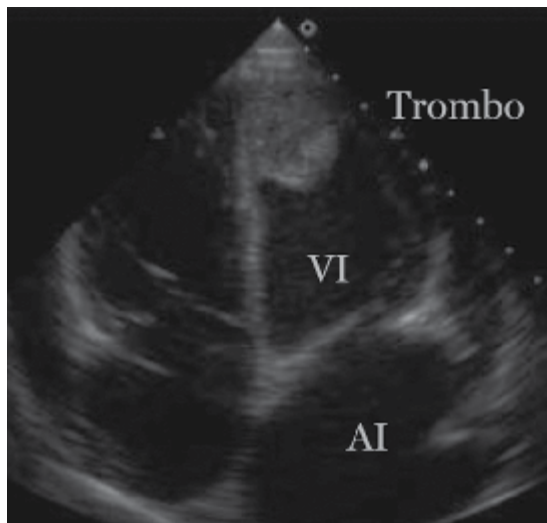
El ECG varía según la etiología pero se encuentra alterado en más del 93% de los pacientes.

En las miocarditis virales, el ECG se caracteriza por presentar, taquicardia sinusal, hipovoltaje generalizado, trastornos de la repolarización, prolongación del QTc y desviación del eje a la izquierda.

En las miocardiopatías dilatadas -no miocarditis- el ECG presenta sobrecarga de ventrículo izquierdo. En las enfermedades de depósito puede existir un PR corto. Puede manifestar además taquiarritmias y bloqueo AV completo.

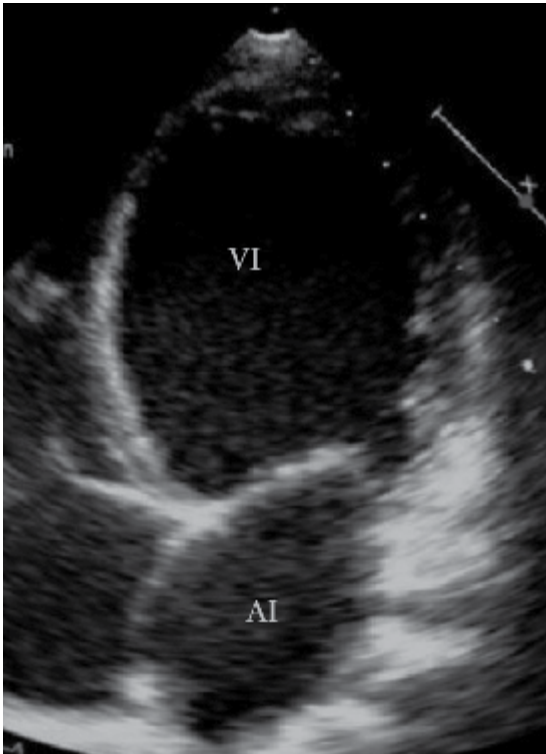
Ante estos hallazgos se debe solicitar laboratorio y ecocardiograma para confirmar el diagnóstico e intentar encontrar la causa. Se solicita hemograma, función renal y hepática, medio interno, enzimas cardíacas, troponina y , buscando etiología, serologías virales y estudio metabólico. Como marcadores pronósticos de insuficiencia cardíaca se debe solicitar ac. úrico y péptido natriurético.(BNP y NTproBNP).

El ecocardiograma es el método diagnóstico de fácil acceso que nos permite confirmar la sospecha clínica-radiológica de una miocardiopatía. Podemos utilizar ecocardiograma bidimensional, modo M, modo Doppler y nuevas técnicas (ecocardiograma tridimensional, strain y strain rate). Cada uno aporta distinta información. El ecocardiograma es utilizado para diagnóstico, pronóstico y seguimiento.



Cuatro cámaras apical. Trombo en ápex de VI.

La resonancia magnética cardiovascular (RMC) juega un rol muy importante en el diagnóstico y control evolutivo ya que resulta excelente para la evaluación anatómica, la función sistólica ventricular la cuantificación de velocidades y flujos y la caracterización tisular (edema, fibrosis, infiltración, trombos).



Cuatro cámaras apical.

Tiene muy buena reproducibilidad y muy baja variabilidad intra e interobservador. Cuando el cuadro es agudo o sub-agudo deberá descartarse miocarditis. En estos casos, la RMC estará siempre indicada, ya que puede detectar hiperemia y edema miocárdico.

La biopsia endomiocárdica: es un estudio invasivo y potencialmente peligroso en pacientes en edad pediátrica con deterioro de la función ventricular.

Presenta baja sensibilidad para el diagnóstico de miocarditis debido a la frecuente afectación parcheada del miocardio. Su especificidad es alta. Era considerada el Gold estándar para el diagnóstico de miocarditis hasta el advenimiento de la resonancia. El estudio hemodinámico o la Tomografía multicorte se realizará si se intenta excluir como etiología de la dilatación y disfunción ventricular a la anomalía de implantación de la coronaria izquierda (ALCAPA).

El tratamiento inicial de los pacientes con miocardiopatía dilatada es el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Debe también orientarse una vez estabilizado el paciente al tratamiento de la causa y descartar posibles diagnósticos diferenciales. Ante la sospecha de miocarditis se indica infusión de gammaglobulina endovenosa.

Las drogas utilizadas para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca son la furosemida, enalapril, espironolactona, carvedilol, anticoagulantes o antiagregantes si estuviera indicado. Los inotrópicos aumentan la mortalidad de los pacientes con miocardiopatía dilatada por lo que deben usarse solo cuando sea estrictamente necesario.

CONCLUSIÓN:

Las miocardiopatías son un conjunto de afecciones del miocardio que –con el avance de la medicina– se logran identificar y tratar cada vez más precozmente, lo que mejora la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Maron BJ, Towbin JA, Thiene G et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2006; 113: 1807–16.
- 2- Ware SM Evaluation of genetic causes of cardiomyopathy in childhood. *Cardiol Young*. 2015 Aug;25 Suppl 2:43-50.
- 3- Steven E Lipshultz, Thomas R Cochran, David A Briston, Stefanie R Brown, Peter J Sambatakos, Tracie L Miller, Adriana A Carrillo, Liat Corcia1, Janine E Sanchez1, Melissa B Diamond, Michael Freundlich, Danielle Harake, Tamara Gayle, William G Harmon, Paolo G Rusconi, Satinder K Sandhu, and James D Wilkinson. Pediatric cardiomyopathies: causes, epidemiology, clinical course, preventive strategies and therapies *Future Cardiol*. 2013 November ; 9(6): 817–848.
- 4- Verangi CK Herath, Thomas L Gentles and Jonathan R Skinner Dilated cardiomyopathy in children: Review of all presentations to a children's hospital over a 5-year period and the impact of family cardiac screening *Journal of Paediatrics and Child Health* (2014) doi:10.1111/jpc.12787
- 5- Alida L. P. Caforio, Sabine Pankuweit, Eloisa Arbustini, Cristina Basso, Juan Gimeno-Blanes, Stephan B. Felix, Michael Fu, Tiina Helio, Stephane Heymans, Roland Jahns, Karin Klingel, Ales Linhart, Bernhard Maisch, William McKenna, Jens Mogensen, Yigal M. Pinto,

- Arsen Ristic, Heinz-Peter Schultheiss, Hubert Seggewiss, Luigi Tavazzi, Gaetano Thiene, Ali Yilmaz, Philippe Charron, and Perry M. Elliott. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases *European Heart Journal* (2013) 34, 2636–2648
- 6- Pinto YM, Elliott P, Arbustini E, Adler Y, Anastasakis A, Michael Bo'hm, Duboc D, Gimeno J, Pascal de Groote, Massimo Imazio, Heymans S, Klingel K, Komajda M, Limongelli G, Linhart A, Mogensen J, Moon J, Pieper PG, Seferovic PM, Schueler S, Zamorano JL, Caforio ALP, and Charron P Proposal for a revised definition of dilated cardiomyopathy, hypokinetic non-dilated cardiomyopathy, and its implications for clinical practice: a position statement of the ESC working group on myocardial and pericardial diseases *European Heart Journal* (2016) 37, 1850–1858
- 7- Di Filippo S Improving outcomes of acute myocarditis in children. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2016; 14(1):117-25.
- 8- Di Nunzio HJ, Viegas C. Resonancia Magnética Cardiovascular (capítulo 9). En: Branco Mautner. *Cardiología. Basada en la evidencia y la experiencia de la Fundación Favaloro*. Segunda Edición. Buenos Aires. Editorial Mediterraneo Ltda, 2010.
- 9- Rossano JW, Cabrera AG, Jefferies JL, Naim MP, Humlicek T. Pediatric Cardiac Intensive Care Society 2014 Consensus Statement: Pharmacotherapies in Cardiac Critical Care Chronic Heart Failure. *Pediatr Crit Care Med*. 2016 Mar;17(3 Suppl 1):S20-34.

SAN-UP®

Aire fresco. Aire Puro
Solo respira.



LINEA RESPIRATORIA

Nebulizadores a Pistón



Cyclone
Cód. 3020



Smart Neb
Cód. 3003



Plus II
Cód. 3009



Twister
Cód. 3019



Humidificador
Cód. 3283

Nebulizadores Ultrasónicos



Micrón
Cód. 3058



De Mesa
Cód. 3042



Vaporizador
Cód. 3077



Oxímetro
Cód. 3299



Oxímetro
Cód. 3298

LA LÍNEA MÁS COMPLETA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD FAMILIAR



SAN-UP®

30 AÑOS INNOVANDO CON LA MISMA CALIDAD
www.sanup.com.ar

Atención al Consumidor
0810-77-SANUP
(72687)



**Hospital General
de Niños
Dr. Pedro de Elizalde**



Dr. Miguel Javier Indart De Arza
M.N. 67.920
Director Médico Hospital
General de Niños Dr. Pedro de Elizalde



Consecuencias del maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema grave y frecuente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años e incluye todo tipo de injurias: físico, psicológico o emocional, abuso sexual, desatención, negligencia, explotación comercial o de otra tipología que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo psicoevolutivo o social, dignidad del niño, poniendo en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, siendo perpetrado por los padres, tutores o cuidadores. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. El maltrato es una conducta aprendida que puede acontecer a través de las generaciones cuando se repiten modos vinculares violentos y que llevan a consecuencias en el corto, mediano y largo plazo.

Según la OMS:

- Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltrato físico de niños.
- Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abuso sexual en la infancia.
- La atención adecuada a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.

Aún con estas cifras, el número de niños que son atendidos por los diferentes organismos de protección es sustancialmente menor que el número total de niños que sufren maltrato.

El maltrato infantil no es una forma aislada de violencia. La violencia hacia los niños, producida por adultos dentro de la familia está asociada, la mayoría de las veces a la violencia conyugal y a la violencia a los adultos mayores en el hogar. Los chicos maltratados están en mayor riesgo de convertirse ellos mismos, cuando sean adultos, tanto en víctimas como en perpetradores de múltiples tipos de violencia, que incluyen suicidio, violencia sexual, violencia juvenil, violencia conyugal y maltrato infantil.

Entre las consecuencias dramáticas que pueden provocar las diferentes formas de maltrato infantil está la muerte. En nuestro país la mortalidad por causas externas (agresiones, suicidios y lesiones no intencionales) es la primera causa en los grupos etarios de 1 a 24 años. De los niños menores de 4 años fallecidos en el año 2016 el 11,4 % ocurrieron en el hogar y muchos de ellos las causas son clasificadas como muerte súbita sin un análisis de la situación. Otras muertes provocadas por maltrato también están dentro de otras categorías, como eventos de intención no determinada, accidentes no especificados y en otras causas externas de traumatismos accidentales. Un tercio de los menores de un año fallecidos por enfermedad respiratoria se deben a neumonitis por aspiración de sólidos y líquidos que podría deberse a negligencia o maltrato.

Por muchos años, se hizo hincapié en las lesiones, la discapacidad, dificultades académicas y los problemas emocionales que conllevan las víctimas.

MONÓXIDO DE CARBONO

Sigamos estos consejos para cuidarnos y evitar una intoxicación:


- > No usemos hornallas para calefaccionar.
- > Apaguemos las estufas que no son de tiro balanceado antes de dormir.
- > La llama tiene que ser siempre azul, no amarilla ni roja.
- > Dejemos abiertas 5 cm las ventanas.
- > Consultemos siempre a un gasista matriculado.

Para saber más entrá a buenosaires.gob.ar/salud

Mejor salud pública. Más cerca tuyo.



  /gcba

 11-5050-0147



Buenos
Aires
Ciudad



Vamos
Buenos
Aires

Hace algunos años un estudio de experiencias adversas de la infancia (Adverse Childhood Experiences, ACE, por sus siglas en inglés) muestra que, a mayor número de episodios adversos en la infancia (disfunción familiar, maltrato físico, falta de cuidado, etc.), pueden condicionar severamente la vida de los que lo padecen. Este estudio, que inicialmente se desarrolló con 17000 participantes adultos, demostró que los eventos adversos eran un fenómeno frecuente, el 67% de los participantes indicó al menos un episodio adverso infantil.

Estos fenómenos son acumulativos desde la concepción y a lo largo del desarrollo y mediados por entornos epigenéticos lleva una cadena de fenómenos.

Alteraciones en el neurodesarrollo: las nuevas técnicas de imágenes funcionales del cerebro muestran que el daño provocado por el maltrato afecta el desarrollo cerebral. Esto se traduce en alteraciones estructurales y funcionales del cerebro y, en casos extremos la falta de un estímulo lleva en un cerebro más chico.

Deterioro emocional, cognitivo y social: aparecen problemas de conducta y adaptativos como trastorno en el control de los impulsos, retraso mental trastorno en la conducta alimentaria.

Adopción de conductas de riesgo: una persona con 4 o más situaciones adversas (16% de los estudiados)

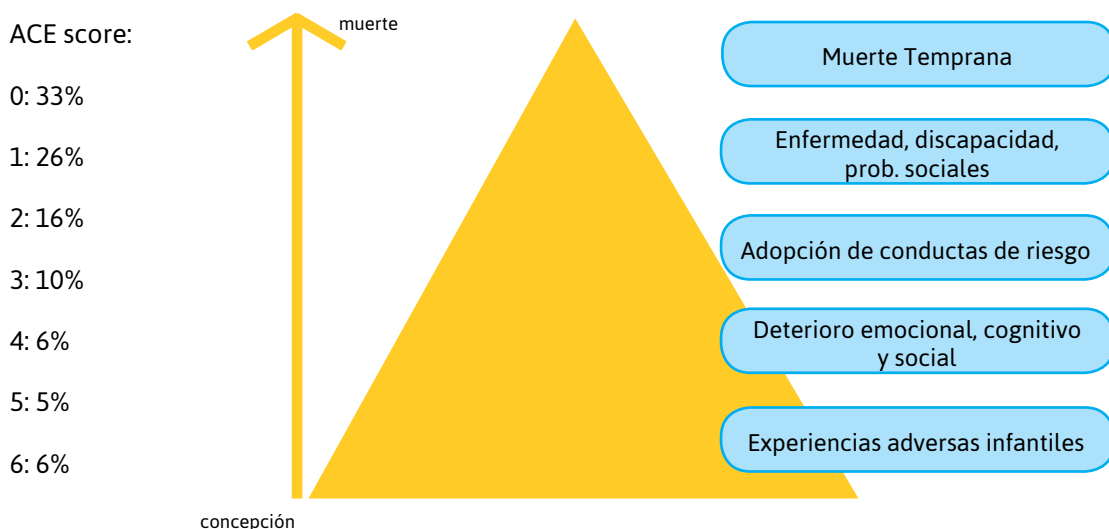
aumenta en tres veces el riesgo de enfermedad pulmonar crónica, 4 veces y media más de desarrollar depresión, 11 veces el riesgo de consumo de drogas intravenosas aumenta 4 veces la posibilidad de tener conductas promiscuas.

Enfermedad o discapacidad social, intelectual o física este estudio también encontró que aumentaban las enfermedades autoinmunes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón, la enfermedad hepática, las infecciones de transmisión sexual, la muerte fetal y la cardiopatía isquémica. Un individuo con siete experiencias adversas tiene diez veces más riesgo de tener una enfermedad cardíaca.

Muerte prematura: las personas con seis o más experiencias adversas en la infancia morían, en promedio, cerca de veinte años antes que aquellos sin ninguna de estas experiencias.

Aunque no es posible determinar cómo las experiencias adversas en la infancia llevan a la aparición del daño en la adultez, ni predecir cuáles serán estos daños, lo que el ACE revela que intervenir en etapas tempranas del desarrollo infantil puede producir mayores efectos relacionados con la salud en la adultez.

CONSECUENCIAS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL CURSO DE LA VIDA



BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> 30 de setiembre 2016
 - Mouesca Juan Pablo Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes Arch Argent Pediatr 2015;113(6):558-567 / 558

- Vincent J. Felitti, MD. The Origins of Addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study 6/12/2004 Department of Preventive Medicine Kaiser Permanente Medical Care Program 7060 Clairemont Mesa Boulevard San Diego, California . En: <https://www.nijc.org/pdfs/Subject%20Matter%20Articles/Drugs%20and%20Alc/ACE%20Study%20-%20OriginsofAddiction.pdf>



Kapac
Alimentos Libres de Gluten

Primera empresa Latinoamericana dedicada exclusivamente a la investigación, desarrollo y producción de alimentos "LIBRES DE GLUTEN"

ALIMENTOS ESPECIFICOS S. A.

Olavarría 3427/35 (B1678HUS) Caseros - Pcia. de Bs. As.
Tel/Fax: (54-011) 4716-6699 / 4734-1221 - alimentos@kapac.com.ar - www.kapac.com.ar



Acompaña el crecimiento de Red Pediátrica
Prevención en Salud

Tel/Fax: 4858-7900 - info@granjatresarroyos.com.ar
www.granjatresarroyos.com.ar



FUNDACIÓN C.A.D.
Fundación Centro de Apoyo al Discapacitado

José Mármol 1372 - C.A.B.A.
Tel.: 5168 - 3200 / 5168 - 3201
www.uoyepweb.org.ar



Naturgy

Cuidemos lo bueno
Cuidemos el gas.

Conocé los consejos para un uso eficiente del gas natural en www.naturgy.com.ar

La primera línea de alimentos ultracongelados sin TACC de Argentina



Ravioles, Noquis, Pizzas, Empanadas, Bocaditos de Pollo, Figucitas, Bolsas para hornear.

Informes y pedidos: info@ilssole.com.ar
Tel. 4703-1673 - www.ilssole.com.ar



Unión ferroviaria

trabajo, gestión y pasión ferroviaria

Comprometidos con la comunidad

Por Siempre Ferroviario!!!

Más de 12 años avalan nuestra experiencia en Resonancia Magnética y Tomografía Computada. Ahora también en Ecografía.



G70 Color Doppler Ultrasonido Sistema
EMP Ingeniería Médica
CE
3
ND Total Digital Ultrasonido System

•Soporte técnico en todo el país
•Excelencia y profesionalismo
•Respaldó

BIO RED
Equipamiento Médico de Alta Complejidad

Ciencia Biomédica S.R.L.
Panamá 6761 - B1683ACK - Martín Coronado
Tel/Fax: (5411) 4844-7749 / 7846
info@grupobired.com.ar - www.grupobired.com.ar

La naturaleza necesita nuestra ayuda ...

RECICLA

SARAMPIÓN.

El riesgo de nuevos casos autóctonos



Hospital de
Pediatria Prof.
Dr. Juan P Garrahan



Dra. Rosa Bologna
M.N. 60.073
Médica Infectóloga
Jefa del Servicio de Infectología
del Hospital de Pediatria
Dr. Juan P Garrahan



El sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa y grave causada por un virus de la familia de los paramixovirus que se transmite a través del contacto directo con secreciones nasales o faríngeas y por vía aérea. Antes de la introducción de la vacuna en el año 1963, cada 2 o 3 años se registraban importantes epidemias de sarampión que llegaban a causar cerca de 2.6 millones de muertes al año. A nivel mundial sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños pequeños, a pesar de que existe una vacuna segura y eficaz. Se calcula que en 2016 murieron 89780 personas por esta causa, la mayoría de ellas menores de 5 años. Los daños a la infraestructura sanitaria y a los servicios de salud interrumpen la inmunización sistemática y el hacinamiento en los campamentos de refugiados y desplazados internos aumenta mucho el riesgo de infección.

En las poblaciones con alta cobertura de vacunación, la fuente de los casos incluyen los viajeros no vacunados expuestos en el exterior, con transmisión posterior a grupos no vacunados en forma intencional (los grupos anti-vacunas) y aquéllos que no pueden ser inmunizados, como son los menores de 6 meses, los inmunocomprometidos y las embarazadas.

La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial.

En la era de la vacuna, los más susceptibles son los lactantes y los niños pequeños. En la presentación clínica, es importante agregar los cuadros más leves o atípicos que pueden aparecer en los pacientes vacunados.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en sarampión son altas en los lactantes, huéspedes inmunocomprometidos, incluidos los niños con desnutrición; también puede ser más grave en los adultos y en casos secundarios de convivientes. La infección puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas e incluso ser causa de aborto o parto prematuro. No existe ningún tratamiento antiviral específico.

Para mantener la inmunidad de rebaño en la comunidad y prevenir los brotes se requieren tasas de vacunación de 96% a 99%. Dado el alto grado de contagiosidad, pueden ocurrir brotes de sarampión en comunidades aún con tasas bajas de susceptibles, como 10%.

La eliminación del sarampión se define como la ausencia de transmisión endémica del virus en un área geográfica definida por más de 12 meses en presencia de un sistema de vigilancia eficiente.

El 27 de septiembre de 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró a la región de las Américas como zona libre de sarampión endémico, la primera en el mundo en lograr este objetivo tras años de esfuerzos por vacunar a los niños contra esta enfermedad altamente contagiosa. Un año después, las autoridades sanitarias se comprometieron a tomar acciones para mantener la eliminación del sarampión, que consisten fundamentalmente en mantener los niveles de cobertura de vacunación de la población en 95% o más y fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar en forma temprana los casos sospechosos. Desde mayo de 2017, comenzaron a incrementarse los casos de sarampión importado en las Américas y la OPS, que ha venido advirtiendo de esta situación en sucesivas actualizaciones epidemiológicas, recordó que en Europa los casos de sarampión se cuadruplicaron el año pasado, lo cual incrementaba el riesgo de importación a las Américas.

El 24 de agosto de este año, la Directora de la OPS informó que la transmisión endémica del virus se ha re-establecido en Venezuela, ya que el mismo tipo de virus ha estado circulando durante más de 12 meses continuos en su territorio. Si bien el resto de los Estados Miembros mantienen su estado de eliminación, el regreso de la circulación del virus endémico del sarampión a un país de la región, así como los brotes actuales, son una muestra de que existen brechas en la cobertura de vacunación que se deben cerrar en forma urgente.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ARGENTINA Y EL MUNDO

En Argentina el último caso de sarampión endémico se registró en el año 2000. Desde entonces se registraron un total de 32 casos importados o relacionados a la importación. En este año, se confirmaron 8 casos de sarampión entre las SE 11 y la SE 33 de 2018, todos ellos residentes de la Ciudad y de la provincia de Buenos Aires, con edades comprendidas entre 5 meses y 26 años de edad (mediana: 9 meses), lo cual generó el alerta y acciones de control. Las fechas de inicio del exantema fueron entre el 11 de marzo y el 13 de julio. Todos los casos presentaron clínica compatible (fiebre, exantema, tos y conjuntivitis) y evolucionaron favorablemente. Los casos se confirmaron por serología IgM y detección de genoma viral por PCR en orina y muestra respiratoria. Los dos primeros casos tienen antecedentes de viaje fuera de la Región de las Américas, y el tercer caso (niña de 8 meses de edad) adquirió la infección a partir del primer caso (hombre de 21 años). Los cinco casos restantes están relacionados a una segunda importación en la cual se identificó el genotipo D8, linaje Mvi/HuluLangat.MYS/26.11 que es el mismo identificado en los casos de Venezuela y que adicionalmente ha sido reportado en casos confirmados por Colombia y Brasil.

En América los últimos casos endémicos ocurrieron en el año 2002 en Venezuela. Desde entonces se han reportado casos importados y relacionados a la importación. En este año, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 33 de 2018 se notificaron 5.004 casos confirmados de sarampión, incluidas 68 defunciones, en 11 países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (8 casos), Brasil (1.237 casos, incluido 6 defunciones), Canadá (19 casos), Colombia (60 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (107 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (4 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (3.545 casos, incluido 62 defunciones).

En el mundo: La región europea presenta un incremento sostenido de casos desde el 2017, en el primer semestre de 2018, la OMS ha informado la ocurrencia de más de 41000 casos de sarampión en Europa, dicha cifra excede largamente la documentada en 2017, que fue de 23927 casos. Los países con mayor número de casos son Ucrania, Serbia, Geor-

gia, Rusia, Grecia, Italia y Francia. Aunque la cobertura de inmunización aumentó desde 88% en el año 2016 a 90% en el 2017, existen grandes disparidades a nivel local en los distintos países, con algunas comunidades que informan coberturas mayores de 95% y otras por debajo del 70%.

Países de otros continentes (China, Etiopía, India, Indonesia, la República Democrática Popular Lao, Mongolia, Filipinas, Nigeria, Sri Lanka, Sudan, Tailandia, y Vietnam, entre otros) también notificaron brotes de sarampión en 2016 y 2017.

PREVENCIÓN

La vacuna es el mejor método de prevención. La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión. La vacuna contra el sarampión, que se viene utilizando desde hace más de 50 años, es segura, eficaz y barata; se administra en forma conjunta con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis en la vacuna triple viral. En 2016, aproximadamente un 85% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida; en el año 2000, ese porcentaje fue del 72%.

La interferencia producida por la transferencia transplacentaria de anticuerpos es el obstáculo más importante para la inmunización temprana de los lactantes. La edad óptima de vacunación puede variar entre 6 y 15 meses, dependiendo del país de residencia y el riesgo de adquirir el sarampión. En la medida en que se incrementa la cobertura de vacunación la edad de la vacunación puede aumentarse de 9 a 12 - 15 meses. Para garantizar la inmunidad y prevenir posibles brotes, se recomiendan dos dosis de la vacuna, puesto que aproximadamente un 15% de los niños no adquieren inmunidad con la primera dosis. En Argentina, la vacuna triple viral se aplica al año de edad y se realiza una dosis de refuerzo a partir de los 5 años. De acuerdo al informe de Inmunizaciones de la OPS del año 2016, en nuestro país el porcentaje de vacunación con la primera dosis de vacuna triple viral fue de 90% y de segunda dosis fue 88%, lo cual indica el riesgo de diseminación de la infección frente al ingreso de casos importados.

Actualmente frente a la aparición de los casos descritos se ha decidido el agregado de una dosis extraordinaria de vacuna triple viral en los niños con edades entre 6 y 11 meses.

ORIENTACIONES PARA LAS AUTORIDADES NACIONALES

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en

las Américas, la Organización Panamericana de la OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los municipios.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna sarampiónrubéola (SR) y jeringas para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Incrementar las coberturas vacunales y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin de incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas

de hospitalización por otras causas. Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP), al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.

INDICACIONES ESPECÍFICAS EN ARGENTINA

Frente a la aparición de casos de sarampión en lactantes pequeños menores de un año se ha decidido el agregado de una dosis de vacuna triple viral a niños entre 6 y 11 meses de edad inclusive, en la Ciudad autónoma de Buenos Aires y en los municipios de Avellaneda, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes, correspondientes a la Región Sanitaria VI. Esta dosis es extraordinaria y no deberá ser tenida en cuenta como parte del calendario.

A su vez se refuerzan las recomendaciones vigentes:

1) Verificar esquema de vacunación completo para la edad:

- Los niños de 1 a 4 años: deben acreditar **una dosis** de vacuna triple viral (sarampión, rubéola, paperas).
- Los mayores de 5 años: deben acreditar **una dosis** de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida.
- Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son considerados inmunes.
- Se recuerda que todo equipo de salud debe acreditar dos dosis de vacuna doble o triple viral para estar adecuadamente protegido.

2) Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de enfermedad febril exantemática.

Los casos SOSPECHOSOS de sarampión y rubéola constituyen Eventos de Notificación Obligatoria regulados por la Ley 15.465 que obliga a todos los profesionales médicos y bioquímicos a realizar la notificación de los mismos (se desempeñen en cualquiera de los subsectores de atención: público, privado o de la seguridad social).

Definición de **caso sospechoso**: Paciente con fiebre (temperatura axilar mayor a 38°C) y exantema, o en todo caso en que el profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.

REFERENCIAS

- OPS/OMS – Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Disponible en: <http://bit.ly/2Fpxxx3>.
- Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola: Organización Panamericana de la Salud. Vol. 23, n.º 41, octubre de 2017. [consultado el 24 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=42151&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 20 de agosto de 2018, Washington, D.C.: OPS/OMS;2018.

- www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14582:paho-urges-rapid-increase-in-vaccination-coverage-to-stop-spread-of-measles-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es.
- Inmunización en las Américas – Resumen 2017 - www.paho.org/inmunizacion/.
- Ministerio de Salud - Alerta epidemiológico Sarampión. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/alerta_sarampion_3-8_2018.pdf.
- Maldonado Y. and Shetty A. Measles In: Principles and Practices of Pediatric Infectious Diseases 5th Edition. 2018 Eds Long S., Prober C., Fischer M. 1169- 1176.



Declaración de los Derechos del Niño

A.G. res.. 1386 (XIV), 14 U.N. GAOR Supp. (No. 16) p. 19, ONU Doc. A/4354 (1959).

Principio 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

*¡Feliz
día del
niño!*

DASTOM
Industrias Químicas S.A.

Fabricación
de productos para
madera, curtiembres,
pinturas, adhesivos

Los Aromos 2705 - Luis Guillón - Bs. As.
Tel. 011-4272-8623/24 - Fax 011-4272-8625
dastom@infovia.com.ar

www.dastomsa.com.ar

PFÖRTNER S.A.
CONTACTOLOGÍA OPTICA

ACOMPAÑA
LAS ACTIVIDADES DE
RED PEDIÁTRICA
Prevención en Salud

DINA
Empresa
argentina de limpieza

Azara 1627 - Barracas
C1269AAI - CABA
Tel. 0810-333-DINA (3462) o
4302 - 0967/1310/1292
www.dinaargentina.com.ar

ORBIS

ACOMPAÑA
LAS ACTIVIDADES DE
RED PEDIÁTRICA
Prevención en Salud

Decile
NO al
BULLYING
No te quedes callado

actividades



crucigrama

Completa la grilla con el nombre de las frutas

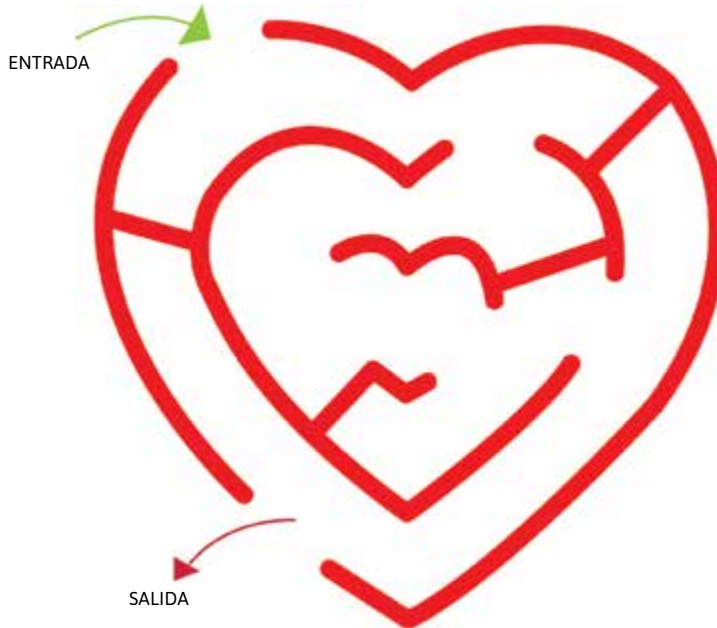
método benozzi

Centro de Investigación Avanzada de la Presbicia.
www.metodobenozzi.com

Sal al campo por las
noches si me quieres
conocer soy señor
de grandes ojos,
cara seria y
gran saber.

laberinto corazón

Observá la imagen. Recorre el camino desde dónde indica la flecha de inicio hasta la flecha final. Primero realiza el recorrido con el dedo. Luego, con un lápiz.



unir con flechas

Uní la cantidad de figuras geométricas con el número que corresponda y con su nombre.

2



triángulo

4



rectángulo

10



cuadrado

3



círculo

6



hexágono

¿Cuál es el animal
de campo o corral,
que si una
zanahoria le das
sus dienteitos
verás?



Antes huevecito,
después capullito,
más tarde volaré
como un pajarito.



Factores de riesgo cardiovascular

Factores de riesgo modificables

	Alimentación
	Sedentarismo
	Obesidad
	Tabaquismo
	Alcohol
	Drogas
	Hipertensión
	Colesterol
	Diabetes
	Estrés

Factores de riesgo no modificables

	Edad
	Sexo
	Herencia
	Enfermedades pre existentes

Red Pediátrica Prevención en salud A.C.

Curso RCP DEA
Curso arancelado

Informes e inscripción: (011) 5730-9785 / +54 911 4566-4568 / redpediatricaarg@yahoo.com.ar

BOMBAS CENTRIFUGAS

TROMBA

Dr. Casazza 235
Villa Dominico, Avellaneda - C.P. 1870
Prov. de Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: 4207-0182/7622/ 4206-0451 (líneas rotativas)
e-mail: tromba@tromba-sa.com.ar

SUPERMERCADO

ROJAS
GLUTEN 100% FREE

VENI A CONOZCERLOS

Distrito de los Comunes con un procesamiento responsable y sabores maravillosos dulces y salados sin gluten. Salud y sin gluten. Salud y sin gluten.

TODO SIN TRAZO

Enlaces al sitio web y tienda online en www.datetecrojas.com

EN CASILLITO - Pájaros 42, a no de Buzos
Tel. 4922-9889 | datetecrojas@datetecrojas.com.ar
Lunes a sábado de 9h. a 18.30h.

EN ROSARIO
Calle San Martín 1899, en San Martín
Tel. 0114784-6186

TIENDA SUPERMERCADO EN BUENOS AIRES
Calle de Mayo 2472, en el barrio del Sur
Tel. 0114366-1003

Centro Empleados de Comercio Zona Norte

osecac
Organización Sindical de Empleados de Comercio Argentinos

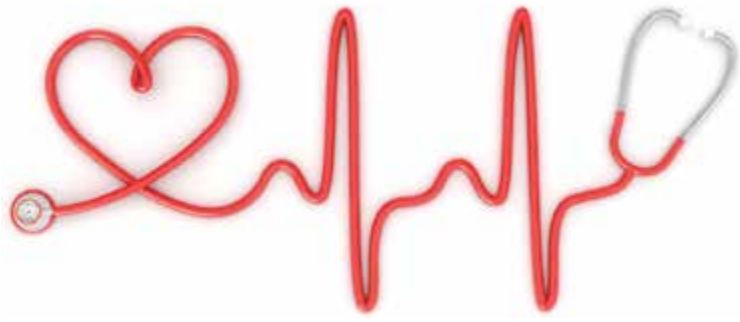
3 de Febrero 592 - San Fernando
Tel.: 4745-8951 / 56

reciendo con los Angeles

Paraná 5849 Villa Adelina, Bs. As.
011-4765-4572 - info@cre-angeles.org.ar
www.cre-angeles.org.ar

DIVISION DE CARDIOLOGIA CONSULTORIOS EXTERNOS

del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez



¿Cómo funciona?

Áreas			
Consultorio externo	Consultorio de pacientes internados	Consultorio de arritmias	Consultorio de adolescentes y jóvenes con cardiopatía congénita

Procedimientos:

- ECG.
- Ecocardiografía transtorácica.
- Ecocardiografía transesofágica.
- Ecocardiografía stress.
- Ecocardiografía transcraneana.
- Ecocardiografía fetal.
- Holter de 24 Hs.
- Control de marcapaso.
- Ergometría 12 canales.
- Ergometría con consumo de O2
- Rehabilitación Cardiovascular.

Nuestras estadísticas muestran un promedio de 30.000 consultas anuales y alrededor de 15000 procedimientos.



Stone Fly Salud

Droguería - Importación - Exportación

Medicamentos de Alto Valor

Importación de Uso Compasivo

Logística y almacenaje

Av. Triunvirato 3239 C.A.B.A.
Tel: 11-4551-0077 e-mail: info@stoneflysalud.com
www.stoneflysalud.com



***CUIDÁNDOLOS DESDE
UN PRIMER MOMENTO***