



S.A.P.
CÓRDOBA

“Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes”

R.C.P.

REVISTA 1 - OCTUBRE 2018

Revista Cordobesa de *Pediatría*



Editorial

Un conocido dicho popular señala que “no sólo hay que ser, también hay que demostrarlo”. Y en este sentido una acción no comunicada carece de impacto, y a los ojos de quien no estuvo cerca es como si no se hubiese realizado.

Esa es la realidad de muchas instituciones, en la que existe un trabajo intenso y dedicado pero no debidamente difundido. Nuestra S.A.P. Córdoba desarrolla una gran actividad, al compás de la dinámica de los Comités que son su esencia fundamental; sumada a la tarea de la Comisión Directiva, cuyas decisiones definen el curso del día a día. Hay una multiplicidad de propuestas que estimulan la participación y promueven una formación médica continua. Pero muchas veces esta labor no trasciende, por lo que su repercusión resulta menguada.

Tenemos un sitio web que pretende reflejar la acción institucional, pero no siempre la información llega para así ser compartida. Es una falencia que procuraremos corregir a fin de mostrarnos tal como somos: una entidad académica de prestigio, con profesionales de excelencia. Pero no nos quedamos en intenciones; queremos dar un paso más. Así surge **R.C.P.**, nuestra **Revista Cordobesa de Pediatría** (tal es el significado de sus siglas). Es una iniciativa que pretende mirar la pediatría con una tonada local, señalando las problemáticas y los desafíos que enfrentamos cotidianamente desde la perspectiva de nuestros especialistas.

Es un espacio abierto que se irá construyendo con el andar. Hemos puesto nuestro entusiasmo y voluntad para que el formato resulte atractivo y de interés. Será una publicación electrónica de salida trimestral, que será difundida por los diferentes canales institucionales.

Verá aquí nuestro primer número. Se plantean distintas secciones en las que tendrán presencia todas las voces. Le invitamos a leerla, a hacer su crítica y su aporte, y a hacernos llegar sus inquietudes, necesidades y expectativas. De este modo nuestra **R.C.P.** será algo que nos pertenezca y nos dé identidad.

Nuestra S.A.P. Córdoba, con sus 80 años de existencia, renueva siempre su apuesta en pro de la salud integral de niños, niñas y adolescentes. Queremos con este paso honrar ese legado, fortaleciendo su espíritu y haciéndolo crecer. Juntos lo haremos posible.

Bienvenidos a **R.C.P.**

Comité Editorial

Comité Editorial

Dr. Mario Polacov
Dr. Leonardo Coria
Dr. Luis Ahumada
Dr. Nicolás Moya

Sumario

- 1 Nota editorial
- 2 Columna de la Comisión Directiva
- 3 Noti SAP
- 4 Novedades diagnósticas y terapéuticas
- 8 Ejercicio Profesional
- 10 Publicaciones comentadas
- 13 Columna de Pediatras Jóvenes
- 14 Espacio de reflexión

Editorial



S.A.P.
CÓRDOBA

“Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes”

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*



Comisión Directiva

La Sociedad Argentina de Pediatría de Córdoba cumplió en noviembre del 2017, 80 años.

Quienes hoy tenemos el honor de conducir sus destinos debemos mirar el espejo que aquellos pioneros propusieron como camino, y si fuera posible actualizar los postulados, ampliarlos con la misión de mejorar la salud integral de los niños, niñas y adolescentes.

La Sociedad trata de hacerlo:

Siempre estando al lado del pediatra, acercándoles instancias de actualización.

Colaborando con la generación de herramientas que le sean útiles en su práctica cotidiana a través del trabajo de los distintos Comités que la conforman.

Siendo una voz que defienda los intereses de los pediatras que trabajan en el equipo de salud pediátrico.

Estos valores siempre serán señeros en la vida institucional de la SAP.

Pero también nos proponemos acercarnos cada día más al niño y sus familias, siendo firmes defensores de sus derechos, participando activamente en todos los foros donde sea de utilidad para lograrlo.

La mirada moderna de la salud integral hace que los pediatras y sus instituciones científicas deban adquirir nuevos conocimientos y herramientas para actuar en el mundo cambiante de los niños y su entorno.

Violencia, pobreza, abusos, trastornos de socialización, etc. son situaciones que enfrentamos en nuestro quehacer profesional habitual y que nos obligan a actuar.

La Comisión Directiva de la SAP toma estos valores como propios. Luchemos juntos para lograr que los niños sean cada día más felices.

Dr Héctor Pedicino

Presidente SAP Córdoba.

Noti SAP

En esta sección encontrará algunas de las decisiones más relevantes de la Comisión Directiva, junto a la nómina de eventos científicos desarrollados en los últimos meses. Este resumen representa por tanto una descripción de la actividad institucional, en muchos casos expuesta y comunicada, pero en otras oportunidades hay pasos silenciosos que van abriendo caminos.

- **Pago de deuda AFIP:** se regularizó totalmente la situación impositiva.
- **Declaración de interés "La noche de las vacunas"**
- **Nuevo sistema administrativo para la gestión contable:** es un hito de gran importancia para el día a día de la institución. Al ser una institución con personería jurídica debemos cumplir estrictas formalidades, por lo que un registro detallado hace más eficiente la tarea administrativa y contable.
- **Revista RCP:** luego de un período de definiciones de temas y perfiles editoriales, la presente publicación sale a la luz con la intención de reflejar la riqueza científica y humana de los profesionales nucleado en nuestra SAP Córdoba.
- **Co-organización de actividad del día del niño junto con el colegio de farmacéuticos:** alimentación saludable, deporte saludable, Síndrome Urémico Hemolítico, lavado de manos y vacunas
- **Confección de memoria y balance para la Asamblea Ordinaria**
- **Metodología de organización de eventos científicos:** se definió una modalidad operativa en relación a los cursos y jornadas promovidas desde la institución, jerarquizando el rol del Comité de Educación Continua sumándole la valiosa participación de ex-presidentes en el rol de consultores.

- **Propuesta de modificación de estatutos:** se plantea la necesidad de reformar algunos puntos del estatuto vigente, particularmente en lo atinente a la duración de los mandatos y a los participantes de la Comisión Directiva.

■ Eventos científicos

- **Examen de certificación SAP de Médicos Pediatras: 29/06**

- **CURSOS:**

- ACTUALIZACION PEDIÁTRICA: bianual se dicta una vez al mes el 3º sábado de cada mes. MODALIDAD 9 Módulos por año comienza en marzo y finaliza en noviembre
- Curso PALS: el primer PALS se dictaron en el mes de mayo con 45 asistentes dos días.

- **JORNADAS:**

- 7 JORNADAS DE SIGNOS Y SINTOMAS EN PEDIATRIA Y 6 JORNADAS DE ENFERMERIA Organizadas por SAP Córdoba el 17 y 18 de Mayo del 2018. Con la asistencia de 300 inscriptos aproximadamente.
- 20 ENCUESTO NACIONAL DE INVESTIGACION PEDIATRICA los días 22 y 23 de Junio en Carlos Paz Córdoba.
- "ALERGIA ALIMENTARIA" organizadas por el Comité de Gastroenterología el día 29 de Junio con 25 asistentes
- Jornadas de "Emergencia" 45 asistentes en el mes de Junio.



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Novedades diagnósticas y terapéuticas

Actualización en infecciones osteo-articulares

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA-CÓRDOBA

DRA. MIRIAM CALVARI - COMITÉ DE INFECTOLOGÍA

NOVEDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS EN INFECCIONES

OSTEOARTICULARES

INTRODUCCIÓN

Las infecciones osteoarticulares (IOA) en pediatría afectan más frecuentemente a menores de 5 años y comprometen principalmente las articulaciones y huesos de miembros inferiores.

ETIOLOGÍA

Staphylococcus aureus (SA) es el microorganismo más prevalente involucrado en IOA en niños de todas las edades.

DIAGNÓSTICO:

LABORATORIO	
Proteína C reactiva (PCR) y Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<ul style="list-style-type: none"> Tienen una alta sensibilidad, que se incrementa ligeramente al combinar las 2 pruebas, mientras que la especificidad es baja. La PCR está elevada en el 98% de los casos. Alcanza su pico a las 48 horas del ingreso y desciende a niveles normales a los 7-10 días de tratamiento. La VSG está elevada en el 80-90% de los casos. El pico máximo se alcanza entre 3-5 días del ingreso, y vuelve a la normalidad a las 3-4 semanas de tratamiento efectivo. El aumento o la persistencia de niveles elevados de la PCR es un dato muy indicativo de evolución desfavorable o de desarrollo de complicaciones, por encima, incluso, de la presencia de fiebre.
Procalcitonina	<ul style="list-style-type: none"> Ascensos >0,5 ng/ml se correlacionan con la existencia de infección bacteriana.
MICROBIOLOGÍA	
Hemocultivo	<ul style="list-style-type: none"> Siempre se debe obtener a pesar de un posible bajo rendimiento (10% -40%). La presencia de Staphylococcus aureus en la sangre debería provocar una consideración de IOA oculta.
Líquido sinovial / muestra de hueso Con tinción Gram	<ul style="list-style-type: none"> Si se toma muestra, obténgalo antes de iniciar el tratamiento con antibióticos (especialmente para el líquido sinovial) Muestra de hueso no siempre requerida; para ser considerado si hay pus subperiosteal o si la infección no está mejorando como se esperaba. Importante también para el diagnóstico de procesos no infecciosos.
PCR bacteriana (Cuando esté disponible)	<ul style="list-style-type: none"> Detección molecular de Kingella kingae, S. aureus u otros en muestra de tejido o líquido sinovial. Puede aumentar el rendimiento de un microorganismo, especialmente en el uso previo de antibióticos.



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

ESTUDIO DE IMÁGENES

Radiografía	<ul style="list-style-type: none">• Siempre al inicio del estudio (a menudo normales al inicio del estudio, pero útiles para la comparación posterior y para descartar otras enfermedades).• La repetición de imágenes muestra la aparición de cambios osteolíticos o elevación perióstica, en su mayoría 10-21 días después del inicio de los síntomas
Ecografía	<ul style="list-style-type: none">• Identificación de derrame articular en artritis séptica (muy sensible).• El Doppler puede detectar un flujo sanguíneo elevado en la OM y ayudar en el diagnóstico temprano.• Útil para guiar punciones.
Gammagrafía /Tc escaneo óseo	<ul style="list-style-type: none">• Alta sensibilidad y especificidad en OM, en sospecha de enfermedad de presentación multifocal.• Alta dosis de radiación.
Resonancia magnética (RM)	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad de 97%, Especificidad de 100% en artritis y OM.• De elección para Osteomielitis vertebral y pélvica.• La mejor prueba para OM, especialmente si los síntomas están localizados.• La resonancia magnética de todo el cuerpo para procesos multifocales ha demostrado ser muy útil.
Tomografía computarizada	<ul style="list-style-type: none">• Útil para guiar punciones.• Define secuestro óseo y destrucción cortical en OM crónica.

TRATAMIENTO

ARTRITIS SEPTICA (AS)

- Punción o drenaje de la articulación para descomprimir el espacio articular y para la toma de una muestra del líquido articular.
- Inicio del tratamiento antibiótico en función de la edad del niño, los antecedentes epidemiológicos y los perfiles locales de resistencia de los patógenos prevalentes.
- Reevaluación del tratamiento antibiótico empírico en función del resultado de los hemocultivos y del cultivo del líquido articular.

Antibiótico de elección

- Vía parenteral

-RN (0 a 2 meses) Ampicilina + Cefotaxime.

- 3m - 5 años Ceftriaxona (evaluar vacunas contra H. influenzae b) + Clindamicina.

- > 5 años Clindamicina.

- Sin bacteriemia y buena evolución clínica a los 2-4 días pasar a **vía oral**. La duración total mínima de la terapia con antibióticos debe ser de 2-3 semanas para AS.



“Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes”

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

OSTEOMIELITIS

Tratamiento empírico inicial según edad y riesgo

EDAD	ANTIMICROBIANO	OBSERVACIONES
< 3 meses (incluye recién nacidos)	Cefalosporinas de 3ra generación+ vancomicina	Recién nacidos internados en neonatología: considerar microorganismos nosocomiales
3 meses a 5 años	•Tratar SA • niños no adecuadamente vacunados para Hib: cefalosporinas de tercera generación + cobertura para SA	Niños menores de 2 años con menos de 3 dosis de vacuna para neumococo: agregar Amoxicilina+IBL/cef.3ra.
Mayores de 5 años	Tratamiento para SA	
Herida punzante en pie con calzado deportivo	Ceftazidima/clindamicina (o vancomicina)	De acuerdo a prevalencia de SA en comunidad
Presencia probable de anaerobios (OM secundaria a foco dentario)	Clindamicina	
Presencia de material protésico	Vancomicina	De acuerdo a Microorganismos hospitalarios prevalentes

Tratamiento empírico inicial contra SA (Prevalencia SAMR-C en la C. de Córdoba: 68%)

RESISTENCIA LOCAL	ATB	DOSIS
>90% de cepas SAMS en comunidad	Cefalosporinas 1ª generación *	150 mg/k/día dividido en 4 dosis/día (dosis máx./día: 2 gr)
> 10% de cepas SAMR+ resistencia < 10% a clindamicina	clindamicina	40 mg/k/día (en 4 dosis/día (dosis máx. /día: 3 gr)).
>10% de cepas SAMR + resistencia a clindamicina entre 10-25%	Vancomicina O Clindamicina O TMP/SMX	60 mg/k/día (en 4 dosis; ajustar según niveles en sangre: 15-20ug/ml en el valle) 40 mg/k/día (en 4 dosis) 16 mg/k/día (en 2 dosis)
>10% cepas SAMR y >25%de resistencia a Clindamicina	Vancomicina O TMP/SMX	60 mg/k/ día (en 4 dosis) 16 mg/k/día (en 2 dosis)

*Cefalosporinas de primera generación: cefalotina o cefazolina (parenterales) y cefalexina o cefadroxilo (vía oral)



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Duración del tratamiento y vía de administración OM no complicada (sin desarrollo de absceso subperióstico, colecciones de partes blandas o artritis séptica concomitante).

Los pacientes que presentan:

- Descenso del nivel de PCR, de al menos, un 30%.
- Desaparición de la fiebre durante 24- 48 hs.
- Mejoría de los signos y síntomas de la infección.

Se realiza antibióticos endovenosos por 2 a 4 días, seguidos por dosis adecuadas de antibióticos orales, con un curso total de 3 semanas.

Consideraciones particulares para el manejo de las infecciones por SAMR –AC:

Para los niños con OM aguda hematógena por SAMR-AC está recomendado el tratamiento con Vancomicina. Si el paciente está estable y no está cursando una bacteriemia, podría indicarse clindamicina si la resistencia local es $\leq 15\%$. La duración exacta deberá ser individualizada pero se sugiere un mínimo de 4-6 semanas para OMA.

LA IOA complicada o de alto riesgo, como los producidos por Salmonella, SAMR o cepas positivas de leucocidina Pantón-Valentine (PVL), que se desarrollan en lactantes pequeños o con una mejoría clínica lenta, pueden necesitar una mayor duración tanto de la vía intravenosa como la terapia por vía oral.

INDICACIONES DE TRAT QUIRÚRGICO DE LA OSTEOMIELITIS AGUDA

Absceso en hueso, subperiostio o tejidos adyacentes, bacteriemia persistente o fiebre y flogosis >72 hs de tratamiento antibiótico, extensión a la cavidad articular con necesidad de drenar la misma. Los pacientes cuyo tratamiento se ha iniciado después de más de una semana desde la aparición de los síntomas parecen tener más probabilidades de requerir cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnold JC, Bradley JS. Osteoarticular infections in children. *Infect Dis Clin North Am.* 2015; 29(3):557-74.
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Hugue Carol R, et al. SEIPSERPE-SEOP Consensus document on the treatment of uncomplicated acute osteomyelitis and septic arthritis. *An Pediatr (Barc).* 2015;82(4):273.e1-273
- Peltola H, Pääkkönen M. Acute osteomyelitis in children. *N Engl J Med.* 2014; 370(4):352-60.
- Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. *Clin Infect Dis.* 2011; 52(3):e18-55.
- Jesús Saavedra-Lozano, Oana Falup-Pecurariu, Sheldon Kaplan. Bone and Joint Infections. *ESPID Clinical Practice Guideline. The Pediatric Infectious Disease Journal* • Volume 36, Number 8, August 2017



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*



Ejercicio Profesional

La consulta telefónica en pediatría

La proliferación de los teléfonos celulares y la conectividad global ha derivado en el uso de dichos dispositivos tecnológicos para consultas médicas, constituyendo con ello la manera más elemental y extendida de telemedicina. La llamada telefónica supone un medio inmediato, de fácil acceso, que en muchas ocasiones puede evitar a los padres visitas innecesarias al centro de salud orientando, optimizando y jerarquizando la demanda asistencial. Su función primaria es valorar el grado de urgencia de una situación y dar instrucciones de manejo inicial de la misma.

Recientemente, la Asociación Americana de Medicina publicó una guía sobre el uso ético de las redes sociales para los médicos, en la que se advierte que los profesionales pueden sacar provecho de este medio para hacer difusión y prevención, pero que deben ser especialmente cuidadosos en el modo en que administran la relación con sus pacientes.

Los formatos de este tipo de consulta no presencial pueden resultar variados: llamados directos, mensajes escritos, chats por redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter), entre otros. La utilización de estos medios puede ser:

1. Para recibir llamadas de los padres. La mayor parte de las llamadas tienen como fin alguno de los siguientes objetivos:

- Comentar sobre la evolución de una enfermedad por la cual consultó recientemente.
- Reportar algún efecto secundario de los medicamentos prescritos.
- Aclarar dudas relacionadas con temas médicos
- Notificar un problema médico nuevo. Los pacientes conocidos generalmente llaman al médico de confianza para manifestarle la aparición de un síntoma o una enfermedad nueva, esperando una orientación sobre lo que deben hacer y para lo cual el médico debe tomar la decisión más acertada interrogando con detenimiento los síntomas o signos de peligro o cualquier problema que pueda poner en riesgo la vida del niño.
- Aprovechar para solicitar exámenes de laboratorio previos a la cita médica

2. Para hacer llamadas a sus pacientes. El médico recurre a este medio de comunicación para:

- Preguntar sobre la evolución de las enfermedades de sus pacientes
- Planear su agenda diaria y citas
- Hacer promoción de sus servicios y prevención de enfermedades

Ejercicio profesional



S.A.P.
CÓRDOBA

“Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes”

R.C.D.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

¿Qué opinan los médicos?

La consulta telefónica es una herramienta especialmente útil en el seguimiento del paciente crónico o recientemente examinado, particularmente cuando vive en un lugar distante del centro de referencia. Pero su uso extendido e indiscriminado resulta invasivo para los profesionales, que muchas veces se ven desbordados e imposibilitados de dar respuesta.

Según algunas fuentes la consulta médica a distancia crea incertidumbre entre los profesionales sanitarios, con un alto nivel de insatisfacción con la propia respuesta. Más del 50% de los profesionales sanitarios ven esta práctica como algo arriesgado y sólo útil en casos muy concretos; en cambio más del 30% tienen incorporada esta herramienta en su actividad diaria funcionando de forma razonablemente bien y permitiendo en general una mejor utilización de los recursos.

Recomendaciones

- Es importante que los médicos eduquen a pacientes en el uso apropiado de la consulta telefónica, reconociendo que muchas veces no podrán ser atendidos de manera inmediata. Las situaciones urgentes no pueden resolverse a distancia, ya que requieren de una asistencia directa.
- Los pacientes deberán reconocer que no todo puede resolverse por vía telefónica, sea porque no se aportan datos para que se dé una opinión responsable o porque la complejidad de la respuesta requiere una relación “cara a cara”.
- Es preferible recurrir a mensajes telefónicos que el profesional podrá atender según la disponibilidad de su tiempo. En tal caso han de formularse preguntas puntuales, evitando diálogos o intercambios ya que estas situaciones habilitan la necesidad de una consulta presencial.
- Es necesario que los pacientes reconozcan que los médicos tienen vida personal, por lo que recurrirán a la consulta telefónica ante una situación extrema. Las respuestas a dudas o cuestiones menores esperarán a los encuentros presenciales, para los cuales es conveniente que los pacientes realicen la “pre-consulta” en su domicilio anotando todas las preguntas que quisieran formularle para que sean abordadas (sin olvidos) en la entrevista.

Dr. Mario Polacov

Médico Pediatra



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*



Publicaciones Comentadas

Pediatr Pulmonol. 2018 Jan;53(1):88-94.

Serologically diagnosed acute human bocavirus 1 infection in childhood community-acquired pneumonia.

Nascimento-Carvalho AC, Vilas-Boas AL, Fontoura MH, Xu M, Vuorinen T, Söderlund-Venermo M, Ruuskanen O, Nascimento-Carvalho CM; PNEUMOPAC-Efficacy Study Group.

Abstract

Aim: To assess the role of human bocavirus 1 (HBoV1) as a causative agent of nonsevere community-acquired pneumonia (CAP) in children.

Methods: Patients aged 2-59 months with non-severe CAP (respiratory complaints and radiographic pulmonary infiltrate/consolidation) attending a University Hospital in Salvador, Brazil were enrolled in a prospective cohort. From 820 recruited children in a clinical trial (ClinicalTrials.gov NCT01200706), nasopharyngeal aspirate (NPA), and acute and convalescent serum samples were obtained from 759 (92.6%) patients. NPAs were tested for 16 respiratory viruses by PCR. Acute HBoV1 infection was confirmed by measuring specific IgM and IgG responses in paired serum samples.

Results: Respiratory viruses were detected in 693 (91.3%; 95%CI: 89.1-93.2) CAP cases by PCR. HBoV1-DNA was detected in 159 (20.9%; 95%CI: 18.2-24.0) cases. Of these 159PCR positive cases, acuteHBoV1 infection was confirmed serologically in 38 cases (23.9%; 95%CI: 17.8-31.0). Overall, acute HBoV1 infection was confirmed in 5.0% (38/759) of non-severe CAP patients. HBoV1 was detected in 151 cases with at least one other virus making 31.7% of all multiple virus (n = 477) detections. Among all 759 cases, 216 had one respiratory virus detected, and sole HBoV1 was detected in only 8 (3.7%). Acute HBoV1 infection was serologically diagnosed in 34 (22.5%) HBoV1-DNA-positive cases with another virus, compared to 4 (50.0%) cases with sole virus detection (p = 0.09).

Conclusion: HBoV1 was detected by PCR in one fifth of the children with non-severe CAP and acute HBoV1 infection was serologically confirmed in one quarter of these cases.



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Resumen

Objetivo: evaluar el rol de bocavirus humano 1 (BoVH1) como agente causal de la neumonía no severa adquirida en la comunidad (NAC) en niños. **Métodos:** Los pacientes de 2-59 meses con NAC no severa (síntomas respiratorios e infiltrado / consolidación en la radiográfica de tórax) atendidos en un Hospital Universitario en Salvador, Brasil se inscribieron en una cohorte prospectiva. De 820 niños reclutados en un ensayo clínico (ClinicalTrials.gov NCT01200706), se obtuvieron aspirado nasofaríngeo (NPA) y muestras de suero de fase aguda y de convalecencia de 759 (92,6%) pacientes. Los NPA se analizaron para 16 virus respiratorios por PCR. La infección aguda por HBoV1 se confirmó midiendo respuestas IgM e IgG específicas en muestras de suero pareadas.

Resultados: Se detectaron virus respiratorios en 693 (91,3%; IC 95%: 89,1-93,2) casos de NAC por PCR. El ADN de BoV1 se detectó en 159 (20,9%; IC del 95%: 18,2-24,0) casos. De estos 159 casos PCR positivos, la infección aguda se confirmó serológicamente en 38 casos (23,9%, IC del 95%: 17,8-31,0). En general, la infección aguda por HBoV1 se confirmó en el 5,0% (38/759) de los pacientes con NAC no severa. Se detectó BoVH1 en 151 casos con al menos otro virus que produce el 31,7% de todas las detecciones de virus múltiples (n = 477). Entre los 759 casos, 216 tuvieron un virus respiratorio detectado, y solo BoVH1 se detectó en 8 (3,7%). La infección aguda por BoVH1 se diagnosticó serológicamente en 34 (22,5%) casos HBoV1-DNA-positivos con otro virus, en comparación con 4 (50,0%) casos con detección única de virus (p = 0,09). **Conclusión:** BoVH1 se detectó mediante PCR en una quinta parte de los niños con NAC no severa y la infección aguda con BoVH1 se confirmó serológicamente en un cuarto de estos casos.

Comentario:

Nadie duda en la actualidad del predominio de la etiología viral en las infecciones respiratorias agudas (IRA) en la infancia. A la lista de virus clásicamente asociados a las mismas (virus sincicial respiratorio, influenza, parainfluenza, adenovirus) se han ido incorporando nuevos: rinovirus, coronavirus, metapneumovirus humano, entre otros.

Bocavirus Humano (BoVH), de la familia Parboviridae, fue descubierto por Allander y col en el año 2005 [1] y desde entonces, intenta incorporarse a la lista de patógenos respiratorios.

Numerosos estudios han reportado su presencia identificando BoVH en pacientes con IRA, tanto ambulatorios como hospitalizados. Se describen prevalencias que oscilan entre 4,5 % y 10,3 %, en edades entre 7 meses y 3 años de edad y cuadros clínicos que involucran tanto compromiso respiratorio alto y bajo, como digestivo (2). En nuestro medio existen datos que confirman su participación en infección respiratoria aguda baja en niños hospitalizados [3, 4].



"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Estudios de seroprevalencia realizados en base a la detección de anticuerpos específicos para las proteínas estructurales VP1/VP2 de BoVH demostraron elevados títulos de IgG tanto en niños como en adultos, sugiriendo una adquisición temprana de la infección. Por otra parte, un estudio realizado por Meriluoto y col. en 2012, a partir del seguimiento de 109 niños sanos desde la infancia hasta la adolescencia (algunos neonatos), aportaron datos trascendentes en relación a la interacción virus/huésped. Su diseño permitió documentar la primoinfección mediante serología (IgM e IgG para BoVh1) a partir del muestreo periódico de suero cada 3 a 6 meses (total: 1952 muestras). Además, se correlacionaron los datos serológicos con la sintomatología clínica de cada episodio y la presencia del genoma viral en sangre (PCR cuantitativa) estableciendo con mayor solidez su rol patógeno en población humana (5).

La interpretación de los resultados de la detección del virus en secreciones nasales (reacción en cadena de Polimerasa/PCR cuali o cuantitativa) aún representa un desafío clínico (6); la confirmación serológica de infección aguda por BoVH1 en suero (IgM e IgG específicas) ha permitido establecer avances en ese sentido.

¿Qué aporta este trabajo?

El estudio de Amanda Nascimento-Carvalho, realizado con la colaboración del Departamento de Virología de la Universidad de Helsinki, Finlandia, aporta datos interesantes sobre prevalencia de BoVH1 en pacientes ambulatorios menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de Brasil, evidenciando su rol patogénico a partir de la documentación de infección aguda mediante la confirmación serológica de los casos positivos. Se trata de un estudio prospectivo que incluyó el testeo de BoVH1 en secreción respiratoria de 759 pacientes, además de IgM e IgG específicas en muestras de período agudo y convaleciente de los pacientes que previamente habían sido positivos por PCR en nasofaringe.

Como aportes significativos de este estudio podemos destacar que 38 pacientes mostraron evidencia serológica de infección aguda y no hubo diferencias al comparar entre monoinfecciones y casos de codetecciones con otros virus patogénicos conocidos. Los casos positivos en los que no se detectó IgM en suero podrían relacionarse con cuadros de infección persistente, ya que se ha demostrado la excreción prolongada de BoVH1 en un alto porcentaje de individuos estudiados [7].

Podemos concluir que si bien la pesquisa de virus respiratorios (por IFI o biología molecular/PCR) no es una práctica habitual recomendada para pacientes ambulatorios, BoVH1 debería ser considerado como uno más de los posibles agentes etiológicos de la NAC no severa en menores de 5 años.

Laura Beatriz Moreno

Médica Pediatra especialista en Neumonología Infantil
Cátedra de Clínica Pediátrica. Universidad Nacional de Córdoba

Referencias

1. Allander T, Tammi MT, Eriksson M, Bjerkner A, Tiveljung-Lindell A, Andersson B. Cloning of a human parvovirus by molecular screening of respiratory tract samples. Proc Natl Acad Sci U S A. 2005; 102(36):12891-6.
2. Vicente D, Cilla G, Montes M, Pérez-Yarza EG, Pérez-Tallero E. Human bocavirus, a respiratory and enteric virus. Emerg Infect Dis. 2007 Apr; 13(4):636-7.
3. Moreno L, Eguizábal L, Ghietto LM, Bujedo E, Adamo MP. Human bocavirus respiratory infection in infants in Córdoba, Argentina. Arch Argent Pediatr. 2014;112(1):70-4.
4. Ghietto LM, Majul D, Ferreyra Soaje P, Baumeister E, Avaro M, Insfrán C, Mosca L, Cámara A, Moreno LB, Adamo MP. Comorbidity and high viral load linked to clinical presentation of respiratory human bocavirus infection. Arch Virol. 2015;160(1):117-27.
5. Meriluoto M, Hedman L, Tanner L, Simell V, Mäkinen M, Simell S, Mykkänen J et al. Association of Human Bocavirus 1 Infection with Respiratory Disease in Childhood Follow-up Study, Finland. Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • 2012;Vol. 18 (2) .
6. Gerna G, Piralla A, Campanini G, Marchi A, Stronati M, Rovida F. The human bocavirus role in acute respiratory tract infections of pediatric patients as defined by viral load quantification. New Microbiol. 2007 Oct;30(4):383-92.
7. Martin ET, Kuypers J, McRoberts JP, Englund JA, Zerr DM. Human Bocavirus 1 Primary Infection and Shedding in Infants. J Infect Dis. 2015;212(4):516-24.



"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*

Columna de Pediatras Jóvenes

¿Qué es ser residente?

Pregunta corta para tan diversas respuestas, respuestas que sin lugar a duda varían en cada uno, porque si de algo estoy seguro es de que es un tiempo vivido de forma diferente por todos. Mirando para atrás, ser residente implica ser muchas cosas, y también, dejar de ser muchas otras. Como todas las cosas en la vida, tiene momentos lindos, otros feos, y algún que otro gris dando vuelta, que comienza mucho antes de la mera (aunque no por eso menos importante o estresante) elección de hospital de la especialidad que uno quiere. Ser residente en lo personal implicó tomar la decisión de estar 3 años más fuera de mi provincia, de volver a "mi casa" una vez al año con mucha suerte y la alineación de planetas, guardias de residentes, jefes, rotaciones y varios etc.; de dejar de ser hermano, hijo, amigo y pasar a ser el chico "estoy de guardia/cansado/bueno pero me vuelvo temprano porque mañana tengo guardia..." y a decir "Feliz año nuevo" por celular. También implicó comenzar a incursionar en el ámbito laboral de la profesión; laboral para los que somos residentes, becarios para los que no quieren reconocer nuestra actividad diaria, ni pagar lo que corresponde por el trabajo que se hace; implicó ver cara a cara la desigualdad social, mientras se inaugura por televisión un faro en una provincia mediterránea, una madre te dice que no tiene para comprar Salbutamol y no se lo puedes dar porque no se compro o la farmacia ya se quedó sin medicación en plena época de contingencia. Ser residente es ver que los números de Desnutrición y Mortalidad Infantil tiene nombre y apellido, y por sobre todo, cara, sentimientos y emociones, y que por más que baje 1 o 70%, tu paciente sigue siendo el total. Es entender al médico de guardia que está abarrotado de pacientes, sin lugar para internar ni derivar, porque los hospitales, a pesar de lo que se diga oficialmente, están colapsados; y también al padre que espera 5 o 6 horas que su hijo sea atendido y golpea de forma impaciente la puerta. Es ver lo que se invierte en un recital por un festejo gubernamental y no poder hacer un estudio de un paciente internado porque "una ambulancia está rota doc., y la otra es para urgencias y no sé si se va a desocupar", o que se rompan equipos que serán arreglados en fechas inciertas (extremadamente inciertas en algunos casos). Ser residente es además, decidir especializarte en una parte más pequeña de la inmensidad de lo que es la práctica médica, estudiar, preparar clases, ateneos, presentaciones, concurrir a congresos, rendir exámenes mensuales, semestrales y anuales, asistir a cursos paralelos, y todo esto hacerlo por gusto propio en la mayoría de las ocasiones, y en otras, por obligación de un sistema que exige muchas cosas pero permite y entrega muy pocas, que no permite manejar profesionalmente más de 12 horas, pero te exige estar con todas las facultades mentales 24 horas decidiendo sobre la vida de personas. Pero no todo es malo. El paso por la residencia también te deja amigos, compañeros de este largo, arduo, pero satisfactorio camino, con sonrisas cómplices en alguna noche de guardia. Deja el haber visto a médicos con un altísimo compromiso social, jefes que están predispuestos a enseñarte y ayudarte a crecer día a día. Te permite ver la sonrisa de un niño sano cuando le das el alta, o escuchar el agradecimiento de un padre afligido por lo que le pasa a su hijo, es recibir un dibujo de tu paciente que se acordó de vos en su casa, o un abrazo cuando viene a control. Ser residente son todas estas cosas, y muchas otras que claramente se me pasan a mí en este momento, y que cada uno querrá agregar. Seguramente todos tendremos un balance de lo que significa esta etapa, de sus aspectos buenos y malos, y justamente por esto es que creo que si hay algo que no nos debiera pasar en el futuro es olvidarnos de que fuimos residentes, tratando de disminuir todos esos momentos malos o angustiantes a los que recién comienzan, o simplemente entendiendo por lo que están pasando.

Vieyra Ruben Edgardo

Residente de 3er año de Pediatría



S.A.P.
CÓRDOBA
"Por la salud plena de niños,
niñas y adolescentes"

R.C.P.

Revista Cordobesa de *Pediatría*



Espacio de Reflexión

Ser médico, ser humano

El humanismo como movimiento renacentista que promueve el retorno de la cultura grecolatina como medio de restaurar valores humanos, no parece ser la definición que tenemos en mente cuando se habla de los valores humanos que debemos tener los médicos. Cuando se nos reclama que seamos más humanos, ¿qué se nos está pidiendo? Veamos la definición del diccionario de la Biblioteca Esencial de la Lengua: "humano. adj. De la humanidad o el ser humano y sus características. || Caritativo, solidario, bondadoso. || Persona hombre." También, como muchas otras cosas de la vida, podríamos definirlo por lo antagónico, lo opuesto. El antónimo de humano es cruel.

Se decidió, entonces, realizar una encuesta entre nosotros los médicos, para conocer qué creemos sobre qué es ser "humano". También se formuló esta pregunta a los alumnos de 5to y 6to año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Intentamos saber cuál era el adjetivo con el que se asociaba el concepto Humano. Entre los alumnos, surgió la palabra Ético. Los médicos, a diferencia de ellos, encontraron importante la valoración de la palabra Solidario, que significa "interesarse por el otro". Tal vez, esto sea porque, en el desarrollo de la práctica médica, han tenido vivencias de este valor como útil y tangible, aplicable a la acción cotidiana. Se investigaron otras variables en los dos grupos por igual:

- Si habían tenido una actividad docente (módulo, taller, clase magistral, etc.) sobre humanismo.
- En los que SÍ la habían tenido, si las habían considerado útiles para su desarrollo profesional (actual o futuro)
- En los que NO las habían tenido les hubiera servido tenerla o si era suficiente con los principios éticos y humanos que traían de sus familias.

Solo la mitad de los alumnos y los médicos habían tenido alguna actividad docente relacionada con las humanidades. Esto nos muestra que, desde la currícula y la actitud docente, estos contenidos no son considerados importantes. El 100% de los alumnos había tenido Farmacología, Microbiología o Anatomía Patológica, materias "en serio", con carga horaria y recursos suficientes para desarrollar los objetivos propuestos. Las humanidades son, a veces, una actividad, simplemente un recreo entre materias "útiles de verdad".

Pero, cuando se preguntó si creían que hubiera sido útil, el resultado mostró que el total de los médicos había respondido de manera afirmativa. Esto lleva a pensar que, en el ejercicio cotidiano y con personas reales, los médicos habían necesitado mayor formación humana y que no les habían resultado suficientes las herramientas que desde el seno de su familia traían, no por escasas, sino porque ahora debían desempeñarse en un rol diferente y dificultoso, en el que había tantos matices como personas a las que les tocaba atender. Las habilidades de comunicación, por ejemplo, son imprescindibles para el desarrollo de la empatía y el vínculo que se debe entablar con los pacientes para lograr un pleno e integral entendimiento de su situación de salud enfermedad y sus circunstancias.

Pero sería parcial si solo viéramos el integrante "médico" de la diada médico-otra persona (paciente). Entonces, en otra parte de la misma encuesta, se decidió interrogar también a los pacientes sobre cuáles eran las virtudes que, según su parecer, debía tener su médico. Se les solicitó que ordenaran de mayor a menor lo siguiente, según la importancia que los pacientes le otorgaban:

- Saber escuchar.
- Ser afectuoso.
- Conocimientos científicos.
- Tiempo en la consulta.

El primer lugar lo ocupó Saber escuchar. Es una acción fundamental del diálogo y del intercambio de ideas. La capacidad técnica científica fue relegada a un segundo lugar. Parece que lo que buscan los pacientes son humanos, seres con quienes compartir la vivencia de la salud-enfermedad, que tengan saberes médicos. Buscan corazones inteligentes y capaces. La medicina nos plantea dos polos de un mismo mundo: la ciencia o el "cientificismo" (frío, abstracto, racional) y el humanismo (visceral, pasional, afectivo). Del equilibrio entre las dos posturas saldrá el hacer medicina humana. Pero estas situaciones nos exceden, ya que hacen a cualquier actividad profesional. Los abogados, los arquitectos también pueden oscilar entre estas posturas. Por eso, lo fundamental sería que los hombres todos, cualquiera sea nuestra profesión u oficio, fuéramos más humanos. Para lograrlo, habría que cultivar áreas de las ciencias humanas, como las siguientes:

- La palabra (La lengua) como un experimento de comunicación de dos seres integrales (cuerpo y alma).
- La historia, en el sentido de dar contexto a la realidad y vivencias de ese "otro".
- Las artes, como una forma de sublimar el alma y los valores del hombre.

Como dice el profesor mejicano Ruy Pérez Tamayo, "un médico culto es mejor médico, no porque sea médico, sino porque es mejor ser humano".

Si bien existen normas, decálogos, escritos varios sobre la "ética médica", estos se corresponden más bien a la medicina, a la ciencia médica y no al médico como individuo. Este profesional debe guiarse por la "ética del médico", que no debe diferir de la ética del hombre en general. No hay médicos deshumanizados; hay personas deshumanizadas.

Debemos recordar que el núcleo central de la medicina es la relación médico-paciente, relación humana como tantas otras, como la amistad o la relación padre-hijo, con la diferencia de que el objetivo es buscar la salud, a veces, o la calma, siempre. Y, como relación humana, necesita el condimento indispensable del afecto. Hay que sumar amor a nuestro quehacer médico; el sentimiento acerca, supera barreras, ilumina, ayuda a entender la diversidad de los individuos y sus historias.

En el ejercicio cotidiano de la medicina y las competencias clínicas, puede que necesitemos más de saber escuchar y hablar. Muchas veces, será necesario poner el corazón en la partida y no solo el cerebro. Debemos despertar el interés cósmico para tener varias luces que iluminen un todo. Debemos ejercer el saber médico y el de otros en tareas interdisciplinarias y transdisciplinarias trabajando unidos, aportando cada uno lo suyo. Debemos aprender a tener una visión holística de la vida, de las personas y de sus realidades, tan variadas como únicas e importantes. Y, finalmente, debemos atesorar algo de alma de payaso para que el llanto y la sonrisa convivan en armonía, para tener una esperanza y la alegría a flor de piel, aun en los rincones más dolorosos del alma.

Dr. Héctor Pedicino