

Infecciones de Transmisión Sexual



El portfolio más completo para la prevención y tratamiento de APLV*

Prevención

Tratamiento de alergias

Sin síntomas
digestivos

Con síntomas
digestivos

Libre de
gluten



Nutrilon H.A.



Nutrilon Pepti



Nutrilon Pepti
Junior HE



Nutrilon Cereal
ProExpert LA

*Alergia a la Proteína de Leche de Vaca.

NUTRICIA Profesional.com
Sitio exclusivo para profesionales médicos

En las últimas dos décadas hemos asistido al resurgimiento de múltiples enfermedades que parecían olvidadas. Vuelven a aparecer con fuerza infecciones que plantean la necesidad de diálogo y fuerte apuntalamiento en la prevención.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) reaparecen como tema frecuente de consulta y los números resultan alarmantes: el Ministerio de Salud de la Nación reporta que, de los 3.875 casos de sífilis notificados en 2011, en 2017 el número llegó a 11.709. Según cifras de la OMS la incidencia global de ITS es de 357 millones de casos nuevos al año lo que supone que 1 de cada 20 adolescentes en el mundo contrae alguna ITS al año.

Se presentan, por lo tanto, como un grave problema de Salud Pública en todos los países del mundo. Con especial repercusión en adolescentes y adultos jóvenes (en edad reproductiva), aumentando a su vez la probabilidad de transmisión vertical (materno - fetal).

No es el hecho biológico de ser adolescente lo que provoca una prevalencia mayor para las ITS, sino los condicionantes vitales, educacionales, culturales, sociales y psicológicos que envuelven a los adolescentes y que estructuran sus prácticas sexuales.

La pérdida del miedo al VIH (vivido, por las últimas generaciones, como una patología crónica pero no mortal) ha derivado en un marcado descenso en el uso del preservativo y el consecuente aumento de esta y otras infecciones transmitidas por vía sexual. Se suma a esta situación el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales y la desinformación o el desconocimiento de otras ITS.

Hablar de sexo y de ITS sigue siendo, en muchos casos, complejo de abordar en la consulta diaria, sin embargo, es nuestra responsabilidad como pediatras (médicos de cabecera de niños y adolescentes) tratarlo de forma cauta pero natural.

Desde la Sociedad de Pediatría de Rosario proponemos trabajar durante el 2019, con especial énfasis, en la prevención de estas infecciones.

Los invitamos a participar activamente y desde el profundo compromiso bajo el lema: ***"2019: Año dedicado a la Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual"***.

Dra. María Carolina Viteri

Secretaria de Publicaciones y Biblioteca
Sociedad de Pediatría de Rosario

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ROSARIO

Presidente: Dra. Silvina Balbarrey

Vicepresidente: Dra. Elsa Beatriz Mindel

Secretario General: Dr. Oscar Raúl Romanini

Tesorero: Dr. Carlos Alberto Badías

Secretaria Científica: Dra. Silvia Edit Giorgi

Secretaria de Actas y Reglamentos:

Dra. Silvia Mónica Villalba

Secretario de Relaciones Institucionales:

Dr. Víctor Hugo Ramón Albanese

Secretaria de Comités:

Dra. Patricia Elena Waelkens

Secretaria de Publicaciones y Biblioteca:

Dra. María Carolina Viteri

Vocales:

Dr. Norberto Aristides Castelli †

Dra. Sonia Inés Morero

Dra. Laura Andrea Razovich

Tribunal de Honor:

Dra. Julia Grunfeld de Viu

Dra. Estela del Mar Morales

Dr. Adalberto Enrique Palazzi

Dra. María Isabel Renny

Dra. Ziomara Reeves

Síndicos:

Dra. Adela Armando

Dr. Ricardo Ariel Bentatti

Asesores Científicos:

Dra. Elena Cisaruk de Lanzotti

Dra. Julia Grunfeld de Viu

Dra. Martha Nélide Lahoz

Dra. Velia Ida Peralta

Dr. Pedro Tártara

Dra. Ziomara Reeves

REGIÓN III – LITORAL

Sede: FILIAL PARANÁ

Directora Titular: Dra. Viviana Villarruel

1º Director Asociado:

Dra. Liliana Mendez Castells

2º Director Asociado:

Dra. María Elena Quiriconi

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Presidente: Dra. Stella Maris Gil

Vicepresidente 1ra: Dr. Omar L. Tabacco

Vicepresidente 2do: Dra. María Eugenia Cobas

Secretaria General: Dr. Rodolfo Pablo Moreno

Tesorero: Dr. Miguel J. Indart de Arza

Pro Tesorero: Dr. Gastón Pablo Perez

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo:

Dra. Verónica Sabrina Giubergia

Secretario de Relaciones Institucionales:

Dr. Carlos Gustavo Wahren

Secretaria de Educación Continua:

Dra. Lucrecia Georgina Arpi

Secretaria de Filiales y Delegaciones:

Dra. Laura Beatriz Moreno

Secretario de Actas y Reglamentos:

Dr. Alejandro Eugenio Pace

Secretaria de Medios y Relaciones

Comunitarias: Dra. Rosa Inés Pappolla

Vocal 1ra.: Dra. Fabiana Gabriela Molina

Vocal 2do.: Dr. Juan Bautista Dartiguelongue

Vocal 3ra.: Dra. María Ernestina Reig

Coordinadora Técnica:

Dra. Alicia Nora Luis



ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ROSARIO

Jueves 25 de abril de 2019

1º llamado - 12:30 hs.

2º llamado - 13:00 hs.

ORDEN DEL DÍA

- Lectura del Acta anterior
- Designación de dos socios para rubricar el Acta
- Informe de Presidencia
- Informe de Tesorería
- Designación Integrantes de la Junta Electoral Período 2019 – 2021
- Designación de socios honorarios



BECA FUNDACIÓN "LEO MESSI" SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ROSARIO

A realizarse en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
(Universidad Autónoma de Barcelona)

La Sociedad de Pediatría de Rosario, con el apoyo inestimable de la Fundación Privada Leo Messi, llama a concurso de antecedentes para un período de formación de 6 meses de duración en:

- enfermedades infecciosas e inmunodeficiencias,
- errores congénitos del metabolismo, o
- gastroenterología, entre otras.

Nuevo plazo de entrega de la solicitud: 17 de mayo de 2019

Bases y condiciones

Dirección de
Control de Enfermedades
Inmunoprevenibles

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Vacunación Antigripal 2019

¿Para qué se realiza?

Reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por el virus influenza en la población de riesgo en Argentina.

¿Cuál es el objetivo de la vacunación?

Lograr coberturas mayores o iguales al 95% en cada grupo de la población en riesgo.

La vacunación antigripal debe ser efectuada en forma OPORTUNA, idealmente antes del comienzo del invierno (etapa de mayor circulación del virus influenza). No obstante, y si la situación epidemiológica nacional y local lo indican, deberá continuarse hasta que la circulación viral cese.

¿Cuándo? ¿Dónde?

La vacuna antigripal estará disponible a partir del mes de abril de 2019 de manera gratuita y obligatoria para la población de riesgo definida en todos los vacunatorios y hospitales públicos del país. La finalización de la vacunación se define según situación epidemiológica.

¿A quién está dirigida?

- **Personal de salud**
- **Embarazadas:** en cada embarazo y en cualquier trimestre de la gestación

EN CADA EMBARAZO, LA MUJER DEBE RECIBIR VACUNA ANTIGRIPIAL en cualquier trimestre de gestación y VACUNA TRIPLE BACTERIANA ACELULAR [dTpa] a partir de la semana 20 de gestación.

- **Puérperas:** hasta el egreso de la maternidad –hasta un máximo 10 días–, si no recibió la vacuna durante el embarazo.
- **Niños de 6 a 24 meses de edad** (son dos dosis, si no recibió dos dosis anteriormente)
- **Personas entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo:** requieren orden médica (excepto obesos) debiéndose detallar el grupo de riesgo al cual pertenecen
- **Personas de 65 años y mayores**

En las personas mayores de 65 años no se requerirá orden médica para recibir la vacuna antigripal y se aprovechará la oportunidad para aplicar la vacuna contra neumococo que corresponda.



COMPOSICIÓN DE LAS VACUNAS

	Virafllu®: una dosis de 0,5 mL	Virafllu® Pediátrica: una dosis de 0,25 mL
Ingredientes activos	Antígenos de superficie de virus de la gripe (hemaglutinina y neuraminidasa) cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas e inactivados con formaldehído.	
Cepas	• A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09 (cepa análoga: A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180) 15 mcg HA*; • A/Switzerland/8060/2017 (H3N2) (cepa análoga: A/Brisbane/1/2018, X-311) 15 mcg HA*; • B/Colorado/06/2017 - (linaje B/Victoria/2/87) (cepa análoga: B/Maryland/15/2016, tipo salvaje) 15 mcg HA*	• A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09 (cepa análoga: A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180) 7,5 mcg HA*; • A/Switzerland/8060/2017 (H3N2) (cepa análoga: A/Brisbane/1/2018, X-311) 7,5 mcg HA*; • B/Colorado/06/2017 - (linaje B/Victoria/2/87) (cepa análoga: B/Maryland/15/2016, tipo salvaje) 7,5 mcg HA*;
Excipientes	Cloruro de sodio 4,00 mg, cloruro de potasio 0,1 mg, fosfato de potasio dihidrogenado 0,1 mg, fosfato disódicodihidratado 0,66 mg, cloruro de magnesio 0,05 mg, cloruro de calcio 0,06 mg, agua para inyectables c.s.p 0,50 ml.	Cloruro de sodio 2,00 mg, cloruro de potasio 0,05 mg, fosfato de potasio dihidrogenado 0,05 mg, fosfato disódicodihidratado 0,33 mg, cloruro de magnesio 0,025 mg, cloruro de calcio 0,03 mg, agua para inyectables c.s.p 0,25 ml.

*hemaglutinina viral

Presentaciones

Virafllu®: jeringas prellenadas monodosis de 0,5 mL.

Virafllu® Pediátrica: jeringas prellenadas monodosis de 0,25 mL.

La vacuna se presenta en forma de líquido transparente.

POBLACIÓN OBJETIVO Y ACCIONES DE VACUNACIÓN

Población objetivo	Acciones
<i>Personal de salud</i>	Aplicar una dosis de 0,5 mL de vacuna antigripal .
<i>Embarazadas</i>	Aplicar una dosis de 0,5 mL en cualquier momento de la gestación .
<i>Puérperas</i>	Aplicar una dosis de 0,5 mL, hasta, 10 días máximo, del egreso de la maternidad si no han sido vacunadas durante el embarazo .
<i>Niños y niñas de 6 a 24 meses inclusive*</i>	Aplicar dos dosis de 0,25 mL de vacuna antigripal.
<i>Niños y niñas entre 25 a 35 meses inclusive con factores de riesgo*</i>	Los niños que hubieran recibido dos dosis de vacuna antigripal anteriormente, deberán recibir solo una dosis.
<i>Niños y niñas mayores de 36 meses a 8 años inclusive, con factores de riesgo*</i>	Aplicar dos dosis de 0,5 mL de vacuna antigripal. Los niños que hubieran recibido dos dosis de vacuna antigripal anteriormente, deberán recibir solo una dosis.
<i>Niños y adultos de 9 años a 64 años inclusive con factores de riesgo</i>	Aplicar una dosis de 0,5 mL de vacuna antigripal
<i>Adultos mayores o igual de 65 años de edad</i>	Aplicar una dosis de 0,5 mL de vacuna antigripal

*A partir de los seis meses de vida y hasta ocho años inclusive, se deben administrar dos dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas si no hubiera recibido anteriormente dos dosis de vacuna antigripal.

El intervalo mínimo entre primera y segunda dosis es de cuatro (4) semanas. Se destaca la importancia de iniciar tempranamente la vacunación.

REQUIEREN ORDEN MÉDICA

Toda las personas de edades comprendidas entre los 2 y 64 años y que tengan los siguientes factores de riesgo (excepto obesos).

Enfermedades respiratorias

- a) Crónica: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.)
- b) Asma moderada y grave

Enfermedades cardíacas

- a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías
- b) Cardiopatías congénitas

Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica)

- a) Infección por VIH
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)
- c) Inmunodeficiencia congénita
- d) Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica)
- e) Desnutrición grave

Pacientes oncohematológicos y trasplantados

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento
- b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa
- c) Trasplantados de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos

Otros

- a) Obesos con índice de masa corporal mayor a 40
- b) Diabéticos
- c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses
- d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de edad
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años
- g) Convivientes de enfermos oncohematológicos
- h) Convivientes de prematuros menores de 1.500 g

Vía de administración: Intramuscular o subcutánea profunda

Sitio de administración: en la región anterolateral (externa) del muslo (niños menores de 1 año) o parte superior del brazo (músculo deltoides).



PARA NO PERDER OPORTUNIDAD DE VACUNACIÓN SEGÚN PROVISIÓN DE LAS VACUNAS:

Se puede utilizar media dosis de Viraflu de adultos para su aplicación pediátrica.

Si va a administrarse media dosis (0,25 ml) de Viraflu®, deseche la otra mitad del volumen (hasta la marca indicada en el cuerpo de la jeringa) antes de la inyección, para dar la dosis correcta y asegurarse que no se utilice el resto.

Se pueden utilizar dos dosis de vacuna pediátrica para vacunar a un adulto, lo que implica aplicar dos inyecciones.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS → NO VACUNAR

Hipersensibilidad a los principios activos, a alguno de los excipientes y a los residuos (por ejemplo, huevo o proteínas del pollo, como la ovoalbúmina) o antecedente de reacción anafiláctica en una vacunación previa contra la influenza. La vacuna puede contener residuos de las siguientes sustancias: sulfato de kanamicina y neomicina, formaldehído, sulfato de bario, bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB) y polisorbato 80.

Antecedentes de Síndrome de Guillain-Barre ocurrido dentro de la seis semanas de haber recibido una dosis de vacuna antigripal en el caso de haberse descartado otras causas del mismo (el antecedente de haber tenido síndrome de Guillain-Barre por otras causas no es contraindicación para la vacunación con vacuna antigripal).

PRECAUCIONES → EVALUAR RIESGO - BENEFICIO

Enfermedad aguda grave con fiebre: esperar y citar para vacunar a corto plazo.

FALSAS CONTRAINDICACIONES → APLICAR VACUNA

- Conviviente de paciente inmunosuprimido
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Intolerancia al huevo o antecedente de reacción alérgica no anafiláctica al huevo
- Tratamiento con antibióticos o convalecencia de enfermedad leve
- Tratamiento con corticoides
- Enfermedad aguda benigna: rinitis, catarro, tos, diarrea
- Embarazo - Lactancia

EVENTOS ADVERSOS GRAVES

Alergia al huevo

Episodios de alergia grave y anafilaxia pueden producirse como respuesta a alguno de los componentes de la vacuna antigripal, pero estos eventos son raros. Todas las vacunas actualmente disponibles son preparadas por inoculación en huevos de pollo. Las recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de los Estados Unidos (ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices) para la vacunación son:

1. Personas con antecedentes de alergia al huevo que experimentaron solamente urticaria deberán recibir la vacuna antigripal disponible según las siguientes consideraciones de seguridad adicionales:

- a. La vacuna deberá ser administrada por personal de salud familiarizado con manifestaciones potenciales de alergia.
- b. la persona que reciba la vacuna deberá permanecer en observación por al menos 30 minutos.

No son necesarias otras medidas, tales como dosis separadas, aplicación en dos etapas o pruebas cutáneas.

2. Personas con antecedentes de reacciones como angioedema, distrés respiratorio, vómitos recurrentes o que requirieron el tratamiento con adrenalina, especialmente si ocurrió inmediatamente después o en un corto lapso (minutos a horas) de la exposición al huevo, tendrán mayor probabilidad de presentar reacción anafiláctica.

Estas personas deberán aplicarse la vacuna en un centro de atención apto para el tratamiento de la anafilaxia.

3. En todos los vacunatorios públicos y privados se debe disponer de los insumos requeridos para tratar los casos de anafilaxia, así como personal capacitado en la asistencia

4. Diferenciar la intolerancia de la alergia al huevo: las personas que pueden comer huevo cocinado es improbable que presenten alergia. Las personas alérgicas habitualmente toleran el huevo en productos horneados. La tolerancia al huevo no excluye la alergia. La alergia al huevo se confirmará según la historia clínica y el dosaje de anticuerpos IgE contra la proteína del huevo.

5. El antecedente de reacción alérgica grave posterior a una dosis de vacuna antigripal aplicada con anterioridad, independiente del componente sospechado de ser el responsable de la reacción, contraindica la aplicación futura de la vacuna antigripal.

Síndrome de Guillain-Barré

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una neuropatía periférica aguda relativamente rara (ocurren anualmente entre 1 y 2 casos por cada 100.000 personas), en el cual el diagnóstico etiológico es dificultoso. Se ha encontrado asociación causal con ciertas enfermedades infecciosas, como la enfermedad diarreica aguda por *Campylobacter jejuni* (1 caso de SGB por cada 3.000 infecciones confirmadas por *Campylobacter jejuni*). El riesgo de SGB en vacunados aumenta en 1 caso por millón comparado con los no vacunados.

Anafilaxia

LA ANAFILAXIA POST VACUNACIÓN ES MUY RARA, CON UNA TASA DE 1 - 10/1.000.000 DOSIS APLICADAS Y SE PRESENTA EN LA PRIMERA HORA POST VACUNACIÓN.

Pueden observarse reacciones alérgicas (por ejemplo, urticaria, edema angioneurótico, asma alérgica y anafilaxia general), después de la administración de la vacuna antigripal. En general, se considera que estas reacciones son el resultado de la hipersensibilidad al contenido residual de la proteína del huevo en la vacuna. La mayoría de las personas alérgicas al huevo pueden ser vacunadas con seguridad.

Tiempo de presentación

Las manifestaciones clínicas de la anafilaxia se describen por lo general con un inicio en segundos a minutos post-vacunación. En la mayoría de los casos pueden presentarse hasta las doce horas después de la exposición.

La adrenalina por vía intramuscular (IM): es el pilar del tratamiento y se debe administrar de inmediato. El retraso en su administración empeora el pronóstico.

**NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE
ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)**

La notificación puede ser realizada por cualquier integrante del equipo de salud, en las primeras 24 horas en los casos de ESAVI grave, y dentro de la primera semana en el resto.

A partir del año 2018 la notificación se realiza través del sistema NomiVac ingresando al siguiente link: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>.

Para poder notificar se necesita ser profesional de la salud matriculado en el ámbito nacional o provincia (médica/o o enfermera/o). No se requiere tener un usuario registrado.



CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS**
en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Edad	Vacunas		BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugado (3)	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Polio		Rotavirus (7)	Meningococo (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Viral SRP (11)	Varicela (12)	Cuádruple o Quintuple Pentavalente DTP-Hib (13)	Triple Bacteriana Celular DTP (14)	Triple Bacteriana Celular dTpa (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Bacteriana dT (17)	Doble Viral SRP o Triple Viral SRP (18)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO	
			única dosis (A)	dosis neonatal (B)			IPV (5)	OPV (6)													Fiebre Amarilla FA (19)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)
Recién nacido																						
2 meses					1ª dosis	1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis (D)													
3 meses										1ª dosis												
4 meses					2ª dosis	2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis (E)													
5 meses										2ª dosis												
6 meses						3ª dosis		3ª dosis														
12 meses				refuerzo								única dosis	1ª dosis									
15 meses										refuerzo	dosis anual (F)			única dosis								
15-18 meses								1ª refuerzo							1ª refuerzo							
18 meses																				1ª dosis (I)		
24 meses																						
5-6 años (ingreso escolar)								2ª refuerzo					2ª dosis		2ª refuerzo							
11 años										única dosis						refuerzo	2 dosis (N)			refuerzo (M)		
A partir de los 15 años													iniciar o completar esquema (J)									
Adultos																		refuerzo cada 10 años	iniciar o completar esquema (I)		única dosis (N)	
Embarazadas				iniciar o completar esquema (L)							una dosis (G)					una dosis (J)						
Puerperio											una dosis (H)		iniciar o completar esquema (I)									
Personal de salud											dosis anual					una dosis (K)			iniciar o completar esquema (I)			

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)

(2) HB: Hepatitis B

(3) Prevención de Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo

(4) DTP-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b,

(5) IPV: (Sólo) Poliovirus oral

(6) Rotavirus

(7) Meningococo

(8) Antígenos

(9) HA: Hepatitis A

(10) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubéola, Paperas

(11) Varicela

(12) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus Influenzae b,

(13) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa

(14) dTpa: (Triple Bacteriana Acellular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa

(15) VPH: Virus Papiloma Humano

(16) dT: (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos

(17) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola

(18) FA: (Fiebre Amarilla)

(19) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad

(B) En las primeras 12 horas de vida

(C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo

(D) En caso de tener que iniciar: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera

(E) La 1ª dosis debe administrarse antes de los cuatro meses y seis días o tres meses y medio

(F) La 2ª dosis debe administrarse antes de los veintidós meses o los seis meses de vida

(G) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas

(H) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antipalud en cualquier trimestre de la gestación

(I) Puerperas deberán recibir vacuna antipalud si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto

(J) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965

(K) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación

(L) Personal de salud que asista menores de 12 meses, Revacunar cada 5 años

(M) Residentes en zonas de riesgo

(N) Residentes en zona de riesgo: único refuerzo a los diez años de la primera dosis

(O) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna

(P) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses

Para más información:

0-800-222-1002 salud.gov.ar

Secretaría de
Gobierno de Salud

Sífilis

Introducción:

Desde el 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis en la Región, y establecieron metas al respecto para el 2015.

Estos compromisos se renovaron y ampliaron en el año 2016 mediante la aprobación del Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS)" 2016 - 2021. El plan de acción amplía la iniciativa de ETMI (de ahí el nombre de "ETMI-plus") para incluir la eliminación de otras enfermedades

transmisibles prevenibles en la Región, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

En ese sentido se propone un plan de trabajo y en el año 2016 se conforma un equipo en epidemiología de nuestra provincia que genera una base de datos, por cada una de estas patologías, cuyo objetivo es brindar información actualizada sobre la mujer embarazada infectada y el seguimiento del RN.

En la siguiente tabla se muestran los casos de Sífilis notificados durante los años 2016 - 2019 hasta semana epidemiológica (SE) 13:

	2016	2017	2018	2019*
Casos notificados de embarazadas positivas	262	227	191	57
Sífilis congénita	30	54	33	21
Sífilis congénita c/neurolúes	6 / 30	3 / 54	7 / 33	2 / 21

* Hasta SE 13

De los 33 casos de SC del año 2018, 2 murieron dentro de las 48 hs con diagnóstico de lúes, y de los 21 casos de este año uno corresponde a un feto muerto de 32 S de EG con diagnóstico materno de sífilis (VDRL 128 díls) al momento del parto. Observamos que en este 1er trimestre del 2019 ya se diagnosticaron la mitad de los casos de los años anteriores.

Recuerde:

- Confirmar toda prueba no treponémica (PNT) reactiva (VDRL, USR, RPR), aunque los títulos sean bajos, con una prueba treponémica (MHA-TP, TP-PA, FTA-abs, etc.).
- Realizar el tratamiento con 3 dosis de penicilina benzatínica I.M. semanal, a menos que demuestre que la infección tiene menos de 1

año de evolución.

- Considerar alérgicas a la penicilina, sólo a quién haya tenido un fenómeno alérgico mayor (edema de glotis, broncoespasmo severo), en ellas se intentará la desensibilización.
- Realizar PNT a todas las puérperas, aún con embarazo controlado y PNT (-) en el 3er. trimestre.
- Revisar al ingresar una paciente al centro obstétrico el resultado de VIH, si no lo tiene o no lo trajo, realice test rápido.
- Controlar y certificar que la pareja de cada paciente con una ITS haya recibido tratamiento completo. La falta de tratamiento de la pareja es la principal causa de reinfección

Sífilis

durante el embarazo.

- Planificar el seguimiento de las pacientes embarazadas con sífilis mediante VDRL, USR o RPR mensual, para la pesquisa precoz de una reinfección (no con una prueba treponémica (PT)).

- Investigar otras ITS, en pacientes embarazadas y sus parejas con diagnóstico de sífilis (hepatitis B, herpes genital, infección gonocócica, infección por *C. trachomatis*, VIH).

Se considera madre adecuadamente tratada y seguida, cuando:

- El tratamiento fue con penicilina.
- Recibió 3 dosis, con una semana de intervalo entre cada una.
- La última fue más de un mes antes del parto.
- Tiene control de VDRL mensual, y durante el seguimiento presenta el descenso esperado.

Tenga en cuenta:

- Si el RN recibía ampicilina EV como parte del tratamiento de la sepsis precoz, no se descontarán de los 10 días de penicilina EV.

- Si la pareja sexual de la madre, no ha recibido tratamiento o no se pueda documentar el mismo, el niño RN deberá recibir tratamiento antibiótico. No se puede descartar una reinfección materna cercana al parto. Esto es especialmente importante cuando por antecedentes maternos o por sus condiciones clínicas, estaban exceptuados.

- Los pacientes que requieran ser evaluados con punción lumbar, por alguna razón no se puede realizar o es traumática, deberán recibir tratamiento con penicilina EV por 10 días.

- Los pacientes tratados deben ser seguidos con VDRL trimestral hasta el año.

- Los pacientes no tratados deben ser controlados con VDRL mensual los primeros tres meses de vida según algoritmo.

Dra. Liliana Benegas
Comité de Infectología de SPR

Amplíe la información sobre **SÍFILIS** haciendo **click aquí**



Trastornos del espectro autista, indicadores clínicos de sospecha.

El autismo fue descrito por Leo Kanner MD., en 1943. La definición clínica fue basada en las observaciones realizadas en un pequeño grupo de pacientes que demostraban extrema reserva e indiferencia total por el medio. Adicionalmente presentaban pobre contacto visual y trastornos severos del lenguaje, asociados a una aparente carencia del deseo de comunicarse. A lo largo del tiempo, el concepto de autismo ha sido revisado y modificado, la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) lo incluyó en la denominación de Trastornos Profundos del Desarrollo, posteriormente lo integró a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD.) y en la actualidad lo reconoce como Trastorno del Espectro Autista (TEA.). A esta última categoría adhiere la OMS. a través de la "Clasificación Internacional de las Enfermedades, Edición 11 (CIE11), que se presentará en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019.

El espectro autista se define por la presencia o ausencia de una constelación de síntomas, expuestos en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM V y determinantes de un fenotipo conductual de diversas etiologías. Las manifestaciones del comportamiento incluyen deficiencias cualitativas en la interacción social y en la comunicación verbal y no verbal, patrones de comportamiento repetitivo y estereotipado, y un repertorio restringido de intereses y actividades.

El TEA. no se expresa a través de un marcador biológico, ni bioquímico específico y reconoce un fuerte origen genético. La prevalencia es de 1:68. Afecta a todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos. Es más frecuente en varones, en una proporción de 3-5: 1, esta relación es más baja en los pacientes con discapacidad intelectual y se incrementa en quienes presentan un cocien-

te intelectual alto.

Alrededor del 10 % de los casos de TEA. son secundarios a alguna patología cerebral previa, cromosomopatías, enfermedades neurocutáneas, metabólicas, infecciones prenatales, daño perinatal, encefalopatía epiléptica entre otras. El diagnóstico de una enfermedad asociada define los síntomas clínicos neurobiológicos, pero no excluye el diagnóstico de TEA., determinado por los patrones de comportamiento.

«ES UNO DE LOS TRASTORNOS CON MAYOR COMPONENTE HEREDITARIO, PERO NO EXISTE NINGÚN MARCADOR MOLECULAR QUE POR SÍ SOLO DEFINA SU DIAGNÓSTICO»

Algunas publicaciones alarman sobre el aumento del número de casos, del cual surge el concepto de "autismo epidémico". El incremento se relaciona con avance en la metodología empleada para la pesquisa, que subyace en una mejor comprensión del problema, sus causas y factores de riesgo.

"HAY MÁS NIÑOS CON TEA QUE EL TOTAL DE AFECTADOS POR CÁNCER + DIABETES JUVENIL + FIBROSIS QUÍSTICA + DISTROFIA MUSCULAR"

El diagnóstico, habitualmente no se completa hasta pasados los 2 o 3 años de reconocido el cuadro. Identificado el núcleo diagnóstico, determinar las entidades asociadas "discapacidad intelectual, trastornos del lenguaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, epilepsia y entidades psiquiátricas", permite orientar el tratamiento específico para cada niño o adolescente. Otras variables, entre ellas el nivel de severidad del cuadro, tipo (primario-secundario), edad, estructura socioeducativa familiar, accesibilidad al sistema de salud, son determinantes del diseño del proyecto terapéutico.

Trastornos del espectro autista, indicadores clínicos de sospecha.

La importancia del diagnóstico temprano radica en que, una intervención intensiva, conductual, educativa e interdisciplinaria puede producir un impacto positivo en la evolución a largo plazo; si bien no hay consenso respecto a la mejor estrategia terapéutica a implementar.

Las personas con TEA. sufren estigmatiza-

ción, discriminación y privaciones injustas en materia de salud, educación e inclusión social; y son más vulnerables a sufrir, lesiones, violencia y abuso. Las comorbilidades asociadas a la condición, y los problemas de salud, que no difieren de los que presentan niños y adolescentes con desarrollo típico, determinan las necesidades de atención sanitaria.

Indicadores Clínicos:

Las personas con TEA. pueden presentar las siguientes características:

- No responder a su nombre a los 12 meses de edad.
- No señalar los objetos para demostrar su interés a los 14 meses de edad.
- No jugar juegos de simulación a los 18 meses de edad.
- Alinear objetos. Demostrar interés excesivo por partes del objeto.
- Evitar el contacto visual y preferir estar y jugar solos.
- Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.
- Repetir palabras o frases una y otra vez (ecolalia).
- Dar respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace.
- Hablar con un tono monótono, robótico o cantado.
- No comprender los chistes, el sarcasmo, ni las bromas.
- Irritabilidad e inflexibilidad ante cambios mínimos.
- Intereses restringidos.
- Rutinas rígidas.
- Ritmias o estereotipias motoras. Aletear las manos, mecerse o girar en círculos.
- Conductas inapropiadas como respuesta al sonido, el olor, el gusto o el tacto.

Casi todas las madres de nuestros pacientes recordaban su asombro por el *fracaso de los niños para asumir una postura anticipatoria*, preparatoria para ser recogidos.

El niño con desarrollo típico durante los primeros meses, aprende a ajustar su cuerpo a la postura de la persona que lo sostiene, el niño autista se muestra pasivo como si fuera un saco de harina (L. Kanner 1943).

Otras señales de alerta, patrones motores atípicos.

Teniendo como referencia edad de cumplimiento de la pauta observada, jerarquizar:

Retraso en adquisición de la sedestación

Falta de defensa lateral

Predominancia en el uso de un miembro superior.

Gateo Asimétrico. Asíncrono o hacia atrás

Gateo con apoyo del antebrazo

Tilting Test (-) a los 6 meses

Persistencia del reflejo tónico cervical asimétrico

Posición puente; en bloque

Posturas anómalas en decúbito prono

Atención conjunta (-)

Trastornos del espectro autista, indicadores clínicos de sospecha.

Se recomienda promover la evaluación especializada del desarrollo neurológico en todo niño que fracase en los siguientes hitos:

Balbuceo: 12 meses

Gestos imitativos: 12 meses

Palabras aisladas: 16 meses

Dos palabras frases espontáneas: 24 meses

Pérdida del lenguaje o de las habilidades sociales a cualquier edad

No se identifican estudios relevantes sobre signos y síntomas específicos sugestivos de TEA. en el adolescente y el adulto. De acuerdo con la opinión de expertos, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sugirió que la presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas debe orientar la evaluación:

Persistente dificultad en la interacción social

Persistente dificultad en la comunicación social

Comportamientos estereotipados (rígidos y repetitivos), resistencia al cambio (dieta, rutina o entorno) o intereses restringidos.

Problemas para permanecer en el sistema educativo o para encontrar y mantener un empleo.

Dificultad para iniciar o mantener relaciones sociales.

Historia de una condición atípica del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, déficit de atención, enfermedad mental)

En el primer nivel de atención, entre el 40 y el 50 % de las consultas pediátricas involucran problemas del desarrollo. El Médico ocupa un rol importante en la definición del concepto de Normalidad, siendo necesario formalizar el monitoreo de los progresos funcionales. Priorizar la estimación materna como parámetro de medida del funcionamiento neurológico es clave para el diagnóstico oportuno.

Dra. Anahí Luque
Comité de Neuropediatría. SPR.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Screening and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder for Healthcare Providers. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-screening.html>

Baumer et al. Evaluation and Management of the Child With Autism Spectrum Disorder. American Academy of Neurology. 2018

Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, (217250).

Lai Meng-Chuan et al. Autism. (2016) [www.thelancet.com http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)

2 de Abril

Día Internacional de Concienciación sobre Autismo

2 DE ABRIL

Día Internacional de
Concienciación sobre Autismo

Problemas para la Comunicación
Social e Intereses absorbentes

RECONOCER PARA INTERVENIR

Incorporar
herramientas
para mejorar las
prácticas en
salud



RECONOCER PARA INTERVENIR

Las secuencias
visuales facilitan
las intervenciones
en niños con
Desarrollo Atípico

RECONOCER PARA INTERVENIR

Mejorar las
prácticas en salud
exige el
compromiso de
todos



Reconocer y
acompañar el derecho
al Diagnóstico y al
Tratamiento oportunos

Carrera de Posgrado de Especialización
en Neurología Infantil.
Facultad de Ciencias Médicas. UNR.
unicentenario.fcm@gmail.com

14 de Abril

Día Internacional de la lucha contra el Mal de Chagas

¿Sabés que es el Chagas?

Es una enfermedad infecciosa producida por un parásito:
Trypanosoma Cruzi
Puede afectar el **corazón** y el **sistema digestivo**
Puede generar invalidez e incluso la muerte

¿Quién lo transmite?

Un insecto llamado **vinchuca** o **chinche**. Pica a las personas y animales porque se alimenta de su sangre.

¿Dónde vive la vinchuca?

- En cajas de ropa.
- En techos de paja.
- En grietas de paredes.
- En corrales y gallineros.

¿Cómo se transmite?

- por contacto con el vector.
- de madre a hijo por vía **transparentaria**.
- por transfusiones.

1

La vinchuca sin Chagas pica a la persona o animal infectado y contrae el parásito **Trypanosoma Cruzi**.

2

Cuando la vinchuca infectada te pica para alimentarse de tu sangre, defeca y deposita los parásitos en la piel.

3

Al rascarte la picadura, el parásito se introduce en el cuerpo.

¿Qué hacer para evitar el Chagas?

- Mantener ordenadas las casas, los depósitos, los gallineros y corrales.
- Tapar grietas y huecos de paredes, alisar techos y pintar.
- Corrales y gallineros lejos de la casa, los perros deben dormir fuera de la vivienda.

Recordar ...

- Por las migraciones el mayor número de infectados se encuentra en las grandes ciudades.
- Si encontrás vinchucas en tu casa, solicitá la fumigación.
- El Chagas se detecta con un simple análisis de sangre: si estás embarazada hacete el test.
- Todo Recién Nacido hijo de madre Chagas positivo, debe testearse.
- Los niños, adolescentes y jóvenes pueden curarse si reciben tratamiento. Las drogas disponibles son altamente efectivas y seguras.
- El diagnóstico y tratamiento del Chagas se realizan en centros de salud y hospitales públicos y son gratuitos!!

El Chagas tiene cura

Las mujeres embarazadas con Chagas, pueden transmitir la enfermedad a sus hijos: la tasa de transmisión madre-hijo es entre 4 y 10%.

En Argentina más de 1000 niños contraen la enfermedad a través de la placenta: el tratamiento de niñas y mujeres en edad fértil previene esta forma de transmisión.



SAP
SOCIEDAD ARGENTINA
DE PEDIATRÍA

Por un niño sano
en un mundo mejor

www.sap.org.ar
Av. Coronel Díaz 1971/75 (C1425DQF)
CABA - Argentina - Tel. (54-11) 4821-8612
institucional@sap.org.ar

NUTRICIA • Bagó
Expertos en nutrición temprana



Nutrilon
ProExpert

La fórmula post-alta NUTRILON PREMATUROS 2 ahora también en formato líquido!

Nutrilon Prematuros 2, acorde a las recomendaciones, **brinda el aporte de nutrientes adecuado para alcanzar el crecimiento óptimo** para su edad.⁽¹⁾

Los niños prematuros que reciben una fórmula post alta **alcanzan valores de peso y talla más adecuados** en comparación con aquellos niños prematuros que reciben una fórmula Etapa 1.⁽²⁾

El formato líquido tiene mayor practicidad y mayor seguridad ⁽³⁾

NUEVO!



NUTRICIA Profesional.com
Sitio exclusivo para profesionales médicos

(1) Agget P et al; Feeding Preterm infants after hospital discharge. A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition; JPGN 2006;42:596-603.
(2) Lucas A et al; Randomized trial of nutrient-enriched formula versus standard formula for postdischarge preterm infants. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):703-11.
(3) AFSSA Hygiene recommendations for the preparation, handling and storage of feeding bottles. July 2005

NOTA IMPORTANTE:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para el lactante. La introducción con biberón puede conducir al abandono de la lactancia natural y la posibilidad de revertir esta decisión es limitada; de ahí que la alimentación en base a fórmulas lácteas debe llevarse a cabo sólo ante la dificultad real de suministrar al lactante leche materna. El uso de sucedáneos de la leche materna en forma inadecuada y/o innecesaria repercute en el estado de salud del lactante y afecta los aspectos sociales y económicos de la alimentación. Mantener la práctica natural como medio de mejorar la salud y la nutrición de lactantes y niños de corta edad es preocupación prioritaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (OMS - 1981) tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos son necesarios. **Para profesionales de la salud exclusivamente. Prohibida su distribución al público general.**

Rumbo a:



Rosario

Santa Fe, Argentina

24 al 27 de septiembre
2019



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ROSARIO

Staff

*Boletín Sociedad de
Pediatría de Rosario.*

Coordinadora:

Dra. María Carolina Viteri.

Colaboradora:

Dra. Sonia Morero

Catamarca 1935 - 2000 Rosario - Telefax: 0341 425 3062
administracion@pediatriarosario.org.ar