

Noticias

SECCIÓN A CARGO DE **PAOLA VIOLA^a** Y **SILVIA TONINI^b**

1º de abril

Día Nacional del Donante Voluntario de Médula Ósea

Esta fecha recuerda la creación del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas del INCUCAI hace 16 años.



7. *Se realiza el trasplante.* Las células son enviadas a la unidad de trasplante donde se encuentre el paciente. Esto le permitirá seguir viviendo y reintegrarse sano a la sociedad.

Lo que hay que saber

- Las CPH (Células Progenitoras Hematopoyéticas) tienen la capacidad de originar todos los tipos celulares de la sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Por eso un trasplante de CPH, conocida popularmente como trasplante de médula ósea, puede curar enfermedades de la sangre como la leucemia.
- La médula ósea no es la médula espinal.
- Las células extraídas se regeneran en poco tiempo.
- La donación de CPH no tiene riesgo para la salud del donante.
- Ser donante de órganos no significa ser donante de médula ósea.
- El donante no necesita viajar a donde se encuentra el paciente.
- Los estudios pre-donación de CPH del donante son cubiertos íntegramente por el Registro.
- Los gastos de búsqueda de donante y colecta de células son financiados por las coberturas sociales públicas y privadas.

El **Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH)** es la entidad argentina que se encarga de la incorporación de donantes de células para ser utilizadas en el tratamiento de enfermedades con indicación de trasplante. Para ampliar las oportunidades de encontrar un donante compatible, los Registros de Donantes de todos los países se agrupan en una **Red Internacional BMDW** (www.bmdw.org).

¿POR QUÉ INSCRIBIRSE COMO DONANTE?

- Porque **enfermedades de la sangre como la leucemia se pueden curar con un trasplante de CPH.**
- Porque este acto voluntario, libre, gratuito y solidario **aumenta las posibilidades de los pacientes que necesitan un trasplante de células.**
- Porque el **75% de los enfermos no tiene un donante compatible en su familia y debe recurrir a un donante no emparentado.**
- Porque la posibilidad de encontrar **un donante compatible es de 1 en 40.000** inscriptos.

Registrarse como donante es simple.

INCUCAI | **Ministerio de Salud**
Presidencia de la Nación

Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - CPH
Dr. Ramón Carrillo 489 / 3º - C1275AHE
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
(54 11) 5533.1300 - donantes@incucaigov.ar
www.incucaigov.ar/cph - 0800 555 4628

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos HNRG
b. Médica pediatra. Ex médica de planta HNRG

La inscripción

SE REALIZA EN LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE HEMOTERAPIA HABILITADOS DE TODO EL PAÍS.



1.

Se dona una unidad de sangre (450 ml).

Los requisitos son:

- Estar sano
- Tener de 18 a 55 años
- Pesar más de 50 kg.
- Completar una ficha con información

La sangre es analizada.

Se descartan enfermedades infectocontagiosas y se estudia el código genético (HLA) de las células que permitirá evaluar la compatibilidad con los posibles receptores.



2.



3.

El Registro ingresa los datos a la base nacional.

Al incorporar los datos al Registro Nacional Argentino, se ingresa a la Red Internacional.

La donación

EL DONANTE SERÁ CONTACTADO SI ES 100% COMPATIBLE CON UN PACIENTE.



4.

El donante reconfirma su voluntad.

Si el donante confirma su decisión, el Registro coordina el encuentro con el equipo médico. La donación no es inmediata.

Los médicos analizan la salud del donante.
El Registro le informa los pasos a seguir para donar sus células y le brinda la información necesaria para decidir qué método utilizar.

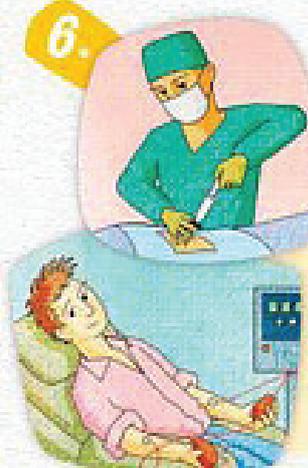
5.



Se realiza la extracción de células.

Existen 2 métodos para concretar la donación. Ambos métodos son seguros y rápidamente el donante puede retomar las actividades diarias.

6.



Por punción en las crestas ilíacas (hueso de la cadera), procedimiento que se realiza bajo anestesia general y requiere de un día de internación para control clínico. Por aféresis, una práctica ambulatoria en la que se aplica una vacuna diaria en el brazo, durante 5 días, para estimular la salida de células al torrente sanguíneo y así poder extraerlas de las venas.

En la página del INCUCAI <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca> están disponibles este y otros afiches para compartir con la comunidad con el objetivo de difundir este tema. http://www.msal.gob.ar/index.php?filter_problematika=16&filter_soporte=0&palabra_clave=&option=com_ryc_contenidos

6 de abril Día de la actividad física

Según la OMS, la inactividad física es un factor principal de riesgo de muerte prematura por enfermedades no transmisibles. En cambio, la actividad física regular está asociada a menores riesgos de cardiopatía, accidente cerebrovascular, diabetes y cáncer de mama y de colon y a una salud mental y una calidad de vida mucho mejores. Por este motivo, en 2018, presentó el “*Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: Más personas activas para un mundo más sano*”. Este proyecto, busca brindar posibles vías para reducir la inactividad física en adultos y adolescentes en un 15% para 2030.

En la Argentina, el 55% de la población es sedentaria, según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013) del Ministerio de Salud de la Nación.

El Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil de la Sociedad Argentina de Pediatría, recomienda:

- Los niños y adolescentes de 5 a 17 años deberían acumular por lo menos 60 minutos de actividad física (AF) diaria de intensidad moderada a vigorosa. Esta puede ser realizada:
 - en varias sesiones a lo largo del día,
 - a través de juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados,
 - en el contexto de la familia, la escuela y las actividades comunitarias.

Además, al menos 3 días por semana, ejercicios vigorosos para mejorar la fuerza de los grandes grupos musculares del tronco y extremidades y promover la salud de los huesos.

- En adultos se recomienda realizar 30 minutos diarios de AF en forma continua o fraccionada.

Como pediatras, debemos difundir estas recomendaciones en cada consulta, tanto con nuestros pacientes como con sus familias.

Fuentes: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276418/A71_18sppdf?sequence=1&isAllowed=y
<http://www.sap.org.ar/consensos.php>

13 de abril Día del Kinesiólogo

Breve reseña de la Historia de la Kinesiología Argentina

El término kinesiología proviene del griego κίνησις, kínēsis, derivado de κινεῖν que significa movimiento; y de λογία, logos, estudio. Los griegos fueron los primeros en incorporar los ejercicios gimnásticos al tratamiento médico. En el siglo V a.C., Diocles, posterior a Hipócrates, escribe *Sobre la dieta*. En esta obra de cuatro volúmenes, resume de manera enciclopédica, toda la literatura reunida hasta esa época. “Diocles construye un plan médico diario sobre los dos pilares de ejercicios de mañana y tarde en el gimnasio”. (Jaeger, 1945)

En América, las prácticas indígenas documentadas en figuras de piedra, hueso y arcilla, muestran prácticas manuales realizadas en Perú y Bolivia, realizadas desde 10 ó 12 siglos. También en la región del noroeste argentino, influidos por la cultura incaica y entre los nativos patagónicos se practicaban maniobras y movilizaciones con valor curativo. Estas anotaciones que se corresponden con las medicinas empírica, mágica y sacerdotal primitivas, si bien son antecesoras de la kinesiología en el país, se siguen conservando entre esos pueblos o descendientes de dichas culturas. (Feldman, 2005).

Los modelos iniciales de la kinesiología argentina son influenciados por la escuela sueca de Ling y posteriormente de Gustav Zander, quien ideó en 1864 en Estocolmo los aparatos de mecanoterapia con poleas, palancas y pesos que ofrecían resistencias o asistencias a los ejercicios metodizados. Aproximadamente por 1884 llegaron estos aparatos a la Argentina por medio de Ernesto Aberg, quien



escribió el primer libro de ejercicios terapéuticos en Sudamérica. Esta literatura específica de kinesiología fue continuada por Cecilia Grierson quien, en 1897, escribió “Masaje práctico con ejercicios complementarios”.

La doctora Cecilia Grierson, primera mujer médico en la Argentina graduada en 1889, real precursora de la kinesiología universitaria, se desempeñó en distintas especialidades médicas como tocoginecología y pediatría, se dedicó a la reeducación de ciegos y sordomudos, a la enfermería, (fundó la Escuela de Enfermeras en 1886) y a la kinesiología. (Prof. Dra. Cristina Oleari).

El 13 de abril de 1937 la profesión adquiere nivel universitario cuando se funda la Escuela de kinesiología en la Universidad de Buenos Aires (UBA), bajo la iniciativa del profesor Dr. Octavio Fernández, quien es considerado el padre de la kinesiología argentina. Finalmente, el 13 de abril del año 1950, por medio del Decreto nacional N 8648, se declara “Día de la kinesiología argentina”

Nuestra Unidad

El Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez ha sido pionero en la inclusión de la kinesiología. En 1910 fue construido, con fondos donados por el Dr. Luis Tamini el pabellón que lleva su nombre, aunque en el principio se destinó a la atención de enfermos infecto-contagiosos. Por los años 50 y 60, durante la epidemia de poliomielitis, nuevas áreas de trabajo como la kinesiología respiratoria ayudaron al tratamiento de esta enfermedad. Se integraron al Centro Respiratorio algunos kinesiólogos que se desempeñaban en la contigua sala Tamini, dedicada a la asistencia y recuperación neuromuscular post epidemia de poliomielitis.

La Unidad siempre fue sede de concurrencias, la mayoría de los profesionales actualmente integra el *staff* permanente de la Unidad participando en actividades asistenciales, de docencia e investigación. Históricamente la Unidad se caracterizó, no solo por la capacitación permanente del propio recurso humano, sino también de residentes de hospitales del GCBA y de otros hospitales provinciales, quienes realizan su rotación obligatoria de Pediatría desde el año 1992. En la Sede se dicta la carrera de Especialista Universitaria de “Kinesiología Pediátrica y Neonatal”, UBA de manera regular desde el año 2009. (2017-444-APN- CONEAU#ME).

Actualmente la Unidad de Terapia Física y Kinesiología cuenta con los siguientes recursos humanos:

- 1 jefa de Unidad, Licenciada Kinesióloga Fisiatra Marcela Baldoni.
- Profesionales de planta: 11 (8 en horario matutino y 3 en vespertino)
- Profesionales de guardia: 4 titulares de guardia y un suplente por día.
- Concurrentes: 1 concurrente de 4° año, 3 concurrentes de 2° año, y 3 ingresantes de 1° año.
- 1 profesional de planta, coordinadora de residentes y concurrentes.
- 1 secretario administrativo.

Rotantes externos:

- Alumnos de la Especialidad de Kinesiología Pediátrica y Neonatal de la UBA.
- Alumnos de la carrera de grado Lic. Kinesiología y Fisiatría. UBA. Cátedra Clínica Médica (4 año) y Kinefisiatría Clínica Quirúrgica (5 año).

Las áreas de atención incluyen:

- Consultorio Externo ambulatorio, donde se atienden diariamente diversas patologías (traumatológicas, ortopédicas, neurológicas, reumáticas, respiratorias, entre otras).
- Internación: salas de clínica médica, cirugía, Infectología, Centro Respiratorio, Guardia, y todas las áreas cerradas (UTIP, UCIN, UCO y UTIM).

Con una productividad anual (según datos de estadística 2018) de 165.208 prestaciones, con 40.739 pacientes atendidos (24.516 por guardia y 16.223 por consultorio)

Finalmente debemos destacar el trabajo que se realiza activamente con el Equipo interdisciplinario de Espina Bífida y con el de Fibrosis Quística.

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.sadak.com.ar/publicaciones/historia_kinesiologia.pdf
- <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-años-de-políticas-sanitarias-en-argentina.pdf>
- <http://www.cristinaoleari.com.ar>

- "Unidad 3, Centro respiratorio". Carlos N Macri. Rev. Hospital. Niños Buenos Aires. 2016;58 (261):161-167/161.
- Jaeger, Werner. Paideia. Editorial Fondo de Cultura Económica. 1945. México. Pp. 816, 826 y 828
- En colaboración con la Unidad de Terapia Física y Kinesiología HNRG. Lic. Klga. Ftra. Marcela Baldoni, Lic. Klga. Ftra. Miriam Peralta, Lic. Klga. Ftra. Patricia Ratto

22 al 29 de abril

Semana Mundial de las Inmunodeficiencias Primarias

Del 22 al 29 de abril del 2019 se celebró la Semana Mundial de las Inmunodeficiencias Primarias (IDP), siendo el 29 de abril el día internacional de la Inmunología. Este evento consiste en una campaña anual de concientización de las IDP con el objetivo de lograr un mejor conocimiento de estas enfermedades y facilitar la sospecha de pacientes con posibilidad de tener IDP. De esta manera se podrá llegar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que evite complicaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes.

Una gran proporción de individuos con IDP permanecen aún sin diagnóstico, y su prevalencia sería mayor a lo estimado.

Esta campaña la realizan a nivel mundial sociedades científicas, agrupaciones de pacientes y organizaciones; todas vinculadas con las IDP y está dirigida a médicos, otros profesionales de la salud, pacientes, familiares, autoridades sanitarias y comunidad.

Las IDP se producen por defectos genéticos que alteran el número o función de uno o más componentes





del sistema inmune. Su presentación clínica es variable, desde infecciones, autoinmunidad, alergia, malignidad y linfoproliferación.

En la actualidad existen más de 350 formas de IDP. Sin un diagnóstico temprano y terapéutica adecuada los pacientes tienen alta morbimortalidad.

Uno de los elementos de la campaña de difusión lo constituyen los signos de alerta que permiten advertir de una posible IDP.

En la medida que se logre una mayor concientización y conocimiento de las IDP, los pacientes podrán ser detectados y diagnosticados en forma temprana. Además, son necesarias políticas de salud pública acordes con estas enfermedades, para que los pacientes tengan acceso a los estudios inmunológicos y al tratamiento indicado.

En colaboración con el Grupo de Trabajo Inmunología. Centro Jeffrey Modell Argentina, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

25 de abril de 2019

Día Mundial del Paludismo: “La malaria cero empieza conmigo”

HACIA LA CERTIFICACIÓN DE LA ELIMINACIÓN DEL PALUDISMO O MALARIA EN LA ARGENTINA

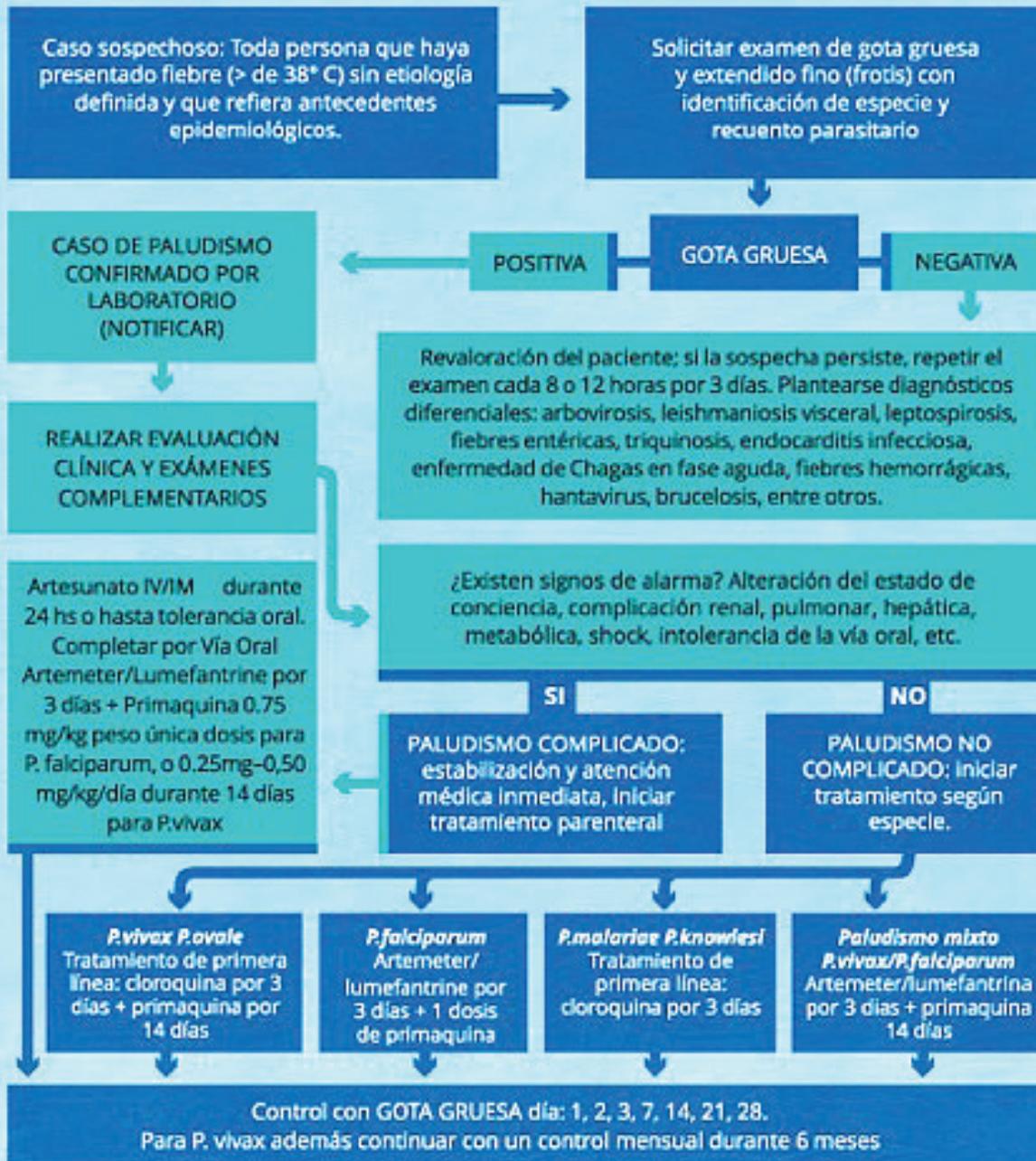
Contexto mundial:

Todos los años, el 25 de abril se celebra el Día Mundial del Paludismo con el objetivo de poner de relieve la necesidad de invertir continuamente en la prevención y el control de la enfermedad de la malaria. Fue en 2007 cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declararon el Día Mundial del Paludismo para el 25 de abril en la Asamblea de la Salud. El paludismo o malaria es una enfermedad producida por parásitos, que mata al año entre 700 000 y 2 700 000 personas, de los cuales más del 75 % son niños en zonas endémicas de África. Después de más de un decenio de avances continuos en la lucha contra el paludismo, los progresos se han estancado. Según la edición más reciente del Informe mundial sobre el paludismo de la OMS, durante el periodo 2015-2017 no se registraron avances significativos en la reducción de los casos de paludismo. El número estimado de muertes por malaria en 2017, cifradas en 435.000, fue prácticamente igual al del año anterior. La Región de África continúa soportando más del 90% de la carga de enfermedad de paludismo en todo el mundo. Un dato preocupante es que, en los 10 países africanos más afectados por el paludismo, se estima que en 2017 hubo 3,5 millones más de casos de malaria que el año anterior.

Malaria: especies y transmisión

Los agentes causales del paludismo son protozoarios intracelulares obligados del género *Plasmodium*. Existen 4 especies con reservorio humano: *Plasmodium vivax* (agente causal de la llamada fiebre terciana benigna), *Plasmodium falciparum* (que produce la fiebre terciana maligna), *Plasmodium malariae* (que es el agente etiológico de la fiebre cuartana) y *Plasmodium ovale* (que también produce fiebre terciana). En el sudeste de Asia se encuentra una quinta especie productora de paludismo en humanos, *Plasmodium knowlesi*, de tipo zoonótico con reservorio en primates no humanos (macacos) que produce fiebre diaria. De los 5 plasmodios que causan paludismo humano, el *P. vivax* es el que tiene la distribución geográfica más amplia en todo el mundo y en particular en la Argentina. En América del Sur casi todas las infecciones son causadas por *P. vivax* y *P. falciparum*. La transmisión es a través de la picadura del mosquito silvestre del género *Anopheles*, presente en nuestro país (principalmente en Salta, Jujuy y Misiones). Varios países de América, Asia y África presentan actualmente casos de paludismo, por ello es importante tener en cuenta el antecedente de viaje a estas zonas cuando estamos frente a una persona que presente fiebre (>38°C) o historia de fiebre sin etiología definida. La solicitud de gota gruesa y frotis (análisis sencillo y económico) determina el diagnóstico a fin de iniciar precozmente el tratamiento con antipalúdicos.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PALUDISMO



No administrar Primaquina en mujeres embarazadas, niños < de 6 meses, o mujeres amamantando niños < de 6 meses.

Más información en:
0800-222-0651
argentina.gob.ar/salud



Secretaría
de Gobierno
de Salud



Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
Presidencia
de la Nación

¿CUÁNDO SOSPECHAR PALUDISMO?



EL PALUDISMO PUEDE SER GRAVE EN:
Embarazadas y menores de 5 años

- Toda persona que presente fiebre (> de 38° C) o historia de fiebre, sin etiología definida y que refiera al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:**
 - . Que haya viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en el último año (extendido a 3 años para las áreas en riesgo de *P. vivax*)
 - . Antecedente personal de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años.
 - . Que resida o haya viajado a zona receptiva de Argentina (donde hay presencia del vector) en las que se hayan presentado casos de paludismo en el último mes.
- Persona que presenta anemia, hepatomegalia y/o esplenomegalia de causa desconocida (con o sin referencia de fiebre) y antecedente de viaje a zona con transmisión de paludismo.**
- Receptores de donaciones de sangre o trasplantes que presenten fiebre sin etiología conocida durante los 3 meses posteriores a la recepción.**

Contexto histórico

En Argentina desde la década de los 50 la tendencia en el número de casos de paludismo se tornó descendente, con años epidémicos relacionados con la situación de los países limítrofes. A partir de 1970 la transmisión de paludismo se limitó a las provincias de Salta y Jujuy que continuaron con un nivel endémico persistente y a la provincia de Misiones con presentación esporádica de epidemias. Nuestro país fue la primera nación de las Américas que redujo el paludismo significativamente y la legislación argentina sobre lucha antipalúdica fue considerada como la más completa y efectiva entre las existentes en el mundo. La eliminación de transmisión autóctona de *P. falciparum* en 1948 y de *P. vivax* en 2010 ha sido resultado de las acciones del Ministerio de Salud, en estrecha colaboración con las provincias y los servicios de salud. En el año 2010 se elaboró el Plan Estratégico de Eliminación de la Transmisión Autóctona de Paludismo para el período 2011-2015, enmarcado en el séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio para la República Argentina que implicaba "Combatir el VIH/Sida, el Chagas, Paludismo, Tuberculosis y otras enfermedades", incluyendo dentro de las metas en Paludismo: mantener el Índice Parasitario Anual por debajo de 1 % en las áreas de riesgo. Se trazaron líneas estratégicas de Vigilancia Epidemiológica, de detección precoz y tratamiento adecuado, de control entomológico, de laboratorio y de comunicación social y participación, con el fin de detectar oportunamente la circulación palúdica. Como resultado de estas acciones se mantuvo el país libre de transmisión de paludismo en los años subsiguientes.

En el 2018 se elaboró el Plan de Prevención del Restablecimiento del Paludismo en nuestro país que tiene como propósito prevenir la reintroducción de la transmisión autóctona, manteniendo el estatus de país libre de paludismo.

Argentina no presenta casos autóctonos de paludismo desde el año 2011, razón por la cual se encuentra en condiciones de certificar la eliminación de la transmisión autóctona ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que representaría un logro histórico en materia de salud pública. Para sostener este estatus resulta imprescindible que los equipos de salud de todos los niveles de atención estén sensibilizados con el tema y cuenten con un sistema de vigilancia fortalecido que les permita detectar los casos importados que pudieran presentarse en el país.

Vulnerabilidad de paludismo en Argentina: Impacto de los flujos migratorios

La proximidad de la provincia de Salta con la frontera de Bolivia determinó focos de predominio de casos importados en años previos. En relación a la procedencia global de los casos importados, entre 2005

y 2010 el 78% (347/441) provenían de Bolivia. A partir de 2011 a 2017 hubo una disminución de los casos provenientes de este país a 29 % del total (30/102) y un aumento de los casos procedentes de países de África que representaron el 45% del total (46/102). Otros países de América del Sur representaron el 15% (15/102). En relación al año 2018, entre la semana epidemiológica 8 a 30 se detectaron en la Argentina 11 casos importados, 9 provenientes de Venezuela y 2 de Perú. Los flujos migratorios son dinámicos y el sistema de vigilancia ha permitido detectar oportunamente los casos importados, demostrando ser un elemento efectivo en la mitigación de la vulnerabilidad del país para el restablecimiento del paludismo.

Acciones de promoción y educación para la salud vinculadas al paludismo

Con el fin de visibilizar la problemática y estimular la consulta temprana en caso de síndrome febril con antecedentes epidemiológicos relevantes en áreas receptoras y vulnerables se prevé elaborar y difundir mensajes a la población y al personal de salud. En el NOA se incorporan las escuelas de nivel primario o secundario seleccionadas por criterios de riesgo a la estrategia de “escuelas centinelas de paludismo”. Este modelo de trabajo considera al equipo docente como un pilar fundamental en la transmisión de conocimientos a los niños, para multiplicar su efecto preventivo en el seno familiar y comunitario. Otra estrategia que se plantea es la capacitación en puntos de referencia comunitarios: iglesias, clubes y Centros de Atención Primaria, entre otros.

Roles institucionales y gestión

El Ministerio de Salud de la Nación a través de la Coordinación de Vectores, propicia la coordinación e implementación de las actividades de vigilancia y control vectorial. El Departamento de Parasitología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas del ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán es el Laboratorio Nacional de Referencia de Paludismo, su responsabilidad es la de garantizar el diagnóstico referencial, la normatización y calidad, así como el asesoramiento científico, la capacitación, la investigación y provisión de insumos de diagnóstico. El esquema de tratamiento está normatizado y es gratuito. El Ministerio de Salud los provee a las provincias para que sean distribuidos de manera estratégica en establecimientos de salud previamente designados, para asegurar la administración en forma oportuna y evitar la reintroducción. El profesional de salud es quien notifica el caso sospechoso/confirmado que deberá ser registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0) y solicita al referente regional o efector designado, el esquema terapéutico adecuado según la especie de plasmodio identificada. Todas las provincias cuentan con tratamientos de primera y segunda línea, y con al menos un tratamiento parenteral para casos graves.

Certificación de la eliminación del paludismo en el país:

La Argentina se encuentra en condiciones de solicitar la certificación de la eliminación a la OMS. Lograr esta certificación es una ardua tarea; de aprobarse la evaluación, el país logrará ingresar a un grupo de países libres de Paludismo, que actualmente en la región sólo está integrado por Uruguay, Chile y recientemente Paraguay. Durante el mes de marzo del corriente, el país recibió la visita de una misión de expertos de la OMS. Tras demostrar la interrupción local de la transmisión por más de tres años consecutivos, el organismo evalúa si se logra la certificación, el resultado se dará a conocer en unos meses. El proceso de certificación implica demostrar la ausencia de casos autóctonos como mínimo en los últimos tres años, como así también mantener un sistema de vigilancia que garantice la detección precoz de los casos importados; asegurar el diagnóstico y el tratamiento oportuno y adecuado; e implementar la vigilancia y control vectorial de los mosquitos del género *Anopheles*.

En Argentina todos los años se presentan casos de paludismo importado. Para detectarlos es esencial que los equipos de salud cuenten con un sistema de vigilancia fortalecido. La sospecha, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la notificación del caso son imprescindibles para evitar la reintroducción de esta enfermedad.

En colaboración con: Dra. María Paula Della Latta, infectóloga pediatra, División Promoción y Protección de la Salud. HNRG.





5 de mayo

Día Internacional de la Celiaquía

En Argentina, según la Secretaría de Gobierno de Salud, se estima que 1 de cada 100 personas padece esta enfermedad; sin embargo, todavía existe un gran número de personas sin diagnóstico.

En diciembre de 2018 la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación junto al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) definió una Canasta Básica Alimentaria (CBA) para personas con enfermedad celíaca que se actualizará dos veces por año a fin de establecer de forma ágil el monto que deben cubrir obras sociales y prepagas.

La iniciativa surgió de la necesidad de contar con una canasta para celíacos que aporte valores de referencia a la hora de garantizar el derecho de los pacientes a acceder a alimentos aptos para su consumo, ya que el único tratamiento disponible en la actualidad para las personas con enfermedad celíaca es la incorporación a su dieta de alimentos libres de gluten.

La Ley N° 27.196 y sus modificatorias establecen la obligatoriedad por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga de cubrir las harinas y premezclas u otros alimentos industrializados certificados como libres de gluten.

Para acceder a este beneficio, es necesario descargar la nueva constancia médica de enfermedad celíaca en este link <http://msal.gob.ar/celiosos/constancia.html>, hacerla firmar por su médico o médica y presentarla en su obra social o prepaga, quienes se encargan de gestionar el beneficio.

Si la persona no tiene cobertura explícita, está garantizado el beneficio por el Estado y dicha constancia debe presentarse en la dependencia de Desarrollo Social que corresponda a su jurisdicción.

Otros datos de interés: Listado de alimentos libres de gluten

http://www.anmat.gov.ar/alimentos/libres_gluten/alimentos_libres_de_gluten.asp

Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-e-indec-definieron-canasta-basica-de-alimentos-para-celiosos>

30 de mayo

Día Nacional de la Donación de Órganos

Esta fecha conmemora el nacimiento del hijo de la primera paciente que dio a luz, después de haber recibido un trasplante hepático en un hospital argentino.

Nos invita a reflexionar sobre la posibilidad de vivir y dar vida después de un trasplante.

En 2019, en nuestro país:

- 7495 personas necesitan un trasplante para salvar su vida.
- 706 trasplantes fueron realizados durante el año.
- 340 personas donaron sus órganos.
- 7,57 es la cantidad de donantes por cada millón de habitantes.

Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca>

ESCORPIONES: Nuevos hallazgos y localizaciones de especies de *Tityus* en Argentina, con especial referencia a la CABA y la provincia de Buenos Aires

Nuevas localizaciones de hallazgos de *Tityus confluens* y *Tityus bahiensis*

En Argentina existen cerca de 60 especies de escorpiones pertenecientes a dos familias.

- Familia *Bothriuridae*, compuesta por siete géneros (*Bothriurus*, *Timogenes*, *Brachistosternus*, *Orobothriurus*, *Vachonia*, *Phoniocercus* y *Maurymus*) con cerca de 50 especies, ninguna de ellas de importancia sanitaria
- Familia *Buthidae*, con solo tres géneros (*Tityus*, *Zabius* y *Ananteris*) con más de 10 especies. De estos solamente *Tityus* posee especies cuyo veneno puede causar toxicidad sistémica en humanos.

En Argentina desde hace más de diez años se comunican entre 6 000 y 8 000 accidentes por escorpiones anuales y desde 1995 se registran aproximadamente 2 muertes anuales (mínimo 0, máximo 7).

De las especies de *Tityus* (T.), *T. trivittatus* es el que está relacionado con la mayor cantidad de accidentes y su picadura ha causado la mayor cantidad de muertes en Argentina, contabilizándose desde 1993 más de 40 muertes debidas a su picadura. Otra especie, *T. confluens* ha sido responsable de al menos 4 óbitos en Argentina. Estas dos especies no son las únicas que pueden provocar envenenamiento, otras especies como *T. bahiensis* y *T. serrulatus* que están presentes en el país han causado cuadros severos en otros países. En el caso de este último si bien su presencia en la Argentina ha sido confirmada hasta el presente en base a un solo hallazgo, existe el riesgo de accidentes, en especial en provincias limítrofes con Brasil donde es común.

Los *Tityus* de mayor importancia sanitaria en Argentina entonces, estaban restringidos mayormente a:

- las provincias del centro y norte (*T. trivittatus*),
- las provincias del norte y noroeste (*T. confluens*),
- las provincias del norte y del noreste (*T. bahiensis*).

Recientemente observamos la presencia de especies de *Tityus* en diferentes regiones del país, en las cuales su presencia no había sido comunicada previamente.

Entre estos podemos citar:

- *T. bahiensis* en la provincia de Entre Ríos, en la Provincia de Buenos Aires en las localidades de San Clemente del Tuyú y Lanús.
- *T. confluens* en la ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires en las localidades de Pilar, La Plata, Mar del Plata y Bahía Blanca.

En algunos casos muy posiblemente estos hallazgos han sido casuales, por transporte pasivo, pero en otros, como el de *Tityus confluens* en el AMBA aparentemente se trataría de especies ya instaladas en nuevas zonas en las cuales no se habían descrito previamente.

Esto deberá ser considerado en los casos de accidentes por escorpiones, dado que hasta ahora en Ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires la especie *T. trivittatus* era la única de importancia médica encontrada. Los accidentes por esta especie en esta zona no solían ser de consideración, si bien en los últimos años se produjeron tres casos graves.

Independientemente de esto, tenemos ahora en la CABA y en Conurbano bonaerense, además de *T. trivittatus*, la presencia de *T. confluens* y de *T. bahiensis*. La presencia de este último podría ser casual y por sus características biológicas es más difícil que pueda sobrevivir en estas latitudes.

Por otro lado, *T. confluens* es una especie sinantrópica y consideramos que ya se ha establecido en distintas zonas de CABA y el Conurbano bonaerense.

Si estas nuevas especies mencionadas para esta región han llegado y en algunos casos colonizado diferentes espacios, es muy probable que también hayan llegado ejemplares de *T. trivittatus* desde el norte hacia esta región.

Es importante considerar esto porque el veneno de *T. trivittatus* del centro y norte del país presenta



hasta el momento mayor toxicidad que los escorpiones de esa misma especie provenientes de la CABA y el Conurbano bonaerense.

Los hallazgos de estas nuevas especies nos obligan a modificar el mapa de la distribución de escorpiones en Argentina y ante la picadura de escorpiones debe considerarse esta nueva distribución. Esto es especialmente importante en el ámbito de la CABA y la provincia de Buenos Aires, que en la enorme mayoría de los casos han sido por *T. trivittatus* causando envenenamientos leves (con las tres recientes excepciones mencionadas). Ahora, al menos en algunas regiones de la provincia como las citadas, se puede encontrar *T. confluentis*, además de los hallazgos de *T. bahiensis* que suponemos que han sido accidentales.

Esto significa que potencialmente tenemos, ya no solo una de las especies de importancia sanitaria, *T. trivittatus*, sino que en la CABA se ha detectado además la presencia de *T. confluentis*, y en la provincia de Buenos Aires, en las zonas descriptas, además de estas dos, *T. bahiensis*.

En base a los casos graves producidos en los últimos tiempos y a este nuevo mapa de distribución, es importante hacer foco en la capacitación de los médicos de guardia y terapeutas para tratar accidentes por escorpiones, en especial en la población pediátrica.

La identificación de estas especies puede consultarse en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000333cnt-04-Guia_envenen_escorpiones.pdf y en: http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/ata/article/view/2048/pdf_1

Material elaborado por:

Cargnel Elda, Jefa del Servicio de Toxicología del Hospital de Pediatría "Ricardo Gutiérrez".

Casas Natalia, Responsable del Programa Nacional de Control de Enfermedades Zoonóticas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Damin Carlos, Jefe del Servicio de Toxicología del Hospital "Dr. Juan A. Fernández"; Profesor Titular de la Primera Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

de Roodt Adolfo, Profesional Principal y Referente del Área Investigación y Desarrollo – Venenos / Aracnario-Serpentario, Instituto Nacional de Producción de Biológicos ANLIS- "Dr. Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Jefe de Trabajos Prácticos de la Primera Cátedra de Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Lanari Laura, Profesional Adjunta del Área Investigación y Desarrollo – Venenos / Aracnario- Serpentario, Instituto Nacional de Producción de Biológicos ANLIS- "Dr. Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud y Desarrollo Social. llanari@anlis.gov.ar

Ojanguren Andrés, Investigador Independiente del CONICET; Curador Adjunto de Escorpiones y Polífagos, División Aracnología, Museo Argentino de Ciencias Naturales "Bernardino Rivadavia".

Remes-Lenicov Mariana, Jefe de Guardia a cargo del Centro Provincial de Referencia en Toxicología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Docente de la Cátedra de Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de La Plata.

