

Sr. Editor:

He leído con sumo interés el artículo de Martínez y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es importante por la población incluida y sus resultados.

Envío algunos comentarios sobre el estudio, que espero contribuyan a una mejor interpretación de los resultados presentados.

Hubiera sido muy ilustrativo el haber presentado el *tiempo* al morir de los neonatos, por ejemplo, en sala de partos, primeras 48-72 h de vida y hasta los 6 días, ya que puede dar una idea tanto de la calidad de la conducción del trabajo de parto, así como de la atención neonatal en la sala de reanimación y en la Unidad de Cuidado Neonatal del HUSC. Tampoco se informa la tasa de *cesáreas* que, nuevamente, podría informar indirectamente sobre la interrupción electiva del embarazo por causas maternas y/o fetales.

Es conocido que los resultados perinatales en este intervalo de peso están sujetos al "límite de viabilidad" que cada servicio de obstetricia y neonatología considera para prolongar la gestación o reanimar en sala de partos.² En esto no hay consenso pero sería interesante que los autores presentaran este dato, ya que estaría fuertemente ligado a lo observado de que la *mortalidad fetal* fue 1,67 veces mayor que la *neonatal*, pudiendo suponer que no hubo intento de prolongar la gestación en fetos extremadamente pequeños (portadores o no de malformaciones congénitas incompatibles con la vida).

En la *Figura 1* que presenta la evolución durante dos décadas de las tres tasas se observan algunas inconsistencias que convendría aclarar: *i)* Mortalidad Fetal: en el texto dice que la TMF se inicia en 1991 con 500% y en la figura aparece 470,5%; en el año 2002 no se registran casos (0); la disminución 1991-2010 fue del 46,8%. *ii)* Mortalidad Neonatal: comienza en 1991 con 22,2 x 1000, que impresiona muy baja comparada con la media (300,84) y finaliza en 222,2 en 2010, lo que significa un incremento del 900%; en 2002 no se registran muertes neonatales. *iii)* Mortalidad Perinatal: disminuyó 29,2% en el período.

Los datos presentados muestran una trayectoria errática de las tasas, que sugiere un potencial subregistro y que sería importante que los autores lo aclarasen.

En la *Tabla 2* se observan algunas tasas con distribución no paramétrica, lo que justificaría

el empleo de la prueba de Krukall-Wallis en lugar de ANOVA. De la comparación de los cuatro quinquenios surge una disminución de la TMF del 43,2%, un incremento de la mortalidad neonatal del 26,7%, mientras que la tasa de mortalidad perinatal decreció el 16,2%.

Convendría aclarar qué se entiende por "causa inmediata" y "causa fundamental" de muerte perinatal, ya que son términos no encontrados en la bibliografía epidemiológica internacional.

Casi todos los fetos <1000 g nacen con el antecedente trabajo de parto prematuro, por lo que no se entiende por qué se incluye "dinámica uterina no controlable" como una posible condición asociada a la muerte.

En la literatura científica la conceptualización de "causalidad" es extremadamente controvertida³ y, a pesar del intento de las clasificaciones (CIE-9 y 10), es sumamente difícil atribuir la muerte a una sola entidad. Para ello es muy útil repasar el "catálogo" de las 10 condiciones de *fuerte asociación* publicadas por Sir Bradford Hill en 1965.⁴

No concordamos con lo señalado de que "en países desarrollados, no se han establecido sistemas de registro y análisis comunes de la mortalidad perinatal; ni siquiera dentro de cada país existen sistemas de registro equiparables...". Los países centrales, especialmente el Reino Unido y los escandinavos, registran cuidadosamente las muertes perinatales hace más de un siglo, mientras que en países en desarrollo, como Argentina, también se recolectan y publican anualmente y, en especial, como algunas maternidades de Buenos Aires, llevan registros sumamente confiables hace décadas.

Creemos que se debería analizar en profundidad el incremento de la mortalidad neonatal observado; la escasa representación de las malformaciones puede indicar interrupciones electivas de la gestación.

"Partos iatrógenos" quizás signifique interrupciones del embarazo por indicación materna o fetal. También debe mencionarse que el incremento de los embarazos múltiples (23,7% de la mortalidad) podría atribuirse al mayor empleo de técnicas de reproducción asistida que es uno de los motivos del aumento del parto prematuro en todo el mundo.⁵

Dr. Carlos Grandi, MS, PhD

Epidemiología Perinatal y Bioestadística
Maternidad Sardá, Buenos Aires

1. Cruz Martínez M, et al. Análisis de la mortalidad perinatal en nacidos con peso menor de 1000 gramos en el Hospital San Cecilio de Granada (España) durante el período 1991-2010. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):45-52.
2. Peabody J, Martin G. From how small is too small to how much is too much. Ethical issues at the limits of neonatal viability. *Clinics in Perinatology* 1996;23(3):473-489.
3. Bunge M. La causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. Ed. Sudamericana, 1ª edición; 1997.
4. Bradford-Hill, A. The environment and disease: Association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1995;58:295-300.
5. Chang H, Larson J, Blencowe H, Spong C, et al. Behalf of the born too soon preterm prevention analysis group. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet* 2013;381:223-34.

En respuesta

Profundizando en el análisis de la mortalidad perinatal en nacidos con peso menor de 1000 gramos

Sr. Editor:

En relación a los comentarios expresados por el Dr. Carlos Grandi a propósito de nuestro artículo "Análisis de la mortalidad perinatal en nacidos con peso menor de 1000 gramos en el Hospital San Cecilio de Granada (España) durante el período 1991-2010" y publicado en el pasado número de la revista, queremos precisar las siguientes aclaraciones:

Efectivamente y por falta de espacio al tener una limitación en la extensión del texto, ha sido muy difícil abarcar todos los aspectos que hubieran completado el artículo. Esta carta al editor nos da la oportunidad de hacerlo.

Con respecto a la mortalidad neonatal precoz, en las primeras 24 horas murieron 39 recién nacidos (RN), el resto, 10, murieron entre el 2º y 6º día de vida.

La tasa de cesáreas fue de 18,32% (24 casos), 7 de ellas se realizaron a pesar de que se había producido ya la muerte fetal; estos casos fueron por enfermedad materna grave que implicó una terminación urgente del embarazo o bien por contraindicación de la vía vaginal (un caso por gestación triple, un caso por situación transversa, un caso por coagulación intravascular diseminada y 4 casos por preeclampsia grave). En los casos de muerte neonatal, la cesárea fue preciso realizarla en 17 casos: uno por contraindicación de la vía vaginal (miomectomía previa con acceso a cavidad uterina), 2 casos por riesgo de pérdida de bienestar fetal, 6 por gestaciones gemelares en las que el primer feto estaba en presentación distinta de cefálica, 2 por gestación

triple, 5 por preeclampsia grave y un caso por corioamnionitis.

En ningún caso se dejó morir un feto intraútero. Nuestro hospital posee un servicio de Pediatría capacitado para reanimar y atender recién nacidos de extremo bajo peso. El límite que se utiliza para valorar la viabilidad fetal es semana de gestación 24 y peso fetal estimado mayor de 499 g. Indudablemente, los padres son informados del pronóstico de estos bebés. Después del nacimiento, si están en el límite de la viabilidad, tras su consentimiento se realizan medidas de reanimación neonatal o no.

No existe subregistro de la mortalidad en nuestro hospital; desde hace más de 40 años existe un registro totalmente fiable, que es comprobado además por diferentes sistemas: libro de partos, documentos de altas de púerperas y registro de fetos muertos y recién nacidos vivos. Todos los años tanto el servicio de obstetricia, el de pediatría, como el de documentación e informática comprueban la fiabilidad de los datos aportados por los tres sistemas de registro para asegurar la concordancia. El hecho de que unos años exista más mortalidad que otros años en este grupo de nacidos, puede explicarse por el tamaño muestral, pues debido a que son pocos casos cada año, cualquier muerte que se produzca aumenta considerablemente las tasas de mortalidad. Este estudio realizado de modo multicéntrico a nivel nacional o internacional, haría que las tasas tuvieran una tendencia más acorde con la realidad de este grupo de peso.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el asesoramiento estadístico de la Fundación de Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental.

Como queda recogido en la serie publicada en *The Lancet* sobre Muerte Fetal Intrauterina,² existen más de 35 sistemas de clasificación de la causalidad de la muerte fetal intrauterina en países de ingresos altos y ningún sistema se utiliza de forma constante, lo que dificulta el análisis y las comparaciones entre los diferentes países. Además, la mayoría de los países de ingresos bajos no informan de datos sobre la causalidad de la muerte fetal intrauterina. En este artículo queda recogido que debería existir un sistema de clasificación universal que permitiría que los países registren y clasifiquen los casos de muerte fetal intrauterina por causa de muerte y habilitaría la realización de comparaciones y evaluaciones de las tasas de mortalidad fetal intrauterina a nivel mundial a lo largo del tiempo.

Para determinar las causas de muerte se han seguido las recomendaciones de la OMS, en el documento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)¹ en su apartado: Presentación de causas de mortalidad perinatal, consta: “Para las estadísticas de mortalidad perinatal derivadas del modelo de certificado recomendado para tal finalidad, el mayor beneficio se obtendrá del análisis amplio por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando no se pueda hacer este tipo de análisis, se debe considerar como mínimo el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido [parte (a)] y de la afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido [parte (c)], con tabulación cruzada de estas dos afecciones. Cuando es necesario seleccionar una sola afección (por ejemplo, cuando las muertes neonatales precoces deben ser incorporadas dentro de tablas estadísticas de mortalidad general basadas en causa única) se debe escoger la causa principal del feto o recién nacido, que aparece en la parte (a) del certificado”.

Basándonos en estas recomendaciones y debido al límite de extensión del artículo es imposible realizar tabulación cruzada pues sería muy extenso y hemos elegido una sola causa de muerte. Sin embargo, para que quede reflejada la influencia de determinadas situaciones (enfermedades maternas, patología del parto...) hemos dividido en **causa inmediata de muerte**, que es aquella por la que ha muerto y la **causa fundamental**, que es la que ha desencadenado/ contribuido a que acabe produciéndose la muerte.

Por ejemplo, una hipertensión grave o una eclampsia puede que ocasionen un parto inmaduro iatrógeno, la causa fundamental de muerte sería la patología materna, pero la causa inmediata puede ser una inmadurez extrema, o una hipoxia intrauterina, o una asfixia perinatal, o que la hipertensión haya producido un crecimiento intraútero retardado.

Con el término “dinámica uterina no controlable”, nos referimos a aquellos casos en los que a pesar de tratamiento tocolítico no hemos conseguido frenar el parto y han terminado naciendo, a veces, con inmadurez extrema y que en algunas ocasiones, ni siquiera ha dado tiempo a maduración pulmonar y a neuroprotección.

Ciertamente, hay países que tienen establecidos seguimiento y registro de mortalidad perinatal y materna perfectamente confiables, pero el problema del infrarregistro sigue existiendo y no es un problema solucionado en todos los países.^{3,4}

Con respecto al bajo número de malformaciones en este grupo de peso, ciertamente y como comentamos en la discusión, gracias al avance tecnológico y a la formación específica de los profesionales en ecografía de morfología fetal, permiten un diagnóstico prenatal antes de la semana de gestación 22, lo cual posibilita la toma de decisiones acerca de la interrupción del embarazo.

Efectivamente, con el término “partos yatrógenos” nos referimos a aquellos embarazos que el obstetra ya sea por motivos maternos o fetales ha estimado que deben terminar.

Por último, totalmente de acuerdo en que el incremento de los embarazos múltiples podría atribuirse al mayor empleo de técnicas de reproducción asistida, que es uno de los motivos del aumento del parto prematuro en todo el mundo.⁵ Este hecho ha ocasionado que las gestaciones múltiples hayan contribuido ampliamente al aumento de la mortalidad de este grupo de peso.⁶

Dra. Milagros Cruz Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada (España)

1. OMS. Presentación estadística. En: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª Revisión Clínica. Vol 2: Manual de Instrucciones. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997. Págs.125-39.
2. Goldenberg RL, McClure EM, Bhutta ZA, Belizán JM, et al. Muerte fetal intrauterina: la visión para el año 2020. Serie Muerte fetal intrauterina n° 6. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62235-0. [Acceso: 27 de enero de 2013]. Disponible en: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_series_6.pdf.
3. Froen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, et al. Muerte fetal intrauterina: su importancia. Serie Muerte fetal intrauterina n° 1. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62232-5. [Acceso: 27 de enero de 2013]. Disponible en: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_series_1.pdf.
4. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, et al. Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en cuenta los datos? Serie Muerte fetal intrauterina n° 2. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62187-3 [Acceso: 27 de enero de 2013]. Disponible en: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths/stillbirths_spanish_series_2.pdf.
5. Contribution of assisted reproductive technology and ovulation-inducing drugs to triplet and higher-order multiple births-United States, 1980-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000;49:535-8.
6. Sherer DM. Adverse perinatal outcome of twin pregnancies according to chorionicity: review of the literature. *Am J Perinatol* 2001; 18:23-37.

Sr. Editor:

He leído con sumo interés su editorial "*La muerte súbita de un lactante. No se buscan culpables sino quienes se hagan cargo de la prevención*", publicado en febrero del 2013; en el mismo usted se refiere a varios aspectos que me interesaría recordar y aclarar. Por un lado usted comenta "*Lo cierto es que así como debe cambiar la cultura sobre el error médico, también debe cambiar la cultura sobre la muerte súbita*". Quiero recordarle que hace ya más de 20 años comenzamos a trabajar junto con otros colegas por sugerencia del Dr. Carlos Gianantonio por un cambio de cultura sobre la problemática de muerte súbita.

Utilizamos una serie de recursos relacionados a la asistencia y prevención, docencia e investigación. Entre otras tareas se formaron Grupos de Trabajo en Muerte Súbita del Lactante, tanto en la Sociedad Argentina de Pediatría, como en la Asociación Latinoamericana de Pediatría; se realizaron tres consensos en prevención o reducción del riesgo publicados en diversas revistas científicas; se celebraron congresos internacionales en nuestra sociedad que involucraron las más diversas problemáticas del tema y por primera vez desde 1996 y hasta la fecha la temática fue abordada en el CONARPE y en casi toda reunión científica nacional; se realizaron también innumerable cantidad de conferencias, se publicó un capítulo del PRONAP, se asesoró en varias campañas de prevención realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación y varias provincias de nuestro país, además de generar proyectos de acuerdo sobre investigación y prevención con países desarrollados, entre otros muchos desarrollos. Esto, si bien es difícil de medir en su impacto, me impresiona ha generado ya un cambio de cultura en la población médica y en la comunidad en su conjunto; simultáneamente se produjo un descenso de la mortalidad en SMSL desde 1994 al 2010 de alrededor del 50% en nuestro país.

Por otro lado, si bien comparto que existen "muchos posicionadores o nidos de contención comercializados sin autorización, para la prevención del SMSL", muchos de los cuales aumentan los riesgos, el impacto real de dichos nidos es desconocido en nuestro país, por lo que no creo beneficioso trasladar experiencias que pueden no ser reproducibles en nuestro entorno. Podríamos sí reflexionar si no es más importante en la mejora de "un sueño seguro" reparar las condiciones de pobreza e indigencia, que generan carencias severas habitacionales, con hacinamiento, colecho obligado y con varios

integrantes de la familia, entre otros muchos problemas sociales.

Me gustaría conocer también la evidencia a la que usted se refiere cuando se pregunta: "*¿por qué no se cumplen las recomendaciones?*", personalmente me preguntaría inicialmente cuánto conocemos de la adherencia de la población a las medidas de prevención.

Para finalizar usted comenta que "*Alguien debe hacerse cargo de estos aspectos, desde las autoridades de la salud pública a las instituciones intermedias*", comparto su comentario pero no quiero dejar de remarcar y recordar por educación y gratitud el esfuerzo del Dr. Gianantonio y muchos otros colegas en este serio problema de salud, como también agradecer la preocupación de la Sociedad Argentina de Pediatría, lugar donde se llevó adelante gran parte de la tarea realizada.

La muerte súbita del lactante, como comentara S. Cowen, educadora neozelandesa que trabajó junto al Dr. A. Jenik, neonatólogo argentino de incansable compromiso en la prevención de muerte súbita, es un dilema médico con solución educacional; agregaría, según la evidencia de los últimos años, también la problemática de una solución social.

Dr. Manuel Rocca Rivarola

En respuesta al Dr. Manuel Rocca Rivarola

Sr. Editor:

En primer término, agradezco la carta enviada por el Dr. Manuel Rocca Rivarola, referente indiscutible junto con el Dr. Alejandro Jenik, en la campaña para la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) en nuestro país y en Latinoamérica. Conozco toda su trayectoria y la enorme labor desarrollada por ambos en este campo: el Grupo de Trabajo sobre Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en la Sociedad Argentina de Pediatría, el Proyecto Vínculo entre Nueva Zelanda y Argentina con el objetivo de aumentar el interés y conocimiento sobre el SMSL, las 20 000 Tarjetas Cuna que fueron entregadas en todas las maternidades argentinas.

Coincido con el Dr. Rocca Rivarola en que sin duda la población que vive en condiciones desfavorables es la que mayor riesgo tiene de padecer un caso de muerte súbita. Allí no hay nidos de contención regalados con motivo del nacimiento sino hacinamiento, colecho obligado, alcoholismo (menor conciencia del riesgo), etc.

El conocimiento de los factores que aumentan

el riesgo de muerte súbita, es un desafío para los médicos pediatras o de familia, para dar a cada familia el mensaje más adecuado. Las familias que viven en condiciones precarias son las más vulnerables. Se debe enfatizar la importancia de evitar el sobreabrigado, el sobrecalentamiento del ambiente, la exposición al humo del tabaco ajeno. Durante el primer año de vida, se debería poder encontrar un espacio seguro para el sueño del niño, junto a sus padres y hermanos, pero no en la misma cama por el alto riesgo de sofocación. Puede ser anecdótico, pero he escuchado de bebés que duermen en un cajoncito de frutas, bien acondicionado, junto al colchón familiar.

Sin embargo, mi interés principal en esta ocasión, fue referirme a otro factor de riesgo. Mi inquietud surgió ante la aparición cada vez más frecuente de los nidos de contención en mi práctica profesional cotidiana, recordándome que el trabajo nunca termina, nos impone nuevos desafíos y nos convoca nuevamente a dar un mensaje claro a la comunidad, desde la práctica diaria, las asociaciones intermedias o las instituciones del Estado.

Con respecto a la evidencia sobre el impacto real del uso de nidos en Argentina, o cuánto se cumplen (o conocen) las recomendaciones para disminuir el riesgo, añadiría que ignoramos muchas otras cosas. Cuando se leen las Estadísticas Vitales, publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, vemos el enorme esfuerzo realizado en nuestro país para tener estadísticas confiables, pero vemos también todo lo que falta para saber adónde estamos. Faltan buenos registros de nacimientos y de defunción. Los certificados de defunción que se llenan sin pensar la importancia de lo que se escribe, nos privan de datos concretos sobre los que poder trabajar. Faltan investigaciones metodológicamente correctas que nos den respuesta a todos estos interrogantes.

En síntesis, sería deseable que supiéramos cuál es la importancia del síndrome de muerte súbita en nuestro país, cómo duermen nuestros niños, qué accesorios usan, cómo son abrigados, cuántos son expuestos al humo de tabaco ajeno, etc. El conocimiento actual sobre el tema, proviene de investigaciones tanto de Argentina como de otros países. Es la mejor evidencia disponible y debemos guiarnos por ella.

Rescato un texto del Dr. Rocca Rivarola en el Libro Blanco de la muerte Súbita del Lactante¹ publicado por la Asociación Española de Pediatría en 2003: "La Propuesta para países en vías de desarrollo incluye valorar en cada región los hábitos de

crianza, cuidados pre y postnatales, posición al dormir, sobreabrigado, hábito de fumar, lactancia materna, etc.

"El SMSL, como tantas otras causas de muerte postneonatal, requiere una intervención educacional y social."

Como vemos, hay tareas para las instituciones del Estado, para las instituciones intermedias y para cada uno de los médicos que atienden niños. Ellos son los que pueden identificar cuál es el factor de riesgo mayor para su paciente y su comunidad, y su campaña de prevención estará pensada para el medio en que le toca actuar.

Dra. Norma E. Rossato

1. Rocca Rivarola M. Situación del síndrome de muerte súbita del lactante en Latinoamérica. *Libro Blanco*. En: Monografías de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Madrid, España. Ediciones Ergon. 2da edición; 2003.

Sr. Editor:

Acerca de "Error de medicación en un prematuro de extremo bajo peso: sobredosis de paracetamol"

Como primera medida quisiera felicitar a los autores del trabajo¹ por lo inédito de presentar un caso de error médico en la especialidad de neonatología y sobre todo por tratarse de un paciente con tan bajo peso. Esta felicitación la extiendo hacia la valentía de realizar la publicación en la revista de pediatría de mayor importancia en nuestro país, la rapidez del manejo de la acción fallida (rápida administración del antídoto) y la comunicación de todas las acciones a los padres.

Aprovecho para destacar algunos puntos que a mi entender pueden ayudar a reflexionar aún más sobre el caso publicado.

En el artículo, se presenta la necesidad de indicar paracetamol oral para el cierre del ductus arterioso permeable (DAP) pero la única presentación manejada es la de gotas con una concentración elevada (10 gramos en 100 ml). Existe en el mercado otra opción con una preparación mucho menos concentrada de una solución de 2 gramos en 100 ml.²

Utilizando la presentación en gotas (la más concentrada), la dosis para el peso de la paciente tal como expresa el artículo es de 0,1 ml (2 gotas) pareciendo un tanto dificultosa desde lo estrictamente técnico, siendo mucho más fácil la dosis con la presentación propuesta más diluida (solución) de 0,56 ml. Es oportuno aclarar que el redondeo de dosis para pacientes con pesos tan

pequeños hacen cometer diferencias en más del 5% con posibles consecuencias clínicas (sub o sobre dosificación).

En cuanto a la indicación *off label*, quienes estamos a cargo de pacientes críticos conocemos bien que las necesidades superan muchas veces a la obligación de indicar drogas mejor probadas y si bien no se encuentran indicaciones formales para cierre de DAP, el paracetamol es la droga antitérmica y antinociceptiva más estudiada y segura a dosis adecuadas, en pediatría y neonatología.³

Para finalizar, tal como figuran en las normas de manejo de las intoxicaciones con paracetamol (acetaminofen),⁴ se sugiere continuar monitorización del paciente con laboratorios de control por uno a tres meses. Creo que sería importante alertar al lector sobre tales controles a pesar de no haber hallado inicialmente alteraciones, puesto que la dosis, el valor hallado en sangre y el peso de la paciente entiendo lo puedan merecer.

Dr. Diego S. Enriquez
MN 88.697

Médico Pediatra Neonatólogo
Asesor médico del Laboratorio Roemmers

1. Brener P, Ballardo M, Mariani G, Ceriani Cernadas JM. Error de medicación en un prematuro de extremo bajo peso: sobredosis de paracetamol. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):53-56.
2. <http://web.alfabeta.net/main?svc=content&cmd=viewscreen&sid=mft&consulta=producto&id=1817>. [Consulta el 26 de febrero de 2013].
3. Anderson BJ. Mechanisms of action. *Pædiatric Anesthesia* 2008;18(10):915-21.
4. Scignini AV, Torolla JL, Cargnel EG, González Negri MR. Intoxicaciones más frecuentes. Criterios de atención. Htal. de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Vol 2. 2000. Págs. 282-323.

En respuesta

Sr. Editor:

Hemos leído la carta enviada por el Dr. Diego Enriquez relacionada con nuestra publicación "Error de medicación en un prematuro de extremo bajo peso: sobredosis de paracetamol".¹

En primer lugar agradecemos al Dr. Enriquez su minuciosa y crítica lectura de nuestro artículo. Sus comentarios nos estimulan a continuar trabajando por la seguridad de los pacientes y

contribuir a generar un cambio de cultura en el abordaje del error en medicina.

Con relación a la presentación alternativa de la droga, si bien es cierto que la solución 2 g/100 ml se encuentra disponible en el mercado, en la farmacia de nuestro hospital disponemos solamente del paracetamol en gotas (10 g/100 ml). En general en Neonatología se intenta contar con preparaciones concentradas de las drogas con el fin de evitar administrar volúmenes excesivos.

Es discutible establecer si las necesidades en pacientes críticos neonatales pueden superar a la obligación de administrar drogas probadas. Aunque es posible que en parte haya sido lo que originó esta indicación, siempre es mejor elegir fármacos avalados. Para el cierre de ductus arterioso en prematuros extremos, el paracetamol no está publicado más allá de la serie de casos que se adjuntó en la bibliografía, en donde bien describen su uso *off label* de una medicación bien conocida.

Con respecto a la monitorización posterior al evento, se realizaron controles periódicos hasta el alta de la paciente, con resultados normales. La niña ingresó luego en el Programa de Seguimiento de Prematuros del Hospital Italiano de Buenos Aires. No se encontraron alteraciones relacionadas al error relatado.

Finalmente, coincidimos con el Dr. Enriquez en la importancia de trabajar para aumentar la seguridad del paciente. En ese sentido, una de las recomendaciones es compartir los errores en lugar de ocultarlos.² La comunicación a los padres, a los colegas y a todos los profesionales que participan en el cuidado de los pacientes contribuye a que podamos avanzar hacia una práctica más segura y eficiente.³

Pablo Brener

Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría
y Comité de Seguridad del Paciente del
Hospital Italiano de Buenos Aires

1. Brener P, Ballardo M, Mariani G, Ceriani Cernadas JM. Error de medicación en un prematuro de extremo bajo peso: sobredosis de paracetamol. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):53-56.
2. Altman DE, Clancy C, Blendon RJ. Improving patient safety-five years after the IOM report. *N Engl J Med* 2004;351:2041-3.
3. Ceriani Cernadas JM. El cambio de cultura en el abordaje del error en medicina. ¿Cuánto hemos progresado? Editorial *Arch Argent Pediatr* 2013;111(2):90-91.

Sr. Editor:

Deseo felicitar a la Dra. Norma E. Rossato autora del artículo sobre "La muerte súbita del lactante. No se buscan culpables sino quienes se hagan cargo de la prevención" por una cantidad de conceptos que aparecen allí enlazados aunque no son nuevos ni desconocidos en forma separada y otros novedosos en su planteo.

En lo personal intervine en tres oportunidades invocando mi condición de Periodista Profesional y refiriéndome a conocimientos científicos recibidos de la SAP.

Se trató en los tres casos de la difusión masiva a través de promociones comerciales que apuntaban, en contra de las menciones del presente artículo relacionada con la prevención.

En dos oportunidades tuve buenos resultados y en otra no.

La primera publicidad, hace menos de cinco años, y posteriormente a las indicaciones pediátricas de acostar al bebé boca arriba o de costado, que mostraban en enormes posters en vía pública y en gráfica, diarios y revistas un cielo estrellado, un soberbio colchón de conocida marca y un bebé "durmiendo boca abajo".

Conecté con la agencia publicitaria y retiraron esa semana todos los anuncios.

El segundo caso mostraba en avisos a página entera, en una revista para padres, a un niño solo con la mamadera en su boca y el bebé dormido acostado en plano dorsal con los brazos relajados al costado del cuerpo (era una promoción de biberones) con el *slogan*: "Si él duerme tranquilo, vos también".

Me comuniqué con la agencia y retiró inmediatamente el aviso además de agradecer.

En el tercer caso no tuve éxito. Intenté, al saber que no había algún movimiento institucional, generar el retiro de un "spot" en tv que con el título "noches moviditas" mostraba una peligrosa situación de colecho de los padres dormidos con el bebé. La protagonista adulta es una conocida actriz.

La pareja y el bebé en pleno sueño cambiaban muchas veces durante la noche las posiciones en la cama compartida, en forma aparentemente divertida.

Quizás fuera interesante realizar la extensión de mensajes preventivos como el actual, a las agencias de publicidad responsables de mensajes con alto efecto de pregnancia, masivos y profesionalmente preparados para no ser olvidados, si no, antes bien, esperan ser persistentes en la memoria popular.

Como es obvio, mucha mayor efectividad tendrá una comunicación de entidades prestigiosas, confiables y respetables que una acción personal y simple que, sin embargo, en dos de tres oportunidades fue atendida.

Dra. Patricia Cirigliano

Socia SAP N° 19950

Prevención de dolor lumbar en niños en etapa escolar

Sr. Editor:

El dolor en la zona lumbar es un problema de salud pública y no sólo afecta a la población adulta sino también a los niños. La prevalencia de dolor lumbar durante la infancia es de 40,2%; por ello, durante esa etapa la visita al pediatra suele ser muy frecuente y en muchos casos no se llega a determinar la causa del dolor. Esta molestia lleva al niño a dejar de practicar deportes, actividad física y puede llegar a ocasionar ausentismo en el colegio debido al dolor en la zona lumbar.¹

Entre las principales causas asociadas al dolor lumbar en la etapa escolar se encuentra la postura en sedente y el mobiliario escolar (mesa y silla), debido a que pasan la mayor parte tiempo sentados en la escuela y además es el mismo mobiliario para todos los alumnos de los diferentes grados;² por otro lado, los hallazgos en relación con el peso que cargan los escolares en la mochila son contradictorios, tampoco se ha encontrado relación con las horas de deporte y televisión.²

Por ello, existe la necesidad de intervenir en la población infantil para prevenir el dolor lumbar. El trabajo interdisciplinario en atención primaria puede mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta molestia. Por lo tanto, se recomienda que todo niño pase por triaje, en el cual se evalúa el dolor en la zona lumbar y se pueda identificar señales de alerta; realizar la evaluación de escala analógica visual y pruebas de dolor lumbar. Además, tener un enfoque terapéutico del dolor lumbar; siendo el médico y el terapeuta físico quienes se harán cargo del tratamiento.³

Existe evidencia del manejo del dolor lumbar en niños y adolescentes mediante intervenciones que combinan el estudio de higiene postural y el ejercicio fisioterapéutico. Debido a que los conocimientos y comportamientos aprendidos

durante la infancia perduran más en el tiempo y son más eficaces; por ende, se obtienen mejores resultados.^{4,5}

Por consiguiente, es importante que el pediatra fomente una cultura de prevención ergonómica en la consulta. De esta manera, el pediatra puede evitar la restricción de la participación en las actividades sociales y educativas del niño. Inclusive, promover el trabajo interdisciplinario y la integración de nuevas pruebas para evitar una discapacidad a futuro; así como capacitar a los profesores para una detección precoz del problema o desarrollar medidas preventivas desde el aula.³ También, se puede derivar a un fisioterapeuta para corregir los desórdenes musculoesqueléticos que puede ocasionar el dolor lumbar; de esa manera, prevenir el dolor y las consecuencias que a futuro ocasiona el mobiliario escolar e identificar y modificar las posturas más comunes que adoptan los niños en la escuela.

Mariela López Mendoza

Mariana Chavez Pantoja

Escuela de Terapia Física.

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas,

Lima Perú.

1. Jones M, Stratton G, Reilly T, Unnithan V. A school-based survey of recurrent non-specific low-back pain prevalence and consequences in children. *Health Educ Res* 2004;19(3):284-89.
2. García F. Dolor de espalda en alumnos de primaria y sus causas. *Fisioterapia* 2009; 31:137-42.
3. Poitras S, Rossignol M, Tousignant M, Truchon M, et al. An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9(1):54.
4. Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, Sánchez-Meca J. Preventive physiotherapy interventions for back care in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:152.
5. Burton AK, Balaque F, Cardon G, Eriksen HR, et al. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19(4):541-55.