

REVISTA DEL HOSPITAL^{de} niños DE BUENOS AIRES



- ♦ La Argentina y la Organización Mundial de la Salud
- ♦ Consultas pediátricas no urgentes en la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025
- ♦ Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos
- ♦ Artritis séptica de rodilla con sospecha etiológica de *Clostridium perfringens*
- ♦ Algunas consideraciones clínicas acerca de la transformación digital y el campo de la Salud Mental. Renovación y legado ético
- ♦ In Memoriam / Adolescencia / Seguridad del paciente / Inteligencia Artificial en Pediatría: avances y aplicaciones / Relatos históricos / Noticias / Noticiero Farmacológico / Doctor, ¿tiene cinco minutos? / Comentario de libros / ¿Cuál es su diagnóstico?

www.profesionaleshnrj.com.ar/ojs

Invierno 2026; Volumen 68, Número 301: 108-220 ♦ ISSN 0521-517X

email: comite.editorial.hnrj@gmail.com



Consejo de Publicaciones / Publication Council

Director del Consejo de Publicaciones / Director of the Publication Department

Dr. Freilij, Héctor (Consultor Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Editor en Jefe / Chief Editor

Dr. Capurro, Oscar Andrés (Miembro Honorario Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Editores Responsables / Responsible Editors

Dr. Fiorentino, Jorge (Jefe Departamento Urgencia Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Plager, Raúl (Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina)

Secretaria / Secretary

Dra. Zocchi, Gloria (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina)

Editores Asociados / Associate Editors

Dr. Almada, Ariel (Proyecto Corporativo de Telemedicina en Swiss Medical, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Arias López, María del Pilar (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Baleani, Silvia (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Ballerini, María Gabriela (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Bologna, Viviana (Farmacéutica Honoraria. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Cardoso, Patricia (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Cialzeta, Domingo (Médico Hebiatra, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Córdoba, Daiana (Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Fayad, Alicia (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Freigeiro, Daniel (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Lic. García Barthe, Mónica (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Guenzatti, Cecilia (Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Guerrero, Nancy (Hospital de Niños Debilio Blanco Villegas, Tandil, Provincia de Buenos Aires, Argentina)

Dra. Pereyra, Camila (Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Sagradini, Sandra (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Sapia, Elizabeth (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Soto Conti, Constanza Paola (Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Szulman, Gabriela (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Tonietti, Miriam (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Bioq. Turco, Marisa (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Viola, Bettina (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Viola, Paola (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Comité Científico Nacional / National Scientific Committee

Dra. Badía, Isabel (Profesora Consulta Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; Asociación Argentina para el Estudio de Enfermedades Hepáticas, Buenos Aires, Argentina)

Dra. César, Marta (Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Cuervo, José Luis (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Devoto, Susana (Directora de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación Argentina)

Dr. Ellis, Alejandro (Profesor Asociado de Pediatría de Centro de Educación Médica e Investigación Clínica. Hospital Universitario, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Finvarb, Gustavo (Asociación de Psiquiatría Infanto- Juvenil, Asociación Psicoanalítica Argentina, Asociación Internacional de Psicoanálisis, Argentina)

Lic. Fontán, Marcelino (Licenciado en Ciencias Antropológicas Profesor Titular de Antropología de la Salud, Universidad Nacional de José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, Argentina)

Dra. Gentile, Ángela (Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, Jefa de la División Promoción y Protección de la Salud Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Grandi, Carlos (Médico Pediatra Epidemiólogo. Jefe de la Sección Epidemiología de la División Neonatología del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá. Miembro de la Comisión Directiva de NEOCOSUR. Miembro de la Comisión de Investigación de la Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina)

Dra. Lapacó, Michelle (Comité de Honor Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Luthy, Viviana (Jefa del Departamento de Entrenamiento y Apoyo Logístico del Sistema de Atención Médica de Emergencias, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Marcó del Pont, José Ignacio (Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica, Buenos Aires, Argentina)

Lic. Wajnbusch, Silvia (Directora de la Biblioteca Virtual de Psicoanálisis, Buenos Aires, Argentina)

La REVISTA del HOSPITAL DE NIÑOS de BUENOS AIRES tiene como objetivo difundir el arte y la ciencia de la salud pediátrica. Dedicada a hacer visible la producción científica de la comunidad a la que pertenece y abierta a la recepción de investigaciones de diversas disciplinas, fue fundada en 1897 y es una de las primeras revistas editadas en el área pediátrica a nivel mundial y la primera en Latinoamérica. Desde entonces mantiene un espíritu vivo, a través de la publicación cuatrimestral ininterrumpida, con notable impacto nacional e internacional. Ha sido declarada de Interés Legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.

La correspondencia debe ser dirigida a nombre del Director, Gallo 1330 (1425), teléfono 54911-51037090 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Email: comite.editorial.hnrg@gmail.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual Nº 51.748.

Comité Científico Internacional / *International Scientific Committee*

Dra. Fraga, María Victoria (Children's Hospital of Philadelphia, Division of Neonatology, Philadelphia, PA 19104 United States)

Dr. García Guerra, Gonzalo (Stollery Children's Hospital and University of Alberta Clinic Health Academy Edmonton, Alberta, Canada)

Dra. González Corcía, María Cecilia (MD, Consultant in Paediatric Heart Center Cardiology and Electrophysiology Free University of Antwerp, Brussels, Belgium)

Dra. Groisman, Adriana (Assistant Director of Pediatric Ambulatory Care Albert Einstein College of Medicine NY, United States)

Dr. Kupferman, Juan (MD, MPH, Profesor de Pediatría, Albert Einstein College of Medicine, Director, División de Nefrología e Hipertensión, Maimonides Medical Center, NY, United States of America)

Dr. Lapunzina, Pablo (Pediatria, Genetista Clínico y Molecular. Especialista en Medicina embriofetal. Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, España)

Dra. Lisman-Pieczanski, Nydia (Médica, Psicoanalista de Niños, Adolescentes y Adultos. Entrenada en el Instituto Británico de Psicoanálisis, Londres, UK)

Dr. Malozowski, Saúl (Senior Advisor for Endocrine Physiology Division of Diabetes, Endocrinology, and Metabolic Diseases National Institutes of Health Bethesda, Maryland, USA)

Dr. Penchaszadeh, Víctor (Master of Science in Public Health, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, United States)

Dr. Perelstein, Eduardo (MD, MPH, Director of the Division of Pediatric Nephrology in the Department of Pediatrics, Weill Cornell Medical College)

Dr. Teper, Ariel (Senior Director Clinical Research, NY United States)

Departamento de Traducciones / *Translation Department*
Lic. Guadalupe Uviedo y Marina Uviedo (Traductoras Públicas Nacionales, Argentina)

Corrección de Estilo / *Proofreaders*

Dra. Capdevielle, Ana (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Zocchi, Gloria (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Diagramador página web / *Website designer*

Sr. Lazarte, Hugo (Diseñador web, Argentina)

Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Período 2024-2026

Board of Directors of the Association for the Scientific and Technical Development of the Professionals of the Buenos Aires "Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital

Presidenta: Lic. Adriana J. Copiz

Secretaria: Lic. Mónica García Barthe

Tesorera: Farm. María del Carmen Gutiérrez

Vocales titulares:

Dra. Valeria Alonso, Dra. Laura Gaete, Dra. Mónica Gareta, Lic. Eliana Cecotti Chaves, Dra. Sandra Fiorini, Lic. Daniela Kaplan, Lic. Cecilia Scaglia, Dr. Hernán Sanguinetti

Vocales suplentes:

Kga. Mariana Céliz Alonso, Lic. Karina Anatrella, Dr. Manuel Bilkis

Organo de Fiscalización:

Titulares: Bq. Nancy Orlando, Biol. Adriana Boywitt

Suplente: Dra. Claudia Berrondo

Esta publicación es propiedad de la Asociación Civil para el Desarrollo Científico y Técnico de los Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Los artículos, notas y comentarios firmados sólo comprometen la responsabilidad de los respectivos autores.

Todo el contenido que se publica en la Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND 4.0)



La Revista del Hospital de Niños se encuentra indizada en LILACS, el Catálogo de Latindex 2.0 (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), DOAJ (Directory of Open Access Journals), la Base de datos Malena (CAYCIT-CONICET) y la Biblioteca Virtual de Salud en Pediatría,

Índice

112 Editorial / Editorial

La Argentina y la Organización Mundial de la Salud / Argentina and the World Health Organization
Héctor Freilij

115 ¿Cuál es su diagnóstico? Pregunta / What is your diagnosis? Question

Sección a cargo del CODEI

Cecilia Guenzatti, Daiana Córdoba

116 Artículo original / Original article

Consultas pediátricas no urgentes en la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025 / Non-urgent pediatric consultations in the emergency department of Dr. Joaquín Corbalán Hospital during the month of May of the year 2025

Martín Ignacio Soler

131 Práctica Pediátrica

Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos / Primary endobronchial tumors, a diagnostic challenge. Case series

Gabriel Castillo, Ruben Ferraz, Cintia Antonioli, Ivanna Boailchuk

143 A propósito de un caso / Case report

Artritis séptica de rodilla con sospecha etiológica de Clostridium perfringens / Septic arthritis of the knee with suspected Clostridium perfringens etiology

Lucía Quintela, Ana Casuriaga, Gustavo Giachetto

154 Carta al Editor / Letter to the editor

Algunas consideraciones clínicas acerca de la transformación digital y el campo de la Salud Mental. Renovación y legado ético / Some clinical considerations on digital transformation and the field of Mental Health. Renewal and ethical legacy

Viviana Garaventa

Secciones / Sections

160 In Memoriam

Dra. Eulalia Lascar

Sección de Cuidados Paliativos

Dr. Néstor Rafael Vallejos Meana

Ernesto Varone

163 Adolescencia / Adolescence

Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Reformas legislativas y poder punitivo sobre adolescentes: un debate poco sensato / Legislative Reforms and Punitive Power over Adolescents: An Unsound Debate

Ana Laura López, Vanesa Salgado

172 Seguridad del paciente / Patient safety

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

La familia como eje estratégico en la seguridad del paciente quirúrgico pediátrico / The Strategic Role of the Family in Ensuring Pediatric Surgical Patient Safety

Patricia Garrido, Fabián Salgueiro

181 Inteligencia Artificial en Pediatría: avances y aplicaciones / Artificial Intelligence in Pediatrics: advances and applications

Sección a cargo de Gustavo Frei, María del Pilar Arias López y Julián Battolla

Diseño de prompts para inteligencia artificial generativa: una guía práctica para pediatras / Prompt design for generative artificial intelligence: a practical guide for pediatricians

194 Relatos históricos / Historical stories

Sección a cargo de Domingo Cialzeta, Mónica García Barthe y Viviana Bologna

Creación del Servicio de Hemoterapia / Creation of the Hemotherapy Service

Jorge A. Fiorentino, Marisa Raquel Amado, Daniel Jacinto Díaz Sánchez

203 Noticias / News

Sección a cargo de Paola Viola y Sandra Sagradini

205 Noticiero Farmacológico / Pharmacological news

Sección a cargo de Patricia Cardoso y Raúl Plager

212 Doctor, ¿tiene cinco minutos? / Doctor, do you have five minutes?

Sección a cargo de Miriam Tonietti y Bettina Viola

217 Comentario de libros / Book reviews

Sección a cargo de Mónica García Barthe

218 ¿Cuál es su diagnóstico? Respuesta / What is your diagnosis? Answer

Sección a cargo del CODEI

Cecilia Guenzatti, Daiana Córdoba

Editorial

La Argentina y la Organización Mundial de la Salud

Argentina and the World Health Organization

Héctor Freilij^a

El actual gobierno de la nación, presidido por Javier Milei anunció el 5 de febrero de 2025 que la Argentina se retiraría de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo del que forma parte desde su creación. Este hecho se concretó un año después del anuncio. “No vamos a permitir que un organismo internacional intervenga en nuestra soberanía, mucho menos en nuestra salud” fueron las palabras del vocero presidencial, ese mismo día. Uno de los argumentos que mencionó el presidente para justificar esta decisión fue el siguiente: “fueron los ideólogos de la cuarentena cavernícola”.¹ Es muy importante remarcar que la OMS, entre otras funciones, solo **tiene la capacidad para recomendar medidas de salud pública nunca obligar a llevarlas a cabo ni sancionar a los países que la constituyen por su no cumplimiento.**

La decisión anunciada por el gobierno argentino resulta consistente con la orientación política del presidente de los Estados Unidos de América (EE.UU.), Donald Trump, quien, tras asumir su segundo mandato el 20 de enero de 2025, dispuso, entre sus primeras medidas, el retiro de ese país de la OMS. Quince días después, el gobierno argentino comunicó la decisión de retirar a la Argentina de dicho organismo.

Desde marzo de 2026 la OMS cuenta con la inclusión de 192 estados, están afuera solamente EE.UU., Argentina, Liechtenstein y Taiwan, este último porque la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció a China como país independiente.²

La creación de la OMS se gestó en 1945, tras la Conferencia de San Francisco (EE.UU.), en la que también se fundó la ONU. Posteriormente, el Consejo Económico y Social de la ONU promovió la convocatoria de la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York en 1946, donde se aprobó la Constitución de la OMS y se le asignó la responsabilidad de coordinar la cooperación internacional en materia de salud. La Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que marca el inicio oficial de las actividades de la organización, con sede en Ginebra, Suiza.

El sostén económico de esta institución depende del Producto Bruto Interno (PBI) y del número total de habitantes de cada país, aparte de donaciones voluntarias de diferentes

a. Director del Consejo de Publicaciones de la Revista del Hospital de Niños de Bs. As. Consultor Honorario del Servicio de Parasitología y Chagas, HNRG.

gobiernos, organizaciones filantrópicas y donaciones privadas, generalmente dirigidas a proyectos específicos. El retiro de EE.UU. de la OMS representó una disminución del 14% del total de su presupuesto.

La OMS es una institución que coordina los esfuerzos vinculados a la salud, en sus múltiples aspectos. Son muchísimas las acciones que propone e impulsa en diferentes situaciones, se ocupa de la prevención de enfermedades, promover la salud y coordinar las actividades de los países frente a la posibilidad de catástrofes y/o emergencias sanitarias. También recopila y actualiza información sobre distintas patologías y varias otras tareas afines.³ Es esencialmente un organismo de asesoramiento; solo realiza recomendaciones a las regiones para mejorar la salud de sus ciudadanos y sugiere las medidas necesarias a tomar para prevenir y curar diferentes enfermedades.

El Dr. Fernán Bernaldo de Quirós, Secretario de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires, mencionó que la OMS "es el principal instrumento que tenemos para la coordinación sanitaria entre países, que es muy importante para la salud en el mundo, sobre todo en los países pandémicos".⁴

El Dr. Adolfo Rubinstein, director del Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS) del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) y ex Ministro de Salud de la Nación mencionó que "salir de la OMS es quedarse fuera del mundo" y "deja al país en una posición de mayor vulnerabilidad ante una crisis de salud". Esto lo mencionó en una reunión con la Red Argentina de Periodismo Científico.

La OMS se divide actualmente en seis sedes: 1-OPS sede en Washington DC. 2-Región de Europa (EURO), sede en Copenhague. 3-África (AFRO) sede en Brazzaville. 4-Mediterráneo Oriental (EMRO) sede en El Cairo. 5- Asia Sudoriental (SEARO) sede en Nueva Delhi. 6- Pacífico Sudoriental (WPRO) sede en Manila.

Luego de varias reuniones de países americanos a fines del siglo XIX y comienzos del siguiente, preocupados por las epidemias en América, recomendaron convocar a una reunión en Washington DC organizada por la Oficina Internacional de Repúblicas Americanas, actualmente denominada Organización de los Estados Americanos. El objetivo de esa reunión fue organizar los temas de salud de las Américas. Así nace en dicho año lo que actualmente se da en llamar la OPS. Posteriormente se incluye a la OMS como la responsable del área americana.⁵

¿Cuál es actualmente relación de Argentina con la OMS y la OPS, habida cuenta que la OPS depende en parte de la OMS?

a. Director del Consejo de Publicaciones de la Revista del Hospital de Niños de Bs. As. Consultor Honorario del Servicio de Parasitología y Chagas, HNRG.

Según lo que sucede en el día a día el Ministerio de Salud de este país sigue con vínculos con la OPS ... situación que es muy difícil de entender, habida cuenta que es una entidad dependiente y vinculada a la OMS. Esperemos que este vínculo continúe y que se restablezca nuevamente con la OMS. Tanto la OPS como la OMS ofrecen un gran beneficio a nuestro y a muchos países en un sin número de actividades muy útiles para la salud de la población.

Bibliografía

1. Presidencia de la Nación. Comunicado Oficial N° 76. La República Argentina se retirará de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Buenos Aires: Gobierno de la República Argentina; 2025 Feb 5 [consultado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comunicado-oficial-numero-76>.
2. Romero F. ¿Qué países del mundo se han retirado de la OMS? [Internet]. Ciudad de Panamá: Bloomberg Línea; 2026 Mar 17 [consultado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://www.bloomberglinea.com/actualidad/que-paises-del-mundo-se-han-retirado-de-la-oms>
3. World Health Organization. Integrity hotline [Internet]. Geneva: World Health Organization [consultado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/about/office-of-internal-oversight-services/integrity-hotline>.
4. Redacción TN. El gobierno porteño cuestionó a Nación por sacar a la Argentina de la OMS [Internet]. Buenos Aires: Todo Noticias; 2025 Feb 5 [consultado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://tn.com.ar/politica/2025/02/05/el-gobierno-porteno-cuestiono-a-nacion-por-sacar-a-la-argentina-de-la-oms/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud [consultado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-organizacion-panamericana-salud-ops>

Forma de citar: Freilij H. La Argentina y la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):112-114*

a. Director del Consejo de Publicaciones de la Revista del Hospital de Niños de Bs. As. Consultor Honorario del Servicio de Parasitología y Chagas, HNRG.

Correspondencia: hectorfreilij@yahoo.com.ar

¿Cuál es su diagnóstico? Pregunta

Sección a cargo del Comité de Docencia e Investigación HNRG

Cecilia Guenzatti^a y Daiana Córdoba^a

Paciente de 16 años, sano, con antecedente de una colección a nivel del pabellón auricular izquierdo, secundaria a la colocación de un piercing en hélix, que recibió tratamiento con amoxicilina y trimetoprima-sulfametoxazol por 21 días, con buena respuesta. A las 48 horas de finalizada la antibioticoterapia, comenzó con un síndrome febril asociado a un exantema maculopapular generalizado, por lo cual consultó en la guardia.

Al examen físico, se lo valoró en regular estado general con eritrodermia, descamación periorificial y edema facial. Se realizaron estudios de laboratorio que evidenciaron leucocitosis con eosinofilia (recuento absoluto de eosinófilos: 960) y hepatitis hepatocelular (GOT: 505 UI/L; GPT:548 UI/L).



De acuerdo con la información proporcionada ¿Cuál es su diagnóstico?

- Síndrome de Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS).
- Síndrome de Stevens-Johnson.
- Pustulosis exantemática generalizada aguda inducida por fármacos.
- Exantema viral por Virus Epstein-Barr.

a. Instructora de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG

Contacto: instructoreshnr@gmail.com

Artículo original

Consultas pediátricas no urgentes en la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025

Non-urgent pediatric consultations in the emergency department of Dr. Joaquín Corbalán Hospital during the month of May of the year 2025

Martín Ignacio Soler^a

Resumen

Introducción: El objetivo de la presente investigación fue analizar las consultas pediátricas no urgentes, problemática que impacta en el uso de recursos hospitalarios y en la economía del paciente. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo que incorporó a 294 niños de edades comprendidas entre 1 mes de vida hasta 14 años 11 meses y 29 días con sus respectivos acompañantes quienes concurren entre el 1 y el 31 de mayo de 2025 a la guardia del Hospital, en la localidad de Rosario de Lerma, Salta, Argentina. Se aplicó una encuesta validada, estructurada y dirigida, considerando una asociación estadística significativa $p < 0,05$. **Resultados:** La edad media de los niños fue de 7 años. El 89% (261) de las consultas fueron categorizadas como no urgentes. El motivo de consulta más frecuente fue fiebre. El diagnóstico más frecuente fue catarro de vías aéreas superiores, constituyendo el 53% (157). De las 261 consultas no urgentes, el 88% (230) no requirieron pruebas complementarias. Al 96% (251) se le prescribió algún medicamento y el 99% (259) no fueron hospitalizadas. **Conclusión:** La mayor demanda de consultas a la guardia pediátrica -9 de cada 10- fue evaluada como no urgente, lo que evidenciaría una falta de comprensión por parte de la población acerca del uso adecuado del servicio de emergencias y por ende un gasto inadecuado de recursos.

Palabras clave: Urgencias Médicas, Servicios Médicos de Urgencia, Medicina de Urgencia Pediátrica, Recursos en Salud

Abstract

Introduction: The objective of this study was to analyze non-urgent pediatric consultations, a problem that impacts the use of hospital resources and the patient's economy. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, and prospective study was conducted. The study included 294 children—aged 1 month to 14 years, 11 months, and 29 days—and their respective companions who attended the hospital emergency room in Rosario de Lerma, Salta, Argentina, from May 1 to May 31, 2025. A validated, structured, and targeted survey was applied. Statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** The mean age of children was 7 years. 89% (261) of the consultations were categorized as non-urgent. The most frequent reason for consultation was fever. The most common diagnosis was upper respiratory tract infection, constituting 53% (157). Of the 261 non-urgent consultations, 88% (230) did not require complementary tests, 96% (251) were prescribed medication, and 99% (259) did not require hospitalization. **Conclusion:** It can be concluded that 9 out of 10 pediatric emergency room consultations were non-urgent, highlighting a lack of education regarding the proper use of emergency services and a high utilization of resources.

Keywords: Emergencias, Emergency Medical Services, Pediatric Emergency Medicine, Health Resources

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo para evitar complicaciones mayores. Es un problema de salud de gravedad variable que genera la conciencia de necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre, o de su familia.¹ Una emergencia es una situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal.² Se clasifica como consulta no urgente, a los pacientes pediátricos que presentan problemas clínico-administrativos de baja complejidad o procesos crónicos sin agudización. Según este estudio, estas consultas se consideran "apropiadas para el médico de cabecera" (atención primaria), ya que no requieren la infraestructura de una guardia de emergencias.³

La demanda de atención en el servicio de emergencias se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo.⁴⁻⁶ Existen publicaciones de servicios de emergencia pediátricos y mixtos a nivel internacional en los que se destaca un aumento en la demanda asistencial con mayor número de consultas clasificadas como no urgentes que sobrecargan a los equipos de salud, poniendo en riesgo la calidad asistencial y aumentando los costos. Entre un tercio y la mitad de las consultas al servicio de emergencias constituyen episodios no urgentes que podrían ser resueltos por un pediatra en el primer nivel de atención.^{7,8} Frente a la presencia de un hijo enfermo, los padres suelen recurrir al departamento de emergencias como fuente habitual para el cuidado de la salud de sus hijos.⁹

El Hospital Dr. Joaquín Corbalán es un Hospital Nivel III de complejidad que pertenece sanitariamente al Área Operativa XXXII, ubicada en la Región Sanitaria Oeste, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. Estructuralmente es un edificio de 2 pisos. Cuenta con 14 consultorios de especialidades médicas, psicología, odontología y vacunatorio. Dispone de 23 camas de internación, de las cuales 7 están destinadas a pacientes pediátricos. Existe un quirófano y 5 camas de recuperación anestésica, en donde se practican intervenciones quirúrgicas tanto de pacientes pediátricos como de adultos.

Por lo anteriormente expuesto, debido a que no existe un relevamiento estadístico local, se considera importante realizar esta investigación. Asimismo, es una problemática que

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

impacta en el uso de recursos materiales, financieros y humanos, como así también en la economía familiar del paciente y genera una sobrecarga de la unidad de emergencias, saturando el espacio físico, y dificultando una estratificación adecuada de las consultas médicas.

El objetivo general de este estudio fue realizar un análisis descriptivo de las consultas pediátricas no urgentes que concurren a la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025, con la finalidad de obtener estadísticas y destacar una problemática que impacta en el uso de recursos hospitalarios y en la economía familiar del paciente.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Determinar los motivos de consulta de los pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencias durante el período definido.
- Establecer la frecuencia de consultas pediátricas no urgentes que se realicen en la guardia de emergencias durante el período de tiempo considerado.
- Identificar las razones por las cuales los acompañantes de los pacientes pediátricos concurren al servicio de emergencias del hospital.
- Describir las características sociodemográficas y económicas de los pacientes pediátricos y de sus respectivos acompañantes.
- Relacionar el tipo de consulta con la distancia al hospital y la razón de realizarla en guardia de emergencias.
- Establecer la frecuencia de consultas no urgentes en las que se indicó hospitalización, en las que se realizaron pruebas diagnósticas y en las que se prescribió medicamentos.

Material y Métodos

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

Población: Se estudiaron 294 niños con edades comprendidas entre el 1 mes de vida y hasta 14 años 11 meses y 29 días de edad y las motivaciones de sus respectivos acompañantes, que concurren a la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán desde el 1 al 31 de mayo del año 2025, de lunes a sábado en el horario de 7:00 a 18:30 horas. Se

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

estableció dicha franja horaria para las entrevistas, dado que se observó en el registro estadístico que eran los horarios más concurridos y el horario que el autor del presente trabajo desempeña en la institución de salud. Se relacionaron las variables que resultaron de interés. Para evaluar la asociación de las variables categóricas con el resultado de interés, se utilizó el test de Fisher, con nivel de significancia $p < 0,05$.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron aquellos casos con emergencias médicas que requirieron un inmediato traslado lo que no permitió contar con el tiempo necesario para realizar la encuesta.
- Se excluyeron aquellos niños cuyos acompañantes se negaron a realizar la encuesta.
- Se excluyeron aquellos niños que acudieron a la guardia sin un acompañante que fuera responsable de los mismos.

Variables:

Las variables que se consideraron fueron:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo del niño, cobertura de salud, distancia entre el domicilio y el hospital, medio de transporte utilizado, edad y sexo del acompañante, relación con el niño, nivel educativo del acompañante, antecedente de consultas previas del acompañante a una guardia pediátrica y motivo de concurrencia a la guardia.
- Variables relacionadas con la consulta médica: tiempo de inicio de los síntomas, día de la semana en que se consulta a emergencias, hora de consulta en emergencias, motivo de consulta, diagnóstico, tipo de consulta.
- Variables relacionadas con las consultas no urgentes: solicitud de pruebas diagnósticas, prescripción de medicamentos, clase de fármaco indicado, internación.

Las definiciones conceptuales, operativas y categorías de las variables se muestran en la tabla 1.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Tabla 1 Definiciones conceptuales, operativas y categorías de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías
Distancia del Hospital	Espacio que media entre dos cosas	Cantidad de kilómetros que separa la vivienda del paciente del Hospital	-Menos de 5 km -Más de 5 km
Nivel educativo del acompañante	Grado de escolaridad más alto que una persona ha alcanzado	Grado de escolaridad más alto alcanzado por el acompañante del paciente pediátrico	-Sin Instrucción -Primario -Secundario -Terciario -Universitario
Antecedente del acompañante sobre asistencia a guardia pediátrica	Acción de haber concurrido frecuentemente a la guardia de emergencias durante la infancia	Asistencia habitual a la guardia de emergencias del acompañante cuando era niño	-Sí -No -No recuerda
Motivo de concurrencia a la guardia	Fundamento por el que un paciente decide acudir a la guardia de emergencias de un hospital	Razón que desencadena en el cuidador el acto de llevar al niño a la guardia de emergencias	-Dificultad para obtener turno con pediatra del Hospital -En opinión del cuidador constituye una emergencia -Derivado por otro profesional -No tiene pediatra de cabecera -Quería quedarse tranquilo con el diagnóstico -Otro
Motivo de consulta	Síntoma que desencadena la consulta al servicio de emergencias	Síntoma o signo de mayor relevancia clínica	
Tipo de consulta	Atención médica variable según grado de compromiso vital y necesidad de actuación inmediata		-No urgente (Nivel 5 del <i>Emergency Severity Index</i>) ^(11,12) -Urgente (Nivel 1-4 del <i>Emergency Severity Index</i>) ^(11,12)

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Procedimientos e instrumento de recolección de datos

La encuesta se realizó durante la consulta médica efectuada a la guardia de emergencias. Se aplicó una encuesta validada, estructurada y dirigida, diseñada para el artículo científico de Vinelli y col.¹⁰ con la modificación en el orden de algunas variables, y la introducción de otras variables que se consideraron de interés. El instrumento cuenta con 3 secciones bien diferenciadas. La primera sección informa de manera clara y breve el propósito de la investigación y su carácter de anónima y voluntaria. En la segunda sección se deben completar las características sociodemográficas del niño, entre las cuales se encuentran: edad, sexo, cobertura de salud, distancia del hospital y medio de transporte utilizado. En la tercera sección, se registran datos sociodemográficos del acompañante del niño, donde se encuentran: edad, sexo, relación con el niño, nivel educativo, empleo, antecedente del acompañante sobre asistencia a guardia pediátrica, motivo de concurrencia a la guardia de emergencias y tiempo de inicio de los síntomas.

Las variables que corresponden a las consultas y que se obtienen de la Historia Clínica, se registraron en una "Ficha de recolección de datos relacionados con la consulta médica" elaborada para tal fin. Estos son: día de la semana, hora, motivo de consulta, diagnóstico, tipo de consulta, solicitud de pruebas diagnósticas, prescripción de medicamentos, clase de fármaco indicado y si requirió internación. Para determinar el tipo de consulta se utilizó el Emergency Severity index.^{11,12} Se consideraron como consultas no urgentes a aquellas que pertenecían a nivel 5 el mencionado índice.

Procesamiento y análisis de datos

Luego de la recolección de datos de las encuestas, se codificaron las variables de las mismas y se tabularon los datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel versión 2019. A partir de ésta, se realizaron tablas dinámicas que permitieron analizar en forma descriptiva las diferentes variables consideradas. Luego se realizaron tablas en el mismo programa que respondan a los objetivos planteados y presenten los resultados de las variables estudiadas de manera clara y concisa.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo el estudio se siguieron los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y también las

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Guías de Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización y Ley 25.326 Habeas Data. En este estudio se tomaron datos de las historias clínicas con propósitos descriptivos, observacionales y no anticipó implementar conductas terapéuticas en la población descripta. En cuanto a la confidencialidad, toda la información obtenida fue almacenada en una base de datos de acceso restringido. Los datos de cada paciente ingresado recibieron un código (alfanumérico). Solo tuvo acceso al vínculo el investigador del estudio. Los pacientes no fueron identificados bajo ningún concepto en ninguna presentación pública ni en la base de datos de los resultados.

El protocolo fue revisado y aprobado por el departamento de Investigación de la Unidad de Práctica Final Obligatoria el día 18 de abril de 2025 para llevar a cabo la investigación. Se solicitó autorización por escrito a la Gerencia General del Hospital Dr. Joaquín Corbalán, con su aprobación el día 21 de abril de 2025, para la ejecución de la investigación.

Resultados

Se incorporaron al presente trabajo 294 niños y sus respectivos acompañantes, que concurrieron a la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025.

Se observó que el grupo etario que consultó con mayor frecuencia fue el comprendido entre 6 y 8 años. La edad media de los niños que consultaron fue de 7 años, con un Desvío Standard (DS) de 4. Además, predominó la incidencia de pacientes sin cobertura de salud y de aquellos que residían a una distancia menor a 5 kilómetros. El acceso al hospital predominante por parte de los pacientes y sus acompañantes fue por sus propios medios. El grupo etario de acompañantes mayoritario correspondió a edades entre 28 y 37 años. Le siguieron los grupos entre 38 y 47 años, y entre 18 y 27 años.

La mediana de edad de los acompañantes fue de 33 años. En cuanto al sexo de los acompañantes, prevaleció el sexo femenino. Se registró que la madre fue el principal acompañante del niño a la consulta. Le siguió en frecuencia el padre. El nivel de estudios predominante fue primario completo, siguiendo secundario completo. No se registraron acompañantes sin nivel de instrucción. En lo referido a empleo, se encontró que la mayoría de los acompañantes estaban desempleados. Se registró que igual cantidad de los acompañantes concurrían y no concurrían a la guardia de emergencias de algún hospital durante su infancia.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Se observó que el principal motivo de concurrencia a la guardia por parte de los acompañantes fue que "En su opinión, constituía una emergencia" (Tabla 2).

Se obtuvo que la mayoría de los niños concurren a la guardia de emergencias con un tiempo de evolución de los síntomas menor de 24 horas. Se registró que los jueves y viernes fueron los más concurridos para consultar. El sábado fue el menos concurrido. La mayoría de los niños consultaron por la mañana. Del total de motivos de consulta a la guardia de emergencias, el más frecuente fue la fiebre. Completan los 5 motivos más frecuentes la tos, traumatismos, vómitos y cefalea. De todos los diagnósticos registrados, el más frecuente fue el catarro de vías aéreas superiores (CVAS). Completan los 5 diagnósticos más frecuentes traumatismo, gastroenteritis, infección de piel y partes blandas y bronquitis aguda.

En las consultas urgentes, el motivo más frecuente fueron los traumatismos. Se obtuvo que las consultas categorizadas como no urgentes fueron las predominantes (Tabla 4). Se observó que, de las 261 consultas no urgentes, al 88% (230) no se le solicitó ningún tipo de prueba diagnóstica complementaria. Se encontró que al 96% (251) de las consultas no urgentes se le prescribió algún tipo de medicamento. De las consultas no urgentes, se observó que la clase de fármaco más indicada fueron los analgésicos. Le siguieron en frecuencia antipiréticos y los antibióticos. Se registró que el 99% (259) de las consultas no urgentes no fueron hospitalizadas (Tabla 4). Se obtuvo que el nivel educativo primario completo con 0,3% (1) y el nivel secundario completo con un 1,7% (5) son las únicas categorías que dieron como razón no tener médico de cabecera al igual que las únicas categorías que manifestaron ir a la guardia derivados por otro profesional con un 5% (16). Sin embargo, no se encontró asociación estadística significativa entre estas variables según el test Exacto de Fisher $p=0.690$. Se observó que en aquellos niños que residían a distancia menor de 5 km las consultas no urgentes representaron el 71% (208) y en los que vivían a una distancia de más de 5 km las consultas no urgentes representaron el 18% (53).

No se encontró asociación estadística significativa entre estas variables según test exacto de Fisher $p=0.089$. Se observó que los principales fundamentos para acudir a la guardia del total de las consultas no urgentes fue que "En opinión del cuidador, constituye una emergencia" con un 40% (119) y el motivo "Dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera/centro de APS" con un 21% (62). Se encontró asociación estadística significativa según el test exacto de Fisher Valor $p=0.000$.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Cantidad	Porcentaje
Grupo etario del niño	6-8 años	71	24%
Sexo del niño	Masculino	157	53%
Cobertura de Salud del niño	No	229	78%
Distancia del Hospital	Menos de 5 km	238	81%
Medio de transporte utilizado	Caminando	79	27%
Grupo etario del acompañante	28-37 años	136	46%
Sexo del acompañante	Femenino	257	87%
Relación con el niño	Madre	243	83%
Nivel educativo del acompañante	Primario completo	146	50%
Empleo del acompañante	Desempleado	151	51%
Antecedente del acompañante	No	144	49%
Razón de concurrencia a la guardia	En opinión del cuidador, constituye una emergencia	138	47%

Categorías predominantes de cada una de las variables sociodemográficas. (n=294).

Tabla 3. Variables relacionadas con la consulta médica.

Variable	Categoría	Cantidad	Porcentaje
Tiempo de inicio de los síntomas	Horas	226	77%
Día de la semana	Jueves	64	22%
Horario	Mañana	174	59%
Motivo de consulta	Fiebre	79	27%
Diagnóstico	Catarro de vía aérea superior (CVAS)	157	53%
Tipo de consulta	No urgente	261	89%

Categorías predominantes de cada una de las variables relacionadas con la consulta médica a la Guardia de Emergencias del Hospital. (n=294)

Tabla 4. Variables relacionadas con las consultas no urgentes.

Variable	Categoría	Cantidad	Porcentaje
Solicitud de pruebas diagnósticas	No	230	88%
Prescripción de medicamentos	Sí	251	96%
Clase de fármaco	Analgésico	109	42%
Internación	No	259	99%

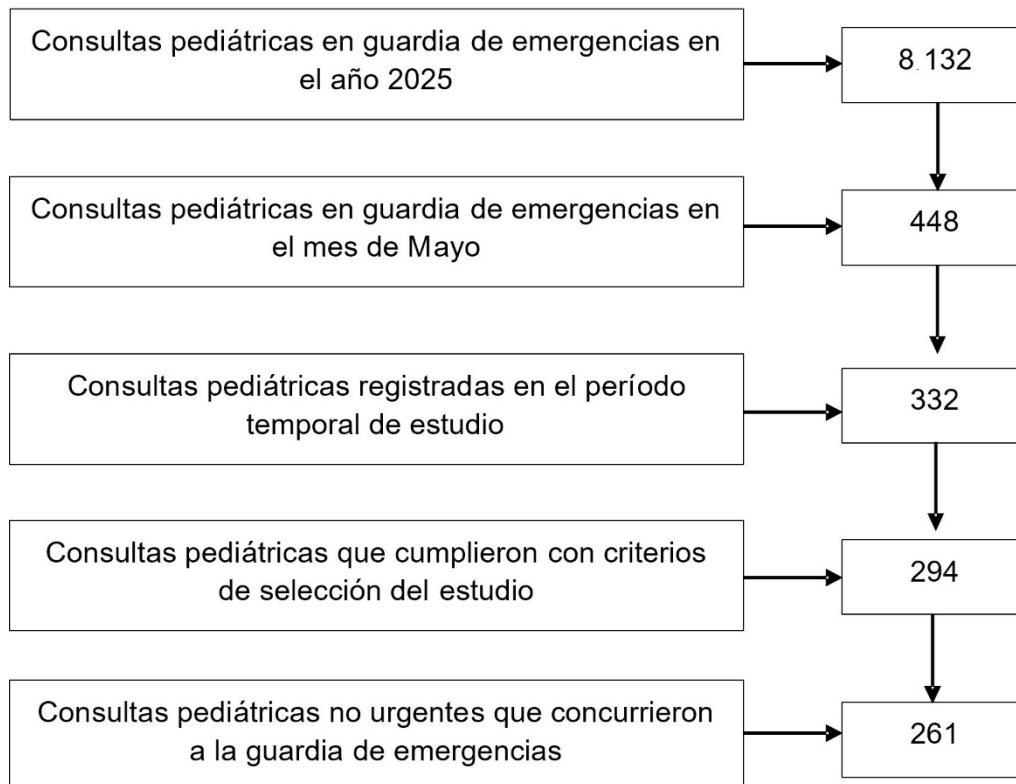
Categorías predominantes de cada una de las variables relacionadas con las consultas médicas no urgentes a la Guardia de Emergencias del Hospital. (n=261)

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Figura 1. Flujograma ilustrativo de población pediátrica que concurrió a la guardia de emergencias del Hospital, año 2025.



Discusión

En el presente trabajo de investigación se encontró que nueve de cada diez consultas pediátricas a la guardia de emergencias son no urgentes. Esto coincide con lo descripto por Vinelli y col., en donde se enuncia que más de la mitad de las consultas pediátricas son no urgentes.¹⁰ De igual manera, hay concordancia con los resultados del trabajo de Piñeiro Pérez R y col., en donde solo en el 3,65% de los pacientes se consideró que podría existir una emergencia médica y solo en el 30,1%, que fuera necesaria una atención en Urgencias que no hubiera podido ser solucionada en Atención Primaria (fundamentalmente por la necesidad de realizar pruebas complementarias).¹ En lo referido a grupo etario del niño, uno de cada cuatro niños que consultaron a la guardia tenía entre 6 y 8 años. Esto fue diferente a lo esperado, debido a que el grupo etario que reviste mayor preocupación tiende a ser el comprendido entre 0 y 2 años. En el artículo de Vinelli y col.¹⁰ la mediana de edad fue de 24 meses.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

El motivo de concurrencia a la guardia de emergencias más frecuente fue que "En opinión del cuidador, constituía una emergencia" elegida por aproximadamente la mitad de los acompañantes. Aquí existe una diferencia con el trabajo de Vinelli y col, donde la principal razón fue "Dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o el centro de atención primaria".¹⁰ Esta razón, fue la segunda más elegida en los resultados del presente trabajo, lo cual denota una relevante dificultad en la organización para asignar turnos, como así también la escasez de especialistas en pediatría en el área operativa.

En el artículo publicado por Ortega Benítez y col, el principal factor asociado al uso inadecuado del servicio es la incompatibilidad de los horarios de prestación de la atención de los servicios de urgencias de la atención primaria o el pediatra del centro de salud, con un peso parcial de la percepción de los padres de que el problema de salud que presenta su hijo sea más grave de lo que es en realidad.¹³

El síntoma referido por los acompañantes de consulta más frecuente fue la fiebre, coincidiendo con un estudio de la *Office for National Statistics* de Londres.¹⁴

El diagnóstico más frecuente fue el CVAS, en concordancia con lo enunciado por Clerc, en donde este diagnóstico fue el de mayor frecuencia representando el 12%.¹⁵

El 50% de los acompañantes tenía entre 28 y 37 años, y el acompañante predominante fue la madre del niño. Esto fue coincidente con el artículo de Vinelli y col, donde la edad media del acompañante fue de 28,7 años y la madre fue predominante con un 88%.¹⁰

En relación con el nivel educativo, se observó que uno de cada dos acompañantes solo tenía nivel primario completo. Apenas el 5% había llegado a completar el nivel superior (terciario o universitario). Además, en lo relacionado a empleo de los acompañantes, más de la mitad estaba desempleado y solo el 14% poseía un trabajo estable. Una situación diferente se observó en el trabajo de Lugo, en donde la mayoría tenía como nivel educativo predominante la educación secundaria (34.2%), seguido de educación superior (27.1%), educación primaria (21.7%) y sin instrucción (17.0%).¹⁶ Varios estudios encontraron una asociación directa entre el estado socioeconómico (escolaridad e ingresos) y el uso inapropiado de los servicios de emergencias.^{17,18} Sin embargo, en el presente estudio se apreció que podría existir una insuficiente comprensión sanitaria transversal en todos los niveles educativos, dado que como principal razón de consulta fue que "En opinión del cuidador, constituye una emergencia" y solo una de cada diez consultas fue categorizada como urgente.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Se observó que tres cuartas partes de los niños que consultaron no poseían cobertura de salud. Esto se podría explicar por el nivel de desempleo registrado y debido a que es un hospital perteneciente al subsector público de salud.

Un factor sociodemográfico que podría considerarse como facilitador de la consulta, fue la cercanía de la vivienda con respecto a la guardia de emergencias. Cuatro de cada cinco niños que consultaron vivían a menos de cinco kilómetros de la guardia de emergencias, siendo la mayoría de las consultas categorizadas como no urgentes. En lo referido a medio de transporte, uno de cada cuatro pacientes concurre caminando a la guardia de emergencias y uno de cada cuatro lo hizo en motocicleta. En caso de ser emergencia, sería esperable el llamado a una ambulancia, taxi o un automóvil particular para llegar lo más rápido posible.

Se podría afirmar que el nivel de alarma en los acompañantes es bueno, dado que cuatro de cada cinco, consultaron en un tiempo menor a 24 horas de iniciados los síntomas.

Considerando la prescripción de medicamentos ante consultas no urgentes en guardia de emergencias, a 9 de cada 10 niños se les prescribió algún tipo de medicamento, los cuales en su mayoría debían ser comprados por los propios padres en farmacias privadas, dado que no había disponibilidad suficiente de los mismos en la Guardia de Emergencias del Hospital. La clase de fármaco más indicada fueron los analgésicos, representando el 43%; le siguieron en frecuencia los antipiréticos con un 27% y los antibióticos con un 11%.

Es importante mencionar que, de las consultas no urgentes, el 99% no fueron hospitalizadas. No se encontró asociación entre la distancia al Hospital y la realización de una consulta no urgente ($p=0.089$), por lo que se podría inferir que la distancia no fue un factor que motive una consulta no urgente. Se encontró asociación estadística ($p=0.000$) entre las razones de concurrencia a la guardia y la presencia de una consulta no urgente, siendo la razón "En opinión del cuidador, constituye una emergencia" la más elegida, en 4 de cada 10 acompañantes. Entre las limitaciones del trabajo, el mismo estuvo limitado por sesgo del encuestador, quien llevó adelante el presente trabajo. Otra limitación relevante fue el período de tiempo acotado de recolección de datos.

Como propuestas a partir de estos resultados, se podrían implementar programas de educación en salud para capacitar a los cuidadores acerca de cuáles serían pautas de alarma que requieran una consulta urgente a la guardia de Emergencias. Dichos programas tendrían un sustento fundamental en el trabajo que realiza el equipo de Atención Primaria de la Salud,

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

brindando pautas concretas a las familias que visitan, potenciando su rol en la comunidad. Otra estrategia alineada a considerar es la difusión a través de redes sociales con videos, imágenes y flyers explicativos sobre los distintos niveles de gravedad en la guardia de emergencias, como así también cuál es la verdadera función de esta sección del Hospital.

Otra modalidad de mejora importante sería afianzar el sistema de triage vigente, con la incorporación permanente del *Emergency Severity Index*.^{10,11} La implementación rigurosa del triage permitiría una estratificación objetiva, al mismo tiempo que la población al evidenciar que las patologías leves son atendidas al último, se supone que concurrirían menos a los servicios de emergencias por causas banales.

La tecnología también podría ser un instrumento que aporte a la solución. Existen antecedentes de aplicaciones móviles en España, cuyo software orienta sobre signos de alarma que ameritan una consulta urgente, al mismo tiempo que brinda pautas de cuidado domiciliario y manejo inicial de ciertas patologías. Es necesario aclarar a la población que dichas aplicaciones no sustituyen a una atención médica y que funcionan como una guía y apoyo orientativo. En la actualidad la implementación de la Teleconsulta con pediatras es un modo de detección temprana de urgencias, mediante la cual el profesional determina si es necesario una consulta al servicio de emergencias o es una patología que requiere atención por consultorio, con turno programado.

Conclusión

Se puede concluir que 9 de cada 10 consultas pediátricas a la Guardia de Emergencias fueron no urgentes, lo que evidenciaría la falta de instrucción adecuada acerca de su uso y un elevado empleo de recursos. El principal motivo de concurrencia fue que "En opinión de los cuidadores, constituye una emergencia", lo cual fue común a todos los niveles educativos. La segunda razón fue "Dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o centro de atención primaria". Esto permitiría dilucidar una escasez de turnos disponibles y la limitada existencia de especialistas en pediatría en el Hospital y en las instituciones de salud del área operativa. La mayoría de las patologías por las que se consultaron podían ser resueltas en consultorio de pediatría, con turnos programados. Si bien existió una escasa indicación de pruebas diagnósticas complementarias, hubo una gran prescripción de fármacos, lo que conlleva un gasto económico y, en ocasiones, medicación innecesaria.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

La inversión en estrategias de prevención y educación sanitaria es siempre más rentable que el costo de la mitigación de daños. Es por esto que, afrontando esta problemática desde el inicio, se ahorrarían numerosas dificultades a futuro, entendiendo que los recursos son cada vez más limitados, la población crece y los riesgos de epidemias o patologías infecciosas que saturan una guardia están siempre latentes.

Bibliografía

1. Piñeiro Pérez R, Muñoz Archidona C, Parte Cancho M, et al. Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres? Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017; 19(74):137-145. [consultado 24 mar 2025] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lng=es.
2. Sánchez GJL. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. MEDISAN [Internet]. 2018; 22(7): 630-637. [consultado 10 abr 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700630&lng=es.
3. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Triage de urgencias: Manchester Triage Group. 3a ed. Madrid: Grupo Paradigma; 2014.
4. Hsu NC, Shu CC, Lin YF, et al. Why do general medical patients have a lengthy wait in the emergency department before admission? J Formos Med Assoc 2014;113(8):557-61.
5. Hsu CM, Liang LL, Chang YT, et al. Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. J Formos Med Assoc 2019;118(1P1):186-93.
6. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, et al. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. Rev Med Chil 2017;145(5):557-63. [consultado 20 jun 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500001>
7. Arce A, Luaces C, García J, Pou J. ¿Paciente o impacientes? Porque se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias Pediátricas. Emergencias 2002; 14(2):69-73.
8. Lara B, Aguilera P, Garrido M et al. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Chil Pediatr 2014; 85(2):174-82.
9. Madramany AA, Reina PM, Peredo DC, et al. Sistema de triaje y evaluación de Urgencias pediátricas. Rev Esp Pediatr 2012; 68 (1): 29-34 [consultado 20 jun 2026]. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2012/REP%2068-1.pdf>
10. Vinelli Nicolás F., Mannucci Carla, Laba Natalia I, et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2011 Feb; 109(1):8-13 [consultado 24 mar 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000100004&lng=es
11. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, et al. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ publication no. 05-0046-2 ed. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
12. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, et al. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. J Emerg Nurs 2004; 30(1):22-29.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

13. Ortega Benítez AM, Rodríguez Gómez JA, Novo Muñoz MM, et al. Inadecuación de la urgencia pediátrica hospitalaria y sus factores asociados. Ene. [internet]. 2019 :13(2) [consultado 5 jul 2026], 1324. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200004&lng=es&nrm=iso Epub 21-Oct-2019. ISSN 1988-348X.
14. Pursell E. Parenteral fever phobia and its evolutionary correlates. J Clin Nurs. 2009;18(2):210-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02077.x. Epub 2008 Feb 19. PMID: 18298501
15. Clerc Berestein MA. Análisis sobre el rol de un Hospital Pediátrico provincial de nivel III B en el Sistema de Salud Bonaerense y propuestas para su optimización [tesis de maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Posgrado, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica"; (2023). [consultado 20 jun 2026]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/174983>
16. Pacheco Lugo LP. Factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio 2013 [trabajo de investigación de especialidad]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado; 2014 [consultado 20 jun 2026]. Disponible en <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/849f7de5-c364-408f-8b5f-5060be93ecac>
17. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med 2011;29(3):333-45. DOI: 10.1016 / j.ajem.2010.01.003.
18. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo, M, et al. Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. Academic Emergency Medicine, 2004;11(12):1302-10. doi: 10.1197/j.aem.2004.08.032

Texto recibido: 18 de noviembre de 2025

Aprobado: 3 de junio de 2026

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Soler MI. Consultas pediátricas no urgentes en la guardia de emergencias del Hospital Dr. Joaquín Corbalán durante el mes de mayo del año 2025. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):116-130

Nota del Editor. Si bien el presente trabajo presenta algunas limitaciones metodológicas (período evaluado dado por la duración de rotación del autor y horario de atención restringido al horario de atención de la institución), aporta datos útiles para el área del noroeste de nuestro país que pueden ayudar a optimizar la atención pediátrica. Por ese motivo el Comité Editorial ha decidido aprobar su publicación.

a. Médico general. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Docente adscripto de la Cátedra "Herramientas de la Investigación científica básica", Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Argentina. ORCID ID 0009-0008-9694-452X

Correspondencia: martinignaciosoler9@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Práctica Pediátrica

Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos

Primary endobronchial tumors, a diagnostic challenge. Case series

Gabriel Castillo^a, Ruben Ferraz^b, Cintia Antonioli^c, Ivanna Boailchuk^d

Resumen

Los tumores endobronquiales en pediatría son infrecuentes. Su presentación clínica suele superponerse con la de otras entidades, lo que puede retrasar el diagnóstico. Su comportamiento es variable y depende de la localización y del estadio al momento de la detección. Se describen tres pacientes pediátricos (dos del sexo masculino y uno del femenino) con edades comprendidas entre los 5 y 14 años al momento del diagnóstico, que presentaron tumores endobronquiales primarios. La presentación clínica fue heterogénea: hemoptisis en un caso, bronquiectasias secundarias a tuberculosis en otro, y atelectasia crónica asociada a episodios recurrentes de obstrucción bronquial en el tercero. Según su localización, dos lesiones se encontraron en el bronquio intermedio y una en el bronquio apical derecho. A continuación, se detalla la evolución clínica, los estudios diagnósticos y el tratamiento de cada caso.

Palabras clave: Broncoscopia, Neoplasias endobronquiales, Pediatría, Endoscopia.

Abstract

Endobronchial tumors in pediatrics are uncommon; their clinical presentation often overlaps with that of other conditions, leading to delayed diagnosis. Their behavior is variable and depends on tumor location and stage. Three pediatric patients (two boys and one girl), aged between 5 and 14 years at the time of diagnosis, with primary endobronchial tumors, are reported. Clinical presentation was heterogeneous: hemoptysis in one case, bronchiectasis secondary to tuberculosis in another, and chronic atelectasis associated with recurrent episodes of bronchial obstruction in the third. Regarding tumor location, two lesions were found in the intermediate bronchus and one in the right apical bronchus. A more detailed description of each case is presented below.

Keywords: Bronchoscopy, Endobronchial neoplasms, Pediatrics, Endoscopy

Introducción

Los tumores pulmonares en pediatría son poco frecuentes y representan aproximadamente el 0,2 % del total de tumores en niños.¹⁻³ Según su comportamiento biológico, pueden clasificarse en benignos y malignos. Entre los benignos se encuentran el pseudotumor inflamatorio y el hamartoma.⁶ Los tumores malignos incluyen tanto neoplasias pulmonares primarias como secundarias (metástasis). Dentro de los tumores pulmonares primarios, una propor-

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

ción significativa corresponde a tumores epiteliales malignos, entre los que se destacan el tumor carcinoide y el carcinoma mucoepidermoide.^{4,5} Entre los tumores traqueobronquiales, los tumores carcinoides representan aproximadamente el 80–85 % de los casos.^{4,5} Estas entidades forman parte del grupo de tumores raros, definidos como neoplasias malignas sólidas con una incidencia anual menor de 2 casos por 1 000 000 de habitantes, con mayor afectación en varones menores de 14 años. En Argentina, los tumores raros representan aproximadamente el 9,9 % del total de neoplasias pediátricas.⁴

La presentación clínica de los tumores pulmonares primarios suele ser inespecífica e incluye tos persistente, fiebre, disnea, dolor torácico, hemoptisis e infecciones respiratorias recurrentes. Los hallazgos imagenológicos también pueden ser variables; entre ellos se describen atelectasias persistentes, consolidaciones recurrentes, calcificaciones y masas periféricas bien definidas. La persistencia de síntomas o alteraciones radiológicas pese al tratamiento adecuado debe alertar al pediatra sobre la posibilidad de una lesión obstructiva subyacente.

En este contexto se presentan tres casos de tumores endobronquiales diagnosticados en la Unidad de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) entre los años 2016 y 2023.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente masculino de 14 años que consultó por tos seca y hemoptisis de intensidad leve, con 2–3 episodios autolimitados y aislados de escasa cuantía, <30 ml/ día, en el contexto de intercurencia respiratoria sin descompensación hemodinámica. No presentaba antecedentes patológicos relevantes; había permanecido sano hasta los 11 años. Ese episodio fue evaluado inicialmente en otra institución asumido como neumonía basal, con radiografía de tórax, que evidenció un infiltrado basal derecho (Figura 1A). Recibió tratamiento antibiótico ambulatorio, con evolución favorable. Cuatro meses después, consultó nuevamente por tos seca y dolor torácico derecho tipo puntada de costado, sin hemoptisis. La radiografía de tórax mostró una imagen hiperclara persistente en base derecha, nuevamente interpretada como neumonía

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

derecha, por lo que recibió nuevo tratamiento antibiótico y medicación preventiva. Posteriormente permaneció clínicamente estable durante un año, refería tos persistente leve a moderada, sin nuevos episodios de hemoptisis.

A los dos años del inicio del cuadro, presentó otro episodio de tos seca asociado a hemoptisis leve a moderada, con 3 - 4 episodios autolimitados, estimados en 30 - 50 ml/día sin descompensación hemodinámica. La radiografía de tórax evidenció persistencia de la imagen basal derecha, motivo por el cual se realizó una tomografía computarizada de tórax con contraste, que confirmó la persistencia de una imagen hiperdensa en base pulmonar derecha (Figura 1B). Ante el antecedente de neumonías recurrentes y hemoptisis, fue derivado en forma ambulatoria al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Al interrogatorio no presenta clínica sugestiva de reflujo gastroesofágico ni aspiración.

Estudios complementarios

- Laboratorio general e inmunoglobulinas séricas: normales.
- PPD: 0 mm.
- Cultivo de esputo: negativo.
- Espirometría: normal.

Evaluación endoscópica

Se realizó broncoscopia bajo anestesia general, con lavado broncoalveolar (BAL) y toma de biopsia. Se evidenció una tumoración endobronquial en el bronquio del lóbulo inferior derecho (B7), que ocluía más del 70 % de la luz, de aspecto liso y redondeado, con compresión extrínseca del bronquio del lóbulo medio. El resto del árbol bronquial no presentó alteraciones. Se realizó biopsia endobronquial para estudio anatomopatológico (Figura 1C). El cultivo del BAL fue negativo.

Anatomía patológica

El estudio histopatológico informó un schwannoma celular bronquial de bajo grado, constituido por células fusiformes, ahusadas inmerso en un estroma edematoso con infiltrado

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

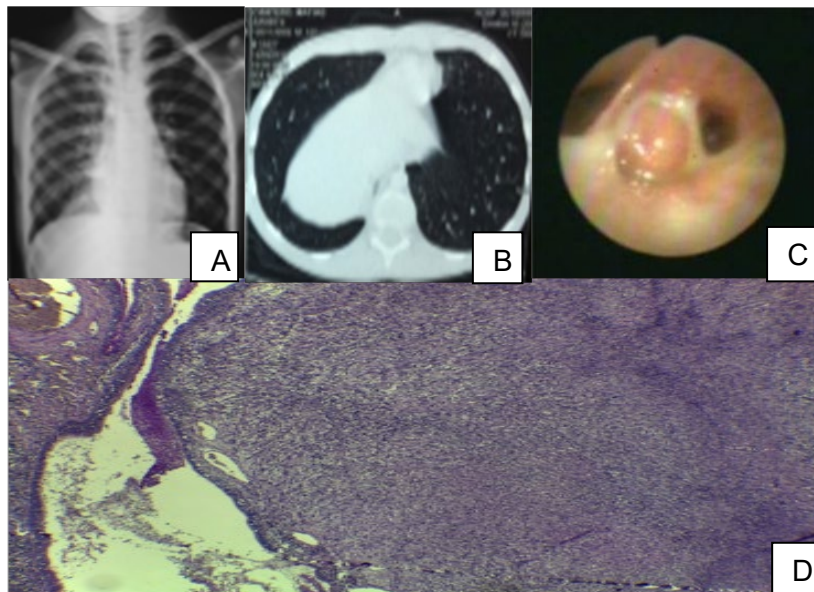
d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

inflamatorio con presencia de epitelio bronquial, hallazgo atribuido a su crecimiento intraluminal (Figura 1D). Técnicas utilizadas: hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica.

Figura 1: Tumor endobronquial Schwannoma de bajo grado.



- A. Imagen radiológica radiopaca triangular en seno costofrénico derecho.
- B. Tomografía de tórax: imagen hiperdensa en lóbulo inferior derecho.
- C. Imagen endoscópica endobronquial en lóbulo inferior derecho que ocluye más del 70% de la luz.
- D. Anatomía patológica: presencia de células fusiformes y bronquiales. Infiltrado inflamatorio e inmunohistoquímica compatible con Schwannoma celular bronquial de bajo grado.

Tratamiento y evolución

Se decidió realizar un tratamiento quirúrgico conservador, efectuándose lobectomía inferior y media derecha. El paciente no presentó complicaciones postoperatorias y no requirió reintervenciones. Dado el bajo grado histológico y la baja celularidad tumoral, no se indicó tratamiento adyuvante con quimioterapia ni radioterapia. El seguimiento se realizó durante 3 - 4 años por los servicios de Cirugía, Oncología, Neumonología y Endoscopia Respiratoria, con buena evolución clínica y postquirúrgica. A los 19 años fue derivado a un servicio de Neumonología de adultos.

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Caso 2

Paciente femenina de 13 años, previamente sana, con antecedente de tuberculosis pulmonar grave, tratada exitosamente en otro hospital. Al momento del diagnóstico presentó baciloscopia positiva (BAAR++), con cultivos positivos. Recibió esquema completo antifímico 2HRZE/8HR [Fase intensiva (2 meses): Uso diario de cuatro antibióticos: H (Isoniazida), R (Rifampicina), Z (Pirazinamida) y E (Etambutol). Fase de continuación (8 meses): Uso diario de dos antibióticos: H (Isoniazida) y R (Rifampicina)], con negativización posterior de los cultivos. Cinco meses después de finalizado el tratamiento antituberculoso, la paciente requirió internación por cuadro de decaimiento general, fiebre, neumonía derecha e hipoxemia. Recibió tratamiento antibiótico con amoxicilina–clavulánico durante tres semanas, con mejoría clínica se otorga egreso hospitalario. Sin clínica sugestiva de reflujo gastroesofágico ni aspiración.

Estudios complementarios (durante esa internación):

- Laboratorio general e inmunoglobulinas séricas: normales.
- BAAR y cultivos de esputo: negativos.
- Espirometría: patrón restrictivo leve.
- Radiografía de tórax: imagen radiopaca en base pulmonar derecha (Figura 2A).
- Tomografía computarizada de tórax con contraste: que informan una imagen hiperdensa ocupante del bronquio intermedio, asociada a bronquiectasias en el lóbulo inferior derecho (Figura 2B).

Ante estos hallazgos, fue derivada en forma ambulatoria al HNRG para evaluación interdisciplinaria y programación de broncoscopia.

Evaluación endoscópica

La evaluación de la vía aérea evidenció una tumoración endobronquial en el bronquio intermedio, que comprometía aproximadamente el 80 % de la luz bronquial. Se realizó resección endoscópica con permeabilización de la luz, junto con toma de muestras para estudio anatomopatológico (Figura 2C).

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

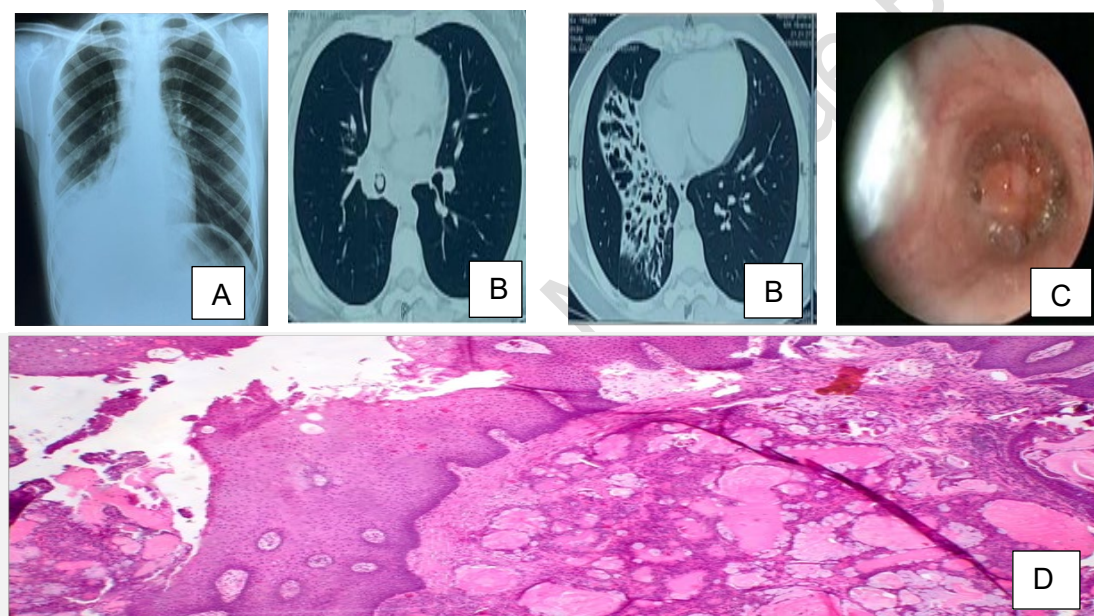
Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Anatomía patológica

El estudio anatomopatológico informó un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado (Figura 2D). El examen histológico evidenció un tumor bien diferenciado, compuesto por células mucosecretoras, epidermoides e intermedias, con bajo índice mitótico y ausencia de necrosis, compatible con neoplasia de bajo grado. Tinciones realizadas: PAS positiva en células mucosas e inmunohistoquímica.

Figura 2: Tumor endobronquial Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.



- A. Imagen radiológica radiopaca en lóbulo medio e inferior derecho.
- B. Tomografía de tórax, imagen hiperdensa que ocupa parcialmente el bronquio intermedio y presencia de bronquiectasias en lóbulo inferior derecho.
- C. Imagen endoscópica: presencia de tumoración redondeada friable y vascularizada que compromete el 80% de la luz.
- D. Anatomía patológica: presencia de células mucosecretoras, epidermoides e intermedias, tipo glándula salivales, bien diferenciadas, con inmunohistoquímica, compatible con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

Tratamiento y evolución

Se decidió realizar un tratamiento quirúrgico conservador, considerándose la resección

a. Pediatra, Neumónólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumónólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumónóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumónóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

segmentaria o lobectomía según la localización tumoral. En este caso, se efectuó una lobectomía media e inferior derecha, sin complicaciones postoperatorias. Los estudios de seguimiento con PET-TC y tomografía computarizada mostraron tejido hiliar pulmonar sin captación aumentada de fluorodesoxiglucosa (FDG), sin evidencia de enfermedad residual. Dado el bajo grado histológico, no se indicó tratamiento adyuvante con quimioterapia ni radioterapia.

Seguimiento

La paciente continúa actualmente seguimiento multidisciplinario por los servicios de Cirugía, Oncología, Neumonología y Endoscopia Respiratoria en el HNRG, con buena evolución clínica, quirúrgica y endoscópica. Los controles tomográficos y endoscópicos posteriores evidenciaron adecuada evolución pulmonar postquirúrgica.

Caso 3

Paciente masculino, previamente sano, que presentó episodios recurrentes de obstrucción bronquial desde los 3 años, motivo por el cual inició seguimiento por Neumonología en otra institución del interior del país, recibiendo tratamiento preventivo con fluticasona inhalada (250 µg/día).

A los 5 años consultó en forma ambulatoria por un síndrome febril prolongado. En este contexto se realizó una radiografía de tórax que evidenció un foco pulmonar en el lóbulo superior derecho, interpretado como neumonía del vértice derecho, por lo que recibió tratamiento antibiótico por vía oral. Ante la persistencia del cuadro febril, empeoramiento clínico, con insuficiencia respiratoria e hipoxemia, se decidió su internación. Dentro de los estudios en la internación, se solicitó una nueva radiografía de tórax que mostró una imagen persistente asumida como atelectasia del lóbulo superior derecho, motivo por el cual se efectuó una tomografía de tórax de alta resolución sin contraste. (Figura 3A).

Estudios complementarios

- Laboratorio: leucocitosis.
- Hemocultivos y virológico: negativos.

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

- PPD: 0 mm.
- Tomografía computarizada de tórax de alta resolución: mostró una imagen hiperdensa en el lóbulo superior derecho, sin broncograma aéreo, asociada a adenopatías paratraqueales y presencia de tumoración endobronquial en el bronquio fuente derecho (Figura 3B).

Ante estos hallazgos, el paciente fue derivado de forma ambulatoria a un centro de mayor complejidad para evaluación multidisciplinaria y endoscópica. La broncoscopia evidenció una tumoración endobronquial bien delimitada, de aspecto redondeado, de coloración amarillenta y de consistencia firme, que comprometía aproximadamente el 90 % de la luz del bronquio fuente derecho (Figura 3C). Se realizó resección endoscópica con permeabilización de la vía aérea y toma de muestras para estudio anatomopatológico.

Anatomía patológica

El estudio histopatológico informó histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil) (Figura 3D), entidad infrecuente de comportamiento benigno. Se realizaron tinciones con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica, con positividad para técnica CD68, confirmando el origen histiocítico de la lesión.

Tratamiento y evolución

Se indicó tratamiento quirúrgico conservador, realizándose lobectomía superior derecha según la localización de la lesión. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias ni necesidad de reintervención, con buena evolución clínica, quirúrgica y endoscópica.

Seguimiento

Actualmente continúa en seguimiento ambulatorio, con controles semestrales y anuales por los servicios de Cirugía, Neumonología y Endoscopia Respiratoria, presentando buena evolución pulmonar postquirúrgica. Se realizaron controles de imágenes y nueva endoscopia con buena evolución postquirúrgica. Se otorgó alta de las especialidades de Cirugía y Endosco-

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

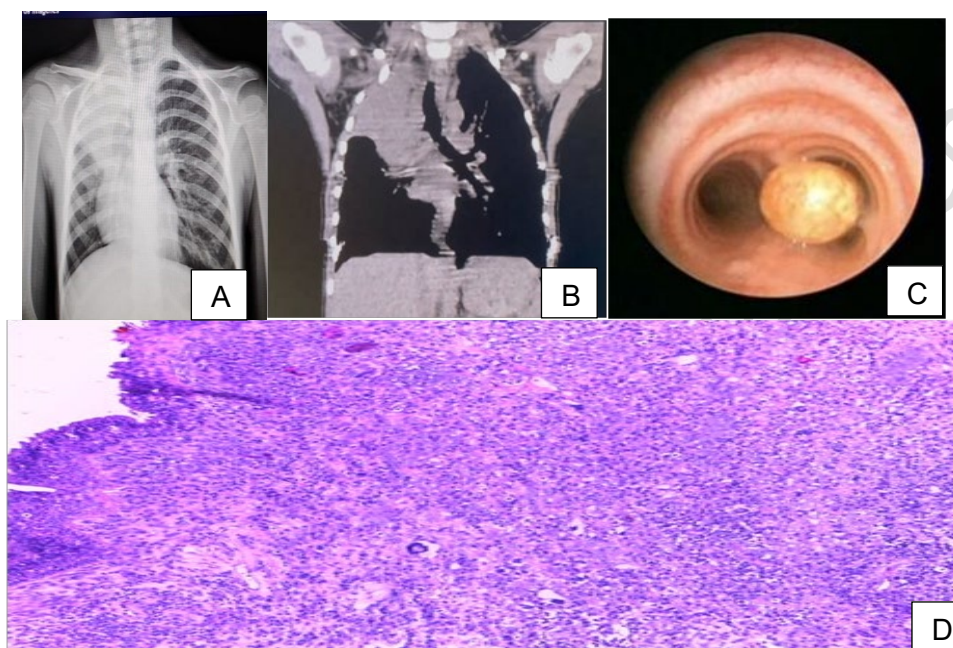
d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

pía, manteniendo seguimiento con Neumonología.

Figura 3: Tumor endobronquial Histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil)



- A. Imagen radiológica: atelectasia lóbulo superior derecho.
- B. Tomografía de tórax: imagen hiperdensa, que compromete lóbulo superior derecho y bronquio fuente ipsilateral.
- C. Imagen endoscópica: tumor endobronquial que proviene de lóbulo superior derecho, bordes netos, liso, amarillento que compromete el 90% de la luz.
- D. Anatomía patológica: histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil). Presencia de histiocitos, células espumosas y células gigantes de Touton, con inmunohistoquímica compatible (cd68) para identificación de células histiocíticas.

Discusión

En esta serie de casos se describen tres pacientes pediátricos con tumores endobronquiales primarios de distinta histología y comportamiento biológico, cuya presentación clínica inicial fue inespecífica y se manifestó como síntomas respiratorios persistentes, hemoptisis, atelectasias o infecciones recurrentes. En todos los casos, la persistencia de los síntomas y de las alteraciones radiológicas motivó una reevaluación diagnóstica, permitiendo sospechar una

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

lesión obstructiva subyacente. Aunque inicialmente la endoscopia respiratoria fue considerada el estudio invasivo más adecuado por los hallazgos clínicos e imagenológicos, el diagnóstico definitivo surgió del análisis anatomopatológico de las muestras obtenidas, complementándose posteriormente con el tratamiento quirúrgico y el seguimiento multidisciplinario.

En el caso 1, la anatomía patológica informó schwannoma. Estos son tumores benignos extremadamente raros, que se originan a partir de las células de Schwann. Son de crecimiento lento, afectan con mayor frecuencia a edades medias de la vida, la localización más frecuente es piel y lengua, siendo endobronquial en solo 6 % de los casos.⁷

El carcinoma mucoepidermoide de bajo grado informado en el caso 2 es una neoplasia maligna originada en las glándulas salivales, representando el 10–15 % de estas neoplasias, más frecuente en mujeres. Se caracteriza por células mucosas bien diferenciadas, ausencia de necrosis, crecimiento lento y mejor pronóstico que los grados altos.^{7,8}

Es poco frecuente, pero se ha descrito desarrollo de cáncer pulmonar en cicatrices posteriores a tuberculosis.¹²⁻¹⁴ Se desconoce la fisiopatología exacta, aunque se han relacionado la hiperplasia epitelial incontrolada y acumulación de carcinógenos en cicatrices.^{11,12} La variante histológica más asociada es el adenocarcinoma.^{13,14}

El xantogranuloma juvenil descrito en el caso 3 es un tumor benigno poco frecuente, dentro del grupo de histiocitosis de células no Langerhans. Se presenta con nódulos cutáneos amarillentos en cabeza y cuello, generalmente en el primer año de vida. La afectación extracutánea es rara; la más frecuente es ocular, y menos común en bazo, pulmones y sistema nervioso central.¹¹⁻¹⁵

El pronóstico de los tumores endobronquiales en pediatría es generalmente favorable, particularmente en las lesiones benignas y en los tumores malignos de bajo grado, siempre que se realice una resección completa. La ausencia de recurrencia y buena evolución clínica observadas en nuestros pacientes, refuerzan la importancia de un diagnóstico oportuno y de un manejo interdisciplinario.

En conclusión, los tumores endobronquiales deben considerarse dentro del diagnóstico

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

diferencial en niños con síntomas respiratorios persistentes, neumonías recurrentes, atelectasias o hemoptisis. La evaluación clínica integral, junto con los hallazgos imagenológicos persistentes, permite identificar pacientes que requieren estudios diagnósticos invasivos para esclarecer la etiología. El diagnóstico definitivo depende del análisis anatomopatológico, mientras que el tratamiento y seguimiento requieren un abordaje multidisciplinario para optimizar el pronóstico a largo plazo.

Agradecimientos:

A los Dres. Frias G, Lacera A, Medin M, Rossi S y Monaje M, de las Unidades de Endoscopia Respiratoria y Anatomía Patológica del HNRG

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres/tutores legales de los pacientes para la publicación del presente reporte de caso, incluyendo datos clínicos e imágenes, garantizando la confidencialidad de su identidad.

Bibliografía

1. Tardío Torío E, Sánchez Sánchez E, Vila Torres J, et al. Carcinoide bronquial: a propósito de un caso. *An Esp Pediatr.* 1998; 49 (2):171-3.
2. Otero E, Rizzi A, Maurizi M, et al. Tumores primitivos de pulmón en niños: imágenes y hallazgos. *Med Infant.* 2006; XIII:132-8.
3. Al-Qahtani AR, di Lorenzo M, Yazbeck S. Endobronchial tumors in children: Institutional experience and literature review. *J Pediatr Surg.* 2003; 38 (5):733-6.
4. Casanovas A, Viso M, Felizzia G, et al. Tumores raros en pediatría. Primer reporte en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(6):401-407.
5. Özcan HN, Atak F, Oğuz B, et al. Imaging findings of primary lung tumors in children. *Diagn Interv Radiol.* 2024; 30(6):419-426.
6. Karnak I, Haliloglu M, Orhan D, et al. Pure endobronchial inflammatory myofibroblastic tumor in children. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2014; 36:108-10.
7. Andrés Martín A, Alfageme Michavilla I, Escalada Berta J, et al. Tumor carcinoide bronquial en una niña de 10 años. *Neumosur.* 2007; 19 (2):109-11.
8. López Díaz M, Antón-Pacheco Sánchez JL, Tejedor Sánchez R, et al. Tumores broncopulmonares primarios. *Cir Pediatr.* 2006; 19 (4):223-7.
9. Cano García J, Baamonde Laborda C, Algar Algar FJ, et al. Cirugía broncoplástica en el tumor carcinoide bronquial típico. Descripción de tres casos en la infancia. *Neumosur* 2007; 19, 4: 218-221
10. Hullo E, Cotta L, Rabeyrin M, et al. Tumeurs carcinoïdes bronchiques de l'enfant. *Bull Cancer.*

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

2011; 98 (6):709-15. DOI: 10.1684/bdc.2011.1369.

11. Eyssartier E, Ang P, Bonnemaïson E, et al. Characteristics of endobronchial primitive tumors in children. *Pediatr Pulmonol.* 2014; 49:E121-5.
12. Andrés Martín A, Pérez Pérez G, Borja Urbano G, et al. Síndrome del lóbulo medio y tuberculosis bronquial: aportación de la fibrobroncoscopia. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70 (11): e51-e55.
13. Gayathri Devi HJ. Complications of pulmonary tuberculosis. Bangalore (India): Department of Pulmonary Medicine, M.S. Ramaiah Medical College; 2014. [Internet][consultado 23 jun 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gayathri-Hj/publication/332750336_Complications_of_Pulmonary_Tuberculosis/links/5cc7b958a6fdcc1d49b990c4/Complications-of-Pulmonary-Tuberculosis.pdf
14. Kim HY, Song KS, Goo JM, et al. Thoracic sequelae and complications of tuberculosis. *Radiographics.* 2001; 21 (4):839-60.
15. Sosnowska P, Antosik P, Ostałowska A, et al. Isolated endobronchial juvenile xanthogranuloma: a case report. *Contemp Oncol (Pozn).* 2020; 24(3):200-2. doi:10.5114/wo.2020.97636

Texto recibido: 18 de setiembre de 2025

Aprobado: 27 de mayo de 2026

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Castillo G, Ferraz R, Antonioli C et al. Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2026; 68 (301):131-142

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

A propósito de un caso

Artritis séptica de rodilla con sospecha etiológica de *Clostridium perfringens*

Septic arthritis of the knee with suspected Clostridium perfringens etiology

Lucía Quintela^a, Ana Casuriaga^b, Gustavo Giachetto^c

Resumen

Introducción: la artritis séptica en pediatría constituye una urgencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones funcionales y sistémicas. La artritis por *Clostridium perfringens* es excepcional. **Objetivo:** describir un caso de artritis por un agente etiológico infrecuente enfatizando el abordaje diagnóstico-terapéutico. **Caso clínico:** Niña de 6 años, sana. Traumatismo de rodilla izquierda 3 días previos al ingreso. En el momento de ingresar en emergencia presentaba edema, dolor e impotencia funcional en rodilla. Paciente en buen estado general, lúcida, al examen físico se evidencia en la rodilla izquierda: derrame en herradura, con choque rotuliano, edema, calor y rubor. Excelente movilidad, extensión completa y flexión de más de 100°, leve molestia por tensión en rodilla con dicho movimiento. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina 13,2 g/dL, glóbulos blancos 8200 mm³, plaquetas 213 000 mm³, Proteína C Reactiva 120,6 mg/L. Ingresa a cuidados moderados. Punción articular: abundante líquido purulento, se deja drenaje aspirativo por 72 h. Recibió tratamiento antibiótico con gentamicina+clindamicina durante 4 días. En este período, presentó registros febriles de 38°C axilar. El día 4 de internación se recibió cultivo de líquido articular: desarrolló *Clostridium perfringens* sensible a penicilina, intermedia a clindamicina. Se rotó a penicilina iv por 10 días. Excelente evolución, alta domiciliaria y tratamiento vía oral con amoxicilina hasta completar 20 días. Hemocultivo negativo. Recuperación funcional total. **Conclusiones:** La presentación de este caso destaca la importancia de considerar agentes poco frecuentes, dentro del diagnóstico diferencial de artritis séptica en niños, aún en ausencia de inmunodeficiencias o heridas penetrantes. Si bien el aislamiento microbiológico no permite descartar por completo la contaminación, la plausibilidad clínica del hallazgo, sumada a la evolución favorable tras el abordaje quirúrgico precoz y la adecuación antibiótica según sensibilidad, respalda su jerarquización como probable agente etiológico.

Palabras clave: Artritis séptica, *Clostridium perfringens*, Pediatría.

Abstract

Introduction: Septic arthritis in pediatrics is a medical emergency that requires early diagnosis and treatment to prevent functional and systemic complications. Arthritis caused by *Clostridium perfringens* is extremely rare. **Objective:** To describe a case of arthritis due to an uncommon etiological agent, emphasizing the diagnostic and therapeutic approach. **Case report:** a previously healthy 6-year-old girl. History of left knee trauma three days prior to admission. She subsequently developed swelling, pain, and functional impairment of the knee. Afebrile. At the emergency visit: alert, in good general condition. Left knee: horseshoe-shaped effusion with patellar ballottement. Swelling, warmth, and erythema. Excellent mobility, with full extension and flexion beyond 100°, mild discomfort due to tension in the knee during movement. Hemoglobin 13.2 g/dL, white blood cells 8,200/mm³, platelets 213

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

000/mm³, C-reactive protein 120.6 mg/L. Admitted to intermediate care. Joint aspiration: abundant purulent fluid; aspiration drainage left in place for 72 hours. She received antibiotic therapy with gentamicin + clindamycin for 4 days. During this period, febrile episodes of 38°C axillary were recorded. On hospital day 4, synovial fluid culture grew *Clostridium perfringens*, sensitive to penicillin and with intermediate susceptibility to clindamycin. Therapy was switched to intravenous penicillin for 10 days. Excellent clinical progress; discharged home with oral amoxicillin to complete a 20-day course. Blood cultures were negative. Full functional recovery was achieved. **Conclusions:** this case highlights the importance of considering uncommon pathogens in the differential diagnosis of septic arthritis in children, even in the absence of immunodeficiency or penetrating trauma. Although microbiological isolation does not fully exclude contamination, the clinical plausibility of the finding, together with the favorable outcome following early surgical drainage and antibiotic adjustment according to susceptibility, supports its consideration as the probable causative agent.

Keywords: Septic arthritis, *Clostridium perfringens*, Pediatrics.

Introducción

La artritis séptica o supurativa, puede ser provocada por bacterias, hongos, micobacterias o virus. Aunque es una patología poco frecuente, reviste gran gravedad, ya que puede dejar secuelas funcionales permanentes e incluso comprometer la vida del paciente.^{1,2} La mayoría de los casos afectan a las grandes articulaciones, principalmente rodilla y cadera, debido a la presencia de líquido sinovial. En la edad pediátrica, la artritis bacteriana es la forma más común, sobre todo en menores de 5 años, con una incidencia que varía entre 1 y 37 casos por cada 100 000 niños. Su frecuencia es mayor en varones que en mujeres, con una relación de 1:1,7.^{2,3}

Los microorganismos pueden alcanzar el espacio articular a través de la vía hematológica, por inoculación directa o por extensión desde un foco contiguo (por ejemplo, una osteomielitis). La diseminación hematológica es la más habitual: el elevado flujo sanguíneo y la ausencia de membrana basal en la sinovial facilitan la entrada de bacterias durante episodios de bacteriemia, los cuales pueden originarse en infecciones respiratorias, cutáneas o gastrointestinales. La inoculación directa, en cambio, ocurre cuando objetos contaminados penetran la articulación, y en tales casos suelen observarse infecciones polimicrobianas.²

El pronóstico favorable depende de un diagnóstico precoz y de la instauración temprana de tratamiento, que incluye antibioticoterapia empírica dirigida a los patógenos más prevalentes y abordaje quirúrgico, dentro de un enfoque multidisciplinario.⁴

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

La identificación de agentes atípicos puede asociarse a peores resultados. En particular, los gérmenes anaerobios suponen un desafío diagnóstico debido a las dificultades inherentes a su cultivo.^{5,6} *Clostridium perfringens*, un bacilo gram positivo formador de esporas, es considerado un anaerobio obligado, aunque con cierta tolerancia al oxígeno. No obstante, presenta un crecimiento rápido que potencia su virulencia. Carece de flagelos, pero posee una gran motilidad mediada por pili tipo IV, los cuales contribuyen a su capacidad de adherencia, formación de biopelículas y, en general, a sus mecanismos de virulencia.⁶ En la literatura, existen muy escasas comunicaciones de casos clínicos de artritis sépticas por *Clostridium perfringens*, la mayoría de ellas son descripciones de casos en pacientes adultos con factores predisponentes.^{5,7}

Se presenta el caso clínico de una niña de 6 años, previamente sana que presentó una artritis séptica por *Clostridium perfringens*. El objetivo de la comunicación es describir una infección por un patógeno inusual con énfasis en el abordaje interdisciplinario.

Caso clínico

Niña de 6 años procedente de zona urbana, medio socioeconómico deficitario (vivienda precaria, cohabitación y colecho). Crecimiento adecuado, índice de masa corporal (IMC) para la edad: percentil 50 y talla/edad en percentil 85. Certificado de esquema de vacunación vigente, sin antecedentes familiares ni personales patológicos a destacar. No hay antecedentes de diarrea ni faringitis.

Tres días previos a la consulta en el servicio de emergencia sufrió un traumatismo por caída sobre la rodilla izquierda consistente en un golpe directo en el sector anterior. Durante la evolución se mantuvo afebril con edema en rodilla, dolor leve-moderado, calor e impotencia funcional. No se constataron episodios previos de derrames articulares. Al examen físico se presenta lúcida, en buen estado general, temperatura axilar 36,6°C, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto y frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto. Rodilla izquierda con edema y derrame en herradura, choque rotuliano y calor con respecto a la rodilla contralateral. Extensión completa y flexión de 100°, refiriendo leve molestia por tensión en la rodilla con dicho movimiento. El resto del examen osteoarticular y general no presentaba alteraciones.

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Se planteó como diagnóstico artritis séptica de rodilla. Se realizaron estudios complementarios: hemoglobina (Hb) 13,2 g/dL, glóbulos blancos (GB) 8200/ mm³, plaquetas 213 000/ mm³, Proteína C Reactiva (PCR) 120,6 mg/L, velocidad de eritrosedimentación 74 mm/h. Se tomaron dos muestras para hemocultivo. Radiografía de ambas rodillas sin alteraciones. Se internó en sala de clínica, donde permaneció durante 16 días. Se realizó punción articular en block quirúrgico el día del ingreso, donde se obtuvo abundante líquido purulento. Se tomaron muestras de líquido articular para estudio citoquímico y bacteriológico y de la membrana sinovial con drenaje aspirativo sero-hemático escaso por 72 horas. El estudio citoquímico del líquido articular mostró los siguientes hallazgos: LDH 1451 U/L, glucosa 0,00 g/l, ácido úrico 4 mg/dL, abundantes leucocitos neutrófilos y macrófagos.

A los 3 días del ingreso se realizó una segunda limpieza quirúrgica. No se observó desarrollo en los hemocultivos. Recibió tratamiento antibiótico empírico por 4 días con gentamicina 5 mg/kg/día cada 24 horas y clindamicina 30mg/kg/día cada 8 horas, hasta el resultado de los cultivos. En este período presentó registros febriles aislados de 38°C axilar, con buen estado general. El día 4 de internación se recibieron los resultados de los cultivos de la membrana sinovial y del líquido articular donde se observaron abundantes leucocitos polimorfonucleares (PMN), aunque sin desarrollo bacteriano. En el cultivo de líquido articular inoculado en frasco de hemocultivo (BacT/ALERT® FN Plus) se observó desarrollo de *Clostridium perfringens* sensible a penicilina y con sensibilidad disminuida a clindamicina. Se adecuó el tratamiento según sensibilidad a penicilina intravenosa a 300 000 UI/kg/día cada 6 horas por 10 días. La paciente presentó una excelente evolución, en apirexia desde el sexto día de internación, con mejoría progresiva del dolor y de los elementos fluxivos en la rodilla. Se realizó control seriado de PCR que mostró un descenso sostenido (Figura 1). Se otorgó alta a domicilio con tratamiento oral de amoxicilina a 100 mg/kg/día cada 8 horas hasta completar 20 días de antibiótico. La recuperación funcional fue total con seguimiento ambulatorio en policlínica de traumatología y pediatría. Dado el aislamiento de un germen atípico, a pesar de tratarse de una niña previamente sana, se solicitaron en forma ambulatoria; serología para virus de inmunodeficiencia humana que resultó negativo, complemento y dosificación de inmunoglobulinas que fueron normales.

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

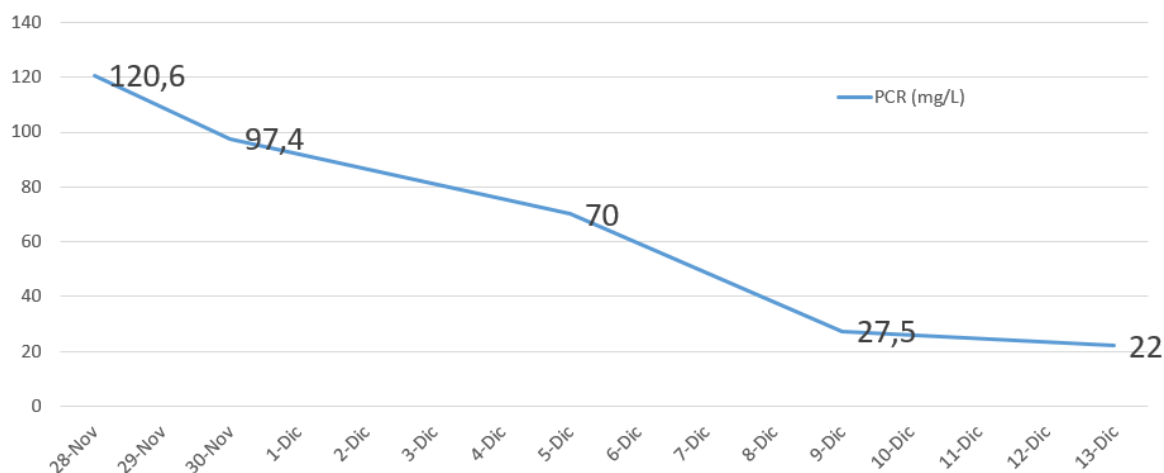
b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Figura 1. Evolución de los valores de la Proteína C Reactiva durante la internación.



Discusión

Las infecciones articulares son más frecuentes en la infancia que en otras etapas de la vida. La mayoría de los casos ocurren en niños previamente sanos, sin embargo, se han descrito factores predisponentes como inmunodeficiencias, cirugías articulares, hemoglobinopatías, artritis subyacente y diabetes.^{5,8} La paciente que se analiza no presentaba ningún factor predisponente ni sugestivo de inmunosupresión. Las articulaciones diartrodiales como la rodilla, contienen pequeñas cantidades de líquido sinovial acelular. La membrana sinovial favorece la llegada de microorganismos por tres mecanismos principales: diseminación hematológica (el más frecuente), inoculación directa y extensión desde un foco contiguo.^{2,8}

En el caso que se analiza, si bien la paciente había presentado un traumatismo de rodilla, el mismo fue cerrado por lo cual la inoculación directa no es plausible. En la literatura se han comunicado algunos casos de artritis séptica por *Clostridium perfringens*, la mayoría relacionados con injurias penetrantes. La rodilla es la articulación más frecuentemente comprometida en estos. La vía hematológica también es posible, dado que *Clostridium perfringens* forma parte de la flora entérica habitual; sin embargo, suele asociarse a comorbilidades como neoplasias de colon o alteraciones vasculares, ausentes en esta paciente.^{5,9} Por lo expresado, en el caso que se presenta, la etiopatogenia no puede establecerse con certeza.

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Tras ingresar a la articulación, las bacterias se depositan en la membrana sinovial e inducen una respuesta inflamatoria aguda, con liberación de citoquinas y enzimas proteolíticas que destruyen la sinovial y la matriz de colágeno, e inhiben la síntesis de cartílago. Estos mecanismos explican los hallazgos clínicos (elementos fluxivos) y citológicos en el caso descrito.^{2,8,10} En infecciones por gérmenes atípicos como *Clostridium perfringens*, la fiebre suele ser leve u ocasional. Aunque este bacilo es un agente clásico de la gangrena gaseosa, la presencia de gas intraarticular en los casos de artritis es excepcional.⁵ En pediatría, la inmadurez esquelética implica un riesgo adicional de secuelas, como la detención del crecimiento y discrepancias en la longitud de los miembros.⁴

En cuanto a la microbiología, el agente etiológico más frecuente de artritis séptica es *Staphylococcus aureus*, seguido por *Streptococcus pyogenes* y *Kingella kingae*, este último en aumento en los últimos años gracias a la mejora en los métodos de cultivo.^{1,11} En Uruguay, un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (2009-2015) confirmó este perfil, con *Staphylococcus aureus* como agente predominante, y evidenció una reducción significativa de *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b tras la introducción de las vacunas conjugadas.^{1,4} Los gérmenes atípicos, incluyendo anaerobios como *C. perfringens*, se asocian habitualmente a comorbilidades, inmunosupresión o heridas penetrantes, siendo excepcionales en pacientes pediátricos previamente sanos.¹² Este contexto epidemiológico local justificó la elección del esquema empírico inicial con cobertura para gram positivos, incluyendo SAMR comunitario y gram negativos según la edad de la paciente.^{1,13}

El género *Clostridium* incluye más de 200 especies, de las cuales al menos 30 son patógenos potenciales en humanos. *C. perfringens* es un bacilo grampositivo, anaerobio obligado, pero relativamente tolerante al oxígeno, con un tiempo de duplicación excepcionalmente rápido (<10 minutos), lo que potencia su virulencia al permitir que alcance rápidamente cargas patogénicas en alimentos, heridas o en el intestino. Es ubicuo en el suelo, vegetación en descomposición, heces y la microbiota gastrointestinal. La clasificación de *Clostridium perfringens* se basa en la producción de seis toxinas mayores, siendo el tipo A, productor de alfa-toxina, el responsable de la mayoría de las infecciones en humanos, incluyendo las formas invasivas como la mionecrosis y, de manera excepcional, la artritis séptica.^{6,14}

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Con respecto al tratamiento de la artritis séptica, es importante destacar que debe ser multidisciplinario, médico-quirúrgico, guiado en conjunto por el equipo de pediatría y traumatología. La rodilla es la articulación más frecuentemente afectada en la artritis séptica pediátrica, y el desbridamiento quirúrgico, ya sea abierto o artroscópico, es el tratamiento de elección.

El tratamiento quirúrgico tiene como directivas: obtener una muestra representativa intraarticular (para confirmar el diagnóstico positivo aislando el germen causal y su perfil de resistencia), realizar un lavado evacuando el líquido intraarticular a tensión (pus) y/o eliminando tejido necrótico, lo que disminuye la carga bacteriana, la presión intraarticular, el riesgo de aparición de secuelas y de propagación por continuidad según la edad.^{4,15}

Las guías actuales establecen que el drenaje articular debe realizarse de forma precoz, idealmente en las primeras 24 horas, pudiendo realizarse por artrocentesis, artroscopia o artrotomía según la articulación comprometida, las características del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico. La artrocentesis evacuadora puede ser el único procedimiento invasivo en casos no complicados con evolución breve, reservándose la artrotomía para casos con mayor tiempo de evolución, parámetros inflamatorios muy elevados o gérmenes de alta virulencia.¹⁶ En todos los casos, el tratamiento quirúrgico debería retrasar lo menos posible el inicio de la terapia antibiótica, por lo cual el objetivo debe ser lograr la primera intervención el día de la consulta como en el caso presentado.

En cuanto a la terapia antibiótica empírica, se debe considerar los gérmenes más frecuentes en el medio, las particularidades del huésped (comorbilidad, estabilidad hemodinámica) y la concentración del antibiótico en el sitio de infección. Como se describió anteriormente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, *Staphylococcus aureus* y otros gram positivos siguen siendo el principal agente etiológico de las infecciones osteo-articulares, con 11,6% de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad en los aislamientos.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, vancomicina o clindamicina deberían utilizarse de inicio como terapia empírica por la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad. Por otro lado, se deben cubrir gérmenes gram negativos como *Kingella* en menores de 36 meses, *Neisseria gonorrhoeae* en adolescentes y *Haemophilus*

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

influenzae en menores de 2 años o no inmunizados para dicho germen, para ello las cefalosporinas de segunda generación deben estar incluidas en el plan empírico de estos casos.^{1,13}

En esta paciente la presencia de una bacteria atípica en artritis séptica pone en evidencia la importancia en la obtención de muestras precoces para determinar el germen causante y el diagnóstico de artritis séptica de rodilla fue clínicamente inequívoco, sustentado por los hallazgos al examen físico, los parámetros inflamatorios elevados y la obtención de líquido purulento en la punción articular.

En cuanto a los aspectos microbiológicos, el aislamiento de *Clostridium perfringens* exclusivamente en el frasco de hemocultivo inoculado con líquido articular, sin desarrollo en los cultivos convencionales de líquido articular ni de membrana sinovial, debe interpretarse a la luz de las características propias de este microorganismo.

Al tratarse de un anaerobio obligado, requiere condiciones de anaerobiosis para su desarrollo óptimo que los métodos convencionales no generan; la inoculación en frasco de hemocultivo (que sí las provee), es por ello la técnica de elección para anaerobios en líquido articular, tal como recomiendan las guías más recientes.¹⁶ La negatividad en los cultivos convencionales es, por lo tanto, el resultado esperado para este agente y no invalida el aislamiento obtenido. Asimismo, el tiempo de duplicación excepcionalmente rápido de *Clostridium perfringens* (menor a 10 minutos) contribuye a explicar la rápida instauración del cuadro clínico y la abundancia de leucocitos polimorfonucleares observada en el líquido articular. No obstante, cuando se jerarquiza un germen infrecuente proveniente de un único material clínico, la microbiología clínica exige evaluar la posibilidad de contaminación. *Clostridium perfringens*, dada su ubicuidad ambiental, constituye un contaminante potencial en cualquier muestra.

En este caso no se obtuvo un segundo aislamiento independiente, lo cual representa una limitación importante. Los hemocultivos resultaron negativos, hallazgo concordante con la literatura, que reporta positividad de apenas el 10-40% en artritis séptica pediátrica dado que las bacteriemias suelen ser transitorias y de baja magnitud.¹³ Adicionalmente, el tratamiento empírico inicial con gentamicina y clindamicina posee actividad frente a otros patógenos habituales de artritis séptica, por lo que la evolución favorable no puede atribuirse de forma exclusiva al germen aislado ni al cambio a penicilina.

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

En ausencia de un segundo aislamiento y de puerta de entrada documentada, la posibilidad de contaminación no puede descartarse. Sin embargo, el aislamiento ocurrió en condiciones quirúrgicas controladas, la defervescencia coincidió con la adecuación del tratamiento según el perfil de sensibilidad del germen, y *C. perfringens* requiere dosis altas de penicilina para su erradicación tratamiento al que la paciente respondió favorablemente, con recuperación funcional completa, en concordancia con lo reportado en la literatura.^{4,5,7} En conjunto, estos elementos otorgan plausibilidad clínica al hallazgo, aunque sin alcanzar certeza microbiológica absoluta. En situaciones similares, la obtención de muestras adicionales, el procesamiento en medios específicos para anaerobios desde el inicio y la documentación rigurosa de la cadena de custodia resultan fundamentales para jerarquizar aislamientos infrecuentes de sitios estériles.

La artritis séptica en pediatría constituye una urgencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones graves. *Clostridium perfringens* constituye un posible agente causal excepcional de infecciones osteoarticulares, especialmente en niños previamente sanos, aunque su jerarquización como agente etiológico en este caso no alcanza una certeza microbiológica absoluta, lo que confiere de todas formas relevancia clínica al caso presentado.

El abordaje multidisciplinario, con drenaje quirúrgico precoz y adecuación del tratamiento antibiótico según el perfil de sensibilidad del germen aislado, fue determinante para la evolución favorable y la recuperación funcional completa de la paciente. Este caso resalta la necesidad de considerar agentes poco frecuentes y las limitaciones inherentes a su confirmación microbiológica, en el diagnóstico diferencial de artritis séptica pediátrica, aún en ausencia de factores de riesgo o inmunodeficiencia.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres/tutores legales de la paciente para la publicación del presente reporte de caso, incluyendo datos clínicos e imágenes, garantizando la confidencialidad de su identidad. El presente trabajo cuenta con el aval del Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, República Oriental del Uruguay.

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Bibliografía

1. Zunino C, Vomero A, Pandolfo S, et al. Etiología y evolución de las infecciones osteo-articulares 2009-2015. Hospital Pediátrico del centro hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. Rev Chil Infectol. 2017; 34(3):235–242.
2. Barton LL, Dunkle LM, Habib FH. Septic arthritis in childhood. A 13-year review. Am J Dis Child [Internet]. 1987;141(8):898–900. [consultado 20 sep 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3498362/>
3. Gafur OA, Copley LAB, Hollmig ST, et al. The impact of the current epidemiology of pediatric musculoskeletal infection on evaluation and treatment guidelines. J Pediatric Orthop [Internet]. 2008; 28(7):777–85. [consultado 20 sep 2025]; Disponible en: https://journals.lww.com/pe-dorthopaedics/fulltext/2008/10000/the_impact_of_the_current_epidemiology_of.15.aspx
4. Viñole J, Teske V, Pérez M. Artritis séptica en el niño, resultados del tratamiento quirúrgico. Revisión Bibliográfica. Anfamed 2023; 10(1): e302. DOI: 10.25184/anfamed2023v10n1a8
5. Fauser D, Zuckerman J. Clostridial septic arthritis: case report and review of the literature. Arthritis Rheum 1988;31(2):295-8. doi: 10.1002/art.1780310221. PMID: 2894833
6. Mehdizadeh Gohari I, A. Navarro M, et al. Pathogenicity and virulence of *Clostridium perfringens*. Virulence 2021; 12(1):723–53. doi: 10.1080/21505594.2021.1886777. PMID: 33843463; PMCID: PMC8043184.
7. Harrington T, Torretti D, Viozzi F, et al. Clostridium Perfringens: An Unusual Case of Septic Arthritis. Ann Emerg Med. 1981;10(6):315-7. doi: 10.1016/s0196-0644(81)80123-0. PMID: 6263135.
8. Welkon C, Long S, Fisher M, et al. Pyogenic arthritis in infants and children: a review of 95 cases. Pediatr Infect Dis. 1986;5(6):669-76. doi: 10.1097/00006454-198611000-00014. PMID: 3540888. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3540888/>
9. Khubaib M, Stark B, Gross B, et al. Rare Case of Septic Knee Arthritis Caused by *Clostridium perfringens* in a Patient With Colostomy. Cureus 2021; 2; 13(8):e16823. doi: 10.7759/cureus.16823. PMID: 34522480; PMCID: PMC8425027.
10. Ward J, Cohen AS, Bauer W. The diagnosis and therapy of acute suppurative arthritis. Arthritis Rheum 1960; 3(6):522–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13783106/>
11. de Groot R, Glover D, Clausen C, et al. Bone and joint infections caused by *Kingella kingae*: six cases and review of the literature. Rev Infect Dis. 1988;10(5):998–1004.
12. Krogstad P. Septic Arthritis. En: Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach W, Hotez PJ, editores. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th ed. Vol. 1. Philadelphia: Elsevier; 2019: 519–534.
13. Saavedra-Lozano J, Falup-Pecurariu O, Faust SN, et al. Bone and Joint Infections. Pediatr Infect Dis J. 2017; 36(8):788–99. [Internet][Consultado 23 jun 2026]. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2017/08000/bone_and_joint_infections.18.aspx
14. Yao P, Annamaraju P. *Clostridium perfringens* Infection. [Actualizado 8 Agosto 2023]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. [Internet][Consultado 23 jun 2026]. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559049/>

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

15. Swarup I, Meza BC, Weltsch D, et al. Septic Arthritis of the Knee in Children: A Critical Analysis Review. JBJS Rev. 2020 ;8(1):e0069. doi: 10.2106/JBJS.RVW.19.00069. PMID: 32105243 [Consultado 23 jun 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32105243/>
16. Benito N, Martínez-Pastor JC, Lora-Tamayo J, et al. Executive summary: Guidelines for the diagnosis and treatment of septic arthritis in adults and children, developed by the GEIO (SEIMC), SEIP and SECOT. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2024;42(4):208-214. doi: 10.1016/j.eimce.2023.07.007. Epub 2023 Oct 31. PMID: 37919201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37919201/>

Texto recibido: 22 de marzo de 2026

Aprobado: 4 de junio de 2026

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Quintela L, Casuriaga A, Giachetto G. Artritis séptica de rodilla por *Clostridium perfringens*. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):143-153

a. Médica especialista en Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-2197-3552

b. Médica especialista en Pediatría. Profesora Adjunta Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay. ORCID ID 0000-0002-1122-5147

c. Médico especialista en Pediatría. Profesor Titular Unidad Académica de Pediatría C, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay. ORCID ID 0000-0003-3775-4773

Correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Carta al editor

Algunas consideraciones clínicas acerca de la transformación digital y el campo de la Salud Mental. Renovación y legado ético

Some clinical considerations on digital transformation and the field of Mental Health. Renewal and ethical legacy

Viviana Garaventa^a

Este texto está orientado a situar algunas reflexiones suscitadas por la lectura del artículo *Transformación digital en Salud mental*, de Maia Nahmod, en dirección a abrir preguntas, tal como la propia autora invita a efectuar.¹ Tomaremos entonces, como eje de estas líneas, la reflexión con la que concluye dicho texto el cual convoca a considerar la ética que concierne a las prácticas de Salud Mental, asunto considerado insoslayable para cada una de las artes del cuidar. En esta dirección el texto encontró puntos de apoyo en la imprescindible nota editorial con motivo del 150 aniversario del Hospital de niños, ofrecida por Pablo Neira, en la que el autor expresa que: "los avances científicos, las nuevas tecnologías, las demandas sociales y las inequidades sanitarias nos exigen renovarnos sin perder la esencia que nos caracteriza".² Esta advertencia nos invita a tomar posición frente a los cambios propios de la época con la brújula del legado clínico que recibimos y seguimos recibiendo, de nuestros maestros quienes nos formamos y trabajamos en este querido Hospital.

Salud mental, hoy.

Estamos en una época en la cual las afecciones en el campo de la Salud mental ocupan un lugar destacado en las estadísticas de salud a nivel mundial.³ En nuestro país, desde el 2015, se constata un aumento creciente de problemáticas en salud mental, particularmente referidas al delicado asunto del suicidio en jóvenes y adolescentes, como también en niños y niñas. Después de la pandemia, la situación se ha agravado ostensiblemente, pues se registra el suicidio de un adolescente por día.⁴ La situación de jóvenes en cercanías del suicidio hace presente estados de desesperanza extrema, abulias abismales, consumos irrefrenables de sustancias tóxicas, desposesión del sentimiento de la vida, impulsividades mortíferas, ruptura de lazos familiares y sociales, teñidos de una certeza, a veces inquebrantable, de que sus vidas no importan a nadie.

En el campo de la niñez se registra un aumento considerable de presentaciones graves respecto a la constitución subjetiva referidas al armado del cuerpo y a la disposición del lenguaje y aprendizaje de la lectoescritura. Nos encontramos frecuentemente con la infancia

a. Médica psiquiatra. Psicoanalista. Ex psiquiatra de guardia, Depto. de urgencia, HNRG

Correspondencia: vivianagaraventa@gmail.com

arrebatada por el abuso, el maltrato, la explotación sexual y de trabajo, ejercida contra niños y niñas.

¿Cómo nombrar, cartografiar, precisar el malestar inherente a nuestra época?

Estamos transitando la tercera década del nuevo milenio donde se constata un cambio civilizatorio sin precedentes a partir de la creación del ciberespacio, en el que se gesta la vida algorítmica digital -bajo el comando de los sistemas de inteligencia artificial- siendo que estamos inmersos sin posibilidad de exilio.⁵ En este nuevo mundo, engendrado por el capitalismo tecnodigital y reconocido por la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) como cuarto territorio bélico en el 2016, ha caducado la nítida separación entre tecnofílicos y tecnofóbicos, propuesta por Umberto Eco en el siglo pasado.

Hoy, no hay posibilidad de resistirse, oponerse, o incluso no elegir la vida digital.

Estamos sumergidos en ella, vampirizados por la seducción que despierta desde las pantallas, con las que, piel a piel, nunca dejamos de estar conectados a una inédita "compresión del tiempo y del espacio a escala suprahumana" y a una "diseminación masiva de palabras, imágenes y sonidos sintéticos sin precedentes" como advierte Helga Fernández.⁶

No podemos resistirnos, y esta misma condición nos vuelve responsables de sostener la apuesta a contraefectuar la nocividad que trae la digitalidad en los seres hablantes, sin renegar de sus aportes propiciatorios.

¿Cómo situarnos en esa época ante la crítica situación sanitaria que nos atraviesa para alojar e intentar responder a las demandas sufrientes que desbordan las instituciones de salud y educación?

En Argentina, en el campo de la Pediatría, de la Medicina General y de la Salud Mental contamos con la transmisión invaluable de la maestría en el hacer clínico de Florencio Escardó, Eva Giberti, Carlos Gianantonio, Mauricio Goldenberg, Fernando Ulloa, Francisco Maglio, Emiliano Galende y Alicia Stolkner entre muchos otros. El reconocimiento de su legado permite orientar la praxis clínica a través de un modo de leer que hace lugar a los múltiples determinantes del sufrimiento humano. Esa lectura incluye necesariamente las coordenadas históricas -tanto de la época como singulares de cada sujeto- y el contexto económico, geográfico, social y cultural, que inciden en cada presentación y requieren considerar la dimensión intangible, que habita el cuerpo, tal como con fina sutileza clínica advertía Gianantonio.⁷

Desde esta perspectiva se desprende que el abordaje en salud mental requiere del entramado de esta complejidad inherente a nuestra condición humana.

a. Médica psiquiatra. Psicoanalista. Ex psiquiatra de guardia, Depto. de urgencia, HNRG

Correspondencia: vivianagaraventa@gmail.com

Salud mental ¿digital?

En esta dirección las propuestas de tratamiento que excluyen, suprimen, no consideran, esas incidencias conllevan un grave cercenamiento a las posibilidades terapéuticas de intervención.

Abrimos, en este punto preciso, una interpelación urgente acerca de nuestra responsabilidad como agentes de salud de promover como recurso terapéutico dispositivos digitales, tales como presenta el texto que nos interpela: "*Wellness Apps* (aplicaciones de bienestar), *Mood Trackers* (seguidores del estado de ánimo), *Telepsicología* (bajo modalidad síncrona y asíncrona), *Realidad virtual* (para tratar diversas problemáticas de salud mental, tales como fobias, trastornos de ansiedad y estrés postraumático, mediante la exposición controlada a situaciones desencadenantes), *Terapias digitales* ('los profesionales de la salud pueden 'recetar' intervenciones digitales como parte del tratamiento, lo que facilita el acceso a la atención')".¹

Estos dispositivos por la naturaleza inherente a su génesis, a partir de un código digital, conformado por un enorme enjambre de datos puramente matemáticos formidablemente transcritos al código lingüístico, no pueden considerar la dimensión intangible del cuerpo humano, que anuda al mismo tiempo el sufrimiento y la posibilidad de su transformación.

En estas ofertas se omite advertir que -aún y sobre todo desde la propia experiencia más cotidiana y banal como seres hablantes- en el hablar no hay coincidencia entre el decir y lo dicho, entre lo que pedimos y esperamos como respuesta. No se trata de "voluntad de acción" o de desconocimiento de los "programas de bienestar", sino que radicalmente estamos habitados por una dimensión de satisfacción que no se transforma por esas vías. ¡Cuántas veces nos proponemos con ahínco: "el lunes empiezo con... (la dieta, dejar de fumar, ir al gimnasio...)"! Las propuestas digitales al rechazar esta dimensión se sitúan en lo que Evgeny Morozov nomina *la locura del solucionismo tecnológico*.⁸

No hay ninguna chance de abordar el sufrimiento humano a través de un lenguaje que no esté encarnado, y sin considerar las coordenadas que han llevado y perpetúan la crítica situación del estado de salud de la población.

No nos estamos refiriendo al uso de los robots terapéuticos consultados espontáneamente por las personas para dirigir su pregunta sufriente, su dolor existencial, o buscar soporte para sus decisiones de vida, desde la curiosidad, comodidad, o cercanía anónima. A veces, esas consultas se realizan desde una soledad abismal, que revela el exilio indelimitable de los que han sido dejados afuera del lazo amoroso con un otro de carne y hueso.

a. Médica psiquiatra. Psicoanalista. Ex psiquiatra de guardia, Depto. de urgencia, HNRG

Correspondencia: vivianagaraventa@gmail.com

Ratificamos que la invitación a hacer lectura crítica del uso de estos dispositivos de IA está dirigida a su promoción como "agentes" de salud mental por parte de los practicantes clínicos humanos.

Aspectos propiciatorios de los sistemas digitales en el campo de la salud.

Discernimos en este punto que la crítica no está dirigida al uso conveniente, propiciatorio de los sistemas digitales como asistente administrativo de los practicantes clínicos en los marcos institucionales, o cuando la IA forma parte de los equipos de diagnóstico sanitario en el relevamiento de estadísticas para la elaboración de un diagnóstico del estado de situación, o para el otorgamiento de turnos, o la unificación de las historias clínicas. En este terreno, se están discutiendo cuestiones esenciales, tales como, la gobernanza de datos, la incidencia de los sesgos y el horizonte de una soberanía digital.⁹

También quisiéramos situar en esta lectura, la diferencia irreductible existente entre la oferta terapéutica a través de dispositivos digitales de la práctica clínica con soporte online sostenida por seres humanos. Esta modalidad de asistencia, cada vez más difundida, surgió con más fuerza después del tiempo de la pandemia, cuando el recurso online fue oportuno para seguir sosteniendo parte de la vida que teníamos antes del aislamiento. Sin embargo, la persistencia, en ese tiempo, de la atención presencial en guardias médicas y de salud mental abrieron interrogantes, aún vigentes, acerca de la función del cuerpo tridimensional en la experiencia de la consulta, señalando su dimensión a veces imprescindible.

Una responsabilidad ineludible frente a las nuevas tecnologías

En estas líneas, el acento está puesto en intentar transmitir a los practicantes de los oficios del campo de la salud la disposición a revisar, interrogar, interpelar lo que se enuncia como "solución tecnológica", que axiomáticamente se propaga sin crítica alguna.

Se trata de poner en tela de juicio "la eficacia" que se promueve para la asistencia de pacientes graves o para anticipar "diagnósticos" con "suma precisión" de "autismo", "depresión", "evaluación de riesgo", sin contrastar con los modos humanos de atención clínica.

Aquí encontramos una encerrona trágica: las propuestas de atención clínica por robots se plantean como alternativa viable para dar respuesta al incremento exponencial de problemáticas en salud mental y al déficit de profesionales humanos. Se alega que el aislamiento de los jóvenes les impide llegar a los lugares de atención, desconsiderando, que ese aislamiento es efecto del desanudamiento de los lazos sociales, tal como diagnosticara Ignacio Lewcovicz en el siglo pasado.¹⁰

a. Médica psiquiatra. Psicoanalista. Ex psiquiatra de guardia, Depto. de urgencia, HNRG

Correspondencia: vivianagaraventa@gmail.com

En este estado de precariedad social la adicción a las pantallas se propaga casi osmóticamente. Se agrava el efecto de encierro que retroalimenta la fragilización del enlace a lo comunitario, soporte de la construcción de salidas colectivas. En esta dirección se orienta la propuesta de Sherry Turkle -psicóloga y socióloga, profesora en el Instituto de Tecnología de Massachusetts- en su texto *En defensa de la conversación* en el que argumenta que la inmersión digital está erosionando los pilares de la subjetividad.¹¹ Afirma que la conversación entre seres humanos es fundamental para desarrollar habilidades sociales y emocionales, tales como la empatía, la escucha activa y la resolución de conflictos

Oportunidad, renovación y legado

Disponemos, aún, de la oportunidad de no renunciar a nuestra responsabilidad de recordar, reafirmar, ratificar que los seres humanos somos hijos de la lengua encarnada, no del lenguaje algorítmico matemático en el que no hay cuerpo sensible que pueda responder al llamado de lo frágil.

Hasta nuevo aviso, en los embriones humanos aún no se ha insertado un chip del habla. Habría que preguntarse en ese caso si sería posible la sobrevivencia de los neonatos humanos tal como los conocemos ahora. El viviente humano, arrojado al mundo privado del instinto, sigue requiriendo de la transmisión de la lengua por un otro encarnado. Ese ineludible otro auxiliador que es un ser hablante, de carne y hueso reconocido por Freud como estructural frente al desamparo primordial. Su lectura testimonia que es necesario contraponer al vampirismo digital la erótica de la palabra encarnada, afín, en sintonía con aquello que nos constituye, tal como recuerda Borges cuando cita a Shakespeare: *estamos hechos con la misma sustancia de nuestros sueños*. Esa dimensión del inconsciente, que Giannantonio nombra como lo intangible. Cuando está suprimida esta dimensión, el cuerpo del ser humano queda reducido a un funcionamiento exclusivamente neurobiológico y a un comportamiento regulado por la voluntad. Se excluye así la necesidad de tejer lazos con los otros de carne y hueso, único modo de hacer lugar a la invención, para encontrar en lo colectivo respuesta a los desafíos actuales. Quizás de esto se trate celebrar 150 años. En palabras de Pablo Neira: "...el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez no es solo un edificio: es una comunidad, una tradición viva y una promesa de futuro."¹

Sin interpelar y dejarnos interpelar por la producción tecnocientífica, sin la vigencia del legado de nuestros maestros corremos el *riesgo cierto e inminente* de que las praxis más cercanas al saber-hacer respecto a la demasia del sufrimiento como la pediatría y el psicoanálisis queden fuera de juego.

a. Médica psiquiatra. Psicoanalista. Ex psiquiatra de guardia, Depto. de urgencia, HNRG

Correspondencia: vivianagaraventa@gmail.com

Bibliografía

1. Nahmod M. Transformación digital en Salud Mental: oportunidades y desafíos en la práctica clínica. *Rev Hosp Niños (Buenos Aires) 2025; 67(297): 247-260.* [Citado 15 may 2026]. Disponible en: https://www.profesionaleshnr.org.ar/ojs/index.php/Revista_HNRG/article/view/239
2. Neira P. 150º Aniversario del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. *Rev Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):426-428* [Citado 15 may 2026]. Disponible en: https://www.profesionaleshnr.org.ar/ojs/index.php/Revista_HNRG/article/view/273/211
3. Organización Mundial de la Salud. Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios [Internet]. [Citado 2 sep 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
4. Ministerio Público Tutelar. El drama del suicidio adolescente: en Argentina hay una muerte por día [internet] [citado 10 sep 2025]. Disponible en: <https://mptutelar.gob.ar/el-drama-del-suicidio-adolescente-en-argentina-hay-una-muerte-por-dia>
5. Costa F. Tecnoceano. Algoritmos, biohackers y nuevas formas de vida. Buenos Aires: Editorial Taurus; 2021 ISBN: 978-987-737-065-2
6. Fernández H. Mandíbulas autómatas. La palabra en estado viral y los huéspedes precarizados. Buenos Aires: Editorial En el margen;2024
7. Gianantonio C. La Pediatría del Año 2000 [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2011 [citado 15 may 2026]. Video: 1:09:40. Disponible en: <https://youtu.be/HLNrGnMPPzY>
8. Morozov, E. La locura del solucionismo tecnológico. Katz Editores y Capital Intelectual; 2015 ISBN: 8415917198, 9788415917199
9. Subirats J, Costa F. Inteligencia artificial, ciencias sociales y pensamiento crítico [Internet]. Buenos Aires: CLACSO TV; 2025 [citado 15 may 2026]. Video: 42:20. Disponible en: https://youtu.be/36lxL8_ATq
10. Lewkowicz I. Volver a anudar [Internet]. Lobo Suelto! 21 de octubre de 2021 [publicado originalmente en 2003; citado 15 may 2026]. Disponible en: <https://lobosuelto.com/volver-a-anudar-ignacio-lewkowicz/>
11. Turkle,S. En defensa de la conversación. El poder de la conversación en la era digital. Barcelona: Editorial Ático de los libros; 2017.

Forma de citar: Garaventa V. Algunas consideraciones clínicas acerca de la transformación digital y el campo de la Salud Mental. *Renovación y legado ético. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):154-159*

In Memoriam

Eulalia Lascar

1960 – 2026

Sección Cuidados Paliativos^a

"Las personas buenas no se entierran, se siembran"

A principios de los 90, en casi ningún hospital del país se hablaba de Cuidados Paliativos en Pediatría, ni profesionales ni equipos que abordaran tan delicada tarea.

En ese momento, fue Eulalia quien se animó, para aliviar el sufrimiento de niñas, niños, adolescentes y familias que atraviesan enfermedades complejas. Y así formó un Grupo de trabajo, hoy Sección, que fue creciendo desde entonces.

Fue una pionera, una referente nacional e internacional, una visionaria, apasionada por aquello a lo que dedicó gran parte de su vida, promover el derecho al alivio del dolor y la atención integral de las infancias.

Siempre promoviendo una escucha activa y amorosa y, sobre todo, dando lugar a las voces de los niños y las niñas.

Maestra de muchos pediatras que hoy conducen Equipos de Cuidados Paliativos a lo largo de todo el país.

Además, Eulalia fue una persona divertida, graciosa, muy pícara. Siempre propiciando el encuentro del equipo, abriendo las puertas de su casa para compartir momentos alegres y comida rica, de la que sabía disfrutar.

Quienes aprendimos de ella, que somos muchos, estaremos siempre agradecidos y, con orgullo, continuaremos con su legado.

¡Te vamos a extrañar mucho querida Eu, y siempre te recordaremos con amor, admiración y orgullo de que hayas sido nuestra maestra!



a. Compañeros de la Sección de Cuidados Paliativos, HNRG

In Memoriam

Néstor Rafael Vallejos Meana

1944 – 2026

Ernesto Varone^b

Hay hombres cuya vida no se mide únicamente por los años que transitan, ni por los títulos que acumulan, sino por la profundidad de la huella que dejan en quienes tuvieron el privilegio de caminar a su lado. El Dr. Néstor Rafael Vallejos Meana perteneció a esa rara estirpe de médicos que terminan convirtiéndose en parte inseparable de la historia de una institución.

Su nombre quedó ligado para siempre al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, no solamente por los cargos que ocupó, sino por la transformación profunda que impulsó en la ortopedia y traumatología infantil de la Argentina. Fue un hombre de pensamiento moderno, de visión amplia y de una capacidad de liderazgo que lograba unir firmeza, humanidad y convicción.



En tiempos donde muchas estructuras hospitalarias permanecían ancladas en modelos tradicionales, el Dr. Vallejos Meana comprendió que el crecimiento verdadero de una especialidad solo podía lograrse a través de la organización, la formación continua y el desarrollo de equipos sólidos. Fue pionero en la estructuración y jerarquización de las subespecialidades pediátricas, promoviendo una mirada más específica y compleja de la ortopedia infantil.

Impulsó el crecimiento de todas las áreas de la especialidad, favoreciendo el desarrollo armónico de equipos altamente capacitados y estimulando el intercambio académico permanente. Entre esas áreas, otorgó una relevancia particular a la neuroortopedia, comprendiendo la enorme necesidad que representaban los pacientes con patologías neuromusculares y secuelas complejas.

Durante su gestión se remodelaron las salas y se modernizaron los quirófanos, dotando al servicio de mejores condiciones de trabajo y atención. Los sistemas de urgencia fueron reorganizados y agilizados, mejorando el funcionamiento hospitalario y actualizando los estándares de atención conforme a parámetros internacionales.

b. Médico traumatólogo infantil. Jefe de Unidad Ortopedia y Traumatología Infantil, HNRG

Quienes trabajaron con él recuerdan especialmente su obsesión por el orden, la calidad y la responsabilidad profesional. Entendía que detrás de cada decisión había un niño y una familia depositando confianza en nuestras manos.

Sin embargo, probablemente uno de sus mayores legados haya sido la formación de recursos humanos. La residencia de ortopedia infantil fue fortalecida y jerarquizada bajo su conducción, convirtiéndose en un espacio de aprendizaje profundamente humano y orientado a la excelencia.

Fue maestro, guía y consultor permanente. Su opinión era requerida en innumerables casos complejos y su criterio clínico era escuchado con respeto tanto en la Argentina como en el exterior.

Hoy, al despedirlo, no solo despedimos a un jefe de división o a un referente académico. Despedimos a un hombre que ayudó a moldear la identidad de nuestra especialidad dentro del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Hay personas que atraviesan las instituciones, y hay otras que se vuelven parte de su memoria colectiva. El Dr. Néstor Rafael Vallejos Meana pertenece, sin dudas, a estas últimas.

Porque hay hombres que no desaparecen con su partida: permanecen en las obras que construyeron, en las generaciones que formaron y en la gratitud silenciosa de quienes aprendimos de ellos.

Adolescencia

Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez^a

Reformas legislativas y poder punitivo sobre adolescentes: un debate poco sensato

Legislative Reforms and Punitive Power over Adolescents: An Unsound Debate

Ana Laura López^b, Vanesa Salgado^c

Introducción

Este artículo analiza el recurrente debate en Argentina sobre la baja de la edad de punibilidad, que se cristalizó recientemente en la sanción de la Ley 27.801/26 (Régimen Penal Juvenil). Pese a las campañas mediáticas y políticas que instalan la idea de un aumento del delito adolescente, las estadísticas oficiales muestran que la participación de personas menores de edad en el universo penal es marginal y que, además, los casos penales muy graves han disminuido significativamente en la última década. En forma complementaria, se propone vincular estas discusiones con las características críticas del contexto social contemporáneo: altos niveles de pobreza infantil y adolescente -que afectan a casi la mitad de los más jóvenes- y desigualdades estructurales persistentes de larga data. En ese cruce, se devela que centrar el problema en el delito juvenil pareciera poco sensato, sobre presupuestos falaces que promueven un mecanismo de invisibilización de la vulneración estructural de derechos económicos, culturales y sociales de los/as más jóvenes. La evidencia regional e internacional no respalda que la reducción de la edad penal pueda ser solución para mejorar la seguridad urbana. Por el contrario, organismos internacionales recomiendan mantenerla en los umbrales existentes, dado que una respuesta punitiva profundiza la exclusión y la criminalización de jóvenes pobres, alejándolos de su interacción con redes comunitarias, educativas y sanitarias. Por ello, este artículo hace hincapié en la necesidad de priorizar políticas públicas articuladas que garanticen derechos básicos -educación, salud, alimentación- y fortalezcan ese tipo de rol estatal y articule con las instituciones de la comunidad, en lugar de recurrir al castigo como respuesta central frente a los conflictos protagonizados por adolescentes.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahrg@gmail.com , anauralopez2010@gmail.com

Un "problema" construido a contrapelo de la estadística oficial

Desde fines de la década de los 90 y hasta el presente se discute, cíclicamente, la supuesta "necesidad" de reducir la edad mínima de punibilidad para los/as adolescentes acusados de cometer delitos en Argentina. Este largo proceso de debate social, institucional y político tuvo un hito relevante en marzo de 2026 cuando finalmente se sancionó una nueva norma (Ley 27.801) que regula el poder punitivo sobre los más jóvenes y establece en 14 años el umbral de edad a partir del cual un adolescente puede ser juzgado y sancionado por el sistema penal. Hasta entonces, la normativa nacional (Decreto-ley 22.278/83) consideraba punibles a los/as adolescentes de 16 hasta 18 años de edad, que cometieran delitos de acción pública* y cuya previsión de pena legal superara los dos años.

En las últimas décadas se despliegan periódicamente "campañas de ley y orden" que pretenden reforzar en el imaginario social que los/as adolescentes cometen muchos delitos, cada vez más, y muy graves. Sin embargo, las estadísticas oficiales describen una realidad a nivel país que dista sustantivamente de una pretendida situación crítica respecto de la cantidad y del tipo de infracciones penales en las que se ven involucrados los/as más jóvenes.

En la provincia de Buenos Aires, donde residen 4 de cada 10 habitantes de la Argentina, la proporción de imputaciones penales sobre adolescentes representa el 2% del total de causas judiciales de la provincia, guarismo que se redujo a la mitad en los últimos 15 años (para 2009, dicha proporción se ubicaba en 4,3%).¹

En ese mismo nivel porcentual (2,1%) se ubica la distribución para la provincia de Santa Fe y, en el caso de la provincia de Córdoba, alcanza el 3,9% del total de causas penales. La suma del volumen demográfico de estas tres jurisdicciones reúne el 54% de la población de la Argentina, y concentra a los más grandes centros urbanos.²

* Se considera como delitos de acción pública aquellos que, en el marco de la definición del Código Penal de la Nación, no requieren para su investigación y sanción del impulso directo de la acción penal por parte de las personas damnificadas, como por ejemplo los delitos de lesiones leves, amenazas y estafas, entre otros tipos legales, que se consideran de acción privada.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

En igual sentido, las fuentes de datos oficiales muestran que los delitos graves o muy graves (como, por ejemplo, los homicidios presuntamente cometidos por personas menores de 18 años) en la provincia de Buenos Aires se redujeron el 46% en los últimos 15 años. Mientras que en el año 2009 la tasa era de 1 cada 100 mil habitantes, para 2023 ese indicador se ubicó en 0,4 cada 100 mil habitantes.¹ En cuanto a la población de niños/as y adolescentes bajo medidas judiciales que son intervenidos por dispositivos penales a nivel país -tanto medidas ambulatorias como de encierro-, su volumen pasó de 7178 en el año 2015 a 4156 en el año 2023, según el último reporte estadístico de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.³

En este sentido, los datos señalan que es marginal estadísticamente la proporción de causas judiciales de los fueros penales juveniles en relación con el universo de infracciones imputadas a personas mayores de edad. De igual manera, los ilícitos muy graves son en extremo reducidos desde el punto de vista cuantitativo, con una tendencia histórica en descenso. La información oficial también indica que las imputaciones sobre adolescentes se concentran mayormente sobre delitos predatorios contra la propiedad (robos y hurtos) de baja lesividad y -de manera muy excepcional- en casos graves contra la vida o con uso extremo de violencia interpersonal.

Las experiencias históricas recientes sobre cambios legislativos impulsados en los países de la región demuestran que reducir el umbral mínimo a partir del cual el Estado reacciona al conflicto social con el sistema penal no redundará en una reducción del delito ni en una intervención virtuosa sobre la vida de los adolescentes captados por el campo penal. En un documento reciente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) sostiene que no existen evidencias que demuestren que la baja de la edad de punibilidad tenga un impacto positivo en una mayor seguridad urbana/pública.⁴ Ejemplifica con el caso de Argentina, que mientras mantuvo la edad de punibilidad en 16 años, registró un promedio de 5 homicidios cada 100 mil habitantes, ubicándose muy por debajo de otros países de la región, como por ejemplo de Brasil y México, que alcanzan un promedio de 23 homicidios cada 100 mil habitantes en el 2023, países con una edad de imputabilidad de 12 años.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com , anauralopez2010@gmail.com

A su vez, Argentina ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, otorgándole rango constitucional. El Comité de los Derechos del Niño (organismo encargado de monitorear su cumplimiento por parte de los Estados) emite Observaciones Generales que son claras y oportunas sobre las acciones que los Estados deben realizar para garantizar una vida plena y digna de la niñez y adolescencia. La Observación General N°24 del año 2019, relativa a los derechos del niño en el sistema penal juvenil insta a los Estados a no reducir la edad.⁵

En 2024 el Comité emitió las observaciones específicas al Estado argentino donde instó a nuestro país, entre otros aspectos referidos a garantizar una justicia juvenil acorde a la normativa internacional de derechos humanos, a "...mantener la edad mínima de responsabilidad penal en 16 años para todo tipo de delitos y se abstenga de rebajarla."⁶ Es necesario enfatizar que la reducción de la edad de punibilidad, ahora convertida en ley, opera como un mecanismo de desplazamiento de los problemas sociales hacia la lógica de tramitación punitiva de la desigualdad y la fragmentación social, generando severos efectos negativos en los/as jóvenes que son atrapados por el sistema penal. Existe un consenso en el campo de estudios sobre el campo punitivo acerca del carácter estructural de la selectividad penal, que recae focalizadamente sobre los sectores más empobrecidos y racializados.^{7,8} Ello deriva en una criminalización temprana de la cuestión social, cuyo efecto es alejar las políticas sociales, sanitarias, educativas y económicas de estas poblaciones, para reducir las a ser clientelas cronificadas de la penalidad.

Así, el panorama sobre el que se legisla la nueva ley penal juvenil (27.801) está marcado por una notable insensatez parlamentaria: ninguna estadística oficial permitía respaldar los discursos que presentaban el delito juvenil como un fenómeno significativo, en aumento y de gravedad. Antes bien, las cifras indican todo lo contrario. Entonces: ¿para qué se construyó la "necesidad" de dicha reforma?, ¿En qué intereses o qué actores reedita este tipo de transformaciones en la relación jurídica y política entre el Estado y los integrantes más noveles de la sociedad?, ¿Qué herramientas deja a disposición este tipo de reformas frente a una sociedad crecientemente desigual y fragmentada?, ¿Sobre qué conductas y procedencias de clase social

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

recaerán los nuevos y ampliados márgenes de gestión punitiva sobre adolescentes que habilita la nueva ley?

Estas preguntas deben ser leídas en consideración a un axioma bien conocido por quienes trabajan día a día con estas poblaciones: cuando el sistema penal alcanza a un adolescente, se lo sustrae del entramado comunitario que sostiene y da sentido a su trayectoria biográfica y social. Las instituciones, las organizaciones comunitarias, las escuelas, los clubes, todo lo que sostiene un ser y estar en comunidad, que acompaña, que enseña, es dejado de lado y solo queda lugar para la intervención penal. Y el abordaje punitivo es, siempre, producción de daño y violencia sobre sus selectivas clientelas.

Castigar es cruel, y además poco aporta en la resolución de los conflictos que subyacen a la comisión de un delito. Multiplicidad de conflictos, más o menos graves, son resueltos cotidianamente por otro tipo de instituciones (escolares, sanitarias, culturales) de forma eficiente, eficaz y comprometida con la comunidad, conflictos en los que pierde capacidad de incidencia una vez que el sistema penal los alcanza. Pero la propuesta de la nueva legislación es equivalente a un menú de opciones concentradas en la mayor severidad punitiva y la menor contención comunitaria, educativa y sanitaria.

Cruzadas morales, desigualdad y abandono: enalteciendo el ala penal del Estado

La sociología del castigo identifica, en el último cuarto de siglo, una creciente utilización del campo penal para la gestión del conflicto y la reacción estatal frente a la cuestión social. Transitamos desde fines de los años 70 una nueva etapa global, denominada neoliberalismo, que implica una profunda reconfiguración en la relación entre el Estado, el mercado y la ciudadanía. Una nueva problematización que deriva la inseguridad social creada por el sistema económico y político en un problema de inseguridad urbana frente al delito como epicentro de las preocupaciones sociales y como vía de relegitimación de las clases políticas.^{9,10}

Así, se (re)construye un enemigo social focalizado en los grupos racializados, empobrecidos y marginados de los mecanismos de ciudadanía e integración social, cifrándolos centralmente en su carácter de potencial "delincuente", a la vez que, en simultáneo, se deconstruyen las responsabilidades económicas, sociales y políticas de muchos otros actores que

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com , anauralopez2010@gmail.com

producen la inseguridad en términos de bloqueo a la integración social y el acceso a derechos para una vida digna, arrojando a miles de jóvenes a la condición permanente de sujetos precarios.

En este contexto, las cruzadas morales de pánico frente a la "seguridad" (reducida exclusivamente a no ser víctima de delitos predatorios callejeros) suelen omitir que la estructura socioeconómica y demográfica del país traza una situación crítica en cuanto a los niveles de empobrecimiento de los grupos de edad de niños/as y adolescentes, que alcanzan valores por encima de la media poblacional y respecto de cualquier otro grupo etario.

En Argentina, de acuerdo con el relevamiento del primer semestre de 2025, el 46,1% de la población de 0 a 17 años de nuestro país vive en hogares cuyos ingresos no son suficientes para afrontar los gastos alimentarios y no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud y vivienda) establecidos como esenciales y que forman parte de sus derechos fundamentales.¹¹ Según los datos de la encuesta de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica, en 2025 el 53,6% de los niños/as y adolescentes viven en la pobreza y el 10,7% en la indigencia. Casi un tercio (29%) de los niños y adolescentes experimentó inseguridad alimentaria en 2025, con un 13,2% en su forma más severa.¹²

Estos resultados expresan tendencias de largo plazo: durante la última década, las niñas, niños y adolescentes han enfrentado tasas de pobreza que superan de manera sistemática a las de las personas adultas, con niveles que se ubican entre 1,5 y 2 veces por encima en los distintos ciclos económicos.

Una sociedad que se configura a través de una arquitectura de desigualdad profunda, y que afecta especialmente a las infancias pareciera considerar, sin embargo, que el problema a solucionar es el delito adolescente (fenómeno sobre el cual no existe evidencia empírica alguna en cuanto a su pretensa extensión y profundidad) y no la violación masiva y extensiva de derechos económicos, sociales y culturales a los que están sobreexponidos sus integrantes más jóvenes, y que operan como barreras estructurales para su integración y desarrollo individual y colectivo.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com , anauralopez2010@gmail.com

La relevancia de las instituciones sanitarias y educativas en el desarrollo integral de los/as adolescentes.

Las prácticas cotidianas de las instituciones son las que, en definitiva, perfilan los usos y sentidos que se dará a este nuevo instrumental punitivo ofrecido para la gestión de los/as más jóvenes. Y frente a ese desafío, es posible pensar en horizontes de trabajo institucional que resistan a la respuesta penal como forma dominante de abordaje de la conflictividad adolescente.

Nuestro país tiene una deuda con las y los adolescentes específicamente vinculada a la ausencia de políticas públicas destinadas a promover y garantizar los derechos de las personas de 13 a 17 años, que son más de 3 millones y medio y representan el 8% de la población del país. En los últimos años se avanzó en el diseño de algunas políticas, como la Educación Sexual Integral (Ley 26.150), el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia, las Becas Estudiantiles, y algunos intentos infructuosos de promover a través de políticas inclusivas el deporte como prevención de adicciones, padecimientos subjetivos y violencias. Estas políticas nacionales, incluso considerando que funcionan siempre con obstáculos y bajos presupuestos, lograron resultados positivos, aun así, en los últimos dos años se vieron fuertemente desfinanciadas o incluso discontinuadas. De acuerdo con los datos del último censo nacional en Argentina el 6% de los/as adolescentes de 13 a 15 años no asisten a la escuela y este porcentaje se eleva al 12% entre los de 16 y 17 años.¹³ Cada año mueren alrededor de 1500 adolescentes, lo que equivale al 0,4% del total de defunciones registradas. La principal causa de muerte en este grupo es por causas externas (muertes evitables) y la mayor cantidad se da por lesiones, que comprenden: lesiones autoinfligidas (suicidios) y siniestros viales.¹⁴ Es en este contexto de violencia estatal por omisión de protección en el que se promueven enfáticamente respuestas penales sobre los/as adolescentes.

En este sentido urge reponer en el debate público y político el rol central del Estado en la garantía de derechos fundamentales, específicamente de las y los adolescentes. Así, la escuela, las instituciones sanitarias, los organismos de protección de niñez y adolescencia, las

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

organizaciones sociales, sindicales y académicas tenemos no solo responsabilidades sino también capacidad de agenciar espacios de resistencias ante embates contra los derechos conquistados y de promoción de prácticas que permitan que los chicos y las chicas accedan a una vida digna, donde sean respetados y escuchados.

Tanto los tratados internacionales como la normativa nacional son claras sobre la necesidad de diseñar e implementar políticas públicas que garanticen la seguridad alimentaria, la vivienda, la educación, el acceso a la salud, a crecer en sus familias, al esparcimiento, a erradicar las violencias contra las niñas, niños y adolescentes en todas sus formas.

El sistema de salud es, de por sí, un factor de protección y promoción del desarrollo integral de las personas y las comunidades. Tiene un rol central, lo cual le otorga una gran posibilidad y a la vez la suma de muchas exigencias que no le son propias. Tenemos allí un desafío y una oportunidad. Cuanto más difícil el contexto más necesario es alzar la voz, desde todos los espacios, reorganizar las prácticas, sostener las redes (las que hacen las personas, no las pantallas), con escuelas donde aprender, con hospitales para cuidar la salud, con clubes y plazas para jugar. Los adolescentes necesitan que el mundo adulto los cuide, no que castigue. La sociedad necesita que los chicos y chicas aprendan a cuidar, no a castigar. Y en esa dirección es nuestro compromiso.

Bibliografía

1. Ministerio Público de la Provincia de Buenos Aires. Estadísticas, Departamento de Estadísticas de la Procuración General. La Plata, Buenos Aires: MPF; 2026 [consultado 17 may 2026]. Disponible en: <https://www.mpba.gov.ar/estadisticas>
2. Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la República Argentina. Reporte de monitoreo adolescentes y el régimen penal juvenil en argentina. Buenos Aires: DDNYA; 2024 [consultado 17 may 2026]. Disponible en: <https://ladefe.gob.ar/informes-anuales/>
3. Ministerio de Desarrollo Social Argentina. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Relevamiento Nacional de Dispositivos Penales Juveniles y su Población. Buenos Aires; 2023 [consultado 17 may 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/20361/file/Relevamiento%20Nacional%20de%20Dispositivos%20Penales%20juveniles%20y%20su%20poblaci%C3%B3n-%20Primer%20semestre%202023.pdf>
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Posicionamiento de UNICEF sobre Justicia Penal Juvenil, Argentina. Buenos Aires; 2024 [consultado 17 may 2026]. Disponible en:

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com , analaurolopez2010@gmail.com

https://www.unicef.org/argentina/media/22711/file/2024_Posicionamiento%20penal%20juvenil.pdf.

5. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. Observación general núm 24 relativa a los derechos del niño en el sistema de justicia juvenil (CRC/C/GC/24). Ginebra; 2019.
6. Organización de las Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño . Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina. Report No.: CRC/C/ARG/CO/7. Ginebra: Refworld; 2024 [consultado 27 may 2026]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pol/obspais/crc/2024/148965>
7. Daroqui A, López A, Cipriano R. Sujeto de castigos. Hacia una sociología de la penalidad juvenil. Santa Fe: Edit. Homo Sapiens; 2012.
8. Pavarini M. Control y Dominación, Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico. México DF: Siglo XXI Editores; 1983.
9. Di Giorgi A. Tolerancia Cero. Estrategias y prácticas de la sociedad de control. Barcelona: Ed. Virus; 2005.
10. Wacquant L. Tres pasos hacia una antropología histórica del neoliberalismo. Herramienta - Revista de debate y crítica marxista. 2012;49: 43-60.
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Permanente de Hogares: Incidencia de la pobreza y de la indigencia [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2026 [consultado 27 may 2026]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>
12. Tuñón I. Infancia en la Argentina: avances en la coyuntura, deudas estructurales (2010-2025). Documento Estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la equidad (2017-2026). 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: EDUCA; 2026.
13. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Buenos Aires: INDEC; 2022 [consultado 27 may 2026]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
14. Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Nota técnica N° 17: Mortalidad en la niñez y la adolescencia. Producción de evidencia. Buenos Aires: DDNNYA; 2024 [consultado 27 may 2026]. Disponible en: <https://ladefe.gob.ar/documentos/nota-tecnica-n-17-mortalidad-en-la-ninez-y-la-adolescencia/>

Forma de citar: López AL, Salgado V. Reformas legislativas y poder punitivo sobre adolescentes: un debate poco sensato. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):163-171*

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Florencia Coto Araujo, Dra. Soledad Hernández, Dra. María Florencia Leveratto, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Dr. Juan José Costa, Lic. Gabriela Mayansky, Lic. Cecilia Rodríguez.

b. Lic. en Sociología. Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

c. Lic. en Comunicación Social. Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (OAJ), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com , analaurolopez2010@gmail.com

Seguridad del paciente

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente HNRG^a

La familia como eje estratégico en la seguridad del paciente quirúrgico pediátrico

The Strategic Role of the Family in Ensuring Pediatric Surgical Patient Safety

Patricia Garrido^b, Fabián Salgueiro^c

Introducción

La seguridad del paciente no es un resultado accidental, sino una condición ineludible que requiere el compromiso de todo el equipo de salud para mitigar riesgos y prevenir eventos adversos evitables. En concordancia con las iniciativas establecidas en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, la evidencia demuestra que el tratamiento de los pacientes como colaboradores activos en su cuidado, genera avances significativos en términos de seguridad, satisfacción y resultados en salud.¹ Mediante el lema "demos voz a los pacientes", la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a todas las partes interesadas a garantizar la representación de los pacientes y sus familias en el diseño conjunto de estrategias de seguridad y su papel activo en la toma de decisiones compartida.^{1,2}

La operatividad de este modelo se sustenta en los principios básicos de la Atención Centrada en el Paciente, los cuales deben regir la práctica clínica perioperatoria:

- Dignidad y respeto: valorar las perspectivas y elecciones del paciente y su familia.
- Intercambio de información: comunicación bidireccional, completa y oportuna.
- Participación: involucramiento activo en el cuidado y la toma de decisiones.
- Colaboración: cooperación entre pacientes, familias y profesionales en el diseño de políticas y programas de seguridad.

Además, el paciente pediátrico requiere una atención más cuidadosa en el ámbito de la seguridad debido a sus características fisiológicas, el cálculo de dosis por peso, la dependencia de sus cuidadores y la necesidad de adaptar el entorno y la comunicación a su edad y

a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde

b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

nivel de desarrollo, por lo que la participación de las familias adquiere una relevancia esencial para la mejora de su seguridad.³⁻⁵

En el contexto hospitalario, los incidentes de seguridad relacionados con la práctica quirúrgica representan eventos de alto impacto clínico y social. La complejidad inherente a los procedimientos quirúrgicos pediátricos exige un equipo multidisciplinario coordinado para prevenir complicaciones que, habitualmente, presentan un origen multicausal. En este escenario, la seguridad del paciente se define como un marco de actividades organizadas que crean procesos y entornos capaces de disminuir los riesgos de forma constante y sostenible.^{1,6-9}

La visión de la seguridad en cirugía ha experimentado una transición fundamental: pasó de centrarse exclusivamente en la responsabilidad técnica e individual del profesional hacia un enfoque sistémico y colaborativo. Bajo este nuevo paradigma, el diseño de sistemas resilientes reconoce que el error humano es una consecuencia y no solo una causa, lo que sitúa la participación y el empoderamiento de los pacientes y sus familias como, quizás, la herramienta más poderosa para fortalecer las barreras de seguridad.^{1,2,6,8}

Tradicionalmente, las familias eran relegadas a un rol de receptores pasivos de cuidados; sin embargo, los marcos internacionales actuales han transformado esta concepción. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS establece la implicancia familiar como un objetivo estratégico prioritario (Objetivo Estratégico 4) para alcanzar una atención sanitaria segura.¹

Debido a su visión única e interés directo, las familias actúan como los "ojos y oídos del sistema", capaces de detectar riesgos en procesos técnicos complejos que podrían pasar desapercibidos para el personal sanitario.^{1,6} Este enfoque integral no solo mitiga riesgos, sino que institucionaliza la seguridad como un derecho humano básico y un componente esencial de la calidad asistencial pediátrica.¹⁰

El lugar de la familia

A continuación, desarrollamos los roles que cumplen los padres y/o las familias en la seguridad del paciente quirúrgico pediátrico.^{1,2,6-9,11-14}

-
- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
- b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
- c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

Coparticipación en la atención

- ✓ Asociados en la seguridad: se debe tratar a los padres como copartícipes de pleno derecho, informándoles e involucrándolos en todos los niveles de la atención, desde la planificación hasta la toma de decisiones compartida.
- ✓ Codiseño de procesos seguros: participan en la elaboración conjunta de procesos de atención más seguros. Expertos sugieren que las familias que han vivido incidentes de seguridad aporten su experiencia para diseñar soluciones que eviten la recurrencia. A su vez, la notificación de incidentes por parte de los familiares debe tener la misma validez que los informes de los profesionales, integrándose en los sistemas de aprendizaje organizacional.
- ✓ Consejos consultivos: los establecimientos deben crear mecanismos formales para que los familiares participen en comités y consejos consultivos para la elaboración conjunta de políticas, planes de seguridad y directrices para crear procesos de atención más seguros.

Verificación e identificación inequívoca

- ✓ Confirmación de identidad: la familia es fundamental para confirmar la identidad del paciente, el procedimiento planificado y la localización quirúrgica antes de entrar a quirófano; muy especialmente en los pacientes pediátricos o en adolescentes.
- ✓ Marcado del sitio quirúrgico: se recomienda la participación activa del paciente y su familia cuando el cirujano realiza la marcación del sitio quirúrgico.
- ✓ Consentimiento informado: el representante legal (padre/tutor) es quien otorga el consentimiento formal para la cirugía y la anestesia. Es fundamental verificar que se comprendan todos los riesgos y alcance del procedimiento propuesto.

Vigilancia de la seguridad y barreras ante el error

El involucramiento de la familia no es un gesto de cortesía, sino una estrategia de defensa en profundidad basada en el modelo del "queso suizo" de James Reason.

-
- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
- b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
- c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

Actúan como una barrera adicional en puntos críticos:

- ✓ Detección precoz de riesgos: los padres conocen mejor el recorrido y estado del niño, por lo que pueden alertar a los profesionales si perciben un deterioro o si surgen nuevas necesidades.
- ✓ Prevención de errores de medicación: a través de herramientas como los "Cinco momentos para la seguridad de los medicamentos" de la OMS,¹ las familias pueden verificar que los pasos del ciclo de medicación sean correctos y ayudar a conciliar la medicación habitual con la hospitalaria, detectando posibles alergias o errores de dosificación en las transiciones asistenciales.
- ✓ Control de infecciones y vigilancia: las familias tienen el derecho y la responsabilidad de invitar al personal de salud a cumplir con la higiene de manos antes de tocar al paciente. Además, sirven como observadores vigilantes del estado clínico, pudiendo activar alertas de emergencia si perciben un deterioro temprano o desvío de la evolución esperable de su patología.

Continuidad del cuidado y seguimiento postoperatorio

El rol de la familia trasciende el quirófano y es vital en las transiciones asistenciales:

- ✓ Preparación para el alta: las familias deben ser instruidas específicamente sobre los signos de alarma de infección del sitio quirúrgico y en el manejo de curaciones y dispositivos en el hogar.
- ✓ Seguimiento domiciliario: las instituciones que aplican cirugía segura utilizan llamadas de seguimiento postoperatorio donde el familiar actúa como informante clave para detectar complicaciones en las primeras 48 horas tras el alta, específicamente sobre los signos y síntomas de infección del sitio quirúrgico para una detección temprana.

a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Transparencia y gestión de eventos adversos

En el caso de que ocurra un evento adverso, la comunicación con la familia debe regirse por los principios de apertura y transparencia:

- ✓ Divulgación abierta (*Open disclosure*): los familiares deben recibir una explicación clara, una disculpa inmediata y apoyo psicológico tras un daño accidental.
- ✓ Análisis de causa raíz: el proceso de investigación de errores debe incluir la perspectiva de la familia para obtener una reconstrucción cronológica precisa de los hechos y comprender los factores del sistema que fallaron.
- ✓ Notificación de incidentes: asimismo, se les anima a informar sobre cualquier fallo o "casi error" experimentado durante el proceso quirúrgico para fomentar el aprendizaje organizacional.

En el contexto de la cirugía pediátrica, la implementación de protocolos estandarizados permite consolidar una alianza estratégica con las familias, posicionándolas como una voz crítica y constituyendo una barrera adicional contra la detección de eventos adversos. Este enfoque integral garantiza que el procedimiento quirúrgico trascienda la excelencia técnica para transformarse en un proceso seguro centrado en el niño y su familia.

A nivel global, programas como el protocolo *ERAS* (*Enhanced Recovery After Surgery*) y la iniciativa "*Speak Up*" de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) validan este modelo, demostrando que es posible mitigar riesgos sistémicos y reducir la probabilidad de errores mediante el empoderamiento y la educación activa de los cuidadores en la detección temprana de fallos durante la atención.^{6,7,15,16}

El programa *ERAS* representa un enfoque sistemático, multidisciplinario y basado en la evidencia diseñado para optimizar la atención perioperatoria y mejorar los resultados clínicos.¹⁵ El éxito de estos programas no depende de elementos aislados, sino de la integración colectiva de intervenciones en las fases preoperatoria, perioperatoria y postoperatoria, asegurando la toma de decisiones clínicas estandarizadas.

-
- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
- b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
- c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

Un pilar distintivo de este tipo de modelos es el empoderamiento y rol activo de la familia, que es educada desde la primera consulta para actuar como un socio estratégico en el proceso de recuperación del niño. Esta transición hacia un sistema centrado en el paciente constituye una evolución fundamental en la calidad y seguridad quirúrgica, ya que logra mitigar la respuesta al estrés fisiológico del trauma operatorio y acelerar el retorno del niño a su entorno habitual.

La iniciativa "*Speak Up*", lanzada por la JCAHO, propone que la comunicación efectiva entre profesionales y familias sea una estrategia preventiva clave contra el error humano, transformando a los padres en socios activos del cuidado.^{6,16} Su objetivo es determinar el efecto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de los padres respecto al comportamiento de "*alzar la voz*" (*Speak Up*) para la seguridad del paciente en unidades de hospitalización pediátrica.

Este estudio demuestra que la educación es una herramienta eficaz para mejorar el conocimiento teórico de los padres, permitiéndoles actuar como una barrera de detección de errores en la preparación, monitoreo y seguimiento de las acciones clínicas. Sin embargo, existen barreras críticas, tanto culturales como psicológicas, para que el rol de la familia sea efectivo. Por eso no basta solo con una sesión educativa aislada, se requiere educación continua para crear un entorno de "cultura justa" donde los padres se sientan empoderados para invitar, por ejemplo, al personal a lavarse las manos sin temor a represalias.

Recomendaciones claves para la implementación de esta estrategia en el ámbito institucional:

- Crear conciencia acerca de la necesidad de la participación de los pacientes, sus familiares y cuidadores para mejorar la seguridad del paciente.
- Empoderar a los pacientes y sus familias para que participen en su propia atención.
- Institucionalizar el rol del paciente y la familia: incluir representantes de pacientes y familias, líderes, trabajadores de salud y organizaciones para que participen en las juntas directivas y comités de seguridad hospitalarios.

a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

- Educar y alfabetizar en salud: proporcionar materiales informativos claros que estimulen a la familia para preguntar y desafiar prácticas inseguras sin temor (iniciativa "Speak up").
- Cultura justa: garantizar un entorno donde la comunicación con la familia tras un error se centre en el aprendizaje y la sanación, y no en la búsqueda de culpables.^{1,2,6-9,11-14,17}

Conclusiones

La seguridad del paciente quirúrgico ha trascendido la visión de la responsabilidad técnica individual del profesional para consolidarse como un modelo sistémico y multidisciplinario. Bajo este paradigma, el diseño de sistemas resilientes reconoce que el error humano es a menudo una consecuencia de fallos en el diseño de los procesos y no únicamente una causa, lo que exige la creación de entornos capaces de mitigar riesgos de forma constante y sostenible. En este sentido, la familia debe ser considerada un asociado estratégico y copartícipe de pleno derecho en la atención.

Su rol como "ojos y oídos del sistema" es fundamental para actuar como una barrera adicional ante errores de identificación, conciliación de medicación y control de infecciones, transformando su participación de una recepción pasiva a una vigilancia activa que mejora los resultados de salud.¹

La implementación exitosa de un programa de cirugía segura requiere que el liderazgo institucional reconozca la participación de la familia como un derecho humano básico y un componente esencial de la calidad y seguridad del niño; garantizando una responsabilidad compartida y transparente, y posicionando a la familia como la barrera de seguridad más poderosa para la prevención de eventos adversos.

El compromiso efectivo de la familia no solo reduce la probabilidad de eventos adversos, sino que fortalece la confianza pública en el sistema de salud.

-
- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
- b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
- c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadysecuridadguti@gmail.com

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Ginebra: OMS; 2021 [consultado 18 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) & WHO Patient Safety (2008). Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; 2008 [consultado 18 de may 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70084>
3. Beteta Fernández D, Pérez Cánovas C, Martínez Egea RB, et al. Incidentes de seguridad en urgencias pediátricas: incidencia, características y variabilidad entre centros. Estudio multicéntrico nacional. An Pediatr. 2025;103 (4):503998. DOI: 10.1016/j.anpedi.2025.503998
4. Arias Constantí V, Muñoz Santanach D, Foz Felipe D, et al. Perception of safety by families in an emergency department: An opportunity for their active involvement. An Pediatr (Engl Ed). 2026; 104(4):504155. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504155>
5. Witkowska MI, Janhunen K, Sak-Dankosky N, et al. Parents' perceptions of patient safety in paediatric hospital care-A mixed-methods systematic review. J Adv Nurs. 2025; 81(9):5291-5303. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.16361>
6. World Health Organization, Joint Commission. Patient Safety Solutions; 2007 [consultado 23 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>
7. Joint Commission International. International Patient Safety Goals. [Internet] [consultado 23 may 2026]. Disponible en <https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals>
8. Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud. Resolución 2707/2019: Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina, Nº 34226: 26. (25 de octubre de 2019) [consultado 23 jun 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2707-2019-330667>
9. Agra Varela Y (coord.). Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud. Protocolo. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 18 may 2026]. Disponible en <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadBloqueQuirurgico/docs/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>
10. Arpí L, Panattieri N, Godio C, et al. Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal. Arch Argent Pediatr 2017; 115 (1):82-88. doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.82>.
11. Terrés M, Chwat C, Di Pietro E, et al. Manual para un programa de Seguridad del Paciente. Sección Seguridad del Paciente dentro del programa de acreditación de servicios. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cirugía; 2021. [consultado 18 de may de 2026]. Disponible en: <https://aac.org.ar/imagenes/publicaciones/seguridad-paciente.pdf>

- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
- b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
- c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadyseguridadguti@gmail.com

12. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Arch Argent Pediatr 2019; 117 (6): S277-S309. doi: 10.5546/aap.2019.S277.
13. Capitán del Río I, Capitán Vallvey JM. Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. Cir Andal. 2022; 33(4): 451-461.
14. Nyberg A., Jirwe M., Fagerdahl A, et al. Perioperative patient safety indicators—A Delphi study. J Clin Nurs. 2025; 34(4):1351-1363. doi: 10.1111/jocn.17212.
15. Rafeeqi T, Pearson EG. Enhanced recovery after surgery in children. Transl Gastroenterol Hepatol. 2021; 6:46. doi: 10.21037/tgh-20-188. PMID: 34423167; PMCID: PMC8343543.
16. Nur Aini S, Mulatsih S, Suti Lasmani P. The effect of education on parents' "speak up" knowledge regarding patients' safety in hospital. Jurnal Ners. 2017; 12 (2):189-95.
17. Valli C, Schäfer WLA, Bañeres J, et al. Improving quality and patient safety in surgical care through standardisation and harmonisation of perioperative care (SAFEST project): A research protocol for a mixed methods study. PLoS ONE 2024; 19(6): e0304159. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304159>

Forma de citar: Garrido P, Salgueiro F. La familia como eje estratégico en la seguridad del paciente quirúrgico pediátrico. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):172-180

-
- a. Lic. Miriam Elizabeth Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bioq. Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Domínguez, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Miriam Estela Aguirre, Dra. Patricia Garrido, Bioq. Eugenia Osinde
 - b. Médica cirujana pediátrica. Jefa Unidad de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG
 - c. Médico cirujano pediátrico. Jefe Departamento de Cirugía, integrante del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, HNRG

Correspondencia: calidadyseguridadguti@gmail.com

Inteligencia Artificial en Pediatría: avances y aplicaciones

Sección a cargo de Gustavo Frei^a, María del Pilar Arias López^b y Julián Battolla^a

Diseño de *prompts* para inteligencia artificial generativa: una guía práctica para pediatras

Prompt design for generative artificial intelligence: a practical guide for pediatricians

Introducción

La inteligencia artificial generativa, en especial los Grandes Modelos de Lenguaje (LLM, por sus siglas en inglés) como ChatGPT[®], Gemini[®] y Claude[®] entre otros, ha dejado de ser un experimento tecnológico para convertirse en una herramienta de uso cotidiano en múltiples ámbitos de la pediatría.¹ ChatGPT[®] demostró ser una herramienta eficaz para organizar y sintetizar información clínica, para adecuar partes médicos al nivel de comprensión de las familias de los pacientes, realizar informes de estudios por imágenes y plantear diagnósticos diferenciales a partir de resúmenes estructurados, demostrando la capacidad de proponer perspectivas científicamente válidas.²⁻⁴ También han sido propuestos múltiples usos de los LLM en escenarios complejos, como por ejemplo las Unidades de Cuidados Intensivos.⁵ Sin embargo, **pueden generar contenido científico verosímil a partir de información insuficiente, incorrecta o ficticia (conocido como "alucinaciones") lo que subraya la necesidad de supervisión y regulación de su uso.**

La brecha existente entre la promesa tecnológica y su implementación segura y efectiva está condicionada en gran medida por la calidad de los *prompts*, definidos como las instrucciones mediante las cuales el usuario parametriza y orienta los resultados del sistema.

Un *prompt* vago o mal estructurado produce respuestas genéricas, descontextualizadas o, peor aún, clínicamente inexactas. Por el contrario, formular *prompts* detallados y contextualizados es fundamental para obtener asistencia clínica avanzada y evitar los riesgos de respuestas genéricas o falsas.⁶

A pesar de su creciente relevancia, el diseño de *prompts* continúa siendo un aspecto escasamente abordado en la formación médica. En la práctica, muchos pediatras utilizan herramientas de inteligencia artificial (IA) de manera intuitiva, sin marcos conceptuales ni estrategias sistemáticas que orienten su uso. Es habitual que conciban a las plataformas basadas en LLM como motores de búsqueda, tipo "PubMed", mejorados.

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Por eso, es fundamental establecer explícitamente que un LLM no es un buscador de bibliografía; a diferencia de ellos, no rastrea información actualizada en tiempo real (excepto en versiones con búsqueda integrada), sino que genera texto basado en patrones aprendidos durante su entrenamiento, una diferencia crucial que explica por qué las referencias bibliográficas propuestas pueden llegar a ser inventadas.

Este artículo se propone cubrir ese vacío en la formación médica actual, mediante una guía práctica y basada en evidencia, adaptada al contexto pediátrico, que facilite el diseño de *prompts* de calidad en escenarios clínicos, en investigación y docencia.

Anatomía de un *prompt*

Un *prompt* no es simplemente una pregunta, sino una instrucción estructurada que define el contexto, los objetivos y las condiciones bajo las cuales los LLM producen su respuesta, condicionando de manera directa su calidad, pertinencia y seguridad.⁷

Los componentes fundamentales de un *prompt* eficaz son cinco: objetivos, audiencia, formato, estilo y contexto. En la tabla 1 se describen los distintos componentes con ejemplos ajustados para el ámbito pediátrico.

En la práctica, no todos los *prompts* requieren tener los cinco componentes. Sin embargo, cuantos más elementos se especifiquen, mayor será la calidad y utilidad del resultado generado.

Tabla 1. Componentes esenciales del *prompt* y su aplicación al contexto pediátrico.

Componente	Pregunta clave	Ejemplo pediátrico
Objetivo Propósito	¿Qué debe generar la IA?	"Redactar una explicación para los padres"
Audiencia	¿Para quién es el contenido?	"...dirigida a padres con nivel educativo básico, sin conocimientos médicos"
Formato	¿Cómo se debe presentar?	"...en 5 puntos concisos, usando lenguaje simple"
Tono/estilo	¿Con qué registro?	"...tono empático, tranquilizador y no alarmista"
Contexto/datos	¿Qué información de fondo se aporta?	"El niño tiene 3 años, fue diagnosticado con otitis media aguda bilateral"

Modificada de Pan American Health Organization. AI Prompt Design for Public Health: Using Generative AI Responsibly. [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2025 ⁷

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG
 b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Diseño de *prompts*

La regla SMART

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) equipara el diseño de *prompts* con el diseño de objetivos SMART (**S**pecific, **M**easurable, **A**chievable, **R**elevant, **T**ime-bound) para la planificación de intervenciones en salud pública.⁷

Un *prompt* estructurado bajo esta lógica reduce la ambigüedad y asegura que el contenido sea preciso y listo para usar.

- **S - Específico (Specific):** el *prompt* debe indicar con extrema claridad qué se le pide a la IA. Por ejemplo: "Redacta un mensaje para padres sobre la importancia de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas y niños de 11 años".
- **M - Medible (Measurable):** aunque no hablemos de métricas numéricas, el *prompt* debe tener criterios claros que definan su éxito. Por ejemplo: "Usa un máximo de 150 palabras" o "Incluye exactamente 3 pautas de alarma claras (como la fiebre persistente, dificultad para respirar, rechazo al alimento) en formato de viñetas".
- **A - Alcanzable (Achievable):** la solicitud debe coincidir con las capacidades de la IA, evitando tareas que requieran un juicio clínico humano. La tarea solicitada al modelo debe ser operativa y alcanzable, como por ejemplo: "Estructura estos datos dispersos del paciente en un formato de historia clínica ordenada para un ateneo".
- **R - Relevante (Relevant):** el contenido debe estar alineado con el contexto y los objetivos de salud de la institución. Es necesario solicitar que el texto se adapte a la realidad local, por ejemplo: "El mensaje debe enfocarse en la prevención del dengue eliminando criaderos de mosquitos en hogares de zonas urbanas densamente pobladas".
- **T - Delimitado en el tiempo (Time-bound):** cuando corresponda, se debe incluir un contexto temporal o urgencia. Por ejemplo: "Genera un consejo breve basado en las guías de bronquiolitis de este año" o "Explica los cuidados específicos que deben tener los padres durante las primeras 48 horas de fiebre del niño".

Modelo de plantilla para diseñar *prompts* en pediatría

El siguiente modelo de plantilla puede imprimirse o guardarse como recurso de consulta rápida. Permite al pediatra construir *prompts* de calidad en forma rápida para cualquier escenario clínico. (Cuadro 1)

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG
b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Cuadro 1. Plantilla modelo para el diseño de *prompts* para el pediatra

Actúa como: [rol de la IA: asistente médico, redactor de material educativo, etc.]
Objetivo: [qué debe generar: explicación, resumen, preguntas frecuentes, etc.]
Audiencia: [quién leerá el contenido: padres, residentes, paciente adolescente, etc.]
Formato: [párrafo, lista de puntos, tabla, preguntas frecuentes, guion de consulta, etc.]
Extensión: [número de palabras o puntos]
Tono: [empático / clínico / motivacional / neutro / didáctico]
Contexto clínico: [datos relevantes del caso o situación -sin identificar al paciente]
Restricciones: [evitar lenguaje alarmista / basarse en guías de sociedades científicas de referencia de la especialidad / no usar anglicismos, etc.]
Nota: es necesario revisar siempre la respuesta antes de utilizarlo clínicamente.

Modificado de Pan American Health Organization. AI Prompt Design for Public Health: Using Generative AI Responsibly. [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2025⁷

Esta plantilla puede adaptarse como *prompt* reusable: una vez completada, se copia y pega directamente en cualquier plataforma de IA generativa. Con el tiempo, el pediatra puede construir su propia biblioteca de *prompts* institucional, tal como sugiere la OPS en su programa de Alfabetización Digital para trabajadores de salud.⁷

Errores frecuentes en el diseño de *prompts* y cómo corregirlos

Identificar los patrones de *prompts* deficientes permite al pediatra mejorar rápidamente su práctica. Los errores más comunes se agrupan en cuatro categorías:

- Instrucciones vagas o genéricas: un *prompt* genérico produce respuestas igualmente genéricas. El problema no está en la IA, sino en la ausencia de información orientadora. La tabla 2 ilustra transformaciones concretas de *prompts* débiles a *prompts* sólidos en escenarios pediátricos habituales.
- Asumir que la IA tiene contexto implícito: la provisión de información contextual relevante, incluyendo instrucciones claras, datos específicos y circunstancias actuales, es un factor determinante para que un sistema de IA genere respuestas precisas y pertinentes, evitando contenidos incompletos o "alucinaciones". Los LLM alucinan con mayor frecuencia en áreas donde los datos de entrenamiento son escasos, contradictorios o muy especializados como las áreas de subespecialidad pediátrica o patologías poco prevalentes. Los modelos de lenguaje no tienen acceso a la historia clínica del paciente, al contexto institucional ni a las guías locales, a menos que el usuario las incluya explícitamente. Indicar "según las guías del Ministerio de Salud de Argentina" o "de acuerdo

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

con el consenso SAP 2023" orienta la respuesta hacia información relevante para el contexto local.

- Uso de siglas sin explicación: el empleo de abreviaturas como "ALTE", "SUC" o "BRUE" puede dar lugar a interpretaciones ambiguas o incompletas, especialmente fuera de su contexto clínico específico. Cuando exista riesgo de ambigüedad, se recomienda explicar el término completo en su primera mención y, de ser pertinente, precisar el ámbito disciplinar o geográfico. Por ejemplo: "bronquiolitis aguda viral en lactantes menores de 1 año (contexto: pediatría, Argentina)".
- Lenguaje ambiguo: instrucciones como "hacerlo más claro" o "mejorarlo" no ofrecen criterio. Se debe definir de forma explícita la audiencia, el propósito, el formato y el tono en la instrucción. Ejemplo: "Simplifica el vocabulario para comprensión de un lector con educación primaria" o "Acorta el texto a menos de 100 palabras manteniendo los tres puntos principales".

Tabla 2. Comparación entre *prompts* débiles y mejorados en escenarios pediátricos habituales

Prompt débil (evitar)	Prompt mejorado (usar)
"Explicame el asma en niños"	"Redactá una explicación de 150 palabras sobre el asma infantil para padres de un niño de 6 años recién diagnosticado, usando lenguaje sencillo, tono empático y sin terminología técnica innecesaria"
"Escribí algo sobre vacunas"	"Generá 3 preguntas frecuentes con sus respuestas sobre la vacuna contra el meningococo en niños de 12 a 24 meses en Argentina. Basate en el Calendario Nacional de Vacunación vigente e incluye indicaciones, seguridad y efectos adversos comunes. Usa lenguaje claro para familias"
"Haceme un resumen del paper"	Resumí en 180–220 palabras el siguiente ensayo clínico [pegar texto], incluyendo: objetivo, diseño, población, intervención, comparador, outcome principal, resultados y limitaciones. Redactá en formato apto para presentación en ateneo pediátrico."
"Ayudame con la diarrea"	"Elaborá un mensaje educativo en 5 puntos para padres de un lactante de 8 meses con diarrea aguda leve. Incluye: plan de hidratación oral (volúmenes orientativos), alimentación, signos de alarma y cuándo consultar. Usa tono tranquilizador y lenguaje de nivel primario."

Fuente: elaboración propia.

- a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG
- b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Niveles de *prompts* y casos de uso: integrando docencia, clínica e investigación

La evolución del diseño de *prompts* permite reconocer tres niveles de complejidad creciente, cada uno con aplicaciones específicas en la práctica pediátrica. Comprender esta tipología ayuda al pediatra a elegir la estrategia más adecuada según el objetivo docente, clínico o de investigación.^{8,9}

- ✓ *Prompt* básico: es el nivel de entrada. Se trata de una instrucción breve, sin contexto clínico ni especificación de audiencia. Ejemplos típicos son "tratamiento del asma en niños" o "resume este texto". Si bien permite obtener respuestas rápidas, sus limitaciones son significativas en pediatría: las respuestas suelen ser genéricas, no consideran la edad del paciente, el nivel educativo de la familia ni el contexto epidemiológico local, y aumentan el riesgo de información inexacta o inapropiada para el contexto argentino y latinoamericano. Su uso queda reservado a consultas educativas generales o búsquedas preliminares de información.
- ✓ *Prompt* contextual: incorpora datos clínicos relevantes, define el rol de la IA y enmarca la situación en un escenario específico. Este es el nivel recomendado para la práctica clínica pediátrica cotidiana, y se corresponde con la estructura de cinco componentes descrita previamente. Un ejemplo aplicado a pediatría: "Actúa como pediatra de atención primaria. Tengo un lactante de 9 meses con fiebre de 38,5°C de 24 horas de evolución, sin foco aparente, vacunado según el Calendario Nacional. Describe los criterios de riesgo a evaluar y las indicaciones para los padres en lenguaje sencillo." La definición explícita del rol, la edad del paciente, el contexto vacunal y el destinatario del mensaje transforma la respuesta de genérica a clínicamente útil.⁸
- ✓ *Prompt* en cadena de pensamiento (*chain-of-thought*): el nivel más avanzado solicita explícitamente a la IA que exponga su razonamiento paso a paso antes de ofrecer una respuesta final. En pediatría, esto es especialmente valioso porque reproduce la lógica del método clínico (anamnesis, síntomas, hipótesis, pruebas complementarias, diagnóstico diferencial) y permite que el profesional detecte errores o lagunas en el razonamiento generado antes de utilizarlo. Además, reduce el riesgo de "alucinaciones", ya que la IA debe justificar cada paso. Esta modalidad es ideal para sesiones docentes con residentes y para elaborar casos clínicos estructurados.

Un ejemplo pediátrico podría ser: "Analiza paso a paso el siguiente escenario: recién nacido de 10 días con ictericia progresiva."

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG
b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Paso 1: definir el síntoma.

Paso 2: analizar antecedentes perinatales relevantes.

Paso 3: enumerar causas fisiológicas y patológicas según la edad.

Paso 4: priorizar diagnósticos.

Paso 5: recomendar estudios iniciales."

Las tablas 3 y 4 organizan los principales casos de uso del pediatra con *prompts* listos para adaptar. Han sido diseñados con criterios de inclusión, adaptación al nivel de comprensión y realidad sociocultural de los pacientes y sus cuidadores, y estricta seguridad de la información.

Tabla 3. Biblioteca de *prompts* para el pediatra (ámbito asistencial)

Área	Escenario	Prompt sugerido
Comunicación con familias	Diagnóstico crónico nuevo (asma)	<i>"Redactá una explicación empática y clara (máx. 200 palabras) para los padres de un niño de 5 años recién diagnosticado con asma, explicando qué es la enfermedad, el rol de los broncodilatadores y corticoides inhalados, y cuándo consultar de urgencia. Tono tranquilizador. Nivel de comprensión: educación secundaria."</i>
Comunicación con familias	Adherencia al tratamiento	<i>"Generá 5 preguntas frecuentes que suelen hacer los padres sobre el uso de corticoides inhalados en niños, con sus respuestas en lenguaje sencillo, abordando miedos comunes. Formato: pregunta en negrita, respuesta en dos oraciones."</i>
Educación para la salud	Alimentación complementaria	<i>"Creá un mensaje educativo de 5 puntos para padres argentinos sobre la introducción de alimentos complementarios a los 6 meses, basado en las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), con enfoque positivo y sin generar culpa. Incluí un ejemplo de un menú simple para una semana."</i>
Educación para la salud	Prevención de lesiones no intencionales	<i>"Elaborá un folleto digital de prevención de accidentes domésticos para niños de 1 a 3 años, dirigido a cuidadores en zonas periurbanas. Incluí 5 riesgos prioritarios con acción preventiva concreta. Lenguaje simple, tono positivo, sin imágenes, pero con emoji representativos de cada sección."</i>
Documentación clínica	Nota de egreso	<i>"Redactá una nota de egreso hospitalario para un paciente pediátrico. Datos para incluir [completar]. Formato: diagnóstico, evolución, tratamiento indicado al alta, indicaciones para la familia en lenguaje claro, y criterios de consulta urgente. Asegurate de no incluir datos identificatorios del paciente."</i>

Fuente: elaboración propia.

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Tabla 4. Biblioteca de *prompts* para el pediatra (ámbito académico)

Área	Escenario	Prompt sugerido
Resumen de evidencia	Ateneo/revisión bibliográfica	<i>"Resumí este estudio [pegar resumen del artículo] en 250 palabras para presentar en un ateneo de residentes. Incluir: pregunta de investigación, diseño, población, resultado principal, limitaciones y aplicabilidad clínica en contexto pediátrico argentino."</i>
Formación/docencia	Caso clínico para docencia	<i>"Construí un caso clínico didáctico para residentes de pediatría sobre fiebre sin foco en un lactante de 45 días. Incluir: presentación clínica, exámenes a solicitar con fundamento, diagnóstico diferencial, conducta según riesgo y 3 preguntas de reflexión al final."</i>
Investigación	Diseño de búsqueda bibliográfica	<i>"Diseña una estrategia de búsqueda para investigar el impacto del microbioma intestinal en la bronquiolitis grave por VSR, usando términos MeSH y operadores booleanos optimizados para PubMed".</i>
Investigación	Formulación de objetivos e hipótesis	<i>"Ayúdame a formular un objetivo general, tres específicos y una hipótesis para un estudio observacional cuantitativo sobre la relación entre el uso de pantallas y el retraso del lenguaje en niños de 2 a 4 años en Argentina".</i>
Investigación	Elaboración de manuscritos científicos	<i>"Revisá este párrafo de la introducción de mi manuscrito sobre obesidad infantil. Mejorá su claridad, corrige el estilo académico y adaptá la sección bibliografía al estilo Vancouver"</i>

Fuente: elaboración propia.

Diseño de *prompts* para disminuir sesgos, promoviendo la seguridad del paciente

Los modelos de IA son entrenados sobre grandes volúmenes de datos que pueden contener sesgos históricos, socioeconómicos o culturales. Hay publicaciones científicas recientes que indican que los sesgos, generalmente asociados a atributos sensibles como raza, sexo o estado socioeconómico, pueden persistir y amplificarse en las distintas etapas de solicitud y generación de respuestas de los LLM, comprometiendo la equidad y la credibilidad de la respuesta.

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Las inequidades pueden aparecer cuando los modelos sistemáticamente niegan o representan en forma inadecuada grupos caracterizados por algún atributo sensible.^{10,11} Al diseñar un *prompt*, la elección exacta de las palabras (lo que los expertos en datos llaman la 'formulación del problema') puede determinar la equidad del resultado. Si un pediatra solicita a la IA que identifique 'pacientes típicos de alto riesgo' sin definir qué significa alto riesgo (riesgo biológico vs. riesgo social), el modelo puede amplificar sesgos presentes en los datos de entrenamiento, y no considerar pacientes de alto riesgo a poblaciones vulnerables no representadas en la base de datos que sirvió de entrenamiento al modelo, justamente por su falta de acceso al sistema sanitario.

El *prompt* debe definir de manera explícita y clínica qué parámetros se deben considerar como alto riesgo y solicitar que la respuesta se base en guías científicamente avaladas y adaptadas localmente. Las respuestas sesgadas pueden mitigarse si un profesional ajusta correctamente las instrucciones, aportando contexto local, especificando marcadores clínicos reales teniendo en particularidades culturales.

Al mismo tiempo, el médico garantiza que las respuestas de la IA se centren en las verdaderas necesidades de salud del niño y no en conocimiento generado a partir de bases de datos no representativas de la población que atiende. Algunos tips para el diseño no sesgado de prompts son los siguientes:

- ✓ Especificar el contexto geográfico y socioeconómico: "...para familias en contexto de vulnerabilidad social, sin acceso a internet" orienta la respuesta hacia recomendaciones practicable.
- ✓ Solicitar lenguaje inclusivo y libre de estereotipos: "Usá lenguaje inclusivo de género y evitá asumir que el cuidador principal es la madre."
- ✓ Requerir adecuación cultural: "El mensaje debe reflejar la gastronomía y hábitos alimentarios del noroeste argentino" cuando se trate de recomendaciones nutricionales.
- ✓ Pedir datos desagregados cuando corresponda: "Resumí los datos de prevalencia desagregados por sexo, edad y nivel socioeconómico."
- ✓ Evitar el lenguaje estigmatizante: "No uses términos que estigmatizan la obesidad o culpabilizan a las familias" en mensajes sobre sobrepeso infantil.

Estos ajustes no son sólo formales: reflejan un compromiso ético con la equidad en salud que el pediatra ya tiene en su práctica clínica y que debe trasladar a su uso de la IA.

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Consideraciones éticas y responsabilidad médica en el uso de IA generativa en pediatría

El uso de IA en pediatría conlleva responsabilidades éticas específicas que no deben subestimarse. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado que la IA es una herramienta de apoyo diseñada para aumentar y mejorar la toma de decisiones humanas, pero jamás debe desplazar el juicio clínico del médico ni socavar la autonomía humana.¹²

El pediatra que incorpora la IA en su práctica diaria debe asegurarse de que el uso de estas herramientas, así como los *prompts* y resultados generados, se rijan por los seis principios éticos fundamentales establecidos por la OMS.¹²

- ✓ Proteger la autonomía humana: el médico y la familia deben mantener el control absoluto de los sistemas de atención y las decisiones médicas.
- ✓ Promover el bienestar y la seguridad humana: evitar daños físicos o mentales derivados de sesgos, errores o alucinaciones del sistema.
- ✓ Garantizar la transparencia y explicabilidad: entender, en la medida de lo posible, cómo y por qué la IA generó una determinada respuesta antes de aplicarla.
- ✓ Fomentar la responsabilidad y rendición de cuentas: quien utiliza la tecnología asume la responsabilidad final de velar por que su uso sea apropiado y seguro para el paciente.
- ✓ Garantizar la inclusión y la equidad: asegurar que el uso de la IA no perpetúe sesgos y que sea cultural y demográficamente representativo para no discriminar a las poblaciones vulnerables de nuestro sistema de salud.
- ✓ Promover una IA receptiva y sostenible: evaluar continuamente si la herramienta responde adecuadamente a las expectativas y si su integración es sostenible para el entorno de trabajo y el sistema de salud.

En el diseño de *prompts*, es necesario considerar aspectos como la privacidad y la confidencialidad. Nunca deben incluirse en un *prompt* datos identificatorios del paciente (nombre, DNI, fecha de nacimiento, diagnóstico vinculado al nombre).¹³ Si se necesita procesar un texto clínico, este se debe anonimizar previamente, eliminando identificadores directos e indirectos. Esta es una obligación legal y ética inalienable para salvaguardar el derecho a la privacidad, independientemente de las políticas de uso de cada plataforma de IA. Ejemplo de práctica correcta: En lugar de "*El paciente Juan García, de 4 años, con leucemia...*", usar "*Un paciente pediátrico de 4 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda...*".

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

La supervisión humana de las respuestas es obligatoria. Todo contenido generado por IA debe ser revisado y validado por el profesional antes de usarlo, comunicarlo o publicarlo. De acuerdo a lo mencionado en este texto anteriormente, los LLM pueden producir errores factuales que suenan convincentes ("alucinaciones"), citar referencias inexistentes o hacer recomendaciones desactualizadas.¹⁴ La OMS advierte de manera puntual sobre el grave riesgo del "**sesgo de automatización**", que ocurre cuando el profesional, por exceso de confianza, fatiga o falta de tiempo, ignora su propio juicio clínico y acepta ciegamente las sugerencias de la máquina. Para evitar delegar la responsabilidad médica en el algoritmo, la OMS exige la aplicación de una "**garantía humana**" (*human warranty*).⁹ En pediatría, donde las dosis farmacológicas, las indicaciones de vacunas y los valores de referencia varían con la edad, esto significa que el médico debe actuar siempre como un punto de supervisión obligatorio y como el validador final de la información.

No menos importante es asegurar la transparencia con pacientes y familias. Si el material entregado a una familia (por ejemplo, indicaciones de alta o un folleto explicativo) fue generado con asistencia de IA, es éticamente imperativo informarlo. La OMS subraya que los médicos deben ser francos desde el principio e informar sobre el uso de estas herramientas en lugar de ocultar la tecnología. Esta transparencia promueve la confianza y forma parte de la honestidad que sostiene la relación médico-paciente-familia.¹²

Conclusión

El diseño estructurado de *prompts* constituye una competencia médica transversal que impacta directamente en la precisión y seguridad de la atención pediátrica, así como en el fortalecimiento de la docencia y la investigación científica. Lejos de ser un aspecto meramente tecnológico, su adecuada aplicación determina en gran medida la precisión, pertinencia y utilidad de las respuestas generadas por sistemas de IA.

Para el pediatra, esta habilidad no requiere formación técnica avanzada, sino claridad en los objetivos, conocimiento de la audiencia y adecuada contextualización clínica, cultural y lingüística. En este sentido, la formulación estructurada de *prompts*, particularmente aquellos que incorporan contexto y progresión en el razonamiento, mejora la calidad de los resultados y reduce el riesgo de respuestas genéricas o inapropiadas.

La integración de estas competencias en la formación médica resulta necesaria, así como el desarrollo de un uso crítico, ético y reflexivo de las herramientas de IA.

a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG

b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Esto incluye utilizarlas como un instrumento para promover la equidad en salud, mitigando sesgos y adaptando los mensajes a la realidad sociocultural de cada familia. No obstante, la supervisión humana permanece como condición indispensable: la IA no sustituye el juicio clínico, sino que lo complementa. El pediatra continúa siendo el responsable último de la interpretación, validación y aplicación de toda la información generada, así como de mantener la transparencia y la confianza en la relación médico-paciente-familia.

Bibliografía

1. Park T, Lee IH, Lee SW, et al. Artificial intelligence in pediatric healthcare: current applications, potential, and implementation considerations. *Clin Exp Pediatr.* 2025;68(9):641-651. doi: 10.3345/cep.2025.00962. Epub 2025 Jun 25. PMID: 40776620; PMCID: PMC12409185.
2. Kung TH, Cheatham M, Medenilla A, et al. Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models. *PLOS Digit Health.* 2023;2(2):e0000198.
3. Cascella M, Montomoli J, Bellini V, et al. Evaluating the feasibility of ChatGPT in healthcare: an analysis of multiple clinical and research scenarios. *J Med Syst.* 2023;47(1):33.
4. Kanjee Z, Crowe B, Rodman A. Accuracy of a Generative Artificial Intelligence Model in a Complex Diagnostic Challenge. *JAMA.* 2023;330(1):78-80.
5. Komorowski M, Del Pilar Arias López M, Chang AC. How could ChatGPT impact my practice as an intensivist? An overview of potential applications, risks and limitations. *Intensive Care Med.* 2023;49(7):844-847. doi: 10.1007/s00134-023-07096-7. Epub 2023 May 31. PMID: 37256340.
6. Meskó B, Topol EJ. The imperative for regulatory oversight of large language models (or generative AI) in healthcare. *NPJ Digit Med.* 2023;6:120.
7. Pan American Health Organization. AI Prompt Design for Public Health: Using Generative AI Responsibly.[Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2025. [consultado 22 may 2026]. Disponible en <https://iris.paho.org/items/b98d9c0f-6008-4b78-9066-01e1e81c29c5>
8. Trujillo Ruiz JA, Trujillo González A. Ingeniería de Prompts en Medicina: de la teoría a la práctica clínica, docente e investigadora. *Commálaga Health Hub*; 2025 [consultado 22 may 2026]. Disponible en: <https://commalaga.com/wp-content/uploads/2025/07/Paper-definitivo-Ingenieria-de-Prompts-en-Medicina-2025.pdf>
9. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals Updated January 2026 [consultado 17 abr 2026]. Disponible en <https://www.icmje.org/recommendations/browse/>
10. Ji Y, Zhang H, Wang Y. Bias Evaluation and Mitigation in Retrieval-Augmented Medical Question-Answering Systems. *AMIA Annu Symp Proc.* 2025;2024:526-535. PMID: 41726427; PMCID: PMC12919591
11. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, et al. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science.* 2019;366(6464):447-453.
12. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: WHO; 2021 [consultado 16 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240029200>

13. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. Buenos Aires; 2000 [consultado 16 abr 2026]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>
14. Ji Z, Lee N, Frieske R, et al. Survey of Hallucination in Natural Language Generation. ACM Comput Surv. 2023;55(12):1-38.

Forma de citar: Frei G, Arias López MP, Battolla J. Diseño de *prompts* para inteligencia artificial generativa: una guía práctica para pediatras. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):181-193



BIOESTADÍSTICA MÉDICA: APLICACIONES PRÁCTICAS PARA DISEÑAR E INTERPRETAR ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

On Line Asincrónico

Docente: Dra. Gabriela Szulman

Diseño de estudios observacionales. Estudios de cohorte. Estudios de Casos Control. Ventajas y desventajas de cada uno de ellos para elegir el diseño correcto. Definición y clasificación de variables cuanti y cualitativas. Representación gráfica de mis datos. Gráficos de barras, tortas, histogramas. Validez y confiabilidad de mi estudio. Estadística inferencial. Objetivos de la bioestadística. Pruebas de significación estadística. Potencia estadística de la muestra. Clasificación de errores. Factores de confusión. Estadística descriptiva I. Medidas de resumen. Definición de media, mediana y modo. Estadística descriptiva II. Medidas de dispersión (rango, cuartiles, desvío estándar, varianza y gráficos box plot) Medidas de asociación. Distribuciones normales. Definición. Área bajo la curva. Puntaje z y uso de la tabla. Ejemplos de estandarización. Interpretación de percentilos. Errores de medición. Fuentes de error en la medición. Definición de sesgo. Clasificación de sesgos. Muestreo. Motivos para realizar muestreos. Definición de población y muestra. Test de hipótesis. Nivel de significación. Tipos de muestreo

 info@aulademedicina.com.ar

20 años
Aula de Medicina

- a. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad. HNRG
- b. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. HNRG

Relatos históricos

Sección a cargo de Viviana G. Bologna^a, Domingo Cialzeta^b y Mónica García Barthe^c

Creación del Servicio de Hemoterapia

Creation of the Hemotherapy Service

Jorge A. Fiorentino^d, Marisa Raquel Amado^e, Daniel Jacinto Díaz Sánchez^f

Contar la historia del Servicio de Hemoterapia invita a echar una mirada reflexiva sobre todo lo que hemos ido dejando atrás. Esta mirada no solo será de añoranza y reminiscencia de épocas que apenas recordamos o no conocimos, sino que es un humilde tributo a todos aquellos que hicieron grande a nuestro querido Hospital de Niños. Necesitamos saber quiénes somos, de dónde venimos y por sobre todo, hacia dónde vamos. Estamos obligados a seguir el rumbo de nuestros maestros que con tanto amor trabajaron en esta casa y construyeron los cimientos de nuestra rica historia.

En el año 1901 Karl Landsteiner (Imagen 1) descubrió que las personas tienen diferentes tipos de sangre y que las transfusiones no son compatibles entre personas de distinto grupo sanguíneo. Con el afán de mejorar los estándares de seguridad, Reuben Ottenberg y D. J. Kaliski en 1913 demostraron la importancia de compatibilizar la sangre antes de la transfusión, resumido en la regla Ottenberg: "Toda transfusión es posible siempre que el suero del receptor no aglutine los eritrocitos del dador".

El 9 de noviembre de 1914 el Dr. Luis Agote (Imagen 2) observó el efecto anticoagulante del citrato de sodio en una solución al 2 %. Realizó la primera transfusión con este método en el Instituto Modelo del Hospital Rawson de Buenos Aires y la repitió el 14 de noviembre ante todas las autoridades. El Ministerio de Relaciones Exteriores notificó a los países en guerra el "Método Agote" y a partir de ese entonces se crearon los bancos de donantes para solventar los problemas de abastecimiento, tan acuciantes, durante la Primera Guerra Mundial. Fue así como la Cruz Roja de Londres creó la primera entidad municipal de donantes de sangre del mundo, un servicio gratuito para donantes y hospitales.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Luego de años de investigación, Karl Landsteiner describió el sistema de grupos sanguíneos ABO y sus estudios lograron tal repercusión que recibió el Premio Nobel por su descubrimiento en 1930.

En nuestro hospital, el servicio de hemoterapia tuvo como primer jefe al Dr. Benjamín Martínez y se reconoce como su gestor original al Dr. Caupolicán Castilla quien, desde su destacada Sala 2 y más tarde desde la subdirección médica, impulsó la labor asistencial y científica en los comienzos de esta especialidad.

Los primeros pasos

A pedido del Dr. Castilla, se adquirió el primer equipo de transfusión para la Sala 2. Con él se acudió a todas las salas donde su indicación la hacía necesaria, mostrando en forma práctica la necesidad de procurar un servicio exclusivo a esta importante rama de la terapéutica. Este primer equipo estaba constituido por un frasco, un filtro y el intermediario de inyección.

El frasco cilíndrico estaba representado por una ampolla de 300 cc de capacidad, con una punta de oliva que se conectaba a un tubo de goma destinado a la vena del receptor. Esta ampolla se encontraba dentro de una camisa de vidrio a la que se le agregaba agua caliente para entibiar la sangre que se transfundía.

El frasco en su extremo superior poseía una boca ancha ocluida por un tapón de goma por el cual pasaban 2 tubos de vidrio conectados a 2 tubuladuras de goma: uno a la bomba - aspirante impelente- y otro a la vena del dador. Desde el extremo inferior del frasco y a través de otro tubo de goma, la sangre extraída se hacía pasar por un filtro metálico que se conectaba a una jeringa de Luer.

En 1938 el recordado director Martín Ramón Arana, abierto siempre a las iniciativas que aportaran un beneficio para nuestro hospital, acogió favorablemente el proyecto de nombrar a alguien capaz de continuar la obra iniciada con tan buenos auspicios, eligiendo para esa tarea (muy compleja en sus comienzos) al Dr. Benjamín Martínez (h) (Imagen 3) quién se convirtió así en el primer jefe de este Servicio.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

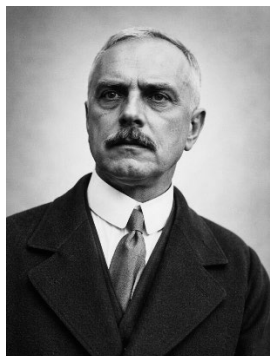
d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Imagen 1



Karl Landsteiner

Imagen 2



Luis Agote

Imagen 3



Benjamín Martínez (h)
Primer jefe de Hemoterapias

Acompañado por el Dr. Benjamín Paz y promediando el año 1938 se realizaron en los últimos tres meses de ese año 80 transfusiones. Sus resultados, más que alentadores infundieron al servicio nuevos colaboradores al equipo y la compra de nuevo instrumental. En 1940 se llegó a realizar más de 700 procedimientos, a la vez que Karl Landsteiner logró descubrir la existencia del factor Rhesus, juntamente con Alexander Salomon Wiener. Este aglutinógeno, conocido generalmente como factor Rh, se convirtió muy rápido en un recurso imprescindible para la determinación de los grupos sanguíneos y para evitar la producción de reacciones hemolíticas tan frecuentes por esos tiempos.

Queda claro que al tiempo en que se desarrollaron todos estos adelantos científicos, nuestro hospital incorporaba -casi al unísono- todos los beneficios que los mismos aportaban. En este periodo comienzan a consolidarse los pilares de la medicina transfusional cuando, en 1940 Edwin Cohn, un profesor de química biológica en la Escuela de Medicina de Harvard desarrolló el proceso de fraccionamiento que consiste en la división del plasma en sus componentes y productos.

Ese mismo año y con un servicio hospitalario que contaba con un prestigio bien ganado, se decidió otorgarle el rango que merecía y el Dr. Arana le propuso al Comité Consultivo la creación del servicio de Hemoterapia, siendo confirmado al poco tiempo por las autoridades de la Sociedad de Beneficencia. Se nombró para su dirección y jefatura a quien tenía los

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

mejores títulos para merecerla, el Dr. Benjamín Martínez acompañado por un grupo de jóvenes profesionales quienes colaboraron muy activamente. Los Dres. Dreyer, Gory y Gambarini junto a dos enfermeras especializadas contaban con una unidad funcional apropiada para las extracciones, análisis y conservación de la sangre.

Este Servicio desarrolló sus actividades prácticas y científicas con una admirable solvencia, entendiendo que la provisión de sangre debía iniciarse con el reclutamiento, selección y fidelización de donantes, la colecta, el procesamiento de la sangre y el aseguramiento de la calidad biológica del producto recolectado, incluyendo su conservación, almacenamiento y transporte. Por esos momentos las decisiones frente a las necesidades transfusionales no eran sencillas y debían someterse a un juicio crítico en donde las pruebas pretransfusionales en la sangre de donante y receptor, las alternativas posibles, las consecuencias de la transfusión y la vigilancia postransfusional eran también parte de la labor efectuada por el novel equipo de medicina transfusional.

Los avances científicos no se detienen.

El gran desarrollo de la medicina comenzó a gestarse, para eclosionar a partir de la segunda mitad del siglo XX, período en el cual la cardiología, la cirugía cardiovascular, espinal y general traccionaron de manera conjunta, impulsando a la medicina transfusional a adquirir un protagonismo central en nuestro hospital. Las necesidades asistenciales aumentaron al ritmo de los avances tecnológicos, lo que exigió dar respuesta a una demanda creciente de sangre y hemoderivados. En este contexto, las enfermedades de la sangre comenzaron a reconocerse con mayor claridad y su estudio y tratamiento con criterio científico fue generando paulatinamente una nueva especialidad: la hematología. La acumulación de nuevos conocimientos determinó que el estudio de estas enfermedades incorporara también la patología oncológica. Se institucionalizó entonces una nueva disciplina y se reglamentó la creación del Centro para el Estudio y Tratamiento de las Neoplasias en la Infancia (CETNI), dependiente del Departamento de Cirugía, a cargo del Dr. José Rivarola, quien destinó inicialmente cuatro camas para la internación de pacientes.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

En nuestro Hospital, en 1965, se creó el Centro de Oncología del Hospital de Niños de Buenos Aires, el primero en su género en Latinoamérica, que ha funcionado hasta la fecha de manera ininterrumpida. Con los años se incorporaron numerosos profesionales, muchos de los cuales se convirtieron en referentes en sus disciplinas, entre ellos la Dra. Celia Rosa de García, Marta Barontini, Isabel Badía, Enrique Blanco Khune, Cristóbal Papendieck, David Hojman y Jorge Peñalver, quien fue uno de los primeros jefes del Servicio de Hematología.

Como se ha señalado, el avance de las investigaciones y la creciente complejidad de las enfermedades de la sangre hicieron necesarios tratamientos cada vez más específicos y novedosos, consolidando la progresiva diferenciación de la hematología respecto de la medicina transfusional. Esta disciplina, denominada inicialmente hematología y posteriormente oncohematología en el Hospital de Niños, reconoce como primer jefe al Dr. Emilio Gutiérrez, seguido por los Dres. Jorge A. Peñalver, Federico Sackmann Muriel, Pedro Bustelo, Luis Aversa, Guillermo Drelichman y, en la actualidad, Nicolás Fernández Escobar.

Desarrollo y avances tecnológicos

La historia de la hemoterapia moderna no puede entenderse solo como una sucesión de avances técnicos. Es, ante todo, la historia de un compromiso: el de hacer cada transfusión más segura, cada procedimiento más preciso y cada donación más humana.

Con la diferenciación de la Medicina Transfusional y la Oncohematología, comenzó a delinearse un camino propio. Un camino que no se construyó de un día para otro, sino a través de decisiones sostenidas, aprendizaje continuo y una vocación clara: cuidar la vida en cada detalle.

A fines de la década de 1980, cuando la medicina mundial comenzaba a enfrentar nuevos desafíos, el servicio dio un paso fundamental al incorporar la detección de HIV por técnica ELISA. Poco después, en 1990, se organizó formalmente el sector de serología. No fue solo una mejora técnica: fue un cambio de paradigma. Cada estudio que se sumaba -Chagas, VDRL, Brucelosis- representaba una barrera más contra el riesgo y una garantía mayor para los pacientes.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Los años noventa trajeron consigo una transformación profunda. La incorporación de tecnologías de aféresis no solo amplió las capacidades del servicio, sino que abrió nuevas posibilidades terapéuticas. Detrás de cada equipo había una visión, impulsada por el liderazgo del Dr. Norberto Rosenfeld, que entendía que la tecnología debía estar siempre al servicio de las personas.

Pero no todo ocurrió dentro del hospital. En 1998, el servicio salió al encuentro de la comunidad. Las colectas externas marcaron un antes y un después: la donación dejó de ser un acto ocasional para convertirse en un compromiso social. Ese mismo año, con el desarrollo de un software propio, se comenzó a tejer una red invisible pero fundamental: la de la seguridad, la trazabilidad y el cuidado silencioso. Esta novedosa herramienta permitió conocer el historial de los donantes y pacientes, por lo consiguiente mejoró la seguridad de ellos. Con el nuevo siglo, la precisión se volvió protagonista. Se incorporaron nuevas determinaciones, se perfeccionaron los métodos y se automatizaron procesos. Cada avance, aunque técnico en apariencia, tenía un destinatario claro: el paciente. Porque detrás de cada muestra, de cada resultado, hay una historia, una familia, una espera.

La inmunohematología también encontró su madurez. La introducción de técnicas en gel permitió resolver localmente situaciones complejas, evitando derivaciones y acortando tiempos. Fue, en esencia, acercar soluciones donde más se necesitaban.

La década siguiente consolidó este crecimiento. Nuevos equipos, mayor capacidad de respuesta, procedimientos más complejos. Pero entre todos los hitos, uno adquiere un valor simbólico especial: el 14 de octubre de 2014, cuando se realizó la primera recolección de células progenitoras hematopoyéticas. Ese día, el hospital dio un paso decisivo hacia la medicina de alta complejidad, en articulación con el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. No fue solo un logro técnico, fue la posibilidad concreta de ofrecer nuevas oportunidades de vida. En paralelo, el laboratorio avanzó hacia la biología molecular y metodologías más sensibles como quimioluminiscencia, elevando aún más los estándares de seguridad. La ciencia seguía avanzando, pero siempre con el mismo horizonte: reducir la incertidumbre, aumentar la confianza.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Mientras tanto, la donación voluntaria crecía y se fortalecía. Lo que comenzó como una iniciativa se transformó en una cultura. La distinción recibida en 2011 por la Asociación Argentina de Hemoterapia y la Fundación Pedro Luis Rivero no hizo más que confirmar algo que ya era evidente: donar sangre es un acto profundamente humano y promoverlo es una responsabilidad colectiva.

Finalmente, en 2019, la incorporación de la digitalización de turnos mostró, una vez más, la capacidad del servicio para anticiparse. Incluso antes de que el mundo cambiara con la pandemia, ya se estaban construyendo nuevas formas de organizar el cuidado.

Así, entre tecnología, conocimiento y compromiso, se fue escribiendo esta historia. Una historia donde cada avance importa, pero donde lo esencial permanece inalterable: la convicción de que detrás de cada práctica hay una vida que merece ser cuidada con excelencia y también con humanidad.

Comentarios finales

Porque no puede el árbol vivir sin raíces ni el hombre sin historia, narramos muy sentidamente la trayectoria de la medicina transfusional en pediatría, cuyos primeros pasos fueron realizados en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Esta especialidad, pionera en el estudio de la sangre, tiene su líder inspirador en uno de los pediatras más destacados de su tiempo y del hospital, el querido Dr. Caupolicán Castilla.

Los Dres. Benjamín Martínez (primer jefe de este Servicio) y Benjamín Paz continuaron su trascendente labor gestionando el camino que luego transitaron Manuel Giménez, Ángela Llado, Norberto Rosenfeld, Omar Trabadelo y actualmente Oscar Canle (Imagen 4).

La historia del Servicio de Hemoterapia es, en definitiva, la historia de un compromiso sostenido con la vida. Desde sus inicios, marcados por el esfuerzo pionero de sus fundadores, hasta la incorporación de tecnologías de avanzada y prácticas modernas, cada etapa ha estado guiada por un mismo propósito: brindar una atención segura, eficaz y humana a nuestros pacientes.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG

e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG

f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Imagen 4. Galería de jefes de Servicio



Benjamín Martínez (h)



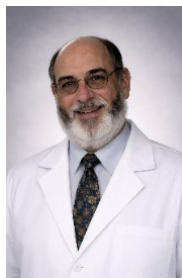
Benjamín Paz



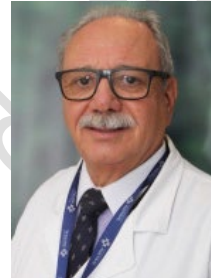
Manuel Giménez



Ángela Lladó



Norberto Rosenfeld



Omar Trabadelo



Oscar Canle

Nada de este recorrido hubiera sido posible sin el trabajo silencioso y constante de generaciones de profesionales que, con vocación y excelencia, consolidaron un servicio de referencia dentro y fuera de la institución.

Hoy, ese legado no solo se preserva, sino que se proyecta hacia el futuro. En un contexto de permanente evolución científica y tecnológica, el Servicio de Hemoterapia continúa renovando su compromiso con la calidad, la innovación y, fundamentalmente, con la salud de los niños que son la razón de ser de nuestro Hospital.

* Todas las fotografías del artículo han sido tomadas de sitios web y del archivo del Dr. Fiorentino.

- a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG
- c. Psicóloga de guardia, HNRG
- d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG
- e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG
- f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Lecturas Recomendadas

- Asociación Argentina de Hemoterapia, Inmunohematología y Terapia Celular (AAHITC). Guías nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus hemocomponentes. Buenos Aires: AAHITC; 2020.
- Chiappe G, Kusminsky G. Historia de la Hematología. Hematología 2012; 16 (1): 49 [consultado 15 may 2026]. Disponible en: <https://www.sah.org.ar/revistasah/numeros/vol16.n1.49.pdf>
- Cohn E. Plasma fractionation and blood derivatives. Harvard Medical School; 1940.
- Cruz Roja Británica. Historia de los servicios de donación de sangre. Londres.
- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Archivos históricos institucionales y registros del Servicio de Hemoterapia. Buenos Aires: biblioteca del Hospital de Niños Laureano Rivas Miguez [Año de Registro 1981]. Documento interno no publicado
- Hospital Garrahan. Protocolos de procesamiento y criopreservación de células progenitoras hematopoyéticas [consultado 15 may 2026]. Disponible en: https://www.garrahan.gov.ar/imagenes/intranet/quias_atencion/gap_historico/GAP2011-USO-DE-TRANSFUSIONES-VERSION-IMPRESA.pdf
- Landsteiner K, Wiener AS. An Agglutinable Factor in Human Blood Recognized by Immune Sera for Rhesus Blood. J Exp Med. 1941; 74(4):309-20. doi: 10.1084/jem.74.4.309.
- Landsteiner K. On agglutination manifestations of normal human blood. über Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes. Wiener Klinische Wochenschrift. 1901(14): 1132-1134. (En alemán) Disponible en: https://www.billrothhaus.at/index.php?option=com_content&id=68&task=view&Itemid=86
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina Resolución 536/2026: Normas administrativas y técnicas para el funcionamiento de las estructuras de las especialidades de hemoterapia, inmunohematología y terapia celular [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 27817/26 (29 de abril de 2026) [consultado 15 may 2026]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/341297/20260429>
- Organización Mundial de la Salud. Blood safety and availability [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [consultado 15 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>
- Pigna F, Pacheco M. Luis Agote, un pionero en la transfusión de sangre citratada [consultado 6 jun 2026]. Disponible en: <https://elhistoriador.com.ar/luis-agote-un-pionero-en-la-transfusion-de-sangre-citratada/>

Forma de citar: Fiorentino JA, Amado MR, Díaz Sánchez DJ. Creación del Servicio de Hemoterapia. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2026; 68 (301):194-202

- a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Departamento de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG
- c. Psicóloga de guardia, HNRG
- d. Médico especialista en cirugía pediátrica. Jefe de Departamento de Urgencia, HNRG
- e. Técnica en Hemoterapia. Supervisora. Unidad de Hemoterapia, HNRG
- f. Médico de planta. Pediatra hematólogo. Especialista en Hemoterapia e Inmunohematología.

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Noticias

Sección a cargo de Paola Viola^a, Sandra Sagradini^b y Elizabeth Sapia^c

Inauguración de las obras del Pabellón Gómez

El pasado 19 de mayo de 2026 se llevó a cabo el acto de inauguración de las obras de transformación integral del Pabellón Gómez, un sector emblemático y trascendente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. La ceremonia reunió a autoridades del Hospital y de la Asociación Cooperadora, familias, donantes, padrinos (Abel Pintos y Marcelo González), empresas aliadas, jefes de Unidades, personal y amigos del Hospital, quienes acompañaron este momento histórico para nuestra comunidad.

La jornada estuvo marcada por un profundo significado simbólico y emocional. Dos pacientes del Hospital fueron los encargados de colocar el primer ladrillo de la obra, representando a los miles de niños y niñas que son la razón de ser de nuestro trabajo cotidiano. Posteriormente, autoridades, donantes y colaboradores participaron de la colocación de cemento en los cimientos, en un gesto colectivo que simbolizó el compromiso compartido con el presente y el futuro de la atención pediátrica. Cerrando el acto, los asistentes realizaron una recorrida por el sector intervenido, donde pudieron conocer los alcances del proyecto y los desafíos que implica esta transformación.



La obra contempla una intervención de más de 3200 m², destinada a modernizar y refuncionalizar uno de los principales sectores de internación clínica del Hospital, adecuándolo a los estándares actuales de atención pediátrica, seguridad, bioseguridad y acompañamiento familiar.

El Pabellón Gómez, construido hace casi un siglo gracias a la donación de la familia Gómez, constituye un área estratégica para la institución, ya que concentra una parte sustancial de la capacidad de internación pediátrica y alberga servicios esenciales para la atención de pacientes

a. Médica pediatra de planta. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG

b. Médica pediatra de planta. Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

c. Médica pediatra de planta. Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

de alta complejidad. La renovación permitirá optimizar los espacios asistenciales, mejorar las condiciones de internación, incorporar áreas específicas de aislamiento y fortalecer la calidad del cuidado brindado a los niños, niñas y adolescentes que llegan desde todo el país.

Más allá de su dimensión edilicia, esta obra representa una apuesta al futuro de la salud pediátrica. Es el resultado del esfuerzo conjunto de múltiples actores comprometidos con la misión del Hospital y reafirma la convicción de que la excelencia asistencial requiere también espacios acordes a las necesidades de la medicina actual, capaces de brindar una atención cada vez más humana, segura y de calidad.



La concreción de este proyecto refleja el valor del trabajo en equipo y la fuerza de una comunidad que continúa construyendo, día a día, un Hospital mejor para las generaciones presentes y futuras.

Paola Viola, Elizabeth Sapia, Sandra Sagradini

- a. Médica pediatra de planta. Unidad Consultorios Externos matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG
- b. Médica pediatra de planta. Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG
- c. Médica pediatra de planta. Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

Noticiero Farmacológico

Sección a cargo de Patricia Cardoso^a y Raúl Plager^b

Cefazolina: síndrome de Kounis

Europa. El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC, por sus siglas en inglés, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, European Medicines Agency) ha considerado que, en vista de los datos disponibles en EudraVigilance* y en la literatura científica, incluida la revisión acumulada remitida por el TARC (Titular de Autorización de Registro y Comercialización) para el medicamento que contiene cefazolina, informa que se han reportado casos de síndrome de Kounis en pacientes tratados con este medicamento. El síndrome de Kounis ha sido definido como síntomas cardiovasculares secundarios a una reacción alérgica o de hipersensibilidad asociada con la constricción de las arterias coronarias y que potencialmente puede llevar a un infarto de miocardio. La frecuencia de esta reacción adversa es desconocida.

*EudraVigilance: sistema de gestión y análisis de información sobre sospechas de reacciones adversas a medicamentos que han sido autorizados o que se encuentran en fase de estudio en ensayos clínicos en el Espacio Económico Europeo.

Fuente:

European Medicines Agency, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). PRAC recommendations on signals adopted at the 12-15 January 2026 PRAC meeting [Internet]. Amsterdam: EMA; 2026 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-12-15-january-2026-prac-meeting_en.pdf

Nota:

La cefazolina es una cefalosporina semisintética (antibiótico betalactámico), que inhibe la síntesis de la pared celular; es inhibidora selectiva de la síntesis de peptidoglicano. El primer paso sería la unión a los receptores celulares bacterianos (proteínas de unión a la penicilina). Luego de esto, se bloquea la reacción de la transpeptidasa inhibiendo la síntesis de peptidoglicano. Este proceso lleva a la lisis bacteriana.

Citarabina: hidradenitis neutrofílica ecrina; eritema de pabellones auriculares

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado que, en vista de los datos disponibles procedentes de informes de seguridad de casos individuales y de series de casos en publicaciones donde se incluyen reportes con una relación temporal compatible y una prueba de retirada y/o reexposición positiva, y teniendo en cuenta un mecanismo de acción plausible, el comité considera que hay una posibilidad razonable de que exista, al menos, una relación causal entre

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

citarabina e hidradenitis neutrofílica ecrina y también una relación con eritema de los pabellones de las orejas («orejas de citarabina»).

Fuente:

European Medicines Agency, Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures - Human (CMDh). Cytarabine: CMDh scientific conclusions and grounds for the variation, amendments to the product information and timetable for the implementation - PSUSA/00000911/202503 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/cytarabine-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00000911-202503_es.pdf

Nota:

La citarabina es un agente antineoplásico específico de la fase del ciclo celular, que afecta a las células únicamente durante la fase S de la división celular. Dentro de la célula, la citarabina se convierte en el metabolito activo citarabina-5'-trifosfato (ara-CTP). El mecanismo de acción no se conoce completamente, pero parecería inhibir la ADN polimerasa. El ara-CTP competiría con el sustrato fisiológico de esta enzima, el 5-trifosfato de desoxicidina, y de esta manera inhibiría la síntesis de ADN (fase S). El ara-CTP también actuaría disminuyendo la velocidad de elongación de la cadena de ADN y podría inhibir también la transcriptasa inversa.

Doxorubicina: microangiopatía trombótica limitada al riñón

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado la evidencia disponible de casos reportados en EudraVigilance y en la literatura científica, incluida la revisión acumulada remitida por el TARC para el medicamento que contiene doxorubicina liposomal pegilada, describiendo como reacción adversa de frecuencia desconocida a la microangiopatía trombótica limitada al riñón.

Fuente:

European Medicines Agency, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). PRAC recommendations on signals adopted at the 12-15 January 2026 PRAC meeting [Internet]. Amsterdam: EMA; 2026 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-12-15-january-2026-prac-meeting_en.pdf

Nota:

Doxorubicina es un antibiótico de antraciclina citotóxico, obtenido del *Streptomyces peucetius* var. *Caesi*. El mecanismo antitumoral exacto no se conoce. Se cree que su efecto antineoplásico es a través de la intercalación entre pares de bases adyacentes de la doble hélice del ADN, lo que impide su desenrollamiento para la replicación; la inhibición de la enzima topoisomerasa II y la formación de especies reactivas de oxígeno. Esto produce un efecto perjudicial sobre la síntesis del ADN: la intercalación de la molécula de doxorubicina se traduce en la inhibición total de las polimerasas del ARN y ADN a través de alteraciones en el reconocimiento de bases y la especificidad de las secuencias. La inhibición de la topoisomerasa II produce roturas simples y dobles de las cadenas de la hélice del ADN. La escisión del ADN también se origina tras la reacción química con las especies de oxígeno altamente reactivas, como el radical hidroxilo OH•.

Fentanilo: síndrome de CHANTER en contexto de sobredosis

ANMAT. El Departamento de Farmacovigilancia y Gestión de Riesgo de ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) ha publicado en las Novedades Internacionales y Nacionales en Seguridad de Medicamentos (publicación mensual) de enero 2026, la siguiente información:

Se ha identificado el edema cerebral, incluido el síndrome de CHANTER, como un nuevo aspecto de los riesgos conocidos de sobredosis, abuso y exposición accidental al fentanilo. El síndrome de CHANTER es una entidad diagnóstica recientemente reconocida, cuya incidencia aumenta debido a la exposición generalizada a opioides. Se observa con mayor frecuencia en pacientes que reciben dosis altas de opioides potentes como el fentanilo. La relación causal entre el fentanilo y el edema cerebral, incluido el síndrome de CHANTER, se aplica a todas las formulaciones farmacéuticas aprobadas (orales, transdérmicas e inyectables). La patogénesis exacta del síndrome de CHANTER sigue siendo incierta.

La evidencia actual sugiere que la neurotoxicidad directa por opioides desempeña un papel clave, con patrones de lesión probablemente resultantes de una combinación de hipoxia y neurotoxicidad que conduce a insuficiencia mitocondrial y lesión anóxica. Se debe sospechar el síndrome de CHANTER y considerar la realización de una resonancia magnética en pacientes con sobredosis de fentanilo que no responden a la naloxona o no se recuperan según lo previsto.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, combinando el manejo médico con abordajes neuroquirúrgicos y/o descompresión quirúrgica según sea necesario. Aunque los resultados varían y se han reportado casos mortales, el reconocimiento temprano y el tratamiento inmediato del síndrome de CHANTER pueden conducir a una mejoría clínica significativa.

Fuente:

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Novedades internacionales y nacionales en seguridad de medicamentos [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2026 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/novedades_enero_2026_0.pdf

Nota:

El síndrome de CHANTER (En inglés: cerebellar, hippocampal, and basal nuclei edema with restricted diffusion), puede presentarse en contexto de intoxicación por opioides y representa un raro patrón en los estudios por imágenes, en los pacientes con alteración del sensorio. El término "síndrome de CHANTER" fue introducido en 2019 por Jasne y col., quienes centraron la atención en las imágenes médicas debido a la poco específica presentación clínica, realizando entonces el diagnóstico mediante dichas imágenes. El diagnóstico temprano permite un manejo agresivo del edema y puede evitar pruebas

innecesarias o tratamientos inapropiados. El pronóstico es variable, con reportes que van desde la recuperación completa hasta el edema cerebeloso progresivo y la herniación. Esta entidad debe ser distinguida de otros cuadros clínicos con similar presentación y debería ser incluido entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con deterioro del sensorio que han recibido un opioide. Los síndromes tóxicos por opioides también presentan características similares al síndrome CHANTER; como ejemplo podemos nombrar el síndrome amnésico asociado a opioides (SAO/En inglés: OAA), el síndrome de neurotoxicidad asociada al uso de opioides pediátricos con edema cerebeloso (POUNCE) (En inglés: Pediatric opioid use-associated neurotoxicity with cerebellar edema syndrome). En una serie de casos reportada por Mallikarjun y col. en 2022, los autores mencionaron las similitudes entre estas entidades clínicas y aludieron a la posibilidad de un espectro de síndromes por opioides que incluye los síndromes CHANTER, OAA y POUNCE.¹ Se reportó casi exclusivamente en adultos, pero mediante búsqueda bibliográfica, se ha observado la publicación de un caso reportado, de paciente de 2 años.²

1. Atac MF, Vilanilam GK, Damalcheruvu PR, et al. Cerebellar, hippocampal, and basal nuclei transient edema with restricted diffusion (CHANTER) syndrome in the setting of opioid and phencyclidine use. *Radiol Case Rep.* 2023;18(10):3496-3500

2. Koenigsberg RA, Ross L, Timmerman J, et al. Case of pediatric cerebellar, hippocampal, and basal nuclei transient edema with restricted diffusion (CHANTER) syndrome in a 2-year-old girl. *Pediatr Radiol.* 2024;54(7):1220-1223

Isotretinoína: pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG)

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado que, en vista de los datos disponibles sobre la pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) en la literatura científica, las notificaciones espontáneas, en algunos casos con una estrecha relación temporal, la prueba de retirada positiva, y teniendo en cuenta un mecanismo de acción verosímil, el comité considera que la relación causal entre isotretinoína y PEAG es al menos una posibilidad razonable. Por lo tanto, se suma dicha información a la existente y emite en la advertencia:

Se han descrito casos de eritema multiforme (EM), síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), necrólisis epidérmica tóxica (NET) y pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG), que pueden poner en riesgo de vida al paciente, asociados al tratamiento con isotretinoína. Se debe informar a los pacientes sobre los signos y síntomas de las reacciones adversas cutáneas graves y aconsejarles que soliciten atención médica inmediata si se produce cualquier signo o síntoma indicativo de estas reacciones.

Si aparecen signos o síntomas compatibles con estas condiciones, la isotretinoína debe suspenderse de inmediato y se considerará un tratamiento alternativo (según proceda). Si el paciente ha presentado una reacción adversa cutánea grave como SSJ, NET o PEAG con el uso de este medicamento, en ningún momento se debe reanudar el tratamiento en dicho paciente.

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Fuente:

European Medicines Agency, Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures - Human (CMDh). Isotretinoin: CMDh scientific conclusions and grounds for the variation, amendments to the product information and timetable for the implementation - PSUSA/00010488/202505 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/isotretinoin-oral-formulations-scientific-conclusions-grounds-variation-terms-marketing-authorisations-psusa-00010488-202505_es.pdf

Nota:

La isotretinoína es un estereoisómero del ácido holo-transretinoico (tretinoína). El mecanismo exacto de acción todavía no se ha aclarado por completo, pero se sabe que la mejoría del cuadro clínico del acné intenso se acompaña de una supresión de la actividad de las glándulas sebáceas y de una disminución del tamaño de estas glándulas, comprobada en el estudio histológico. Además, se ha descrito un efecto dérmico antiinflamatorio. Cabe recordar que por Disposición ANMAT N°6083/09 se aprobó el programa actualmente denominado "Programa de Farmacovigilancia Intensiva de Prevención de Embarazo en personas con capacidad de gestar en edad fértil a las que se les prescriba isotretinoína por vía sistémica". Este programa tiene como objetivo prevenir el embarazo y controlar el riesgo de eventos adversos serios durante la prescripción, debido a que uno de sus potenciales efectos adversos es la teratogénesis, por lo que su uso se encuentra contraindicado durante el embarazo. Las malformaciones fetales asociadas a la isotretinoína pueden incluir: anomalías en el sistema nervioso central (hidrocefalia, malformaciones cerebelosas, microcefalia) rasgos dismórficos faciales, hendidura palatina, ausencia o malformaciones de las orejas, anomalías oculares (microftalmia), defectos cardíacos y anomalías en las glándulas paratiroides y el timo. En la disposición, entre otras obligaciones tanto del médico prescriptor como de los laboratorios farmacéuticos, se aprobó el formulario de Consentimiento Informado obligatorio para ser firmado por las personas con capacidad de gestar en edad fértil que utilicen especialidades medicinales que contengan como ingrediente farmacéutico activo isotretinoína de uso sistémico.

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Disposición 6083/2009: Especialidades medicinales. Texto actualizado [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2009 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/161349/actualizacion>

Linezolid: hipoglucemia

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado que, en vista de los datos disponibles sobre hipoglucemia en ensayos clínicos, publicaciones y notificaciones espontáneas que incluyen, en algunos casos, pruebas positivas de retirada y/o de reexposición y teniendo en cuenta un posible mecanismo de acción, el comité considera que una relación causal entre linezolid e hipoglucemia es, al menos, una posibilidad razonable, con una frecuencia $\geq 1/1000$ a $< 1/100$.

Fuente:

European Medicines Agency, Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures - Human (CMDh). Linezolid: CMDh scientific conclusions and grounds for the variation, amendments to the product information and timetable for the implementation - PSUSA/00001888/202504 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/linezolid-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00001888-202504_es.pdf

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Nota:

Linezolid es un antibiótico sintético que pertenece a una nueva clase de antibióticos, las oxazolidinonas. Presenta actividad *in vitro* frente a bacterias grampositivas aerobias y anaerobias. Inhibe de manera selectiva la síntesis de las proteínas bacterianas mediante un mecanismo de acción específico: se une a un lugar del ribosoma bacteriano (23S de la subunidad 50S) e impide la formación de un complejo de iniciación 70S funcional, que es un componente esencial del proceso de traducción.

Metilfenidato: información de seguridad

Estados Unidos de América. El CDER (Center for Drug Evaluation and Research / Centro de Evaluación e Investigación de Fármacos) de la FDA (Food and Drug Administration / Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos de América ha incorporado nueva información de seguridad para el medicamento que contiene metilfenidato. Entre otros datos revisados informan:

- Vasculopatía periférica, incluido el fenómeno de Raynaud. Los estimulantes del sistema nervioso central, incluido metilfenidato, utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se asocian con vasculopatía periférica, incluido el fenómeno de Raynaud. Los signos y síntomas de estos casos de vasculopatía periférica fueron generalmente intermitentes y leves; sin embargo, las secuelas incluyeron ulceración digital y/o daño de tejidos blandos. Los efectos de vasculopatía periférica, incluido el fenómeno de Raynaud, se observaron en informes posteriores a la comercialización y con las dosis terapéuticas de estimulantes del SNC en todos los grupos de edad durante el curso del tratamiento. Los signos y síntomas de vasculopatía periférica generalmente mejoraron tras la reducción o discontinuación de la dosis del medicamento. Durante el tratamiento con metilfenidato, el médico debe evaluar cuidadosamente los cambios digitales. Puede ser adecuada una evaluación clínica adicional (p. ej., derivación a reumatología) para los pacientes tratados con metilfenidato que presenten signos o síntomas de vasculopatía periférica.
- Priapismo. Se han reportado erecciones prolongadas y dolorosas, que en ocasiones requieren intervención quirúrgica, con el uso de metilfenidato en pacientes varones adultos y pediátricos. Si bien no se reportó priapismo al iniciar el tratamiento con el fármaco, sí se presentó en pacientes tratados con metilfenidato luego de un tiempo, a menudo tras un aumento de la dosis. También ocurrió priapismo durante la abstinencia del metilfenidato (por descanso o interrupción del tratamiento).

- Riesgo de obstrucción gastrointestinal en pacientes con estrechamiento gastrointestinal.

Fuente:

U.S. Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Methylphenidate: Safety Labeling Changes [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; 2026 [citado 5 jul 2026]. Disponible en: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/safetylabelingchanges/index.cfm?event=searchdetail.page&DrugNameID=760>

Nota:

Metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central (SNC). Es una mezcla racémica compuesta de los isómeros D y L. El isómero D tiene una actividad farmacológica mayor que el isómero L. El mecanismo de acción en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se desconoce. Se cree que bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica, causando aumento de la liberación de estas monoaminas en el espacio extraneuronal.



REDACCION DE TRABAJOS CIENTIFICOS

del Protocolo a la Publicacion on line - asincronico

Etapas en la investigación científica.

Elección del Diseño del estudio

Estudios transversales

Tamaño muestral. ¿Por qué es importante su cálculo?

Redacción para publicación: estructuras básicas que debe contener un manuscrito.

Proceso de publicación.



DIRECTORA: Dra. Gabriela A. Szulman

Pediatra - Neumonologa Pediatra



info@aulademedicina.com.ar

Aula de
Medicina

Doctor, ¿tiene cinco minutos?

Sección a cargo de Miriam Tonietti^a y Bettina Viola^b

Screening Children for Early-Stage Type 1 Diabetes

La pesquisa de estadios tempranos de Diabetes 1 en niños

Winkler C, Friedl N, Abt R, et al. JAMA. 2026;335 (23):2046-2056.

doi:10.1001/jama.2026.6085

La diabetes 1 (DM1) ha sido tradicionalmente diagnosticada tras la aparición de síntomas clínicos después de la pérdida de un umbral crítico de masa de células beta del páncreas. A pesar de los avances en el monitoreo glucémico y la administración de insulina, los pacientes con DM1 aún experimentan una pesada carga mental, altos costos en salud, así como un riesgo aumentado de complicaciones. Se ha demostrado que la detección temprana de marcadores de autoinmunidad permite el diagnóstico de la DM1 en estadios presintomáticos, abriendo la posibilidad de introducir terapias dirigidas a enlentecer o frenar la progresión de la enfermedad.

Entre febrero de 2015 y julio de 2025, se llevó a cabo en Baviera (Alemania) el estudio FR1DA, un programa de pesquisa poblacional de autoanticuerpos contra los islotes pancreáticos. Inicialmente el cribado se llevó a cabo en niños de entre 1.75 a 5.99 años y se extendió luego hasta 2 determinaciones en niños de 1.75 a 10.99 años. La pesquisa fue llevada a cabo por 716 pediatras. Las familias de niños diagnosticados con DM1 en estadios tempranos recibieron educación específica y seguimiento longitudinal en 18 centros especializados. Se definió estadio temprano (presintomático) de DM1 con la presencia de dos o más autoanticuerpos positivos: antiinsulina (IAA), glutámica decarboxilasa (GAD), antígeno 2 del islote (IA2A), transportador 8 de zinc (ZnT8); luego, se clasificó la enfermedad en estadio 1 (2 o más autoanticuerpos positivos con normoglucemia), estadio 2 (2 o más autoanticuerpos positivos y disglucemia) y estadio 3 (diabetes clínica). De los 220 476 niños enrolados, con una edad media de 3.1 años, un 48.7% de mujeres (106 952 niñas), se diagnosticaron 590 niños en estadio presintomático en el primer *screening* (frecuencia poblacional ajustada, 0.3% [IC 95%, 0.28%-0.32%]) con una prevalencia de 0.23% para estadio 1 y 0.06% en estadio 2. Con la repetición del *screening* en 11 726 niños después de una media de 3.3 años, se identificaron 29 casos adicionales. Durante una media de seguimiento de 5.7 años, 212 niños diagnosticados en la primera pesquisa, 5 con diagnóstico en la repetición del *screening* y 43 niños no diagnosticados en las pesquisas desarrollaron diabetes clínica (estadio 3).

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

La probabilidad de progresión a DM1 a los 5 años desde los estadios iniciales a la aparición clínica fue de 36.2% (IC 95%, 31.2%-40.8%; tasa anualizada 9.6%), sin diferencias significativas entre niños con y sin antecedentes familiares de primer grado de diabetes ($P = 0.54$). Este constituye el primer estudio longitudinal a nivel poblacional de diagnóstico en estadios presintomáticos de DM1. Diversos estudios han demostrado el retraso de la progresión a DM1 con la intervención farmacológica en sujetos con diagnóstico en estadio 2. En este contexto, recientemente, en varios países (incluido el nuestro) se ha aprobado el uso de teplizumab, un anticuerpo monoclonal anti CD3 en adultos y niños mayores de 8 años mientras que otras terapias inmunomoduladoras continúan en desarrollo clínico.

Más allá de las actuales terapias disponibles, la posibilidad de detección temprana de la enfermedad ofrece beneficios clínicos, en particular la disminución de la incidencia de cetoacidosis diabética al debut, la disminución de días de hospitalización, la mejoría en el control metabólico, así como una mayor preservación de la función residual de las células beta del páncreas. Estos efectos podrían traducirse en una disminución del riesgo de complicaciones a largo plazo.

Risk factors for avoidant/restrictive food intake disorder in children: A systematic review

Factores de riesgo para el trastorno evitativo/restrictivo en niños: Una revisión sistemática

Nowacki R, Arayess L, Kleijnen J, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2026;82(4):1129-1139. doi: 10.1002/jpn3.70362.

Los problemas alimentarios son frecuentes en la infancia. El trastorno evitativo/restrictivo (ARFID por sus siglas en inglés o TERIA en castellano) está caracterizado por alteraciones en la conducta alimentaria que generan consecuencias clínicas o psicosociales que ameritan la atención clínica integral y especializada. Antes de su inclusión en el Manual de Desórdenes Mentales (DSM 5) muchos niños no cumplían con los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia y eran clasificados como desórdenes alimentarios no especificados (DANE), un amplio abanico de condiciones que dejaba a un gran número de niños sin diagnóstico y tratamiento adecuados. El Manual DSM 5 introdujo en el año 2013 el diagnóstico de TERIA. Su prevalencia varía en distintos estudios; entre 3.2% en escolares primarios y 5-22.5% en adolescentes con trastornos alimentarios.

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

No se conocen exactamente los potenciales factores de riesgo para el desarrollo de TERIA. En estudios previos se han identificado factores de riesgo en dominios amplios que incluyeron condiciones somáticas, psicosociales (ansiedad), sensibilidad sensorial e influencias ambientales (prácticas de alimentación). Otros factores no modificables como sexo y vulnerabilidad genética fueron propuestos.

En esta revisión sistemática, en la que seis estudios fueron elegibles para el análisis, se incluyeron un total de 1207 niños. Los autores encontraron 10 factores significativamente asociados con el desarrollo de TERIA, agrupados en 4 categorías principales: física (alteraciones en el microbioma intestinal), psicológica (mayor ansiedad), genética (mutaciones en genes relacionados a la dopamina), y factores familiares/parentales (mayores índices de distrés psicológico en las madres).

La evidencia actual está limitada por el diseño transversal de los estudios analizados; por lo tanto, las hipótesis preliminares requieren de la confirmación de estudios longitudinales y de intervención. Sin embargo, este estudio constituye un aporte fundacional dirigido a la identificación e intervención temprana en trastornos evitativos/restrictivos infantiles.

Artificial intelligence in diagnosis of pediatric neurodevelopmental disorders: a scoping review

Inteligencia artificial en el diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo pediátrico: una revisión de alcance

Ramírez M, Rodríguez MM, Salas MJC, et al. World J Pediatr. 2026;22(3):315-329. doi: 10.1007/s12519-025-00999-z. Epub 2026 Jan 27. PMID: 41593252; PMCID: PMC13076480.

Los trastornos del neurodesarrollo (TD), entre ellos el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la discapacidad intelectual y los trastornos del lenguaje, presentan desafíos diagnósticos en la práctica pediátrica debido a su heterogeneidad clínica y a la ausencia de biomarcadores definitivos. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) surge como una herramienta potencial para optimizar la detección y el diagnóstico precoz.

En esta revisión de alcance, los autores analizaron la evidencia disponible sobre la aplicación de diferentes técnicas de IA en la detección y diagnóstico de dichas condiciones. La revisión mostró un crecimiento sostenido de las publicaciones en los últimos años, reflejando el interés creciente por incorporar estas herramientas a la práctica clínica.

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

Los estudios incluidos utilizaron diversas fuentes, entre ellas, datos clínicos, evaluaciones conductuales, registros electrónicos de salud, estudios genéticos, análisis de voz, seguimiento ocular y técnicas de neuroimagen.

Los algoritmos de aprendizaje automático y aprendizaje profundo fueron los más frecuentemente empleados. En particular, el TEA constituyó el trastorno más investigado, con modelos capaces de identificar patrones complejos asociados al diagnóstico a partir de grandes volúmenes de datos.

En general, los resultados mostraron niveles elevados de sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica, sugiriendo que la IA podría contribuir a una detección más temprana y objetiva de los TD. Sin embargo, los autores señalan que la mayoría de los estudios presentan limitaciones metodológicas importantes, entre ellas, los tamaños muestrales reducidos, la heterogeneidad en los diseños de investigación y la escasa validación externa de los modelos desarrollados. Es por ello que concluyen que la IA posee un importante potencial para complementar la evaluación clínica y favorecer el diagnóstico precoz de los TD. No obstante, señalan que aún se requieren estudios multicéntricos, prospectivos y con validación en escenarios clínicos reales antes de que estas herramientas puedan incorporarse de manera rutinaria a la práctica asistencial.

International guideline on genetic testing of children with short stature

Guía internacional sobre pruebas genéticas en niños de baja talla

Dauber A, Jorge AAL, Nilsson O, et al. Eur J Endocrinol. 2026;194(2):R17-R36. doi: 10.1093/ejendo/lvag013. PMID: 41543979

La baja talla (BT) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en endocrinología pediátrica y puede obedecer a múltiples causas genéticas y no genéticas. En los últimos años, el desarrollo de las técnicas de secuenciación genética ha permitido identificar un número creciente de etiologías monogénicas, modificando el enfoque diagnóstico tradicional.

Esta guía internacional elaborada en el año 2026 por expertos en endocrinología pediátrica y genética constituye el primer consenso específico sobre el uso de estudios genéticos en niños con BT y propone recomendaciones prácticas para optimizar la selección de pacientes candidatos a evaluación molecular.

La evaluación inicial debe incluir una historia clínica detallada, antecedentes familiares de al menos tres generaciones, examen físico completo, estudios radiológicos y laboratorio

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

básico. Antes de considerar estudios genéticos, es fundamental descartar causas secundarias frecuentes de alteración del crecimiento, como enfermedades sistémicas, endocrinopatías, enfermedad celíaca o síndrome de Turner. Posteriormente, los pacientes pueden clasificarse en BT aislada o asociada a otras manifestaciones clínicas, como displasias esqueléticas, alteraciones del eje GH/IGF-1 o síndromes con rasgos dismórficos, malformaciones congénitas o trastornos del neurodesarrollo.

La guía destaca que ciertos hallazgos aumentan significativamente la probabilidad de identificar una causa genética: talla baja grave, antecedentes familiares sugestivos de herencia mendeliana, desproporción corporal, anomalías esqueléticas, rasgos dismórficos, microcefalia o macrocefalia, retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, malformaciones congénitas o restricción del crecimiento intrauterino. En estos grupos, el rendimiento diagnóstico de las técnicas genéticas es considerablemente superior. La secuenciación del exoma presenta un rendimiento diagnóstico cercano al 33% en la población general con BT no explicada, alcanzando más del 50% en pacientes con formas sindrómicas y casi el 70% en aquellos con displasias esqueléticas.

Se recomienda que la indicación e interpretación de los estudios genéticos se realicen mediante un trabajo multidisciplinario entre endocrinólogos pediátricos, genetistas clínicos y laboratorios especializados, acompañado de asesoramiento genético para las familias. La guía propone un algoritmo diagnóstico escalonado en el que la secuenciación del exoma o del genoma, es complementada según el caso con estudios de número de copias, análisis cromosómico o pruebas de metilación. Entre las ventajas de alcanzar un diagnóstico molecular se encuentran la posibilidad de establecer un pronóstico más preciso, orientar tratamientos específicos, identificar comorbilidades asociadas, evitar estudios innecesarios y brindar un adecuado consejo genético. Sin embargo, también deben considerarse las limitaciones relacionadas con variantes de significado incierto, hallazgos secundarios y potencial impacto emocional sobre los pacientes y sus familias.

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

Comentario de libros

Sección a cargo de Mónica García Barthe^a

El gesto final

Agustín De Luca
Buenos Aires: La Crujía, 2026
ISBN 9789876013963

Un hombre espera a una mujer a la salida de su trabajo, la sigue a la estación del subte y cuando el tren se aproxima, la empuja. Un instante antes de caer, la mujer lo mira y sonríe. Luego el hombre espera la llegada de la policía y confiesa su crimen.

El caso toma visibilidad mediática, provocando toda clase de especulaciones, ya que aparentemente víctima y victimario no se conocían y no parece haber móvil para el crimen.

Unos meses después, la causa llega al juzgado donde se desempeña Andrés Olavarría. El caso capta su atención y despierta su curiosidad. No le corresponde, pero logra intervenir en la asignación de la causa para ocuparse de ella. Como juez, no debería investigar ni implicarse, ya que eso afectaría su objetividad. Sin embargo, no puede resistirse y se interna en una espiral de irregularidades que lo lleva al abismo.

Alternando entre la curiosidad de Andrés, que en la medida en que se interna en la infancia del asesino va perdiendo su matrimonio, su familia y su trabajo y la historia de Gonzalo, ese joven que arroja a una mujer a las vías del subte, la novela nos lleva por los pasillos del mundo judicial, donde se deciden los destinos de aquellos que han entrado en conflicto con la ley.

Olavarría se da cuenta de que está transgrediendo los límites de su función, pero lo que va descubriendo lo fascina tanto que no puede detenerse. Lentamente los sucesos del pasado van dejándose entrever y dan un marco a Andrés en su búsqueda de respuestas. El lector lo acompaña en cada descubrimiento, compartiendo su asombro y su avidez por saber más y llegando al final del recorrido junto con él.

Agustín De Luca es un joven escritor argentino. Abogado penalista, docente y novelista, publicó en 2020 *El judicial* y en 2023 *Los incidentes*. *El gesto final* es su última novela.



a. Lic. en Psicología. Psicóloga de guardia, Departamento de Urgencia, HNRG

¿Cuál es su diagnóstico? Respuesta

Sección a cargo del Comité de Docencia e Investigación HNRG

Cecilia Guenzatti^a y Daiana Córdoba^a

Discusión del caso

a. Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

- Correcta

El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IVb grave y potencialmente fatal inducida por fármacos.¹⁻³ Se caracteriza por una activación inmunológica donde los linfocitos T activados liberan citocinas proinflamatorias (IL-4, IL-5, IL-13) que inducen infiltración cutánea, activación eosinofílica e inflamación sistémica multiorgánica.^{4,5}

Recientemente, se ha identificado la activación de la vía JAK-STAT en casos refractarios y una fuerte asociación con alelos específicos del HLA que predisponen a la reacción.^{1,4} El hígado es el órgano interno afectado con mayor frecuencia (60-90% de los casos), representando la principal causa de mortalidad debido a necrosis hepática y falla multiorgánica.^{3,5}

Clínicamente, el síndrome se define por la tríada: erupción cutánea extensa, anomalías hematológicas (eosinofilia y linfocitos atípicos) y compromiso sistémico.^{1,2} Los hallazgos incluyen fiebre elevada (38,5-40 °C), exantema maculopapular que progresa a eritrodermia, edema facial característico (presente en el 70-75% de los pacientes pediátricos), linfadenopatías y hepatitis medicamentosa.^{2,4,5} Además, se reconoce actualmente el papel crítico de la reactivación de virus de la familia herpes (HHV-6, HHV-7, EBV, CMV) en la propagación y gravedad de la enfermedad.^{1,4}

La latencia típica es prolongada, de 2 a 8 semanas después del inicio del fármaco.^{3,5} Esto coincide con el caso clínico, donde el paciente presentó síntomas tras 21 días de tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX), un fármaco de alto riesgo.^{2,3} Cabe destacar que en pediatría los antibióticos son la causa más frecuente (hasta el 62.5% de los casos), a diferencia de los adultos donde predominan los anticonvulsivantes.^{2,4}

La fiebre, la eritrodermia, el edema facial, la leucocitosis con eosinofilia (recuento absoluto de eosinófilos: 960) y la presencia de hepatitis hepatocelular (GOT: 505 UI/L; GPT: 548 UI/L) confirman el diagnóstico.^{2,3}

a. Instructora de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG

b. Síndrome de Stevens-Johnson - Incorrecta

El Síndrome de Stevens- Johnson (SJS) es una reacción mucocutánea aguda mediada por hipersensibilidad tipo IVc, caracterizada por la necrosis epidérmica masiva inducida por la apoptosis de queratinocitos.^{3,6} Clínicamente se presenta con fiebre, máculas purpúricas, lesiones en diana atípicas y ampollas flácidas con signo de Nikolsky positivo.^{3,6}

A diferencia del caso presentado, el SJS requiere un compromiso mucoso (oral, ocular o genital) presente en más del 90% de los pacientes.^{3,6} Además, el SJS no suele cursar con eritrodermia ni eosinofilia; por el contrario, es común observar linfopenia y una afectación hepática mucho menos severa que la evidenciada en el caso clínico presentado (menor al 10% de los casos).^{3,6} La ausencia de necrosis cutánea y lesiones ampollares hace improbable este diagnóstico.

c. Pustulosis exantemática generalizada aguda - Incorrecta

La Pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) es una reacción de hipersensibilidad tipo IVd, mediada por linfocitos T que producen citocinas quimiotácticas para neutrófilos, particularmente IL-8, y asociada a mutaciones en el gen IL-36RN.^{3,6}

Esto provoca una infiltración masiva de neutrófilos y la formación de pústulas estériles no foliculares sobre una base eritematosa.^{3,6}

Este diagnóstico se descarta por tres motivos fundamentales:

1. Latencia: es de inicio muy rápido, típicamente 24-48 horas después de la exposición (mediana de 24h para antibióticos), mientras que el paciente tuvo una latencia de 3 semanas.^{4,6}
2. Morfología: el paciente presenta eritrodermia y edema facial, pero carece de las micro pústulas típicas que suelen comenzar en pliegues cutáneos.^{3,6}
3. Laboratorio: cursa característicamente con leucocitosis y neutrofilia absoluta (>7000/microL), mientras que este caso presenta eosinofilia, hallazgo mucho más sugestivo de DRESS.^{3,6} El compromiso hepático significativo (17-20% en PEGA) es también menos frecuente y severo que en el DRESS.⁶

d. Exantema viral por Virus Epstein-Barr - Incorrecta

Las infecciones virales agudas, particularmente la mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr (EBV), son los principales simuladores del DRESS en pediatría.^{4,5}

a. Instructora de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG

Contacto: instructoreshnr@gmail.com

En este paciente, el diagnóstico podría sospecharse inicialmente debido a la presencia de fiebre, exantema cutáneo, linfadenopatías y hepatitis (GOT:505 UI/L; GPT:548 UI/L), hallazgos comunes tanto en DRESS como en mononucleosis infecciosa por EBV.^{1,5} Sin embargo, este diagnóstico se descarta dado que el paciente presenta además: eosinofilia (recuento absoluto de eosinófilos: 960), un hallazgo hematológico que ocurre en el 60-90% de los casos de DRESS^{1,5} pero que raramente aparece en los exantemas virales donde es más frecuente la linfocitosis atípica. El edema facial es una característica distintiva del DRESS, observándose en el 70-75% de los casos en pediatría.^{1,4} siendo inusual en la mononucleosis infecciosa y otros exantemas virales típicos.^{2,4} Por último la latencia y el antecedente farmacológico también son característicos del DRESS ya que el cuadro inició 21 días después de comenzar el tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol, lo cual se ajusta al periodo de latencia prolongado (2 a 8 semanas) de esta patología.^{3,5}

Bibliografía

1. Schunkert EM, Divito SJ. Updates and insights in the diagnosis and management of DRESS syndrome. *Curr Dermatol Rep.* 2021;10(4):192-204.
2. Oberlin KE, Rahnama-Moghadam S, Alomari AK, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: pediatric case series and literature review. *Pediatr Dermatol.* 2019;36(1):31-37. doi: 10.1111/pde.13949
3. Hidalgo Parra I, La Forgia MP, Noguera M, et al. Guía de evaluación, diagnóstico y tratamiento de las reacciones adversas cutáneo mucosas graves más frecuentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología; 2020; 1(1): 11-36.
4. Manieri E, Dondi A, Neri I, et al. Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome in childhood: a narrative review. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1108345. doi:10.3389/fmed.2023.1108345.
5. Calle AM, Aguirre N, Ardila JC, et al. DRESS syndrome: a literature review and treatment algorithm. *World Allergy Organ J.* 2023;16(3):100673. doi:10.1016/j.waojou.2022.100673.
6. Parisi R, Shah H, Navarini AA, et al. Acute Generalized Exanthematous Pustulosis: Clinical Features, Differential Diagnosis, and Management. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24(4):517-532. doi: 10.1007/s40257-023-00779-3.

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES
HOSPITAL^{do} niños
DE BUENOS AIRES



Patología quirúrgica para pediatras

ON LINE ASINCRONICO

20 años
Aula de Medicina

DIRECTORAS:

Dra. Sandra Fiorini – Medica Pediatra

Dra. Lucrecia Barbosa– Medica Cirujana Pediatrica

COORDINADORA: Dra. Agustina Santángelo – Medica Cirujana Pediatrica

Evaluación prequirúrgica del paciente.
Importancia de la psicoprofilaxis. Guías de anestesia.
Patología del conducto peritoneo-vaginal.
Patología umbilical. Patología prepucial. Patología testicular.
Consultas quirúrgicas frecuentes en la guardia.
Apendicitis aguda y sus complicaciones. Divertículo de Meckel .
Estenosis hipertrófica del píloro. Invaginación intestinal.
Torsión de quistes anexiales y de anexos.
Patología quirúrgica frecuente de interés para el pediatra.
Litiasis vesicular y sus complicaciones.
Supuración pleuropulmonar.
Accesos venosos centrales.
Tumores y malformaciones vasculares.



Consultas e Inscripcion:
info@aulademedicina.com.ar