

REVISTA DEL **HOSPITAL**^{de} *niños* DE BUENOS AIRES



A P H N



- ♦ Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia
- ♦ Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata
- ♦ Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso
- ♦ Eventos / In memoriam / Historia Clínica / Ateneo / Adolescencia / Seguridad del paciente / Relatos históricos / Noticias / Noticiero Farmacológico / Doctor, ¿tiene cinco minutos? / Comentario de libros

www.profesionaleshnrj.com.ar/ojs

Verano 2024; Volumen 66 Número 295: 320-454 ♦ ISSN 0521-517X

email: comite.editorial.hnrj@gmail.com



**COMISIÓN DIRECTIVA de la
ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES del HOSPITAL
DE NIÑOS "RICARDO GUTIÉRREZ" • 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".*

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 N° 51.748.

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) Base de datos Malena (CAYCIT-CONICET) y la Biblioteca Virtual de Salud en Pediatría REDIB (Red Iberoamericana de innovación y conocimiento científico)

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)

**El EQUIPO de PROFESIONALES responsable de la
REVISTA del HOSPITAL DE NIÑOS**
se compone de la siguiente manera:

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

Dr. Fiorentino Jorge (Jefe Departamento Urgencia Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, 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. Baleani Silvia (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)

Dra. Dvorkin Julia (Fundación Infant. Becaria doctoral del CONICET, Buenos Aires, Argentina)

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

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

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

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

Dr. Iglesias Agustín (Hospital Municipal de Daïreaux, Provincia de Buenos Aires, Argentina)

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

Dra. Salas, Micaela Victoria (Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

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

Dra. Slafstein, Cynthia (Comité de Docencia e Investigación del 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. Toniatti Miriam (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina) *Bioquímica 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 (Jefe de Unidad de Cirugía 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 del Departamento de 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)

Licenciada Wajnbuch, Silvia (Directora de la Biblioteca Virtual de Psicoanálisis Buenos Aires, Argentina)

Comité Científico Internacional / International Scientific Committee

Dra. Fraga, María Victoria (fte 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, Division de Nefrología e Hipertensión, Maimonides Medical Center, NY, Unites States of America)

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

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

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

Dr. Penchaszadeh, Víctor (Master of Science in Public Health, School of Higiene 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

Dr. Murno, Jorge (Profesor Titular Cátedra de Pediatría Medicina Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Lics. Guaduaupe Uviedo y Marina Uviedo
(Traductoras Públicas Nacionales, Argentina)

Departamento Financiero / Finance Department

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

Contadora Trivi, Fabiana (Contadora Pública Nacional, Argentina)

Correctora de Estilo / Proofreaders

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

Diagramador página web / Diagramador website

Sr. Lazarte, Hugo (Diseñador web, Argentina)



ÍNDICE

324 **Editorial** / *Editorial*

Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia / *Ricardo Gutiérrez Children's Hospital Museum. Considerations for its history*
Marcelo Javier Pizarro

328 **Artículo Original** / *Original article*

Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata / *Satisfaction in the health supervision consultation in an outpatient pediatric hospital in the City of La Plata*
Pablo García Munitis, Natalia Fernández, Sebastián Carriquiriborde, Mario Arrúa, Ignacio Pablo Tobía González

350 **A propósito de un caso** / *Case report*

Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso / *Acute cholestasis and facial nerve palsy as initial presentation of Kawasaki Disease. A case report*
Magalí González Soto, Amanda Saucedo, Sol Carabelli, Natalia González

Secciones / *Sections*

359 **Eventos**

XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 1 / *XXXIII Conference of the "Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital, XIII Nursing Conference - Part 1*
Edición Silvia Baleani, Mónica García Barthe

393 **In Memoriam** -Dra. Alessandra Giabbani, Lic. Silvia Varas

394 **Historia Clínica** / *Clinical Record*

Sección a cargo de Elizabeth Sapia y Julia Dvorkin
Amanda Saucedo, Carolina Bullor, María Celeste Garreta, Manuela Vizio

402 **Ateneo** / *Athenaeum*

Sección a cargo de Cynthia Slaifstein y Micaela Salas Victoria (CODEI)
Barbara Cosentino, Laura Nucifora, Carolina Bullor

408 **Adolescencia** / *Adolescence*

Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Aportes del Trabajo Social, trayectoria y experiencia en un Equipo Interdisciplinario de Atención de Adolescentes / *Contributions of Social Work, trajectory and experience in an Interdisciplinary Adolescent Care Team*
Graciela Miklaski

414 **Seguridad del paciente** / *Patient Safety Subcommittee*

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
Contención mecánica en pediatría / *Mechanical restraint in pediatrics*
Mónica Garea

420 **Relatos históricos** / *Historical stories*

Sección a cargo de Domingo Cialzeta, Mónica García Barthe y Viviana Bologna
Historia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez / *History of the Intensive Care Unit of the Dr. Ricardo Gutiérrez General Children's Hospital*
Jorge Sasbón, Pablo Neira

428 **Noticias** / *News*

Sección a cargo de Paola Viola y Sandra Sagradini

434 **Noticiero Farmacológico** / *Pharmacologic news*

Sección a cargo de Patricia Cardoso y Raúl Plager

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

Sección a cargo de Miriam Toniatti y Bettina Viola

443 **Comentario de libros** / *Book reviews*

Sección a cargo de Mónica García Barthe

444 **Índices generales del volumen 66**

**La Biblioteca del Hospital de Niños
no cuenta con financiamiento del
GCBA.**

**La Asociación de Profesionales tiene
a su cargo su gestión y
mantenimiento.**

**Los sueldos de los dos bibliotecarios
se abonan con los ingresos
provenientes de las cuotas que
pagan los socios.**

**Te invitamos a asociarte para que
podamos seguir sosteniendo el
funcionamiento de la Biblioteca.**

Asociación de Profesionales HNRG

Editorial

Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia

Ricardo Gutiérrez Children's Hospital Museum. Considerations for its history

Marcelo Javier Pizarro^a

El Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez" se encuentra próximo a cumplir 150 años de vida y entre los eventos previstos para conmemorar tan importante acontecimiento, se prevé la inauguración de su museo institucional.

Desde hace varios años, un grupo de entusiastas adherentes de la Historia y del Patrimonioⁱ de la institución, vienen bregando por un espacio destinado a la conservación y comunicación de testimonios materiales e intangibles que posee el hospital y que lo vincula indisolublemente con la historia científica y sociocultural de nuestro país.¹

El Consejo Internacional de Museos (ICOM) define que: "Un museo es una institución sin ánimo de lucro, permanente y al servicio de la sociedad, que investiga, colecciona, conserva, interpreta y exhibe el patrimonio material e inmaterial. Abiertos al público, accesibles e inclusivos, los museos fomentan la diversidad y la sostenibilidad. Con la participación de las comunidades, los museos operan y comunican ética y profesionalmente, ofreciendo experiencias variadas para la educación, el disfrute, la reflexión y el intercambio de conocimientos."ⁱⁱ

El ICOM es la mayor organización a nivel internacional. Esta definición de Museo fue tratada y aprobada en medio de largos debates por representantes de museos estatales y privados de todo el mundo en el año 2022. Es de aplicación obligatoria si uno como profesional de museos adhiere a sus recomendaciones.

Los museos estatales o privados, si desean participar en ICOM (en este caso a través de ICOM Argentina) o seguir sus lineamientos, deberían adherir a esta definición. Asimismo, cada país cuenta (o no) con legislaciones nacionales, provinciales, municipales que otorgan características particulares a cada emprendimiento. Hay un importante interés en la búsqueda de financiamiento de los museos, tanto privados como estatales que aseguren su buen funcionamiento.

Es importante remarcar que el museo propuesto será una organización que acompañará a su institución madre: el hospital; y como tal, será representativo del mundo hospitalario mediante el patrimonio que se ha conservado y que da cuenta de la actividad de los equipos de salud y de la población asistida a través del tiempo. Asimismo, hay que considerar los lineamientos de OPS-OMS y observar leyes nacionales y de la Ciudad Autónoma de Buenos

a. Lic. en Museología. Coordinador Programa Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Ministerio de Salud GCABA.

Correspondencia: mjpizarro3@gmail.com

Aires que contemplen lo referente a la cultura, turismo, educación y debido a la especificidad del museo a crear, se deben considerar particularmente la Ley Básica de Salud y la Ley de Salud Mental.

El museo estará ubicado en dependencias de la Biblioteca Central "Laureano Rivas Míguez" (Pabellón Pirovano) y dependerá de la Dirección del Hospital, quien formalizará los distintos apoyos y participaciones mediante una comisión *ad honorem* que también tendrá a su cargo, redactar su reglamento. El proyecto cuenta con el apoyo de la Asociación de Profesionales (a cargo de la biblioteca), la Asociación Cooperadora, la Escuela Hospitalaria N°1, el Servicio de Voluntarias y las asociaciones gremiales.

Además, será necesario convocar al personal en actividad o egresados de la institución, y a las personas interesadas en participar de las múltiples tareas que lleva a cabo un museo mediante su Plan Museológico,ⁱⁱⁱ como ser: adquisición, registro, conservación y restauración, investigación, museografía (exhibición), administración, gestión cultural, educación, seguridad y comunicación.

Objetos cedidos por los servicios del hospital y que formarán parte de la colección del museo



PH Mónica García Barthe

Para asistir en la tarea de organizar el museo, el hospital cuenta con el apoyo de especialistas del Programa de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud^{iv} y de la Gerencia de Patrimonio del Ministerio de Cultura de la Ciudad.^v

Creemos que el desarrollo del Museo del Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez será una herramienta al servicio de los claros fines de la institución, insertándose, además, en el enriquecedor ámbito de la cultura. Respecto a ello, podemos recordar la grata adhesión del público que concurrió a los eventos *La Noche de los Museos* en el año 2019² y a la *1º Semana del Patrimonio*ⁱ de la Ciudad de Buenos Aires, organizada por el Ministerio de Cultura de la

a. Lic. en Museología. Coordinador Programa Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Ministerio de Salud GCABA.

Correspondencia: mjpizarro3@gmail.com

CABA, donde los visitantes pudieron recorrer el circuito patrimonial del hospital, conformado por el casco fundacional, sus jardines, la antigua biblioteca y la capilla. Además, pudieron conocer documentos patrimoniales, como el libro donde fueron registrados el bautismo de muchos niños, entre ellos, un pequeño vecino del barrio: *Aníbal Troilo "Pichuco"*,^{vii} uno de los máximos exponentes del Tango, música ciudadana que distingue al Río de la Plata y *Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad*.^{viii}

El museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez será un espacio para la *cultura de la salud*^{ix} con el recuerdo permanente de quienes procedieron a construir una institución señera de la pediatría argentina y de los niños, niñas y adolescentes asistidos a lo largo de su historia.

Notas:

- i. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud a través del Grupo de Trabajo Historia y Salud de la 4ª Reunión de Coordinación Regional de Bibliotecas Virtuales en Salud y el 7º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, definieron en Salvador Bahía, Brasil, en el año 2005, los "Términos de Constitución de la Red de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud", en él se define al patrimonio histórico y cultural de la salud como "*el conjunto de bienes materiales y simbólicos socialmente construidos que expresan el proceso de la salud individual y colectiva en sus dimensiones científica, histórica y cultural*" y promueve el desarrollo de redes que estimulen acciones integradas y cooperativas entre los agentes e instituciones en el campo de la memoria y de la historia de la salud. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1002/100220339002.pdf>
- ii. El Consejo Internacional de Museos (ICOM) es una organización internacional no gubernamental formada por más de 50 000 profesionales de museos de todo el mundo. Cuenta con 120 Comités Nacionales, 34 Comités Internacionales, 7 Alianzas Regionales y 21 Organizaciones Afiliadas, el ICOM "está comprometido con la investigación, conservación, continuación y comunicación a la sociedad del patrimonio natural y cultural del mundo, presente y futuro, tangible e intangible." Disponible en: <https://icom.museum/es/news/el-icom-amplifica-la-voz-de-la-cultura-en-la-cop29-de-baku/>
- iii. Un ejemplo de Plan Museológico es el que propone el Ministerio de Cultura de España para sus museos. Disponible en: <https://www.cultura.gob.es/dam/jcr:cc1e082f-4d5e-4012-a4ed-6564ed5bffd7/concepestruc.pdf>
- iv. En el año 2019 el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, formalizó la creación del Programa Historia y Patrimonio Cultural de la Salud (PHPCS). El PHPCS tiene como objetivos la puesta en valor del patrimonio cultural del Ministerio de Salud y promover el desarrollo de una cultura de la salud, así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/programas-y-redes-de-salud/otros-programas/programa-historia-y-patrimonio-cultural>
- v. La Gerencia Operativa de Patrimonio, dependiente de la Dirección General de Patrimonio, Museos y Casco Histórico, investiga, asesora, conserva y transfiere conocimiento sobre el patrimonio cultural de la Ciudad. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/cultura/patrimonio-de-la-ciudad>
- vi. El viernes 15 de noviembre a las 14 horas se realizó el recorrido a cargo del doctor Jorge Fiorentino, Jefe del Depto. de Urgencia y el doctor Pablo Neira, director del Hospital quien

a. Lic. en Museología. Coordinador Programa Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Ministerio de Salud GCABA.

Correspondencia: mjpizarro3@gmail.com

- recibió al público en la antigua biblioteca (actual Dirección). Recuperado de: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2024-11/Programaci%C3%B3n_0.pdf
- vii. Preservado por el Pbro. Juan de Aguirre, párroco de la Capilla San Luis Gonzaga.
- viii. Inscrito por la Unesco en 2009 en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/RL/el-tango-00258>
- ix. La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, realizada en Bogotá en el año 1992, definió entre sus prioridades la "participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades." Disponible en: www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/DeclaracionBogota.pdf

Bibliografía:

1. Pizarro M. Hacia el museo del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Un espacio para la memoria y la cultura de la salud. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2005; 47(215):342-345.
2. Galoppo C, Pizarro M, Bologna V, et al. Primera Noche de los Museos del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Rev Hosp. Niños (B. Aires) 2019; 61 (275):217-219.

Forma de citar: Pizarro, MJ. Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (295):324-327

Artículo original

Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata.

Satisfaction in the health supervision consultation in an outpatient pediatric hospital in the City of La Plata.

Pablo García Munitis^a, Natalia Fernández^b, Sebastián Carriquiriborde^c, Mario Arrúa^d, Ignacio Pablo Tobia González^e

Resumen

Introducción: La importancia del paciente como protagonista en todos los Sistemas de Salud, es cada vez más relevante. La satisfacción de éstos aparece como uno de los indicadores de mayor importancia a la hora de evaluar la efectividad de la gestión sanitaria y la calidad asistencial. El objetivo de este estudio fue describir las variables de satisfacción de los pacientes con la atención médica, en los consultorios de "Niño Sano" de un Hospital pediátrico ambulatorio de la ciudad de La Plata. **Métodos:** estudio de corte transversal; se incluyeron pacientes en edad pediátrica que concurrieron de manera consecutiva a los consultorios de "Niño Sano" del Hospital a partir de febrero de 2023 hasta alcanzar el tamaño muestral. Se completaron encuestas HCAHPS®* post visita médica. **Análisis:** test de Kruskal Wallis para comparar la distribución de cada variable predictora en las subcategorías respuesta; para variables independientes categóricas se realizó tabla n x p buscando significancia por test de chi cuadrado ajustada por número de comparaciones y chi cuadrado de tendencia lineal buscando asociación entre categorías predictoras ordenadas y variable respuesta. **Resultados:** 370 personas respondieron el cuestionario; 359 (97%) fueron contestadas por madres. La mayoría de los encuestados refirieron estar conformes con la atención profesional (mediana 10). Ninguna de las variables analizadas se asoció significativamente con peor evaluación del profesional y satisfacción con la atención. La mediana del tiempo de consulta fue de 27,5 minutos.

Palabras clave: Satisfacción del paciente, calidad de la atención de salud, atención ambulatoria, tiempo de consulta

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Abstract

Introduction: the role that patients play in health systems is increasingly relevant. Their satisfaction appears as one of the most relevant indicators when evaluating the effectiveness of health management and quality of care. The objective of our study was to describe variables of patient satisfaction with medical care, of a "Healthy Child" of an outpatient pediatric hospital in the city of La Plata.

Methods: cross-sectional study; Pediatric patients who consecutively attended the Hospital's offices were included from February 2023 until the sample size was reached. HCAHPS® surveys were completed post-medical visit.

Analysis: Kruskal Wallis test to compare the distribution of each predictor variable in the response subcategories; For categorical independent variables, an $n \times p$ table was performed, looking for significance using the chi-square test adjusted for the number of comparisons and the chi-square test for linear trend, looking for an association between ordered predictor categories and the response variable. **Results:** 370 people answered the questionnaire; 359 (97%) were answered by mothers. The majority of respondents reported being satisfied with the professional care (median 10). None of the predictor variables analyzed was significantly associated with worse professional evaluation and satisfaction with care. The median consultation time was 27.5 minutes.

Keywords: Patient satisfaction, quality of health care, outpatient care, consultation time

Introducción

El Instituto de Medicina¹ define la calidad en salud como "El grado en que los servicios de salud tanto para los individuos como poblaciones aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales actuales". También propone las dimensiones y características de un sistema de salud de calidad, a saber: seguro, efectivo, personalizado (el paciente es el centro de atención y es escuchado para la toma de decisiones), a tiempo, eficiente, equitativo. Estas definiciones buscan asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento correcto para lograr el mejor resultado de salud.¹⁻³

El rol de los pacientes en los sistemas sanitarios es cada vez más relevante, y llega a considerarse como eje y principal motor de los servicios de salud. La satisfacción, entendida como la diferencia entre lo que el usuario espera que ocurra y lo que refiere obtener, apare-

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

ce como uno de los indicadores más relevantes a la hora de evaluar la efectividad de la gestión sanitaria y la calidad asistencial. Las actuales políticas de calidad consideran la necesidad de introducir la opinión de los usuarios en las organizaciones sanitarias.^{4,5}

Planificar la organización de consultas médicas ambulatorias requiere tener en cuenta los recursos humanos y físicos y las necesidades y demanda de la población. La decisión de cuánto tiempo el médico estará cara a cara con el paciente no es sólo una cuestión administrativa, sino también una forma de garantizar la calidad de la atención. El tiempo de la consulta guarda estrecha relación con la calidad asistencial, pilar fundamental en la prestación de servicios de salud y se enmarca en la suficiencia y satisfacción de los usuarios (tanto pacientes como profesionales).⁵⁻⁸

El Objetivo del presente estudio fue describir las variables de satisfacción de los pacientes con la atención médica en los consultorios de "Niño Sano" del Hospital Subzonal Especializado Elina de La Serna Montes de Oca (HESMO) centro ambulatorio pediátrico de la Ciudad de La Plata.

Material y Métodos

Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional.

Ámbito de estudio

El HESMO es un centro público de mediana y baja complejidad ubicado en la ciudad de La Plata y pertenece al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Realiza una actividad centrada en la promoción y prevención de la salud de niños, niñas y adolescentes. Los usuarios mayoritariamente son de los partidos de La Plata, Berisso y Ensenada.

-
- Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Según datos del último censo nacional realizado en el año 2022, la población de 0 a 18 años que vive en estas localidades es de 246 792, lo que representa el 26.4% del total de la población de los tres partidos (933 330 personas).⁹

En los consultorios de "Niño Sano" se realiza la supervisión de salud de niños, niñas y adolescentes; existen guías y recomendaciones sobre este tema de distintas sociedades científicas de pediatría entre las cuales se cuenta la Sociedad Argentina de Pediatría y las de España, Canadá y Estados Unidos que taxativamente enumeran las acciones que los pediatras idealmente deberían realizar en una consulta de supervisión de salud de calidad.¹⁰⁻¹³ A pesar de las guías, cada niño, niña o adolescente es único, con diversas complejidades en donde las familias tienen una agenda única que se debe abordar.

En las consultas de supervisión de salud se requiere un abordaje holístico basado en una atención integral: Control del crecimiento y el desarrollo; la prevención primaria y secundaria de problemas y enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno; la educación para la salud y la oportunidad de realizar consultas adicionales si se detecta algún problema. En los consultorios de "Niño Sano" se realiza la supervisión de salud y la consulta debe contener todo lo referido a antecedentes personales, familiares, sociales, historia intercurrente, calendario de vacunación, sueño seguro, higiene del sueño, lactancia materna, alimentación saludable, vigilancia del desarrollo, pesquisas universales o selectivas, suplementación, antropometría, examen físico, guía anticipatoria según edad, puericultura, consejos sobre higiene dental, prevención de accidentes, juego, lectura, escolaridad, actividad física, uso de pantallas, salud sexual y reproductiva.^{14,15}

Población

Criterios de inclusión: todos los pacientes en edad pediátrica atendidos de manera consecutiva en los consultorios pediátricos de "Niño Sano" del HESMO, a partir de febrero de

- a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

2023, el día que concurriera la encuestadora, hasta alcanzar un total de 365 pacientes según cálculo de tamaño muestral y que hayan completado la encuesta de satisfacción del usuario.

Criterios de exclusión: pacientes en litigio legal con el HESMO.

Cálculo de tamaño muestral: Se realizó una estimación del tamaño de la población ajustado por pérdidas a partir del total de consultas atendidas durante el año previo al estudio (2022).

Destinatarios

- ✓ Población blanco: todos los pacientes en edad pediátrica (0 a 18 años) atendidos de manera ambulatoria en los consultorios externos de Niño Sano.
- ✓ Población accesible: todos los pacientes en edad pediátrica que concurrieron de manera consecutiva a los consultorios externos de Niño Sano a partir de febrero de 2023, el día que concurrieran las encuestadoras, hasta alcanzar un total de 365 pacientes según cálculo de tamaño muestral.

Variables

Dependientes

- Satisfacción: para la evaluación de la satisfacción de la atención se utilizó la encuesta CG-CAHPS adaptada y validada al español, versión 2.0, la cual requiere que los pacientes informen sobre sus experiencias con la atención primaria recibida de proveedores y su personal en ambientes ambulatorios.¹⁶
- Mediante el programa CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) promueve la atención centrada en el paciente, proporciona encuestas eficaces e información para ayudarles a tomar mejores decisiones sobre el cuidado de

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

la salud. Las encuestas evalúan la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente.

Independientes

- Tiempo de espera: tiempo de espera en minutos desde el momento en el que el paciente tiene su turno asignado hasta que comienza su atención.
- Duración de la consulta: duración de la consulta en minutos desde el comienzo al fin de la atención.
- Día de la semana: lunes a viernes. El día de la semana podría influir en la satisfacción del paciente.
- Turno: matutino o vespertino.
- Consulta de primera vez: paciente que es evaluado por primera vez en el hospital por el profesional.
- Número de orden: orden en el que el/la paciente fue atendido el día que completó la encuesta de satisfacción; se lo clasificó como variable categórica, siendo 1 (inicial) cuando fue evaluado en el grupo de los primeros 6 pacientes y 2 cuando su atención fue posterior.
- Años de graduado del profesional: dato obtenido a través de la oficina de recursos humanos del HESMO.
- Edad en años del profesional: dato obtenido a través de la oficina de recursos humanos del HESMO. Se lo clasificó como variable categórica en mayor o menor de 50 años.

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Instrumento/s para recolección de los datos

Fuente primaria (encuesta de satisfacción CG-CAHPS versión 2.0) y secundaria (historia clínica informatizada).¹⁶ Para la Implementación de encuesta de satisfacción se siguieron todas las instrucciones provistas por el equipo de CAHPS para preparación y llenado de cuestionarios.^{17,18}

Llenado de cuestionarios: se incluyó en la muestra la respuesta de un solo adulto por familia. Se decidió para asegurar el cumplimiento de los plazos establecidos en el protocolo de investigación la utilización del modo de distribución en persona, para ser completada en la sala de espera "post visita médica", con la asistencia de personal externo al sector (para asegurar la distribución imparcial), siguiendo los lineamientos claves para entrevistadores modo teléfono o mail.¹⁹ Previo a la realización de la encuesta, se solicitó la firma del consentimiento informado, explicando que sus respuestas no alterarían en nada una futura prestación de servicio. Los profesionales en los que se evaluó la experiencia de los pacientes desconocían qué pacientes estaban siendo encuestados.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Niños Sor María Ludovica en septiembre de 2022.

Análisis de los Datos

Las variables categóricas se expresaron como su valor absoluto y porcentaje; para las variables continuas, se utilizó media y desvío estándar (DE) en caso de distribución normal o mediana y rango (mínimo y máximo: r) en caso contrario. Dada la naturaleza de la variable dependiente (variable discreta con 10 categorías posibles ascendentes) para buscar asociación con variables predictoras continuas se chequeó supuesto de normalidad de ambas para intentar utilizar correlación, lo cual fue imposible en todos los casos, por lo que se comparó mediante el test de Kruskal Wallis la distribución de cada variable predictora en las subcate-

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

gorías respuesta (se realizó ajuste por Bonferroni en todos los casos). Para el caso de variable independiente categórica se realizó tabla $n \times p$ buscando significancia por test de chi cuadrado ajustada por número de comparaciones y realizando un test de chi cuadrado de tendencia lineal buscando asociación entre categorías predictoras ordenadas y variable respuesta. Se consideraron significativos los valores de p menores de 0,05. El software utilizado fue el SPSS 22.0®.

Resultados

Respecto de cómo se completaron las encuestas

Sobre 368 personas, 244 (66,3 %) requirieron ayuda para responder la encuesta y de estos, a la casi totalidad de ellos 241 (98,7 %), se les leyeron las preguntas y anotaron sus respuestas.

Respecto a las personas que completaron las encuestas.

Fueron respondidas 370 encuestas (Tabla 1); la tasa de respuesta fue del 24 %; 361 (97,6 %) completadas por mujeres y 9 (2,4 %) por hombres; las madres representaron la mayoría 359 (97 %). La tasa de respuesta se obtuvo considerando la población accesible (1 542 pacientes; $370 \text{ de } 1\,542 = 24\%$)

Oficinistas y recepcionistas del consultorio

Si bien la atención recibida por parte de los recepcionistas del consultorio tanto en términos de ayuda como de trato cordial y respetuoso fue calificada de manera satisfactoria. (Tabla 2), cuando se evaluó el trato cordial y respetuoso (pregunta 46), dentro de la población que puntuó con 10 al profesional, un 90,1 %, respondieron "definitivamente si" vs. quienes calificaron con puntajes menores (8 y 9) el porcentaje de "definitivamente si" fue de 72,6. ($p \text{ } 0,002$). Si bien los puntajes fueron altos en ambas preguntas, el trato cordial y res-

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

petuoso por parte de los oficinistas y recepcionistas podría influir en el puntaje global asignado a la atención médica.

Tabla 1. Características de los encuestados

		Frecuencia (%)
Relación con el niño	Abuela o abuelo	4 (1,1)
	Madre	359 (97)
	Padre	7 (1,9)
Edad (años)	18 a 24	36 (9,7)
	25 a 34	188 (50,8)
	35 a 44	122 (33)
	45 a 54	21 (5,7)
	55 a 64	2 (0,5)
	Menos de 18	1 (0,3)
Primera consulta	no	319 (86,2)
	sí	51 (13,8)
Grado o nivel escolar máximo alcanzado	8 años de escuela o menos.	74 (20)
	9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse.	89 (24,1)
	Curso o un título universitarios de un programa de 2 años.	42 (11,4)
	Graduado de la escuela secundaria.	159 (43)
	Título universitario de 4 años.	5 (1,4)
	Título universitario de más de 4 años.	1 (0,3)

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 2. Respecto a los oficinistas y recepcionistas del consultorio de los profesionales.

	Brindaron ayuda* n (%)	Trato cortés y respetuoso# n (%)
Definitivamente si	301 (81,4)	307 (83)
Si, un poco	61 (16,5)	56 (15,1)
En blanco	8 (2,2)	7 (1,9)
Total	370	370

* Durante la consulta más reciente de su niño, ¿le dieron los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico toda la ayuda que usted creía que debían darle? Pregunta 45

Durante la consulta más reciente de su niño, ¿lo trataron los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico con cortesía y respeto? Pregunta 46

La pregunta 43 del cuestionario fue tomada como proxy de satisfacción global con la atención médica (las personas encuestadas evaluaron al profesional en un rango entre 0 y 10). (Figura 1)

Figura 1. Pregunta 43 utilizada como proxy de satisfacción con la atención médica.

43. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor profesional médico posible y el 10 el mejor profesional médico posible, ¿qué número usaría para calificar a este profesional médico?

- ☐ 0 El peor profesional médico posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 El mejor profesional médico posible

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 3. Puntaje asignado a los profesionales.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
En Blanco	3	0,8
5	1	0,3
7	3	0,8
8	38	10,3
9	93	25,1
10	232	62,7
Total	370	100,0

La mayoría de los encuestados refirieron estar conformes con la atención profesional; sólo 1 paciente (0,3 %) asignó un puntaje menor a 7; (mediana 10; mínimo 5- máximo 10), (Tabla 3). El tiempo de espera de los 370 pacientes evaluados tuvo una media de 17,9 minutos (DE 9,8); la duración de la consulta tuvo una media de 27,5 minutos (DE 5,9); el tiempo asumido como "suficiente" por los pacientes se muestra en la Tabla 4.

El seguimiento por un mismo pediatra resultó bajo (la pregunta 2 del cuestionario interroga acerca de si el profesional que atiende al niño ese día es el que generalmente lo asiste si necesita un chequeo o si se enferma o lastima); sólo 45/370 (12,1 %) respondió de manera afirmativa.

Ninguna de las variables consideradas previamente como predictoras (tiempo de espera, duración de la consulta, día de la semana, turno, consulta de primera vez, orden, años de graduado del profesional y edad del profesional) y que fueron analizadas se asociaron significativamente con peor evaluación del profesional y satisfacción con la atención. Tabla 5.

Las variables años de graduado y día de la semana fueron evaluadas y no se incluyeron en la tabla para facilitar la interpretación. Con el objetivo de encontrar otras variables predictoras de satisfacción, se investigó si el tiempo que el niño se atiende con el profesional

- Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

y si la solicitud o no de estudios complementarios, podrían comportarse también como predictoras. No se encontró asociación significativa con peor evaluación del profesional y satisfacción con la atención.

Tabla 4. Tiempo de consulta asumido como "suficiente" por los pacientes*, Proxy del profesional y Recomendación del consultorio.

	Definitivamente si (n=351)	Si, un poco (n=10)	No (n=1)	Perdidos (n=8)	p
Tiempo en minutos, mediana (r)	20 (15-80)	22,5 (15-30)	N/A [∞]	25 (20-40)	> 0,05
Puntaje al profesional, mediana (r)	10 (7-10)	8,5 (8-10)	N/A [∞]	9 (8-10)	> 0,05
Recomendaría al con- sultorio (%)					> 0,05**
Definitivamente si	336 (95,7)	8 (80)	0	4 (50)	
Si, un poco	5 (1,4)	2 (20)	1 (100)	1 (12,5)	
No	1 (0,3)	0	0	0	
No responde	9 (2,6)	0	0	3 (37,5)	

[∞]N/A no analizable

*Durante la consulta más reciente de su niño, ¿pasó este profesional médico suficiente tiempo con su niño? (pregunta 40)

** Comparación entre columnas "Definitivamente sí" y "Sí, un poco".

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 5. Variables predictoras, puntaje y test estadísticos utilizados.

Variables	Puntaje					p
	5 (n=1)	7 (n=3)	8 (n=38)	9 (n=93)	10 (n=232)	
Duración consulta, minutos, mediana (r)	20 N/A [∞]	25 (20-80)	20 (15-30)	20 (5-30)	20 (15-60)	> 0,05 *
Tiempo espera, minutos, mediana (r)	30 N/A [∞]	15 (10-30)	20 (0-30)	15 (0-40)	15 (0-70)	> 0,05 *
Turno matutino (%)	1 (100) N/A [∞]	1 (33,3)	30 (78,9)	65 (69,9)	166 (71,6)	> 0,05 [†]
Primera vez (%)	0	1 (33,3)	7 (18,4)	12 (12,9)	31 (13,4)	> 0,05 [†]
Orden inicial [#] (%)	1 (100) N/A [∞]	2 (66,7)	12 (31,6)	24 (25,8)	81 (35,1)	> 0,05 [†]
Edad profesional mayor 50 años (%)	0	0	11 (28,9)	24 (25,8)	56 (24,1)	> 0,05 [†]

[∞] N/A no analizable

[#] Orden inicial: cuando fue evaluado en el grupo de los primeros 6 pacientes asistidos el día que completó la encuesta de satisfacción.

*Test Kruskal Wallis ajustado por número de comparaciones.

† Test chi cuadrado de tendencia lineal.

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Discusión

Los altos índices de satisfacción con la atención de los profesionales independientemente de las variables predictoras estudiadas pueden deberse, como han señalado otros autores, a las pocas alternativas médicas para la solución de problemas en la región. Es importante tener en cuenta que los puntajes altos logrados en la satisfacción del paciente en mediciones únicas pueden transformarse en una trampa; se deberían realizar mediciones periódicas para asegurar el mantenimiento de las buenas evaluaciones o realizar cambios en las áreas que lo requieran.²⁰⁻²³

Un aspecto para considerar, que fue descripto como importante por otros autores y puede asociarse a satisfacción/insatisfacción, es el estado de las instalaciones. En el HESMO la limpieza, el ambiente y el mantenimiento edilicio son características que lo diferencian de otros establecimientos provinciales.²⁴ El primer contacto de los pacientes con el hospital lo concretan los recepcionistas y oficinistas; una comunicación respetuosa y servicial resulta determinante para promover el bienestar de los pacientes y va en línea con los valores de la institución. (<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hdelaserna/>) Si bien los puntajes fueron altos en ambas preguntas, el trato respetuoso por parte de los oficinistas y recepcionistas influiría en el puntaje global asignado a la atención médica.

Tiempo de consulta

El tiempo dedicado a la consulta es uno de los elementos de mayor peso en la calidad de atención y una condición necesaria para el desarrollo de una adecuada relación médico paciente. Una disminución en el tiempo se relaciona con un descenso de la satisfacción de los usuarios y calidad de atención, condicionando una prescripción inadecuada terapéutica e incrementando el riesgo de mala praxis.²⁵⁻²⁹

-
- Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En nuestro estudio la mayoría de los pacientes percibieron como adecuada la duración del acto médico; mediana de 27,5 minutos (DE 5,9). No se encontró asociación significativa entre la variable duración de la consulta y peor evaluación del profesional y satisfacción con la atención.

Existen controversias referidas a cuál es el tiempo adecuado para llevar una consulta de supervisión de salud de calidad. La bibliografía es dispar al momento de determinar el tiempo óptimo de consulta. La gestión de turnos en los centros asistenciales públicos o privados impone una duración de consulta preestablecida. La resolución 1086/2019 "Directrices organización y funcionamiento para consultorios individuales, policonsultorios y servicios de atención ambulatoria" del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Nación Argentina sugiere el tiempo de la consulta pediátrica ambulatoria de 20 minutos.³⁰

El tiempo promedio de consulta del presente estudio fue mayor al establecido en la resolución ministerial 1086/2019³⁰ y coincide con la iniciativa *Bright Future* de la Academia Americana de Pediatría (AAP), que cuantifica un promedio de tiempo total de consulta de supervisión de salud en 28 a 30 minutos.³¹

El mayor tiempo de la consulta también se podría explicar porque los usuarios acceden al turno programado para consultorios de "Niño Sano" para supervisión de salud sin discriminar si tienen problemas de salud agudos, subagudos, crónicos o psicosociales asociados que ameriten mayor tiempo cara a cara con el pediatra, ya que no existen otras agendas de atención programada para niños que necesitan supervisión de salud y tengan algún desafío o cuidado especial de la salud que abordar. Norlin y col.³² observaron que para estas consultas se requiere un tiempo superior.

Nunes y Ayala³³ encontraron que la media de duración de consulta resultó en 16,1 minutos, menor que el resultado del estudio, y que la cantidad de consejos y recomendacio-

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

nes que se realizan en una consulta de supervisión de salud es directamente proporcional a su duración. Ponen en discusión que efectivamente en ese periodo de tiempo se puedan hacer todas las recomendaciones que se enumeran en los programas de salud infantil.¹⁰⁻¹⁵

El resultado de la duración de la consulta observado en este estudio es similar a la encontrada en la bibliografía en las consultas de supervisión de salud de pacientes nuevos.³⁴ El bajo porcentaje de pediatras de cabecera (12,1 %); explica que serían pacientes “nuevos” para el profesional, a pesar de ser usuarios del servicio (sólo el 13,8% fueron pacientes que concurren por primera vez).

Implementación del cuestionario

El presente estudio ofrece limitaciones en lo referido a la implementación del cuestionario. La modalidad de administración; el poco tiempo transcurrido entre la encuesta y la atención -mismo día-; la necesidad de ayuda y la potencial influencia en la respuesta; la posibilidad de sesgo de complacencia (los entrevistados tienden a dar respuestas en la dirección que perciben como deseable) y efecto techo (la población usualmente reporta altos niveles de satisfacción).

Muchas organizaciones se interesan en los modos de administrar encuestas. Investigaciones previas sugieren que los resultados de las evaluaciones de experiencias de los pacientes varían de acuerdo con el modo de administración.^{20,21,35-40}

El equipo de CHAPS ha conducido estudios para testear formas alternativas (audio asistido o en el lugar de atención) y sugieren la necesidad de nuevas investigaciones que confirmen estos datos. Si bien el equipo de CAHPS aconseja el modo mixto (mail + teléfono), se decidió, por logística y para cumplir los plazos de la investigación, el modo presencial.

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Las principales objeciones a esta modalidad son la posibilidad de tener un bajo índice de respuesta respecto a las modalidades sugeridas, el costo más alto, compromiso de la confidencialidad y que los cuestionarios no sean distribuidos de manera imparcial o a un diseño específico entregándolos a pacientes de los que se esperan mejores respuestas afectando la representatividad y calidad de los datos.¹⁹

Anastario y col. estudiaron en un ensayo clínico randomizado, el efecto en el resultado de encuestas CAHPS cuando eran enviadas vía e-mail vs. distribuidas en papel en el consultorio, resultando el protocolo de distribución en el consultorio con una tasa de respuesta más baja que la modalidad e-mail (40 % vs. 58 %).⁴¹

Edgman-Levitan y col. concluyen en su estudio, aunque de manera no definitiva, que existen tanto para la modalidad de distribución por e-mail como la realizada en el sitio de atención desafíos a resolver;⁴² en ambas modalidades se observa la imposibilidad de aproximarse al 100 % de la población elegida para el estudio y que ningún índice de respuesta de las diferentes modalidades es altamente confiable como para asegurar que el muestreo refleje la totalidad de la población de pacientes.

El desconocimiento de los médicos respecto al día, horario y paciente que iba a ser encuestado fueron estrategias utilizadas que mitigaron el efecto de distribución imparcial (sesgo de selección) y confidencialidad.

A diferencia de los estudios antes mencionados no se obtuvieron rechazos. Edgman - Levitan 17,9 % y Anastario: modo presencial 60 % y e-mail 41,6 %; esta particularidad puede deberse a lo que menciona Gallagher en su trabajo: los pacientes estuvieron dispuestos a responder si se les aborda de una manera que funcione para ellos, agregando que las entrevistas en persona mejoraron sustancialmente la representatividad de los encuestados.⁴³

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Conclusión

En este estudio se obtuvo un alto grado de satisfacción con la atención en los consultorios de Niño Sano del HESMO. No se han observado variables asociadas a la satisfacción. Estudios cualitativos ayudarían a confirmar estos hallazgos y a ahondar en los motivos que expliquen el alto grado de satisfacción obtenido en la investigación. Una adaptación local del cuestionario para próximos estudios podría considerarse en orden de adecuarlo a la realidad sanitaria.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio y la complejidad creciente de la atención pediátrica actual, podría considerarse desde la Gestión Hospitalaria la posibilidad de implementar en la institución más de una agenda para supervisión de salud, no sólo la agenda de "Niño Sano", sino otra específica y con visitas de mayor duración para usuarios con condiciones asociadas o cuidados especiales de salud que requieren supervisión de salud. Como así también la implementación del seguimiento longitudinal por un pediatra de cabecera.

* HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. La encuesta HCAHPS (Evaluación del consumidor hospitalario de proveedores y sistemas de atención médica), también conocida como Encuesta hospitalaria CAHPS® u Hospital CAHPS®, es un instrumento de encuesta estandarizado y una metodología de recopilación de datos utilizado para medir las perspectivas de los pacientes sobre la atención hospitalaria.

-
- Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Bibliografía

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press (US), 2001. doi:10.17226/10027
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calid Asist. 2001; 16:S29-S38.
3. Plsek PE. Quality improvement methods in clinical medicine. Pediatrics. 1999; 103(1 Suppl E):203-14.
4. Braddock CH 3rd, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2005; 20(11):1057-62. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00217.
5. Halfon N, Stevens GD, Larson K, et al. Duration of a well-child visit: association with content, family-centeredness, and satisfaction. Pediatrics. 2011; 128(4):657-64. doi: 10.1542/peds.2011-0586.
6. Migongo AW, Charnigo R, Love MM, et al. Factors relating to patient visit time with a physician. Med Decis Making. 2012; 32(1):93-104. doi: 10.1177/0272989X10394462.
7. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chil 2013; 141(3):361-366.
8. Shaw MK, Davis SA, Fleischer AB, et al. The duration of office visits in the United States, 1993 to 2010. Am J Manag Care. 2014; 20(10):820-6.
9. INDEC Argentina. Disponible en: https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_bsas/
10. Committee on practice and ambulatory medicine; Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup 2020 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Pediatrics 2020; 145(3): e20200013. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0013>.
11. Sociedad Argentina de Pediatría. Manual breve para la Supervisión de la salud de Niños, Niñas y Adolescentes. 1ª Ed. FUNDASAP, Argentina. 2020.
12. Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Fernández Rodríguez M, et al. (eds.). Programa de salud infantil AEPap 2009. Madrid: Exlibris Ediciones SL; 2009.
13. Li P, Rourke L, Leduc D, et al. Rourke Baby Record 2017: Clinical update for preventive care of children up to 5 years of age. Can Fam Physician. 2019; 65(3):183-191.
14. Turner K. Well-Child Visits for Infants and Young Children. Am Fam Physician. 2018; 98(6):347-353.
15. Reichenbach J. Pediatría en red 3. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Cap. 2: 37-41.

- a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
- e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

16. Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS® Clinician & Group Survey. Rockville (MD): AHRQ; 2013 [citado 26 Mar 2021]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/cg/instructions/downloadsurvey3.0.html>
17. CAHPS® Clinician & Group Surveys and Instructions. Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Clinician & Group Surveys. Document No. 1032. Updated 7/24/2014. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/cg/guidance-cg-cahps.pdf>
18. CAHPS® Clinician & Group Surveys and Instructions. Fielding the CAHPS® Clinician & Group Surveys. Document No. 2033. Updated Document No. 2033 Updated 6/12/2017. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/cg/survey3.0/fielding-the-survey-cg30-2033.pdf>
19. Tesler R, Sorra J. CAHPS Survey Administration: What We Know and Potential Research Questions. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS-A 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality: October 2017. AHRQ Publication No. 18-0002-EF. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/about-cahps/research/survey-administration-literature-review.pdf>
20. Rodríguez Weber MA, López Candiani C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Méx* 2002; 23(1): 12-17.
21. Health Services Research group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *CMAJ*. 1992; 146(10): 1727-1731.
22. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25(24):3167-77. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/12203629_Hudak_PL_Wright_JG_The_characteristics_of_patient_satisfaction_measures_Spine_25_3167-77
23. Blais R. Assessing patient satisfaction with health care: did you drop somebody? *Can J Prog Eval* 1990; 5:1-13.
24. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004; 78:527-537.
25. Segade Buceta XM, Sánchez Santos L, Losada Pazo MC, et al. Demandas aditivas en Pediatría de Atención Primaria: Un estudio multicéntrico. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11(42):233-239. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200004
26. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 2001; 161: 1437- 42.

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

27. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Martín del Campo DL, et al. Consulta externa en instituciones de Salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Pan Am J Public Health* 2003; 13 (4): 229-38.
28. Saucedo-Valenzuela AL, Wirtz VJ, Santa-Ana-Tellez Y, et al. Ambulatory health service users' experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 178-188.
29. Doval Hernán C. Malestar en la medicina: Insatisfacción y descontento en los médicos. *Rev. argent. cardiol.* 2007; 75(4):336-339. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482007000400017&lng=es.
30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Directrices organización y funcionamiento para consultorios individuales, policonsultorios y servicios de atención ambulatoria. Res 1086/2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1086-2019-325178>.
31. Hagan JF, Shaw J, Duncan P. Bright (Edit.). *Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*, 4th Edition. Academia Americana de Pediatría. 2017: 264. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/9781610020237>
32. Norlin C, Crawford MA, Bell CT, et al. Delivery of well-child care: a look inside the door. *Acad Pediatr.* 2011; 11(1):18-26. doi: 10.1016/j.acap.2010.12.008
33. Nunes C, Ayala M. ¿Consejo o prescripción?: análisis de las recomendaciones pediátricas en las consultas del programa del niño sano. *Rev Pediatr Aten Primaria* [online]. 2013; 15 (60): e135-e143. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n60/original1.pdf>
34. Uner H, Nezami FG, Yildirim MB, et al. Visit length in pediatric primary care: lessons from a pilot study. *J Med Pract Manage.* 2013; 28(6):363-70.
35. Elliott MN, Zaslavsky AM, Goldstein E, et al. Effects of survey mode, patient mix, and nonresponse on CAHPS hospital survey scores. *Health Serv Res.* 2009; 44(2 Pt 1):501-18.
36. Rodriguez HP, von Glahn T, Rogers WH, et al. Evaluating patients' experiences with individual physicians: a randomized trial of mail, internet, and interactive voice response telephone administration of surveys. *Med Care.* 2006; 44(2):167-74.
37. Gribble RK, Haupt C. Quantitative and qualitative differences between handout and mailed patient satisfaction surveys. *Med Care.* 2005; 43 (3):276-81.
38. Han de Vries, ME., Kimberly AH., Keller San D , Hays RD. Equivalence of Mail and Telephone Responses to the CAHPS® Hospital Survey. *Health Serv Res.* 2005; 40(6 Pt 2): 2120–2139.

a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires

e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

39. Smeeth L, Fletcher AE, Stirling S, et al. Randomised comparison of three methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC trial of the assessment and management of older people in the community. *BMJ*. 2001; 323(7326):1403-7.
40. Paolo AM, Bonaminio GA, Gibson C, et al. Response rate comparisons of e-mail- and mail-distributed student evaluations. *Teach Learn Med*. 2000; 12(2):81-4.
41. Anastario MP, Rodriguez HP, Gallagher PM, et al. A randomized trial comparing mail versus in-office distribution of the CAHPS Clinician and Group Survey. *Health Serv Res*. 2010; 45(5 Pt 1):1345-59.
42. Edgman-Levitan S, Brown J, Floyd JF Jr, et al. Feedback Loop: Testing a Patient Experience Survey in the Safety Net. California HealthCare Foundation. 2011. Disponible en: <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-FeedbackLoopTestingPatientExperienceSurvey.pdf>
43. Gallagher PM, Floyd JF Jr, Stringfellow VL. The Nature of Nonresponse in a Medicaid Survey: Causes and Consequences. *J. Off. Stat.* 2005; 21 (1): 73-87.

Texto recibido: 28 de agosto de 2024

Aprobado: 10 de diciembre de 2024

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Forma de citar: García Munitis P, Fernández N, Arrúa M, et al. Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2024; 66 (295):328-349

-
- a. Médico pediatra. Área de Docencia e Investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - b. Médica pediatra. Servicio de pediatría y área de docencia e investigación, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - c. Médico pediatra. Jefe de servicio de Pediatría, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - d. Médico pediatra. Director Asociado, Hospital Subzonal Especializado Elina de la Serna de Montes de Oca, La Plata, Provincia de Buenos Aires
 - e. Especialista en Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud, Magíster en Investigación Clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: natifer839@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Financiación: Beca de investigación Julieta Lantieri otorgada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

A propósito de un caso

Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso

Acute cholestasis and facial nerve palsy as initial presentation of Kawasaki Disease. A case report

Magalí González Soto^a, Amanda Saucedo^b, Sol Carabelli^c, Natalia González^d

Resumen

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda multisistémica de arterias de mediano y pequeño calibre, que afecta mayormente a niños menores de 5 años en el 80 % de los casos. El diagnóstico es clínico, con formas completas, incompletas y atípicas siendo estas dos últimas un reto diagnóstico para el pediatra. La hepatitis colestásica y la parálisis facial periférica son hallazgos infrecuentes que pueden llevar a error diagnóstico y retraso del tratamiento. Se presenta el caso de una paciente de 2 años de edad, que se interna por síndrome febril asociado a hepatitis colestásica aguda y parálisis facial, y durante su internación desarrolla un patrón clínico típico de Enfermedad de Kawasaki.

Palabras clave: colestasis, enfermedad de Kawasaki refractaria, parálisis facial periférica

Abstract

Kawasaki disease (KD) is a systemic vasculitis of small and medium-sized arteries, which mainly affects children under 5 years of age in 80% of cases. The diagnosis is clinical, with complete, incomplete and atypical forms, the latter two being a diagnostic challenge for the pediatrician. Cholestatic hepatitis and peripheral facial paralysis are rare findings that can lead to diagnostic error and delay in treatment. We present the case of a 2-year-old patient, who was admitted for febrile syndrome associated with acute cholestatic hepatitis and peripheral facial palsy, and during hospitalization developed a clinical pattern typical of Kawasaki disease.

Key words: cholestasis, refractory Kawasaki disease, peripheral facial paralysis

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes de la infancia. Aunque la etiología permanece desconocida, se postula que algún agente infeccioso, predominantemente viral, desencadena en individuos genéticamente predispuestos una respuesta inflamatoria sistémica que caracteriza la enfermedad. Si bien es más frecuente en la etnia oriental, se han reportado casos en poblaciones de todo el mundo.¹ Su mayor incidencia es en Japón con 264.8 casos cada 100 000 niños menores de 5 años.² En nuestro país,

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

como ocurre en toda Latinoamérica su incidencia es notablemente menor y se estima en 4 casos cada 100 000 consultas.³ El 80% de afectados son menores de 5 años, con una edad media de 36 meses en población no oriental, con una relación varón/mujer 1,5-2/1. La mortalidad es menor al 0,1%, y la morbimortalidad está relacionada principalmente al compromiso cardíaco y/o coronario.¹

La forma más frecuente de presentación es la forma típica o completa, con los criterios establecidos por el Dr. Tomikasu Kawasaki (ver tabla 1). Todos los pacientes con criterios clínicos deben iniciar el tratamiento con gammaglobulina en el tiempo y forma recomendados, ya que reduce el riesgo de alteraciones coronarias (Clase I, nivel de evidencia A).² La hepatitis colestásica y la parálisis facial periférica son hallazgos infrecuentes en esta patología, y pueden retrasar el tratamiento al no ser pensados como criterios diagnósticos de la enfermedad.

Se presenta el caso de una paciente de 2 años de edad, que se interna por síndrome febril, hepatitis colestásica aguda y parálisis facial que durante su internación desarrolla una Enfermedad de Kawasaki típica.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la enfermedad de Kawasaki y hallazgos clínicos de la paciente

Hallazgos clínicos descritos en la enfermedad de Kawasaki	Hallazgos clínicos en el caso presentado
Criterios principales	
Fiebre persistente al menos 5 días	X
Inyección conjuntival bilateral sin exudado.	X
Cambios en las extremidades	X
Cambios en la piel	X
Cambios en los labios y cavidad oral	X
Adenopatía cervical aguda y no purulenta	-
Criterios asociados	
Aparato cardiovascular	X Taquicardia sinusal
Aparato digestivo	X Hepatitis colestásica
Aparato genitourinario	X Piuria estéril
Aparato respiratorio	-
Aparato osteoarticular	-
Sistema nervioso central	X Irritabilidad, parálisis facial
Reactivación cicatriz BCG	-

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Caso clínico

Paciente femenina de 2 años y 3 meses de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, consultó por síndrome febril de 24 horas de evolución, dolor abdominal y vómitos. Ante la sospecha de infección urinaria se realizó estudio de laboratorio de orina completa con sedimento inflamatorio y se indicó tratamiento con cefalexina.

A las 48 horas, por persistencia de la fiebre consulta nuevamente. Se encontraba en regular estado general, febril, irritable, taquicárdica con 150 latidos por minuto. Presentaba rash morbiliforme no pruriginoso en tronco y extremidades, fauces congestivas, sutil asimetría facial con borramiento de surco nasogeniano derecho y signo de Bell positivo homolateral, hallazgos compatibles con parálisis facial periférica. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias.

Al interrogatorio dirigido, la madre refiere una deposición hipocólica aislada el día previo. Se realizan estudios hematológicos de laboratorio donde se constata leucocitosis con neutrofilia, anemia leve, plaquetas normales, reactantes de fase aguda elevados, hepatograma alterado con patrón colestásico, y aumento de transaminasas, coagulograma alterado con disminución del tiempo de protrombina e hiponatremia leve y orina completa con leucocituria y piuria. (Ver Tabla 2)

La ecografía abdominal no presenta hallazgos patológicos y es negativo el test rápido para estreptococo β hemolítico Grupo A. Se decide la internación de la paciente para ampliar estudios y se indica tratamiento con ácido ursodesoxicólico y vitamina K.

Ante los hallazgos de hepatitis colestásica, en una paciente febril y en regular estado general, se practican hemocultivos x2, urocultivo y se indica cefotaxime, que suspende posteriormente con cultivos negativos. Resultaron negativas las serologías virales, panel de virus respiratorios y antígeno NS1. Los estudios de laboratorio inmunológico dieron resultados dentro de límites normales y anticuerpos para hepatitis autoinmune negativos, con dosaje de α 1-AT normal. Se descartan causas toxicológicas mediante un interrogatorio exhaustivo.

Por presentar taquicardia sostenida desde el ingreso, se realizó ECG, donde se observa taquicardia sinusal; ecocardiograma y radiografía de tórax dentro de parámetros normales.

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Tabla 2. Valores de laboratorio al ingreso y al quinto día desde el inicio del cuadro.

Parámetro	Valor al ingreso	Valor al quinto día desde el inicio del cuadro
Glóbulos blancos	GB 9 900/mm ³ (neutrófilos segmentados 88%)	9 800/mm ³ (neutrófilos segmentados 70%)
Hemoglobina	10.9 g/dl	9,9 g/dl
Plaquetas	326 000/mm ³	217 000/mm ³
Proteína C reactiva (PCR)	56 mg/L	92 mg/L
Bilirrubina total	3,4 mg/dl	1,86 mg/dl
Bilirrubina directa	3 mg/dl	1,65 mg/dl
Gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT)	196 UI/L	321 UI/L
Glutamato-piruvato transaminasa (GPT)	198 UI/L	164 UI/L
Transaminasa glutámico-oxalacética (GOT)	168 UI/L	160 UI/L
Proteínas totales	6,4 g/dl	4,9 g/dl
Albúmina	3,4 g/dl	2.7 g/dl
Tiempo de protrombina (TP)	52%	-
Natremia	133 meq/L	133 meq/L
Pro-BNP	-	5656 pg/ml

Al tercer día de internación (quinto día desde el inicio del cuadro) persistía febril, taquicárdica, y agrega enantema con queilitis y lengua aframbuesada, inyección conjuntival bilateral no purulenta, y eritema palmoplantar. Se realizan nuevos estudios de laboratorio donde se observa PCR en aumento, hemoglobina disminuida respecto a previa, hipoalbuminemia, hiponatremia, Pro-BNP aumentado y sedimento urinario con persistencia de piuria estéril. (Ver Tabla 2). Se solicita ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Por cumplir con criterios de enfermedad de Kawasaki típica se indica tratamiento con gammaglobulina endovenosa a 2 gr/kg y ácido acetil salicílico (AAS) a 80mg/kg/día.

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Debido a la persistencia de fiebre, a las 48 horas de administrada la gammaglobulina se asume como no respondedora a esa primera dosis, por lo que luego de realizar nuevo ecocardiograma en el que no se evidencian alteraciones coronarias, se indica una segunda infusión de gammaglobulina a igual dosis.

La paciente evolucionó favorablemente, con resolución del síndrome febril, mejoría de los signos clínicos y del laboratorio, con descenso de parámetros inflamatorios (PCR 38 mg/dl) y del pro-BNP (304 pg/ml), descenso de transaminasas con normalización de la bilirrubina. La parálisis facial evolucionó hacia la resolución casi completa luego del tratamiento. A los 11 días de evolución se evidencia en el hemograma hemoglobina en ascenso con un valor de 10.3 g/dl y trombocitosis de 900 000 g/dl, coincidente con la fase subaguda de la enfermedad, con lo cual se indica doble terapia antiagregante, con AAS y clopidogrel. La paciente continuó seguimiento ambulatorio con controles clínicos y cardiológicos, con suspensión del tratamiento antiagregante a los dos meses post internación, al presentar ecocardiogramas normales.

Discusión

La EK es una vasculitis febril aguda, multisistémica y autolimitada que constituye la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en países desarrollados.¹

Se desarrolla en tres fases: etapa aguda (1 a 12 días) comienza desde el primer día de fiebre, se observan las manifestaciones clínicas de la enfermedad y laboratorio con reactantes de fase aguda elevados; la etapa subaguda (12 a 45 días), se caracteriza por la mejoría de los síntomas clínicos y descamación en los dedos de manos y pies, con normalización de los parámetros inflamatorios y elevación del recuento plaquetario. Por último, en la etapa de convalecencia (45-60 días) se normaliza el laboratorio y se evidencian las eventuales secuelas.^{1,2}

Los pacientes pueden presentarse como casos clínicos completos o típicos, incompletos o atípicos. Las formas incompletas y/o atípicas requieren un alto índice de sospecha. Los casos incompletos deben considerarse en niños con fiebre inexplicable que cumple menos 4 criterios diagnósticos principales, y que presentan un laboratorio y electrocardiograma y/o ecocardiograma compatible, se recomienda el seguimiento con algoritmo diagnóstico.^{1,2} Las presentaciones atípicas incluyen síndrome febril prolongado como única manifestación, sín-

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

drome urémico hemolítico, abdomen agudo, trombocitopenia aislada, siempre con compromiso cardíaco y/o coronario.¹ El retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento, aumentan el riesgo de compromiso coronario y/o cardíaco, que constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.²

La ictericia colestática y la parálisis facial son manifestaciones iniciales poco frecuentes, en la paciente presentada fueron apareciendo las características clínicas típicas de la enfermedad en los días siguientes durante la evolución, lo que permitió el diagnóstico y la indicación del tratamiento de forma oportuna.

En la bibliografía en casos como la paciente presentada, se describen diagnósticos de abdomen agudo (apendicitis o colelitiasis aguda) que requirieron cirugía, retrasando el diagnóstico y aumentando el compromiso coronario.³

La fisiopatología del compromiso hepático, de la vía biliar y la colestasis se podría deber a que la vasculitis se desarrolla no sólo a nivel de las arterias coronarias, sino que además involucra arterias abdominales y existe evidencia de lesión inflamatoria y proliferativa de la vía biliar.^{4,5} Se describió vasculitis en el hígado en 6 de 37 pacientes con diagnóstico de EK a los que se les realizó autopsia.⁶

La parálisis facial periférica es una manifestación neurológica infrecuente de EK. La incidencia de parálisis del nervio facial es de 0,9 a 1,3%; suele ser unilateral, transitoria, más frecuente en el lado izquierdo y aparentemente asociada con alteraciones coronarias,⁷ que no ocurrió en esta paciente. Hasta la fecha, se han descrito alrededor de 50 casos de lactantes con parálisis facial periférica asociada a EK.⁸ Aunque esta puede desarrollarse en cualquier momento de la EK, se estima que su inicio ocurre, en promedio, en el día 16 de la enfermedad.⁹ La paciente, particularmente, presentó este hallazgo desde el inicio del cuadro, a diferencia de la mayoría de los casos reportados en la literatura.

La parálisis facial puede sugerir una carga inflamatoria significativa, lo que lleva a una mayor incidencia de aneurismas de las arterias coronarias. Se plantea la hipótesis de que la vasculitis isquémica de las arterias que irrigan el nervio facial y los mecanismos inflamatorios contribuyen a esta disfunción del nervio.⁹

Alves y colaboradores informaron en un estudio prospectivo, una incidencia de afectación del sistema nervioso central que oscilaba entre el 1,1% y el 3,7%, las manifestaciones

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

informadas incluyeron ataxia, parálisis facial periférica y pérdida auditiva neurosensorial.⁷

La irritabilidad observada en los niños con EK, es un criterio asociado presente en el 90% de los casos, relacionada con la vasculitis inflamatoria del sistema nervioso central.⁶ Esta paciente presentó marcada irritabilidad, que fue mejorando con el correr de los días, acompañando el descenso de los parámetros inflamatorios.

El tratamiento de primera línea es la gammaglobulina intravenosa (IVIG), en dosis de 2 g/kg de peso en una sola infusión; su objetivo principal en la etapa aguda es regular la inflamación sistémica y disminuir el riesgo de desarrollo de aneurismas coronarios. Una revisión sistemática Cochrane concluye que la IVIG está indicada en la EK típica, incompleta y atípica.¹⁰

Aproximadamente el 10% al 20% de los pacientes con EK son no respondedores o refractarios al tratamiento inicial con IVIG, definido como persistencia o reaparición de la fiebre al menos 36 horas posteriores de finalizada la infusión de IVIG.²

Varios estudios comparan diferentes parámetros bioquímicos predictores de refractariedad al tratamiento inicial con gammaglobulina. Eladawy y col. describen que la resistencia a la gammaglobulina fue significativamente más común en los pacientes que se presentaban al inicio con alteraciones en el hepatograma, niveles altos de PCR y de bilirrubina,⁴ como ocurrió con esta paciente.

Los scores de riesgo para predecir resistencia a la gammaglobulina como los descriptos por Kobayashi, Sano y Egami se consideran útiles en Japón, pero mostraron menor correlación en poblaciones no japonesas.¹¹ Los factores genéticos y las diferencias raciales también pueden provocar variabilidad en los síntomas clínicos y los parámetros de laboratorio, lo que dificulta la aplicación de estos modelos predictivos a otras poblaciones.¹²

Según la escala de Kobayashi, la paciente presentaba una puntuación de 6 ($AST \geq 100$ UI/L - $Sodio \leq 133$ mmol/L - $PCR \geq 10$ mg/dL - $Plaquetas \leq 300\,000$ mil/mm³), lo que la clasifica como de alto riesgo de resistencia sin bien respondió a la segunda dosis de gammaglobulina.

En resumen, esta paciente presentó al comienzo de su cuadro clínico signos poco frecuentes como son la parálisis facial y la ictericia colestática, lo que significó un desafío diagnóstico que se resolvió con el seguimiento clínico sistemático y la aparición de los signos

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

típicos en el transcurso de la enfermedad. La presentación de este caso intenta demostrar la importancia de considerar precozmente la sospecha diagnóstica de la EK y sus distintas formas de presentación, para lograr un tratamiento temprano y efectivo.

Tabla 3. Score de riesgo de resistencia a IGIV

Score de Kobashayi	Paciente
Na $\leq$ 133 (2 puntos)	2
$\leq$ 4 días de enfermedad (2 puntos)	0
Edad $\leq$ 12 meses (1 punto)	0
ALT $>$ 100 U/l (2 puntos)	2
Plaquetas $\leq$ 300.000/l (1 punto)	1
PCR $\geq$ 10 (1 punto)	1
Neutrófilos $\geq$ 80% (2 puntos)	0
Total puntos:	6 (Alto riesgo)

Bibliografía

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and long term management of Kawasaki Disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135(17), e927-e930.
2. Vainstein E, Baleani S. Enfermedad de Kawasaki: criterios de diagnóstico y tratamiento. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2022; 64(287):198-209.
3. Urrutia L, Roccatagliata G, Pierini A. Enfermedad de Kawasaki. Paganini H. *Infectología Pediátrica*. 1º ed. Editorial Científica Interamericana 2007. Págs 285-292.
4. ElAdawy M, Dominguez SR, Anderson MS, et al. Abnormal liver panel in acute Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2011; 30(2):141-4. doi: 10.1097/INF.0b013e3181f6fe2a.
5. Valentini P, Ausili E, Schiavino A, et al. Acute cholestasis: atypical onset of Kawasaki disease. *Dig Liver Dis*. 2008; 40(7):582-4. doi: 10.1016/j.dld.2007.10.010.
6. Kuniyoshi Y, Tsujimoto Y, Banno M, et al. Prediction Models for Intravenous Immunoglobulin Resistance in Kawasaki Disease: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2023; 151(5):e2022059175. doi: 10.1542/peds.2022-059175
7. Amano S, Hazama F, Hamashima Y. Pathology of Kawasaki disease: II. Distribution and incidence of the vascular lesions. *Jpn Circ J*. 1979; 43(8):741-8.
8. Alves NR, Magalhães CM, Almeida Rde F, et al. Prospective study of Kawasaki disease complications: review of 115 cases. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2011; 57(3):295-300.
9. Maglione M, Barlabà A, Grieco M, et al. Incomplete Kawasaki Disease with Peripheral Facial Nerve Palsy and Lung Nodules: A Case Report and Literature Review. *Children* 2023; 10 (4): 679. <https://doi.org/10.3390/children10040679>
10. Stowe RC. Facial nerve palsy, Kawasaki disease, and coronary artery aneurysm. *Eur J Paediatr Neurol*. 2015; 19(5):607-9. doi: 10.1016/j.ejpn.2015.05.010.

a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG

b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG

c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.

d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

11. Oates-Whitehead RM, Baumer JH, Haines L, et al. Intravenous immunoglobulin for the treatment of Kawasaki disease in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 2003(4):CD004000. doi: 10.1002/14651858.CD004000
12. Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Cardiología. Enfermedad de Kawasaki: Consenso interdisciplinario e intersociedades (guía práctica clínica). Versión abreviada. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(4):385-90. doi: 10.5546/aap.2016.385
13. Sleeper LA, Minich LL, McCrindle BM, et al. Evaluation of Kawasaki disease risk-scoring systems for intravenous immunoglobulin resistance. *J Pediatr.* 2011;158:831–835.e3
14. Son MBF, Gauvreau K, Tremoulet AH, et al. Risk Model Development and Validation for Prediction of Coronary Artery Aneurysms in Kawasaki Disease in a North American Population. *J Am Heart Assoc.* 2019; 8 (11):e011319.

Texto recibido: 8 de setiembre de 2024

Aprobado: 19 de diciembre de 2024

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: González M, Saucedo A, Carabelli, S, et. al.
Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de
Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (295):350-358

-
- a. Médica residente de tercer año de clínica pediátrica, HNRG
 - b. Médica residente de cuarto año de clínica pediátrica, HNRG
 - c. Médica pediatra. Residente de psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires.
 - d. Médica pediatra. Médica de planta de Unidad 4, HNRG

Correspondencia: amandabsaucedo20@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería – Parte 1

XXXIII Conference of the "Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital, XIII Nursing Conference - Part 1

Edición Silvia Baleani^a, Mónica García Barthe^b

La semana del 14 al 18 de octubre de 2024 se realizaron las XXXIII Jornadas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y XIII Jornadas de Enfermería. En el marco de las jornadas se presentaron más de 160 trabajos libres en forma de posters y comunicaciones orales. También se postularon cinco trabajos para premio, que fueron evaluados por el jurado compuesto por los Dres. Alicia Fayad, Jaime Altcheh, Ariel Cheistwer y Ezequiel Monteverde.

Los trabajos premiados fueron:

Características de pacientes con leucemia linfoblástica aguda tratados en un centro pediátrico (Primer Premio). Autores: González Palumbo SS, Castro Silvera LM, Ferraro CL, Prada SS, Guiñazu K, Gaillard MI y Soria ME.

Eficiencia diagnóstica del cortisol salival matutino en la evaluación de la recuperación del eje adrenal en niños con indicación de suspender un tratamiento corticoideo prolongado. (Premio Accésit). Autores: Gil MR, Daga L, Rodríguez ME, Debernardi Santillán C, Rosenbrock S, Demarchi V, Ambao V, Arcari A, Ropelato MG, Freire A y Ballerini MG.

A continuación, incluimos la primera parte de los resúmenes de los trabajos presentados:

Trabajos seleccionados para presentación a Premio

O-056. Eficiencia diagnóstica del cortisol salival matutino en la evaluación de la recuperación del eje adrenal en niños con indicación de suspender un tratamiento corticoideo prolongado

Gil MR⁽¹⁾, Daga L⁽¹⁾, Rodríguez ME⁽¹⁾, Debernardi Santillán C⁽¹⁾, Rosenbrock S⁽¹⁾, Demarchi V⁽¹⁾, Ambao V⁽¹⁾, Arcari A⁽¹⁾, Ropelato MG⁽¹⁾, Freire A⁽¹⁾, Ballerini MG.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Endocrinología infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La suspensión definitiva de la terapia con glucocorticoides (GC) prolongada (TCP) requiere evaluar la reactivación del eje adrenal mediante la medición de cortisol sérico. En un estudio previo demostramos que la medición de cortisol salival matutino (CSm) $\geq 5,0$ nmol/L confirma la reactivación del eje adrenal con una eficiencia diagnóstica (ED) del 73%, con la ventaja adicional de ser una muestra menos invasiva. En ese estudio, un 25% de pacientes presentaron resultados falsos negativos (FN), y un 1,8% resultados falsos positivos (FP), lo cual puede deberse a errores preanalíticos en la toma de muestra. **Objetivos:** Determinar si la implementación de cambios preanalíticos en la

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

obtención de la saliva incrementa la ED del CSm en niños que recibieron TCP. **Métodos:** Estudio de validación diagnóstica (Aprobación C.E.I.22.09). Se incluyeron niños que recibieron TCP por >4 semanas, derivados para evaluación del eje adrenal previo suspensión (tamaño muestral= 40). Se programó el descenso hasta llegar a dosis fisiológica que se mantuvo 1 mes. Con interrupción transitoria por 48 hs, se recolectaron 2 muestras de saliva independientes previo enjuague bucal con agua, una antes y otra después de la extracción de sangre para la medición de cortisol sérico (F). El F y el CSm se midieron por electroquimioluminiscencia. Una concentración de $F \geq 193$ nmol/L fue considerada normal de acuerdo con referencia previa. La ED del CSm fue determinada mediante curva ROC, evaluando sensibilidad, especificidad, VPP y VPN y sus IC95% correspondientes. **Resultados:** Participaron del estudio 45 niños (media $\pm$ DE: 11,5 $\pm$ 4,1 años). Se analizaron 52 muestras independientes. El CSm correlacionó con el F ($r = 0,71$, $p < 0,0001$). Se observó recuperación del eje en 33 niños, falta de recuperación en 19. El valor de corte óptimo para CSm fue $\geq 4,1$ nmol/L (ED: 86%), con solo 7 resultados FN (13%) y ningún FP. Se alcanzó una sensibilidad de 0,78 (0,62-0,89), especificidad de 1,0 (0,83-1,0), VPP: 1,0 (0,87-1,0), VPN: 0,73 (0,5-0,86). **Conclusión:** Las medidas preanalíticas implementadas permitieron mejorar la ED. Un CSm $\geq 4,1$ nmol/L constituye un biomarcador no invasivo confiable para confirmar la recuperación del eje adrenal luego del TCP en niños, con una eficiencia diagnóstica del 86%.

O-088. Impacto clínico y eficiencia del proceso de diagnóstico genómico de 1084 casos en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

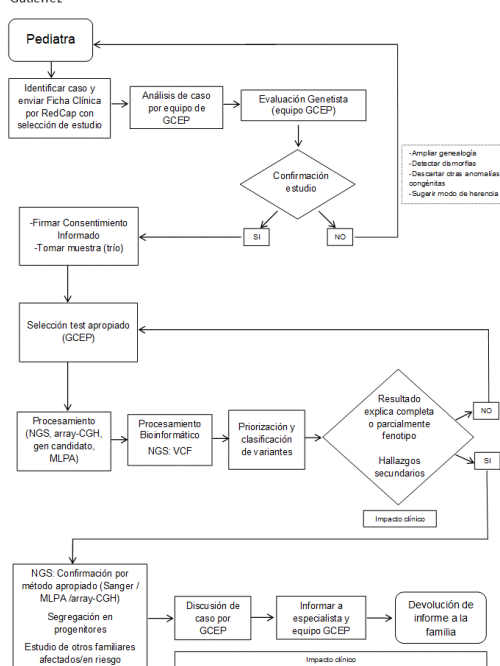
Scaglia PA^(1,2), Esnaola Azcoiti M^(1,2), Casali B^(1,2), Villegas F⁽³⁾, Armando R⁽³⁾, Izquierdo A^(1,2), Correa Brito L⁽²⁾, Maier M^(3,4), Fernández MdC⁽³⁾, Szlagó M⁽⁴⁾, Rosenbrock S⁽²⁾, Raffo D⁽²⁾, Boywitt A⁽²⁾, Sansó GE⁽²⁾, Rozental S⁽²⁾, Riesco AS⁽¹⁾, De Bellis R⁽²⁾, Arcari A⁽²⁾, Bergadá I⁽²⁾, Arberas C⁽³⁾, Rey RA^(1,2), Ropelato MG^(1,2)

⁽¹⁾Unidad de Medicina Traslacional, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE) CONICET, – FEI – División de Endocrinología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Sección Genética Médica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽⁴⁾Sección Enfermedades Raras, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las técnicas de secuenciación masiva de nueva generación (NGS) y de array-CGH han mejorado el diagnóstico etiopatogénico de diversas enfermedades genéticas de la infancia. **Objetivo:** Evaluar el impacto clínico y la eficiencia del diagnóstico genómico de enfermedades pediátricas en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG). **Materiales y métodos:** Se formó un equipo interdisciplinario de Genómica Clínica de Enfermedades Pediátricas (GCEP) y se gestionó el proyecto en RedCap. Se incluyeron niños (0-18 años) con sospecha de enfermedades genéticas (marzo 2018 - junio 2024). Los estudios se realizaron en muestras de ADN del caso índice y sus progenitores en la Unidad de Medicina Traslacional. Se utilizó NGS para variantes de secuencia (panel de diseño propio-369 genes, exoma clínico y exoma completo) y array-CGH para las variantes en el número de copias del genoma (CNVs). Las variantes se clasificaron según recomendaciones ACMG. Se consideraron positivos los casos con variantes patogénicas o probablemente patogénicas que pudieran explicar el fenotipo. Se realizaron estudios de confirmación y segregación en los progenitores y familiares afectados o en riesgo. Se calculó la eficiencia diagnóstica (ED) como la proporción de casos positivos sobre el total. **Resultados:** El GCEP diseñó e implementó un flujograma (figura) y procedimientos

Figura: Flujograma proceso de diagnóstico genómico implementado en el Hospital Gutiérrez



a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

operativos para el diagnóstico genómico. Se incluyeron 1084 casos índices, 855 procesados hasta el momento (480 NGS, 375 array-CGH). El 70% tuvo consulta genética clínica. La ED global de array-CGH fue 17% y la de NGS 44% (tabla). El 35% de las variantes fueron novedades, y en el 20% de los casos los genes priorizados por NGS no se sospecharon inicialmente. El proceso de diagnóstico genómico permitió dar respuesta a 596 familias en 336 días (mediana), con una odisea diagnóstica de 7 años. **Conclusión:** La consolidación en el ámbito hospitalario de un equipo de trabajo interdisciplinario que aborda cada etapa del proceso de diagnóstico genómico desde la caracterización clínica detallada, el planteo de la hipótesis diagnóstica, el procesamiento de las muestras y el análisis de los resultados permitió alcanzar una eficiencia diagnóstica que coincide con los estándares internacionales. La devolución y el asesoramiento genético se tradujeron en pronósticos, tratamientos y seguimientos más precisos y eficaces.

Tabla: Eficiencia Diagnóstica (casos positivos/total de casos) para la técnica NGS.

Patología	Nº Casos	Positivos (%) = ED	No concluyentes (%)	Negativos (%)
Endocrinopatías	178	37	6	57
Síndromes genéticos	114	54	14	32
Metabolismo	46	61	7	32
RA Sopa	33	82	3	15
Inmunología	32	13	0	87
Hematología	22	32	9	59
Nefrología	18	28	6	66
Respiratorio	12	33	17	50
Otros	27	55	0	45
Total casos procesados	480	44	7	49

Positivo: Variantes patogénicas o probablemente patogénicas en genes que explican el cuadro clínico.

No concluyente: Variantes de significado incierto (VUS) en algún gen que explica el cuadro clínico, una sola variante patogénica en un gen implicado en enfermedad con herencia autosómica recesiva, predicción de CNV por NGS aún no confirmada.

Negativo: Sin variantes patogénicas, probablemente patogénicas o VUS en ninguno de los genes candidatos propuestos ni en otros genes que pudieran asociarse el cuadro clínico.

O-142. Disfunción ovárica en niñas y adolescentes al diagnóstico de enfermedades oncohematológicas

Lopez Dacal J⁽²⁾, Prada S⁽¹⁾, Arcari A⁽²⁾, Gryngarten M⁽²⁾, Freire A⁽²⁾, Ropelato MG⁽²⁾, Ballerini MG⁽²⁾, Rodriguez ME⁽²⁾, Gutiérrez M⁽¹⁾, Morán L⁽¹⁾, Ferraro C⁽¹⁾, Soria M⁽¹⁾, Bedecarrás PV⁽²⁾, Drelichman G⁽¹⁾, Aversa L⁽¹⁾, Bergadá I⁽²⁾, Rey R⁽²⁾, Grinspon R⁽²⁾.

⁽¹⁾División de Hematología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE) CONICET, – FEI – División de Endocrinología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las enfermedades oncohematológicas representan el cáncer más frecuente en pediatría. Poco se sabe sobre la función de los folículos ováricos pequeños en este grupo de pacientes. La hormona antimülleriana (AMH) es un marcador indirecto de la reserva de folículos ováricos pequeños.

Objetivo: Determinar el estado de los folículos ováricos pequeños al diagnóstico y después de 3 meses de quimioterapia.

Materiales y métodos: estudio de cohorte prospectivo que incluyó a niñas con leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mieloide aguda (LMA) o linfoma no Hodgkin (LNH). Se midió la AMH sérica al diagnóstico y luego de 3 meses de quimioterapia. Secundariamente, se analizaron los niveles de FSH. Los resultados se analizaron según la etapa puberal y expresaron como mediana (rango).

Resultados: Se incluyeron 82 niñas, con una edad de 6,9 años (0,2-15,7); 53 (64,6%) eran prepuberales al momento del diagnóstico. El 63,4% de las niñas tenían LLA, el 20,7% LMA y el 15,9% LNH. Las niñas puberales recibieron tratamiento con análogo de GnRH (GnRHa). En niñas prepuberales, la AMH basal fue de 8,5 pmol/L (1,2-23,0), y 13/53 (24,5%) tenían niveles por debajo del percentil 3, siendo las niñas con LLA el grupo más afectado. A los 3 meses de quimioterapia, la AMH disminuyó a

	AMH al diagnóstico		AMH a los 3 meses	
	pmol/L mediana (rango)	<3 ^{er} percentil n (%)	pmol/L mediana (rango)	<3 ^{er} percentil n (%)
Prepuberales				
Todas (n=53)	8,5 (1,2-55,0)	13 (24,5)	4,9 (1,2-38,0)	25 (47,2)
LLA (n=36)	8,4 (1,2-55,0)	10 (27,8)	7,65 (1,2-38,0)	10 (27,8)
LMA (n=8)	11,45 (2,0-32,0)	2 (25,0)	2,5 (1,2-4,2)	8 (100)
LNH (n=9)	13,8 (1,2-55,0)	1 (11,1)	2,5 (1,2-32,6)	7 (77,7)
Puberales				
Todas (n=29)	16,9 (1,2-80,0)	3 (10,3)	5,4 (1,2-48,0)	11 (37,9)
LLA (n=16)	14,2 (2,6-80,0)	1 (6,3)	7,25 (3,0-48,0)	2 (12,5)
LMA (n=9)	19,0 (1,2-35,0)	2 (22,2)	3,0 (1,2-7,0)	7 (77,7)
LNH (n=4)	14,95 (5,4-30,3)	0 (0,0)	6,6 (1,2-14,4)	2 (50,0)

Valores de referencia <18 años, mediana (percentil 3-97): 18,1 (4,2-55,6) pmol/L

- a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

4,9 (1,2-38,0), con valores bajos en el 50,9%. En niñas puberales, la AMH basal fue de 16,9 pmol/L (1,2-80,0), y 3/29 (10,3%) tenían AMH por debajo del percentil 3. A los 3 meses de quimioterapia la AMH disminuyó a 5,4 (1,2-48,0), con valores bajos en el 27,6% de las niñas, viéndose más afectadas las niñas con LLA. Al diagnóstico, los niveles de FSH estuvieron dentro del rango normal en niñas prepuberales y puberales. A los 3 meses se evidenció un ligero aumento en niñas prepuberales, sin observarse cambios valorables en niñas puberales tratadas con GnRHa. **Conclusión:** Las niñas prepuberales con enfermedad oncohematológica presentan una disfunción de los folículos ováricos pequeños al diagnóstico, que empeora a los 3 meses de quimioterapia. En pacientes puberales, la disfunción de folículos pequeños se observó en una baja proporción de casos y aumentó moderadamente a los 3 meses de tratamiento.

O-147. Función testicular en niños prepúberes con enfermedad oncohematológica durante y después de la quimioterapia: un estudio longitudinal, prospectivo

Lopez Dacal J⁽²⁾, Prada S⁽¹⁾, Brenzoni L⁽²⁾, Arozarena M⁽¹⁾, Ropelato MG⁽²⁾, Ballerini MG⁽²⁾, Rodríguez ME⁽²⁾, Soria M⁽¹⁾, Ferraro C⁽¹⁾, Bedecarrás P⁽²⁾, Drelichman G⁽¹⁾, Aversa L⁽¹⁾, Bergadá I⁽²⁾, Rey R⁽²⁾, Grinspon R⁽²⁾.

⁽¹⁾División de Hematología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE) CONICET, – FEI – División de Endocrinología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las enfermedades oncohematológicas representan la causa más frecuente de cáncer en pediatría. Sin embargo, hay poca información sobre el impacto de la enfermedad y la quimioterapia sobre la función testicular de niños prepuberales. **Objetivo:** Caracterizar la función testicular, mediante biomarcadores de las células de Sertoli, desde el diagnóstico hasta tres años después de la quimioterapia en niños con enfermedades oncohematológicas. **Materiales y métodos:** estudio longitudinal, prospectivo que incluyó a niños prepúberes con Leucemia Linfoblástica Aguda, Leucemia Mieloide Aguda o Linfoma no Hodgkin. Se evaluó el desarrollo puberal y los niveles séricos de AMH y FSH al diagnóstico, cada 3 meses durante la quimioterapia y cada 6 meses hasta 3 años post-tratamiento. Los valores hormonales se informan en score de desvío estándar (SDS) y rango intercuartil según edad y estadio puberal. **Resultados:** se incluyeron 49 niños prepúberes con una mediana de edad de 4,4 años (0,7; 10,1). Al diagnóstico, el 8,2% de los niños tuvieron AMH menor al percentilo 3, siendo el SDS de AMH de -0,39 (-0,82; +0,05), aumentando a +0,03 (-0,63; +1,10) tras 3 meses de quimioterapia (p=0,0006). Después de 9-12 meses de quimioterapia, la mediana de AMH se mantuvo entre 0 y +1, llegando a +0,70 (-0,27; +1,59) a los 3 años post-tratamiento. Durante el seguimiento, 13/49 pacientes iniciaron pubertad y el 69,2% de ellos tuvieron valores de AMH >2 SDS. El SDS de FSH fue de -0,70 (-1,03; -0,13) al diagnóstico, +0,17 (-0,60; +1,19) tras 3 meses de quimioterapia, y se mantuvo dentro de límites normales finalizando en -0,28 (-1,00; +0,33) a los 3 años post-tratamiento. Los niveles de FSH superaron el percentil 97 en 4-7% de los casos durante el tratamiento y en menos del 3% un año después. **Conclusión:** en niños prepúberes con enfermedades oncohematológicas, la función testicular está alterada al diagnóstico, pero se recupera en la mayoría después de 3 meses de quimioterapia y se mantiene dentro de los límites normales hasta 3 años post-tratamiento en la mayoría de los casos. La persistencia de valores elevados de AMH en un subgrupo de varones puberales podría reflejar una maduración testicular alterada.

Tiempo de extracción	AMH (SDS) mediana (rango intercuartil)	FSH (SDS) mediana (rango intercuartil)
Al diagnóstico	-0,39 (-0,86; +0,05)	-0,70 (-1,03; -0,13)
3 meses de QMT*	+0,03 (-0,63; +1,10)	+0,17 (-0,60; +1,19)
9-12 meses de QMT*	-0,09 (-0,56; +0,62)	-0,15 (-0,53; +0,79)
24 meses de QMT*	+0,57 (-0,20; +1,30)	-0,18 (-0,64; +0,94)
1 año post-QMT*	+0,86 (-0,14; +1,77)	-0,22 (-0,70; +0,18)
2 años post-QMT*	+0,83 (-0,15; +1,71)	-0,29 (-0,74; +0,24)
3 años post-QMT*	+0,70 (-0,27; +1,59)	-0,28 (-1,00; +0,33)

Valores expresados en scores de desvío estándar (SDS) por edad y estadio puberal *QMT: quimioterapia

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

O-177. Características de pacientes con leucemia linfoblástica aguda tratados en un centro pediátrico

González Palumbo SS⁽¹⁾, Castro Silvera LM⁽¹⁾, Ferraro CL⁽¹⁾, Prada SS⁽¹⁾, Guiñazu K⁽¹⁾, Gaillard MI⁽²⁾, Soria ME⁽¹⁾.

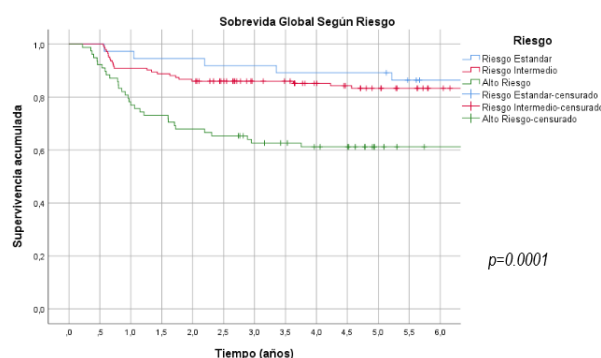
⁽¹⁾Servicio de Hematología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina, Buenos Aires. ⁽²⁾Servicio de Inmunología, Hospital de Niños Ricardo Gutierrez. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina, Argentina.

Introducción: Los avances en el tratamiento de pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) lograron, en países desarrollados, tasas de sobrevida cercanas al 90%, debido a tratamientos adecuados al riesgo y medidas de soporte que mejoraron la muerte en inducción (MI) a 0.2% y remisión completa (MRC) 2%. En países en desarrollo aún no se alcanzaron resultados similares. **Objetivos:** Evaluar características demográficas, hematológicas, sobrevida global (SG), sobrevida libre de eventos (SLE), MI, MRC y por progresión de enfermedad de pacientes pediátricos con LLA tratados con Protocolo GATLA-ALLIC 2010. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo y retrospectivo. Incluye pacientes de 1 a 18 años tratados con Protocolo GATLA 2010, del 1 junio 2010 al 1 julio de 2022. Excluidos pacientes con segundo tumor. Análisis estadístico: SPSS Statistics 26, análisis univarianza por chi cuadrado de Pearson. Sobrevida por Kaplan Meier. Significativa $p < 0.05$. **Resultados:** Evaluables 264p. $\bar{x}$ seguimiento: 6.3 años (r: 0.2-14años), $\bar{x}$ edad al diagnóstico 7.14 años (r: 1.04-17.8 años). Características de población Tabla 1. Tasa recaída/mortalidad: 18.2%/24.6%, SG a 5 años 76.0% y SLE 70.9%. Pacientes riesgo estándar (RE) presentaron SG a 60 meses: 0.89, riesgo intermedio (RI): 0.83 y alto riesgo (AR): 0.61 ($p < 0.0001$). Gráfico 1. Tasa de MI: 2.27% (p_6), por causa infecciosa el 66.6% (p_4). No se asoció MI con ninguna variable demográfica ni hematológica. La tasa de MRC fue 10.2% (p_{27}): 85% (p_{23}) de causa infecciosa. Fue estadísticamente significativa la asociación MRC con: AR ($p < 0.015$), mayores de 6 años ($p < 0.015$), SNC II ($p < 0.046$), citogenético no hiperdiploide ($p < 0.049$) y muerte post reinducción ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** Las características demográficas fueron similares a los publicados. La MI y la MRC fueron mayores. Hubo mayor incidencia de MRC en mayores de 6 años, SNC II, AR y en reinducción. Aunque las SLE, SG y las tasas de recaída han mejorado con respecto al protocolo 2002, la MI y la MRC son similares. Mejorando el soporte clínico lograremos disminuir la MI y MRC.

Tabla 1. Características de la población

Característica	n / %
Sexo n = 264	Femenino 98 (37.1%)
	Masculino 166 (62.9%)
Edad n = 264	1 a 6 años 137 (51.9%)
	≥ 6 años 127 (48.1%)
Rto de GB n = 264	< 20.000 173 (65.5%)
	20.000 - 100.000 58 (22.0%)
	> 100.000 33 (12.5%)
SNC n = 264	Status I 38 (14.4%)
	Status II 218 (82.6%)
	Status III 8 (3.0%)
Sme de Down n = 264	Si 12 (4.5%)
	No 252 (95.5%)
Riesgo n = 258	Estándar 37 (14.3%)
	Intermedio 143 (55.4%)
	Alto 78 (30.3%)
Fenotipo n = 264	B Común 193 (73.1%)
	Pre B 29 (11.0%)
	Pro B 4 (1.5%)
	T 37 (14.0%)
	Bifenotípica 1 (0.4%)
Citogenético n = 264	Euploide 113 (42.8%)
	Hiperdiploide 51 (19.3%)
	Hipodiploide 1 (0.4%)
	Pseudodiploide 48 (18.2%)
	Fracaso 51 (19.3%)
Biología Molecular n = 264	Negativo 181 (68.6%)
	E2A-PBX1 14 (5.3%)
	ETV6-RUNX1 38 (14.4%)
	KMT2A 3 (1.1%)
	BCR-ABL 10 (3.8%)
	Fracaso 18 (6.8%)

Gráfico 1. Sobrevida global según riesgo



- Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
- Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

Trabajos Científicos

P-006. Distonía aguda. Reporte de dos casos clínicos

Marin FB⁽¹⁾, Soma D⁽²⁾, Mora G⁽³⁾.

⁽¹⁾Unidad de Toxicología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽²⁾Pediatría, Hospital Álvarez. Buenos Aires, CABA. ⁽³⁾Pediatría, Hospital Houssay. Vicente López, Argentina.

Introducción: las distonías agudas son efectos adversos frecuentes asociados al uso de fármacos antipsicóticos y metoclopramida. Identificar clínicamente estas condiciones es fundamental, ya que hay tratamientos efectivos disponibles. **Objetivo:** se presentan dos casos de distonía aguda, de diferentes etiologías. **Desarrollo:** el mecanismo detrás de las distonías no está completamente elucidado. Sin embargo, se sugiere que es principalmente por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos, histaminérgicos y colinérgicos. Estas distonías se caracterizan por contracciones musculares, afectando los músculos del cuello y la cabeza, aunque en algunos casos también pueden afectar las extremidades. Las manifestaciones más comunes son tortícolis, protrusión de la lengua y crisis oculóginas. Generalmente, los síntomas se desarrollan pocas horas tras la administración del fármaco. Los factores de riesgo identificados incluyen sexo masculino, edad pediátrica y uso reciente de cocaína. El tratamiento habitual consiste en la administración de difenhidramina. **CASO 1:** Paciente masculino de 14 años que consultó por distonía muscular. Durante la evaluación, se le encontró alerta, con retrodesviación ocular, rigidez mandibular y distonía cervical. Su movilidad y sensibilidad en las extremidades estaban conservadas. Los síntomas iniciaron 24 horas antes, comenzando con contractura muscular. No tuvo respuesta a la administración de diazepam. Los exámenes complementarios, incluida una tomografía del SNC, resultaron normales, y el screening de drogas fue positivo para cocaína. Se inició tratamiento con difenhidramina endovenosa, logrando una mejoría significativa. El paciente reportó haber tomado dos comprimidos de trifluoperazina 48 horas antes. **CASO 2:** Paciente masculino de 5 años derivado por estrabismo izquierdo y alteración de la marcha. Al ingreso se observó alerta, con crisis oculóginas y lateralización cervical. Se encontraba cursando gastroenteritis por lo que su madre le había administrado metoclopramida en las 2 horas previas. Los análisis de laboratorio resultaron normales, y recibió difenhidramina logrando una respuesta clínica satisfactoria. **Conclusiones:** las distonías agudas son comunes en la práctica clínica. Es crucial recopilar información sobre el uso reciente de medicamentos, especialmente aquellos que afectan los receptores dopaminérgicos. La sospecha clínica es esencial, ya que estas distonías pueden simular episodios convulsivos, llevando a exámenes complementarios innecesarios. Afortunadamente, existe un tratamiento efectivo y accesible para esta condición.

P-011. Errores en las etapas del proceso de medicación en pacientes internados en el HNRG

Visco GM⁽¹⁾, Sanguinetti H⁽¹⁾, Badano B⁽¹⁾, Lagomarsino A⁽¹⁾, De Silvestri D⁽¹⁾, Salerno S⁽²⁾.

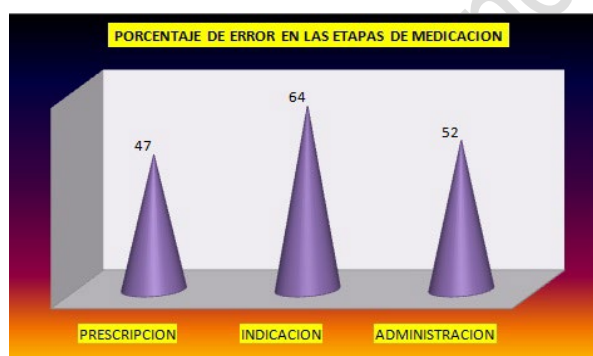
⁽¹⁾Arancelamiento, HNRG. CABA, Argentina. ⁽²⁾Departamento Técnico, HNRG. CABA, Argentina.

Introducción: las prácticas de medicación poco seguras y los errores de medicación son las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención de salud. A nivel mundial, el costo asociado a los errores de medicación se ha estimado en US\$42 000 millones anuales. Los errores pueden producirse en diferentes etapas del proceso de uso de la medicación, cuando las deficiencias de los sistemas de medicación y/o los factores humanos, como la fatiga, las malas condiciones ambientales o la escasez de personal, afectan a las prácticas de prescripción, transcripción, dispensación, administración, consecuentemente ocasionando daños graves, discapacidad e incluso la muerte. Es fundamental la intervención para abordar la frecuencia y el impacto de los errores de medicación. **Objetivo:** identificar errores en las etapas de administración de medicamentos excluidos, en pacientes internados, con el fin de proponer y accionar mecanismo de mejoras. **Materiales y métodos:** análisis transversal, descriptivo, retrospectivo de 100 historias clínicas seleccionadas en forma aleatoria, durante el período marzo-junio 2024, de pacientes internados. Se evaluaron hojas de evolución diaria, de indicaciones médicas y de enfermería. **Resultados:** se encontró coincidencias en el 21 % y discrepancias en el 79% en las diferentes etapas. El porcentaje de error en cada etapa analizada fue

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

de 47% en la prescripción, 64% en la indicación médica y 52% en la administración. Hallazgos: Falta hoja de indicaciones en SA.DO.FE. (Figura mismas indicaciones en las del día anterior) lo que ocasiona indicaciones tachadas y confusas. No figura el plan terapéutico en las evoluciones diarias. No coinciden las medicaciones indicadas con administradas. Hojas de enfermería faltantes. **Conclusiones:** este análisis pone en evidencia la importancia del trabajo coordinado del equipo de salud y la necesidad de garantizar procesos seguros en la práctica diaria. Para mejorar la calidad de éstos, sugerimos la redacción de normas y guías de procedimiento, para todas las fases de la medicación, asignar responsables tanto para la supervisión de H.C. como para la administración de medicamentos, y que todo acto prestacional relacionado quede registrado debidamente en la HC. Abreviaturas: HC: Historia Clínica- SA.DO.FE.: sábados, domingos y feriados



P-014. Nivel de conocimiento de los cuidadores de los niños/as internados sobre la prevención del síndrome urémico hemolítico (SUH)

Taddei, SA⁽¹⁾

⁽¹⁾Alimentación, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad endémica en nuestro país. En el Boletín Epidemiológico Nacional 2023 se registraron 159 casos. La infección por Escherichia coli Productor de toxina Shiga (STEC) es la principal causa de SUH (40 % de los casos), siendo Escherichia coli 0157:H7 el serotipo predominante. Afecta principalmente a niños menores de 5 años, y es la primera causa de insuficiencia renal aguda en edad pediátrica y la segunda de insuficiencia renal crónica; además es responsable del 20% de los trasplantes renales en niños y adolescentes. Por lo cual, es importante valorar el nivel de conocimiento de los cuidadores de los niños/as, sobre las prácticas higiénico-dietéticas y el SUH con el fin de realizar Educación Alimentaria Nutricional y colaborar en su prevención. **Objetivos:** Describir el nivel de conocimiento de los cuidadores de los niños/as internados sobre la prevención del SUH. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, realizado en las salas de internación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, durante el periodo marzo - junio 2024. Se incluyeron cuidadores de niños/as internados de 6 meses a 4 años 11 meses 30 días. Los datos se obtuvieron de encuestas dirigidas de elaboración propia. **Resultados:** De una muestra de 60 cuidadores, se obtuvo que un 74% tiene conocimientos del SUH. Con respecto a los hábitos higiénico-dietéticos: un 67% utiliza distintas tablas de corte. Solo el 33% realiza un correcto almacenamiento de la carne cruda en la heladera. En cuanto a los hábitos alimentarios, aproximadamente la mitad consumen carne picada. El nivel de conocimiento de los cuidadores fue de bueno a regular de forma equitativa (38 y 33% respectivamente), un 27% resultó con un muy buen nivel mientras que sólo un 2% aproximadamente fue malo. **Conclusiones:** El SUH es una enfermedad grave con una alta morbilidad y mortalidad en los pacientes pediátricos y cuyas secuelas, en muchos casos, impactan en la salud de niño en forma definitiva, generando, además, altos costos en salud pública considerando que, su prevención primordial, radica en la Educación Alimentaria, siendo una herramienta práctica, fácil, accesible y de bajo costo.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

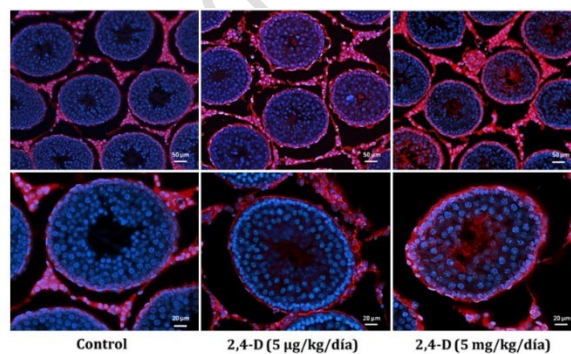
b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

P-021. Efecto sobre la función testicular de la exposición de ratas jóvenes con dosis bajas del ácido 2,4-diclorofenoxiacético

Tabares F⁽¹⁾, Soria D⁽¹⁾, Dasso M⁽¹⁾, Centola C⁽¹⁾, Sobarzo C⁽¹⁾, Ballerini G⁽¹⁾, Galardo MN⁽¹⁾, Meroni S⁽¹⁾, Riera MF⁽¹⁾.

⁽¹⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE) CONICET, – FEI – División de Endocrinología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Existe una progresiva disminución en la función reproductiva masculina y una de las causas principales se atribuye a la exposición a tóxicos ambientales. El ácido 2,4-diclorofenoxiacético (2,4-D) fue el primer herbicida sintético desarrollado comercialmente. Se utiliza para control de malezas hace más de 60 años. Los efectos de la exposición a bajas dosis de 2,4-D y en etapas tempranas de la vida sobre la función testicular han sido poco estudiados. En el testículo, la barrera hematotesticular (BHT) genera un ambiente adecuado para el desarrollo de las células germinales. Se conoce que alteraciones en la misma pueden causar efectos nocivos sobre la espermatogénesis. El objetivo de este trabajo fue analizar los efectos de dosis bajas de 2,4-D en la formación de la BHT y la producción de testosterona. Para ello, se utilizaron ratas macho que fueron tratadas por vía oral con aceite de maíz o con distintas dosis orales de 2,4-D (Rfd: 0.005 mg/kg/día y NOAEL: 5 mg/kg/día) desde el día 20 hasta el día 33, periodo en el que se establece la BHT (n=9). No se observaron cambios en el peso corporal ni testicular. Se evaluó la integridad de la BHT en el día 34 usando un trazador biotinilado. Se observó que ambas dosis de 2,4-D aumentan la permeabilidad de la barrera posibilitando el pasaje del trazador al compartimento adluminal (C: 5.8 ± 1 ; 2,4-D 0.005: $9.9 \pm 2.1^*$; 2,4-D 5: $13.9 \pm 3.2^*$; % de túbulos permeados, $P < 0.05$). Se analizó la expresión de claudina11 y ocludina (proteínas de la BHT) y no se observaron cambios en los niveles de ARNm de las mismas. Para evaluar una posible perturbación en la respuesta androgénica, se evaluaron los niveles de testosterona intratesticular y la expresión del receptor de andrógenos que no resultaron modificados por el tratamiento. Finalmente, no se observaron alteraciones en la histología testicular ni en la progresión de la meiosis. En resumen, los resultados sugieren que el 2,4-D podría alterar la integridad de la BHT en ratas juveniles. Más estudios serán necesarios para determinar si estos cambios podrían resultar en alteraciones en la función testicular del animal adulto.



P-022. Encefalopatía posterior reversible en paciente de reciente diagnóstico de Enfermedad de Crohn. A propósito de un caso

Feuerstein M⁽¹⁾, Salas M⁽²⁾, Slaifstein C⁽³⁾, Díaz Pumará E.

⁽¹⁾Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Pediatría, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

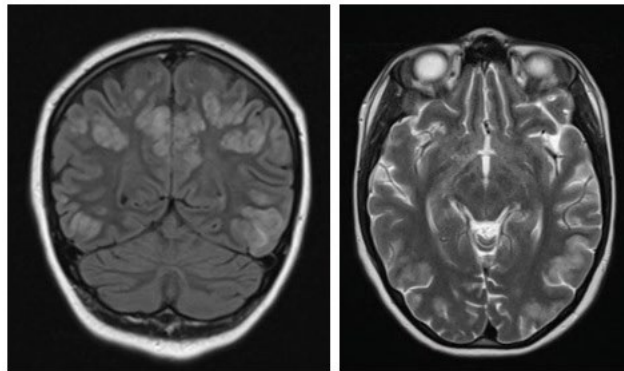
⁽³⁾Pediatría, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES, por sus siglas en inglés) es un tipo de leucoencefalopatía que suele presentarse con síntomas como cefalea, alteración de la conciencia, convulsiones, visión borrosa y hallazgos imagenológicos específicos. Se han identificado numerosos factores de riesgo, que conllevan a la alteración de la autorregulación del flujo cerebral y edema vasogénico, afectando principalmente la sustancia blanca de lóbulos parieto-occipitales. **Objetivos:** Describir el caso de una paciente de 14 años que durante la inducción por enfermedad de Crohn (EC)

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

presentó un cuadro de PRES, complicación infrecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. **Desarrollo:** Paciente de 14 años, con antecedente de enfermedad celíaca permaneció internada por debut de enfermedad de Crohn con compromiso intestinal extenso, glomerulonefritis y epiescleritis con anticuerpos ANCA P y ASCA positivos. Recibió hidrocortisona 400 mg/día y azatioprina 50 mg/día. Desarrolló hipertensión arterial (HTA) de difícil manejo secundaria a corticoterapia recibiendo tratamiento con amlodipina y enalapril. Evolucionó con shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva baja requiriendo manejo en terapia intensiva. Ante falla de respuesta inició inducción con infliximab a 5 mg/kg. A los tres días de la primera infusión de infliximab presentó episodio de movimientos tónico-clónicos de los cuatro miembros asociados a cianosis peribucal y retrodesviación de la mirada, autolimitando a los 4 minutos de duración. Se realizó resonancia magnética de cerebro con contraste donde se evidenciaron imágenes compatibles con PRES. Inició tratamiento anticonvulsivante con fenitoína, que con controles electroencefalográficos normales y sin repetir nuevos episodios fue suspendida. Permaneció estable, continuando protocolo de infliximab sin repetir episodios convulsivos y evolucionó sin secuelas neurológicas. **Conclusiones:** La presencia de síntomas neurológicos en pacientes con EC es infrecuente. En el caso de la paciente se asumió PRES secundario a HTA por corticoterapia a altas dosis y fluctuaciones súbitas de la TA. Se debe mantener la normotensión y evitar las fluctuaciones teniendo en cuenta los posibles factores de riesgo.



Extensa alteración de señal con patrón cortico-subcortical sobre la convexidad frontal, parietal y occipital bilateral. incremento de señal T2 sin signos de restricción en difusión ni sangrados. Sugiere signos de edema vasogénico.

P-054. Arancelamiento y facturación para el recupero del gasto hospitalario en el HNRG

Salerno, S⁽¹⁾; Visco, G⁽²⁾; Ponce, G⁽³⁾; Gutemberg, S⁽⁴⁾; Onaindia, J⁽⁵⁾; Sanguinetti, H⁽⁶⁾

⁽¹⁾Jefa de Departamento Técnico, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽²⁾Jefe de División Arancelamiento, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽³⁾Director de Gestión Administrativa, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽⁴⁾Jefa de División Facturación, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽⁵⁾Subdirector Médico, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽⁶⁾División Arancelamiento, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: El Recupero del Gasto hospitalario (RGH) es el procedimiento mediante el cual el Hospital recupera las prácticas administradas a pacientes con Cobertura Médica (CM) y es realizado por las Divisiones Arancelamiento y Facturación. Estas son las encargadas de recopilar toda la documentación necesaria para lograrlo. Se ha analizado el año 2023. Para favorecer el RGH el personal de salud de todos los HPGD de CABA recibe dos veces al año un incentivo (**Incentivo Fac. Ley 2808**). En 2023, en HNRG en abril, fue de \$ 55 475.66 y en octubre fue de \$ 83 343,47. **Objetivo:** Analizar la información del año 2023 para optimizar el RGH **Material:** Coberturas, HC, nomenclador, hoja de insumos, SIGEHOS. **Método:** Descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. **Resultados:** El RGH de internación fue de \$2 049 327 132,80 para 2162 pacientes y de ambulatorio fue de \$ 485 589 956,80 para 39 658 pacientes. El total de pacientes con CM detectada fue de 41 824. La relación del

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

RG internados/ambulatorios fue de un 76 % y un 24 % respectivamente. Se atendieron 440 296 pacientes en Consultorios Externos facturándose el 9 % y se internaron 9 437 pacientes, facturándose el 22.9 %. Se analizaron las causas de falta de recupero de Internación y ambulatorio, los servicios con más fallas de facturación, los de mayor facturación y las pérdidas de oportunidades de facturación por falta de captación de los pacientes con CM. Se atendieron en el hospital aproximadamente 288 Coberturas Médicas diferentes, entre las Obras Sociales se destacan IOMA, OSECAC, UPCN, OSPECON y OSUOMRA, y entre las prepagas: se destacan PREMEDI, OSDE, SWISS MEDICAL, GALENO, HOMINIS y MEDICUS. Siendo la proporción de atención en el Hospital de un 90-10 %, Obras sociales y prepagas respectivamente de los pacientes con CM. **Conclusión:** En 2023 el RG fue \$ 2 534 917 089, 60. Se recuperaron las prestaciones del 9.4 % de la demanda. Con mayor colaboración del equipo de Salud, se podría mejorar. Las propuestas de mejora son: Descentralización. Conectividad en todo el Hospital. Optimizar el recurso humano y físico y supervisión en todos los procesos.

DETALLE DE FACTURACION MENSUAL 2023			
2023	AMBULATORIO	INTERNACION	TOTAL MENSUAL
Enero	\$ 28.509.732,00	\$ 110.709.988,70	\$ 139.219.720,70
Febrero	\$ 25.054.939,00	\$ 78.436.017,70	\$ 103.490.956,70
Marzo	\$ 29.851.923,00	\$ 173.221.319,50	\$ 203.073.242,50
Abril	\$ 32.849.250,00	\$ 145.538.355,00	\$ 178.387.605,00
Mayo	\$ 38.531.716,00	\$ 143.245.839,40	\$ 181.777.555,40
Junio	\$ 34.288.050,00	\$ 142.259.981,00	\$ 176.548.031,00
Julio	\$ 49.266.707,00	\$ 181.395.953,70	\$ 230.662.660,70
Agosto	\$ 40.689.358,00	\$ 277.999.797,00	\$ 318.689.155,00
Septiembre	\$ 50.545.775,60	\$ 189.651.200,30	\$ 240.196.975,90
Octubre	\$ 53.923.303,20	\$ 227.145.439,30	\$ 281.068.742,50
Noviembre	\$ 50.007.339,00	\$ 232.209.329,70	\$ 282.216.668,70
Diciembre	\$ 52.071.864,00	\$ 147.513.911,50	\$ 199.585.775,50
Total anual	\$ 485.589.956,80	\$ 2.049.327.132,80	\$ 2.534.917.089,60

AÑO 2023			
SERVICIOS	AMBULATORIO	INTERNACION	TOTAL
PACIENTES ATENDIDOS	440.296	9.437	449.733
PACIENTES DETECTADOS	39.658	2.162	41.820
% DETECTADOS	9,00%	22,90%	9
PACIENTES NO FACTURADOS	1.437	82	1.519
% NO FACTURADOS	3,62%	3,79%	4
MONTO FACTURADO	485 MILLONES	2049 MILLONES	2534 MILLONES

P-018. Síndrome opsoclonus-myooclonus-ataxia idiopático. A propósito de un caso

Girón CL⁽¹⁾, Rocha MJ⁽¹⁾, Artana C⁽²⁾, Gorjón FM⁽²⁾, Jaureguiberry MC⁽²⁾, Amado M⁽³⁾, Rshaid MN⁽³⁾, Pagnotta AC⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Residente de primer año de Clínica Pediátrica, HNRG. CABA, Argentina. ⁽²⁾Residente de segundo año de Clínica Pediátrica, HNRG. CABA, Argentina. ⁽³⁾Residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. CABA, Argentina. ⁽⁴⁾Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. CABA, Argentina.

Introducción: Síndrome opsoclonus-myooclonus-ataxia es una encefalopatía inmunomediada que se presenta con ataxia, mioclonias y opsoclon (movimientos oculares erráticos), a menudo acompañada de cambios conductuales. Es poco frecuente y afecta principalmente a niños menores de 4 años. Su relevancia radica en su fuerte asociación con tumores de la cresta neural como síndrome paraneoplásico.

Descripción del caso: Niño de 3 años, previamente sano, hospitalizado para rehidratación endovenosa debido a síndrome febril e intolerancia enteral de 9 días de evolución. Durante la internación desarrolló alteración del sensorio, excitación psicomotriz, trastornos de la marcha, mioclonías y opsoclonus. Por sospecha de meningoencefalitis se realizaron varios estudios complementarios (TC de cerebro, hemocultivos, cultivo y virológico de LCR), sin hallazgos patológicos significativos. Fue tratado con aciclovir y cefotaxima por 5 días. Ante la sospecha de encefalitis inmunomediada, se realizó un electroencefalograma y se midieron las bandas oligoclonales, resultando normales. Se realizó el diagnóstico por exclusión de Síndrome opsoclonus-myooclonus-ataxia y se inició tratamiento con inmunoglobulina endovenosa (2 gr/kg) y dexametasona (0.6 mg/kg/día por 3 días), junto con quetiapina (6.25 mg/día) para control de los síntomas conductuales. Debido a la asociación de este síndrome con neuroblastoma y otros tumores de la cresta neural, se realizaron múltiples estudios de imagen (RMN, TC, ecografías, radiografía de tórax) y análisis de ácido vainillín mandélico en orina, todos sin hallazgos de masa tumoral. Con una buena respuesta al tratamiento, el paciente mostró mejoría de todos los síntomas neurológicos y continuó seguimiento ambulatorio, realizando ciclos de tratamiento mensual con gammaglobulina endovenosa y dexametasona. **Conclusión:** Aunque el Síndrome opsoclonus-

myoclonus-ataxia es raro y un diagnóstico de exclusión, es crucial sospecharlo inicialmente y conocer su relación con tumores de la cresta neural. Puede ser de origen paraneoplásico (frecuentemente asociado a neuroblastoma), parainfeccioso (VHC, VEB, postestreptocócico, HIV, rotavirus, Mycoplasma) o idiopático. Es relevante destacar que el síndrome puede preceder al diagnóstico oncológico, por lo que se requiere un seguimiento prolongado. Algunos autores recomiendan estudios cada 3 meses. Además, es fundamental iniciar el tratamiento inmunomodulador de manera precoz para reducir el riesgo de secuelas neurológicas a largo plazo.

P-025. Síndrome inflamatorio multisistémico post COVID-19 En paciente con leucemia linfoblástica aguda. A propósito de un caso.

Zwirner A⁽¹⁾, Galaretto R⁽¹⁾, Choi I⁽¹⁾, Percara C⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad 9, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome inflamatorio multisistémico post COVID (PIMS) es una entidad inflamatoria post infecciosa asociada al Coronavirus SARS-Cov-2, actualmente infrecuente y solapada con otras entidades. Se caracteriza por un estado de hiperinflamación multisistémica y presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas y de severidad. Se caracteriza por fiebre persistente, síntomas gastrointestinales, conjuntivitis bilateral no purulenta, afectación de mucosas y exantema cutáneo. Puede presentar también síntomas neurológicos, síntomas respiratorios y afectación cardíaca llevando a la hipotensión, shock y fallo multiorgánico. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que desarrolló PIMS en contexto de neutropenia febril. **Desarrollo:** Paciente de 10 años con diagnóstico de LLA en fase de consolidación, que se encuentra cursando internación por neutropenia febril a foco urinario con rescate de Pseudomona aeruginosa en urocultivo, realizando tratamiento ajustado a sensibilidad hace 72 horas. Presenta empeoramiento de curva febril, agregando foco respiratorio alto por lo que se toma muestra de aspirado nasofaríngeo con rescate de SARS-Cov-2, continuando con mismo esquema antibiótico. Evoluciona de forma desfavorable, persistentemente febril por 9 días, asociando lesiones aftosas en lengua, mucositis oral e hipoxemia. La radiografía de tórax evidencia infiltrado intersticial bilateral, se rescata herpes virus en hisopado de lesiones orales y Pneumocystis jiroveci (PCP) en aspirado nasofaríngeo, con galactomananos en sangre negativos. Con diagnóstico de neumonía por PCP inicia tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol, dexametasona y oxigenoterapia, con mejoría parcial. Se realizan laboratorios con pancitopenia, parámetros de inflamación aumentados (PCR 108 mg/L, procalcitonina 1,89 ng/ml, ferritina 31 058 ng/ml) y marcadores de daño cardíaco alterados (proBNP 890 pg/ml). Se realiza ecocardiograma que informa refringencia de la coronaria derecha sin dilatación. Se asume diagnóstico de síndrome de activación multisistémica por COVID, recibiendo 5 pulsos de metilprednisolona con buena respuesta. **Conclusión:** El PIMS es una condición compleja y multiorgánica, actualmente infrecuente y solapada con otras entidades. Es fundamental conocer su existencia para realizar un diagnóstico oportuno e instaurar un tratamiento temprano con el fin de disminuir la morbilidad. Destacamos el desafío que presentó el caso al equipo médico tratante debido a que compartía criterios diagnósticos con varias etiologías asociadas a su enfermedad de base.

P-073. Las adolescencias y los cuidados. Indagación acerca de las miradas de lxs adolescentes sobre el reparto de las tareas de cuidado

Carpineta MdV⁽¹⁾, Roffe D⁽¹⁾, Milgram L⁽¹⁾, Vázquez EI⁽²⁾.

⁽¹⁾Adolescencia, HNRG. CABA, Argentina. ⁽²⁾Departamento de Planificación y Políticas Publicas, Universidad de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

En Argentina, el cuidado ocupa un lugar destacado en la agenda política. Numerosas publicaciones exigen su reconocimiento como un derecho para promover estrategias que, desde una perspectiva de equidad social y género, reduzcan la enorme carga que padecen las mujeres. Creemos que debatir este tema en el ámbito de salud es una oportunidad para incluirlo en la atención integral de adolescentes.

- Indagar sobre las percepciones de lxs adolescentes acerca de las tareas de cuidado que asumen lxs adultxs en el entorno familiar
- Caracterizar las diferencias de cómo se sienten cuidados por las mujeres

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

y varones cuidadores. El presente trabajo es de tipo exploratorio y cualitativo y busca responder a la pregunta: ¿Cuáles son las representaciones de lxs adolescentes acerca de los cuidados en su entorno familiar? El universo de estudio está conformado por adolescentes entre 12 y 18 años en el contexto de una consulta médica en el HNRG. Los datos se procesaron utilizando las herramientas propias de la plataforma en línea (google form) y el análisis cualitativo mediante una matriz de datos que permite agrupar las respuestas según dimensiones. Se realizaron 29 encuestas. El análisis se divide en función de dimensiones. Para las dos primeras casi todos refieren que las madres se ocupan de: 1- Cuidado material (implica un trabajo): acompañarlos al médico y vacunarse, anotarlos en la escuela; y las tareas de limpieza. 2- Cuidado psicológico (implica un vínculo afectivo): brindarles vivienda, asistirlos cuando se sienten mal física o anímicamente. 3- Cuidado económico (implica un costo): la única dimensión donde los varones son referidos por ocuparse de los gastos o dar dinero. Aquellos con padres separados, la mayoría duerme más noches con la madre y ellas los llevan de vacaciones. El estudio gravita sobre las percepciones de adolescentes acerca de las tareas de cuidado en su entorno familiar. Es una franja etaria poco estudiada pero crítica en la construcción de autonomía y formación de futuros adultos cuidadores. Se espera que sus resultados puedan ser de utilidad para el abordaje de la atención integral de adolescentes cuestionando la actual y desigual distribución de las tareas de cuidado.

P-081. ¿Qué hospital para estos tiempos?

López L⁽¹⁾, Tisera C⁽¹⁾, Freggiaro MF⁽¹⁾.

⁽¹⁾Urgencias, de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

El objetivo de este trabajo será interrogarnos acerca del lugar y la función del Hospital en el entrecruzamiento entre nuestra práctica clínica y los avatares y coyunturas de la época. Tomando como disparador diversas consultas atendidas en el marco de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental de un Hospital de niños, nos preguntaremos acerca del alcance de nuestras intervenciones y sus efectos en contextos donde la vulnerabilidad biopsicosocial de nuestros pacientes resulta un condicionante de su padecimiento, y donde la falta de recursos no sólo queda del lado de quienes nos consultan, sino también de las instituciones y los profesionales que las conforman en cuanto a lo que pueden ofrecer.

P-097. Erupción mucocutánea infecciosa reactiva: a propósito de un caso

Spierer A⁽¹⁾, Garramuño L⁽¹⁾, Jaureguiberry C⁽¹⁾, Santelli L⁽¹⁾, Razzini J⁽¹⁾, Rodríguez B⁽¹⁾, Camejo F⁽¹⁾, Schiavino S⁽¹⁾.

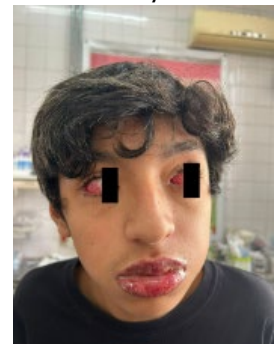
⁽¹⁾Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: RIME (erupción mucocutánea infecciosa reactiva) es una afección caracterizada por lesiones mucocutáneas, causada por una disregulación inmunitaria. Se asocia frecuentemente a *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, SARS-CoV-2, herpes y virus respiratorios. Se caracteriza por un pródromo catarral, compromiso severo de mucosas (oral en 94-100%, ocular en 82-92% y urogenital 63-78%) y en menor medida, lesiones cutáneas. El compromiso oral incluye lesiones serohemáticas costrosas en labios y erosiones en lengua y mucosa yugal.

Objetivos: Describir dos casos de niños con mucositis severa asumidos como RIME.

Descripción: Caso clínico 1: Paciente de 7 años, previamente sano, consulta por fiebre, lesiones costro-serohemáticas en labios, úlceras en mucosa yugal y queratoconjuntivitis de 7 días de evolución. El cuadro comenzó con fiebre, tos y rinorrea, agregando conjuntivitis purulenta y lesiones dolorosas en mucosa oral y genital. Al ingreso fue valorado en regular estado general, con deshidratación moderada secundaria a mucositis grado IV, síndrome broncoobstructivo con hipoxemia y uretritis. Se interna para oxigenoterapia, hidratación endovenosa y soporte clínico; se indican corticoides y salbutamol. Se realizaron serologías virales, PCR de virus respiratorios, PCR de lesiones

orales para HVS 1 y 2 y hongos. Se detectó *Mycoplasma pneumoniae* en secreciones nasofaríngeas como agente etiológico asociado a RIME; presentó buena evolución clínica. **Caso clínico 2:** Paciente de 13 años, previamente sano, consulta por fiebre, lesiones orales y genitales y conjuntivitis exudativa. Al ingreso fue valorado en regular estado general, con mucositis oral grado IV y síndrome broncoobstructivo sin hipoxemia. Se indica hidratación endovenosa, analgesia y salbutamol. Se



a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

realizaron serologías virales, PCR de virus respiratorios, PCR de lesiones orales para HSV 1 y 2 y hongos, con resultados negativos. Se medicó empíricamente con azitromicina cubriendo Mycoplasma. Se realizó diagnóstico clínico de RIME con buena evolución clínica. **Conclusiones:** El diagnóstico de RIME es clínico y debe sospecharse en pacientes con erupción mucocutánea vesiculobullosa que involucre <10% de la superficie corporal, sin antecedente farmacológico y con evidencia de desencadenante infeccioso. Los principales diagnósticos diferenciales son el síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica tóxica y la gingivostomatitis herpética. El tratamiento se basa en sostén clínico y corticoterapia en caso de mucositis extensa.

P-118. Enfermedad invasiva por *Streptococcus B hemolítico* grupo A, a foco cutáneo

Melgar, CR⁽¹⁾; Albarracin, CI⁽¹⁾; De Mateo, MM⁽¹⁾; Garreta, MC⁽²⁾; Sagradini, S⁽³⁾; Sapia, YE⁽³⁾; Rivas Pereira, F⁽³⁾

⁽¹⁾Residente de pediatría clínica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA. ⁽²⁾Instructora de pediatría clínica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA. ⁽³⁾Unidad 8, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA.

Introducción: *Streptococcus B hemolítico* grupo A (SBHGA) es una bacteria gram positiva que coloniza piel y la orofaringe ocasionando distintas infecciones en edad pediátrica, las más frecuentes faringoamigdalitis, impétigo y celulitis. Con menor frecuencia, se presenta en forma invasiva con alta morbimortalidad que se define como aislamiento de SBHGA en sitios estériles. **Objetivos:** Presentar un paciente de 11 años con enfermedad invasiva por SBHGA a foco cutáneo. **Caso clínico:** Paciente de 11 años con albinismo oculocutáneo, sin antecedentes, consulta en guardia por fiebre de 5 días de evolución, cefalea y dolor abdominal, agregando lumbalgia, artralgias y eritema en codo derecho. Presenta regular estado general, taquicardia, deshidratación moderada, petequias generalizadas y celulitis en codo derecho. Se realizan hemocultivos y laboratorio: leucocitosis, plaquetopenia, función renal alterada con FG de 38 ml/min/1.73m² y PCR 397 mg/L. Evoluciona a shock tóxico descompensado refractario a volumen e insuficiencia respiratoria. Se ingresa a unidad de terapia intensiva pediátrica, permanece en asistencia respiratoria mecánica 72 h, con requerimiento de inotrópicos, hidrocortisona 40 mg/m² y gammaglobulina 1 g/kg. Inicia tratamiento empírico con vancomicina, ceftriaxona y clindamicina. En 1 hemocultivo de 2 rescata SBHGA, rotando esquema a penicilina y clindamicina por sensibilidad. Persiste febril, se realiza artrotomía y toilette de codo derecho, descartando compromiso osteoarticular. Evoluciona favorablemente, egresa luego de 10 días de tratamiento endovenoso posterior a dicho procedimiento. Continuó tratamiento ambulatorio y seguimiento por infectología. **Conclusión:** En los últimos años se evidencia un aumento mundial de la incidencia de las formas invasivas, Argentina notificó 487 casos durante 2023, de los cuales 78 fallecieron. El tratamiento incluye un abordaje interdisciplinario: antibioticoterapia precoz, fluidoterapia y eventual conducta quirúrgica de focos cutáneos. La terapia combinada con penicilina y clindamicina es de elección. La gammaglobulina humana endovenosa ante inminencia de shock tóxico puede reducir la mortalidad en caso de evolución tórpida. Se requiere un reconocimiento oportuno debido a su posible curso agresivo con alta morbimortalidad.

P-002. Intoxicación por cloruro férrico a propósito de un caso

Bogado M⁽¹⁾, Canchi Taritolay M⁽²⁾, Marin F⁽³⁾, Misaelian L⁽⁴⁾, Ejarque A⁽⁴⁾, Quispe Arias J⁽⁵⁾.

⁽¹⁾Médica pediatra, jefa de residentes, HNRG. CABA, Argentina. ⁽²⁾Médica residente de 3^{er} año de pediatría, Htal. Fiorito. Avellaneda, Bs As, Argentina. ⁽³⁾Toxicología HNRG, pediatra, residente de 1^{er} año, HNRG. CABA, Argentina. ⁽⁴⁾Médica residente de 4^{to} año de pediatría, HNRG. CABA, Argentina. ⁽⁵⁾Médico residente de 1^{er} año de pediatría, HNRG. CABA, Argentina.

Introducción: Las lesiones por sustancias cáusticas son una de las causas principales de lesiones no intencionales en el ámbito doméstico en niños. La prevención es esencial para evitar lesiones agudas graves y complicaciones a largo plazo, especialmente el desarrollo de estenosis esofágica. La gravedad de la intoxicación por hierro depende de la cantidad de hierro elemental ingerida. **Objetivo:** Presentar el caso de un niño de 13 años que consulta tras ingesta de cloruro férrico en domicilio, un tóxico con

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

efecto cáustico y con potencial daño por sobrecarga de hierro. **Caso clínico:** Paciente de 13 años, sano, consulta en guardia tras ingesta de cloruro férrico al 40%, entre 5 a 10 ml, asociando vómitos, dolor abdominal y coloración de orina anaranjada. Es valorado por Toxicología, se solicita laboratorio que informa hepatograma normal, ferremia de 342 ug/dl (elevada) y se realiza exploración endoscópica sin lesión esofágica, informando gastropatía erosiva química. Se interna en sala general, recibiendo como tratamiento un quelante de hierro (deferroxamina, 6 gr/día) durante 48 horas, omeprazol y sucralfato. Presentó buena evolución clínica, sin episodios eméticos y coloración de orina normal, por lo que inicia progresión de dieta con buena actitud y tolerancia. Se realizó laboratorio al finalizar dosis de deferroxamina con función hepática y ferremia normal (60 ug/dl) por lo que se otorga egreso hospitalario. Se decide continuar tratamiento con sucralfato más omeprazol, se programa la realización de un estudio contrastado (seriada esofagogastroduodenal) al mes del evento. **Conclusión:** La ingesta de sustancias tóxicas es motivo de consulta frecuente en pediatría, y la intoxicación por hierro puede ser potencialmente grave. Por tanto, se debe recabar información detallada sobre la sustancia ingerida, ya que ayudará a realizar un tratamiento más dirigido y específico. Es el caso de nuestro paciente cabe destacar que la sustancia tóxica tenía un efecto cáustico local y potencial toxicidad por sobrecarga de hierro, que al tener antídoto específico fue determinante conocer. Es necesario continuar informando a la comunidad sobre las medidas preventivas en el hogar y ámbitos educativos sobre este tipo de sustancias tóxicas para un correcto almacenamiento y así evitar lesiones no intencionales.

P-015. Tuberculosis pulmonar grave con compromiso en sistema nervioso central en paciente con retardo del crecimiento

Gonçalves Neiva Novo MC⁽¹⁾, Squassi IRdV⁽¹⁾.

⁽¹⁾Sección Tisiología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es un problema grave de salud pública que afecta a poblaciones vulnerables. Los lactantes presentan riesgo aumentado de enfermedad grave o diseminada por lo que se requiere un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de una paciente contacto de alto riesgo con tuberculosis que no completó la quimioprofilaxis y enferma en forma grave, con presentación clínica de inicio silente. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, de 17 meses, proveniente de un barrio vulnerable, con alto riesgo social, que es traída a la consulta por su mamá. No tiene controles de salud ni vacunas en los últimos 6 meses. Se evidencia estancamiento pondo-estatural con descenso en los percentiles. Antecedentes: RNTPAEG, APGAR 9/10, hiperbilirrubinemia con requerimiento de luminoterapia. Hallazgos positivos: adelgazada, palidez cutánea, hipoventilación en campo pulmonar derecho. Peso 8,450 Kg (pc 3-10), Talla 75 cm (pc<3) Convivientes: la mamá junto a su pareja actual, ambos adolescentes. Refiere que otra pareja, con la que convivió un año, fue diagnosticada con TB pulmonar. Les indicaron quimioprofilaxis a ambas que no cumplieron. Estudios realizados: PPD 10 mm. Rx de tórax: ensanchamiento mediastínico, consolidación en lóbulo superior derecho (LSD), infiltrado alodonoso bibasal. TAC Tórax: adenopatías mediastinales calcificadas, consolidación parenquimatosa en LSD, infiltrado en ambas bases. Contenido gástrico directo, cultivo y métodos moleculares negativos para Mycobacterium tuberculosis (MBT). Laboratorio: anemia e hiperplaquetosis, VIH negativo. Estudios inmunológicos normales. LCR: límpido, incoloro, 10 células (mononuclear), proteinorraquia 22 mg/dL, glucorraquia 47 mg/dL, estudios bacteriológicos para MBT negativos. TAC SNC: normal. Catastro: Madre con TB pulmonar, baciloscopia positiva, inicia tratamiento en nuestro hospital. Se asume el diagnóstico de enfermedad tuberculosa pulmonar, con compromiso en SNC, por contacto, PPD, radiografía y clínica compatible, sin confirmación bacteriológica. Inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, vitamina B6 y corticoides. Buena evolución inicial, abandono del tratamiento a los 3 meses tanto la madre como la niña. **Conclusiones:** La quimioprofilaxis hubiera sido vital para prevenir la enfermedad en esta paciente. La sospecha clínica es muy importante incluso ante pacientes oligosintomáticos y con estudios bacteriológicos negativos, para poder llegar a un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno.

P-023. Implementación de RT-qPCR Triplex para la vigilancia conjunta de virus dengue, zika y chikungunya en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

Alvarez López MC⁽¹⁾, Beltrán C⁽¹⁾, Delucchi K⁽¹⁾, Turchiaro C⁽¹⁾, Acevedo ME⁽¹⁾, Alexay S⁽¹⁾, Mistchenko A^(1,2).

⁽¹⁾Laboratorio de Virología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽²⁾Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La infección por virus Dengue (DENV) es la arbovirosis más prevalente y ampliamente distribuida en Argentina. Sin embargo, en los años 2014 y 2016 ingresaron a nuestro país los virus Chikungunya (CHIKV) y Zika (ZIKV), dos de los arbovirus re-emergentes en la región. Esta situación presentó un desafío para el laboratorio, que debió incrementar la vigilancia de estos tres agentes. En el año 2024, el Laboratorio de Virología del HNRG implementó un método de screening simultáneo de DENV-CHIKV-ZIKV mediante RT-qPCR, en reemplazo de la metodología singleplex previamente utilizada. En este trabajo, se presentan los resultados obtenidos con esta nueva estrategia. **Materiales**

y métodos: En 2024, nuestro laboratorio analizó 1819 muestras de plasma de pacientes que cumplían criterios de enfermedad aguda transmitida por mosquitos (ETMo) mediante RT-qPCR Trioplex para DENV, CHIKV, ZIKV (CDC). Un porcentaje de muestras con resultado detectable para DENV fueron posteriormente serotipificadas mediante RT-qPCR de tipificación (CDC). **Resultados:** De las 1819 muestras estudiadas, 619 (34%) presentaron resultado detectable para DENV. El 45% de estas muestras (n=280) fueron posteriormente serotipificadas, obteniendo 64 DENV1, 164 DENV2 y 1 coinfección DENV1/DENV2, 51 muestras presentaron carga viral insuficiente para la serotipificación. Adicionalmente, 4 muestras (0,2%) fueron detectables para CHIKV, estos casos se concentraron entre las semanas epidemiológicas 8 y 11. No se presentaron casos detectables para infección por ZIKV.

Conclusiones: En los últimos años, nuestro país experimentó un incremento progresivo de casos de ETMo, principalmente causados por DENV, CHIKV y ZIKV. Teniendo en cuenta que existe un solapamiento en los signos y síntomas que estos virus generan, es necesario plantear una estrategia de vigilancia conjunta. Tradicionalmente, la metodología de estudio utilizaba un algoritmo secuencial en el que se investigaban en forma independiente cada uno de los virus, cuando el anterior resultaba no detectable. Este abordaje generaba demoras en el diagnóstico y presentaba mayores costos de insumos. La implementación de la RT-qPCR Trioplex en nuestro laboratorio resultó una medida costo efectiva y optimizadora de tiempo, ya que nos permitió estudiar simultáneamente a los tres arbovirus más frecuentes en nuestra población en una sola reacción, contribuyendo a una vigilancia más efectiva y oportuna.

P-069. Descripción de casos y contactos de SARS CoV-2 en el personal de salud y clasificación de probable fuente de contagio en un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Della Latta MP⁽¹⁾, Areso MS⁽¹⁾, Umido V⁽¹⁾, Pejito N⁽¹⁾, Giglio N⁽¹⁾, Calizaya V⁽¹⁾, Juarez MdV⁽¹⁾, Gentile A⁽¹⁾.

⁽¹⁾Epidemiología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La enfermedad por el SARS CoV-2 (COVID-19) ha afectado particularmente a la población del Personal de Salud (PS) en todo el mundo. Se han descripto diferentes estrategias de abordaje para identificar la población afectada e interrumpir la transmisión a nivel nosocomial. El objetivo de este trabajo es describir la estrategia utilizada para identificar casos y contactos y la clasificación de la fuente probable de contagio de SARS CoV-2 en el PS de un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Material y Métodos:** Se realizó la vigilancia epidemiológica de los casos confirmados por PCR o antígeno de SARS COV-2 en el PS del HNRG (marzo 2020 - diciembre 2021). La notificación de los casos al equipo de Epidemiología se realizó a través de correo electrónico o vía teléfono celular y la recopilación definitiva se hizo mediante declaraciones juradas. Se conformaron fichas de registro de "caso" en las que se volcaron los datos. Se compararon los años 2020 y 2021. Los datos se analizaron mediante el programa Epi Info. **Resultados:** De un total de 2353 miembros del PS, se identificaron entre el 30/03/20 y el 31/12/21 640 casos (27.2%) de infección por SARS CoV-2, confirmada por PCR o antígeno, de muestras de hisopado nasofaríngeo. El equipo médico fue el grupo más afectado, seguido por enfermería. Con relación a la fuente de transmisión se observaron variaciones a lo largo de ambos años y durante los picos de contagio comunitarios. Las fuentes más frecuentes fueron las "desconocida" y "comunitaria", mientras que la fuente "laboral", ocupó siempre el tercer

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

lugar. **Conclusiones:** La transmisión laboral asistencial documentada, en el HNRG, fue un evento muy infrecuente y estuvo relacionada al uso inadecuado del EPP. Se evidencian variaciones durante ambos años de observación, tanto en la fuente de contagio como en los grupos de trabajo afectados, lo que podría relacionarse tanto con las diferentes medidas preventivas tomadas a nivel nosocomial, como con las conductas sociales tenidas por el personal de salud, que excedieron el manejo hospitalario.

P-075. Miastenia gravis generalizada en paciente pediátrica, a propósito de un caso

Bogado M⁽¹⁾, Castellano C⁽²⁾, Vietri A⁽³⁾, Maidana A⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Jefa de residentes de pediatría, HNRG. CABA, Argentina. ⁽²⁾Médica residente de pediatría 3^{er} año, HNRG. CABA, Argentina. ⁽³⁾Médica pediatra CESAC 48, CABA, Argentina. ⁽⁴⁾Médico residente de pediatría 2^{do} año HNRG. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es un trastorno neuromuscular autoinmune caracterizado por debilidad motora fluctuante que involucra músculos oculares, bulbares, de las extremidades y/o respiratorios. Se debe a una alteración en la transmisión sináptica por destrucción inmunomediada de los receptores de acetilcolina de la unión neuromuscular. Existen distintas formas clínicas; en la MG ocular la debilidad se limita a los párpados y los músculos extraoculares, y en la MG generalizada se producen diversos síntomas como facies amímica, disartria, dificultad para la masticación y deglución, falta de fuerza en extremidades y falla respiratoria. Es el trastorno más común de la transmisión neuromuscular, si bien se presenta en pacientes pediátricos en sólo el 10-20% de los casos. **Objetivo:** Describir el caso de una enfermedad de inicio infrecuente en la infancia. **Descripción:** Paciente de 5 años, sana, consultó en guardia por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por disartria, voz nasal y cambios en la expresión facial con ptosis palpebral bilateral. Asociaba astenia, sin fluctuaciones sintomáticas a lo largo del día. Se valoró a la paciente con disartria, debilidad muscular facial y cervical, disfagia y fatigabilidad, sin alteración de la función respiratoria. Se realizó RNM de SNC con angio RNM que descartó alteración estructural en tronco encefálico. Por sospecha de MG se solicitaron anticuerpos anti-receptores de acetilcolina y anti-Musk y se realizó prueba de neostigmina que resultó positiva. Se realizó diagnóstico de MG clase IIIB e inició tratamiento con gammaglobulina 2g/kg, prednisona y piridostigmina. Se descartó timoma con TAC de tórax y también enfermedades autoinmunes asociadas. La paciente evolucionó de forma favorable. **Conclusión:** El diagnóstico de MG en pediatría suele ser tardío. La presencia de autoanticuerpos contra el receptor de acetilcolina o sus proteínas asociadas es confirmatoria, aunque un 10% de pacientes son seronegativos. La terapia sintomática con piridostigmina representa la primera línea de tratamiento, y se asocia a corticoides en casos severos o sin respuesta. Existen terapias inmunomoduladoras rápidas (inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis) y se describe la timectomía en casos seleccionados. Se debe educar a la familia sobre desencadenantes de crisis miasténicas (fármacos, infecciones y cambios de temperatura).

P-137. Hydroa vacciniforme sistémica. A propósito de un caso

de Mateo MM⁽¹⁾, Ilari B⁽¹⁾, Sapia E⁽²⁾, Sagradini S⁽²⁾, Rivas F⁽²⁾, Irurzun I⁽³⁾, De Matteo E⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Residente de cuarto año Clínica pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

⁽²⁾Unidad 8 Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽³⁾Dermatología Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽⁴⁾Anatomía patológica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La Hydroa Vacciniforme (HV) es una fotodermatosis adquirida poco frecuente. Generalmente la evolución es autolimitada, pero puede tener una evolución crónica y sistémica de mal pronóstico. Según la clasificación de linfomas de la OMS 2022: la HV clásica y sistémica son desórdenes linfoproliferativos crónicos asociados al virus Epstein-Barr (EBV), dentro de los linfomas originados de células T y NK. La presentación de la HV se caracteriza por lesiones vesiculopapulares, edema, úlceras y cicatrices varioliformes, progresando a síntomas sistémicos y curso agresivo. La mortalidad está vinculada al síndrome hemofagocítico o a la aparición de linfoma. Los factores de mal pronóstico se relacionan a la etnia, el edema facial y la edad al diagnóstico. **Objetivo:** Describir el caso de una adolescente con diagnóstico de síndrome linfoproliferativo asociado al EBV tipo Hydroa vacciniforme sistémico (HVS). **Caso clínico:** Paciente femenina de 15 años con antecedente de dermatosis facial fotosensible de tres años de evolución. Consulta por fiebre, eritema, edema facial, aftas e inyección

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

conjuntival. Refiere episodios similares los 6 meses previos. Al examen físico presenta hepatoesplenomegalia, con astenia y pérdida de peso. El laboratorio evidencia pancitopenia, aumento de transaminasas y lactato deshidrogenasa, hipergammaglobulinemia, anticuerpos FAN y AntiML +, linfopenia CD4 y elevación de linfocitos CD4/CD8 activados. En abordaje multidisciplinario con dermatología, hepatología y hematología se realiza biopsia de: hígado (patrón de hepatitis crónica), médula ósea y piel. En las últimas 2 se constata prueba de EBER positiva (ARN EBV por hibridación in situ). La PCR de EBV en sangre es detectable (1572 copias). Se asume síndrome linfoproliferativo asociado a EBV tipo HVS decidiendo iniciar tratamiento inmunomodulador con corticoides y ciclosporina. Evolucionan con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. **Conclusión:** La HV es una enfermedad infrecuente y compleja. La biopsia de piel y la detección del EBV con PCR de líquido vesicular son herramientas de rápido acceso para confirmar el diagnóstico de esta grave enfermedad. Actualmente no existen tratamientos estandarizados, siendo el trasplante de células madre hematopoyéticas el único tratamiento curativo. Es esencial conocer esta entidad poco prevalente para realizar un diagnóstico oportuno y continuar investigando en busca de tratamientos más efectivos.

P-007. Infecciones por estafilococo meticilino resistente de la comunidad en una unidad de cuidados intensivos pediátricos

Agullo A⁽¹⁾, Barsante L⁽¹⁾, Gruber N⁽¹⁾, Aizaga L⁽¹⁾, Viterbo L⁽¹⁾, Arias MdP⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: Un pequeño porcentaje de los niños hospitalizados por infecciones causadas por estafilococo aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) presentan compromiso multisistémico, necesitando tratamiento en unidades de cuidados intensivos (UCIP). **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas y evolución en la UCIP de pacientes ingresados con infección por SAMRC. Comparar resultados entre los periodos 2011-2015 y 2016-2024. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo. Ámbito: UCIP polivalente de un hospital pediátrico. Análisis secundario de base de datos del servicio (SATIQ). Se incluyeron pacientes ingresados entre el 1/12/2011 y el 14/03/2024. Se consideró Enfermedad Invasiva (EI) por SAMRC a toda infección producida por dicho germen que afecte a cualquier órgano interno y/o sangre. Se usó estadística descriptiva para caracterizar la población: las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC); las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Se utilizó test de X² para comparar la mortalidad entre ambos periodos y métodos no paramétricos para comparar variables continuas. Valor de P significativo < a 0.05. **Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron en la UCIP 25 pacientes con diagnóstico de EI por SAMRC, 13(52%) de sexo masculino. La mediana de edad fue 68.73 meses (3.37-185.27). El principal motivo de ingreso fue shock séptico, en 46% de los pacientes (12/25). El 96% (24/25) de los pacientes rescataron SAMRC en hemocultivos de ingreso. La sensibilidad es un dato faltante en 2 casos; el resto todos fueron sensibles a TMS, y 91% (21/23) sensibles a clindamicina. La mortalidad observada en el periodo 1 fue 30% vs 6.6% en el periodo 2. La tasa de mortalidad estandarizada (TME) fue 3.17 vs 0,73 respectivamente. La estadía en UCIP tuvo una mediana de 9,5 días vs 17. **Conclusiones:** Los pacientes con EI por SAMRC presentaron alta mortalidad. Si bien la diferencia de resultados no fue estadísticamente significativa, se observó una disminución de la mortalidad y un aumento de la estadía entre ambos periodos analizados.

DISPOSITIVOS DE INVASION	N (%)	Porcentaje (%)	Duración (mediana)	Duración (RIC)
ARM Invasiva	22	88	14	19
ARM no invasiva	2	8		
VAFO	2	8		
Cateter Venoso Central	23	92	15	18,5
INOTROPICOS	18	72		
Noradrenalina	18	72	8,5	8,75
Milrinona	12	48	6,5	8,5
Adrenalina	5	20	6	4
Dopamina	1	4		
DRENAJES	16	64	18	17

*un paciente puede haber tenido más de un inotropico o soporte ventilatorio.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

P-019. A propósito de un caso: parálisis cordal izquierda secundaria a corrección quirúrgica de coartación aórtica

Barbieri V⁽¹⁾, Pombo D⁽¹⁾.

⁽¹⁾Pediatría, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

La parálisis de las cuerdas vocales es la segunda causa más común de estridor neonatal. Puede ser congénita o adquirida, y presenta diferentes manifestaciones clínicas según si es bilateral o unilateral. En el caso de la parálisis bilateral, generalmente es congénita y la causa principal es neurológica (p. ej., malformación de Arnold-Chiari, hidrocefalia), traumática (p. ej., parto distócico, tiroidectomía) o idiopática; se caracteriza por estridor inspiratorio y puede asociarse a otros síntomas como apneas y cianosis. Por otro lado, la parálisis unilateral es generalmente adquirida, relacionada con procedimientos quirúrgicos cardiovasculares o esofágicos o traumatismos durante el parto, y suele presentarse con disfonía y trastornos deglutorios. En general, la mayoría de las parálisis congénitas se recuperan espontáneamente antes de los 2 años, mientras que las adquiridas en general no requieren tratamiento; si presentan síndrome aspirativo, se indica espesamiento de los líquidos y terapia fonoaudiológica. Se presenta el caso de un paciente de 3 meses de edad con antecedente de coartación de aorta corregida a los 2 meses, quien se interna posteriormente por regular progreso ponderal asociado a vómitos luego de la alimentación. Durante la internación se valora con trastornos en la coordinación succión-deglución, así como estridor fijo. Tras una laringoscopia, se diagnosticó parálisis de la cuerda vocal izquierda como secuela de la cirugía de corrección de la coartación de aorta.

P-026. Presentación simultánea de hepatitis, pancreatitis y colecistitis alitiásica asociadas a oncaspar: a propósito de un caso

Rshaid MN⁽¹⁾, Cosentino B⁽¹⁾, de Mateo M⁽¹⁾, Pace S⁽¹⁾.

⁽¹⁾Clínica Pediátrica, Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: Oncaspar es un fármaco antineoplásico utilizado en pediatría para el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (LLA). Presenta múltiples efectos adversos, destacándose la hipersensibilidad, hepatotoxicidad y pancreatitis. **Objetivos:** Describir la presentación simultánea de hepatitis, pancreatitis y colecistitis alitiásica como efecto adverso asociado al oncaspar. Presentar la colecistitis alitiásica como un efecto adverso poco reportado. **Caso clínico:** Paciente masculino de 11 años con diagnóstico reciente de LLA tipo B común de riesgo intermedio. Durante su internación para la infusión de quimioterapia en fase de inducción (vincristina, daunorrubicina y oncaspar) comienza con dolor abdominal epigástrico con intensidad 8/10 sin otro síntoma acompañante. El laboratorio presenta daño hepatocelular (transaminasa glutámico pirúvica 2104 UI/L y transaminasa glutámico oxalacética 1868 UI/L), patrón colestásico (bilirrubina total 6.61 mg/dl, bilirrubina directa 6.52 mg/dl y gamma glutamiltransferasa 1052 UI/L), hipoalbuminemia 2.5g/dL, aumento de enzimas pancreáticas (amilasa 496 UI/L y lipasa 609 UI/L) y tiempo de protrombina conservado. La ecografía abdominal evidencia hepatomegalia, aumento difuso de la ecogenicidad hepática y vesícula biliar alitiásica con paredes engrosadas (5.5 mm). Descartando otras etiologías, se interpreta hepatitis, pancreatitis y colecistitis alitiásica secundarias al uso de oncaspar. Se indica tratamiento para la colecistitis con piperacilina-tazobactam durante 15 días totales. Evoluciona favorablemente con resolución de las alteraciones bioquímicas y de los signos ecográficos. **Conclusión:** El tratamiento de las LLA sigue los lineamientos del protocolo ALLIC BFM 2022. En fase de inducción se utiliza una enzima que degrada la asparagina, llamada L-asparaginasa (L-ASA). Existen tres tipos, siendo el oncaspar el más utilizado. La asparagina es un aminoácido que no puede ser sintetizado por las células blásticas, generando su muerte. Dentro de los efectos adversos, la hepatotoxicidad y la pancreatitis representan el 97% y 15% de los casos respectivamente. La bibliografía que asocia la colecistitis alitiásica con el uso de L-ASA es limitada. Considerando la frecuencia de efectos adversos en la vía hepatobiliopancreática, es posible que este fármaco pueda contribuir al desarrollo de la misma. Es esencial conocer y reportar las reacciones adversas para poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

P-030. Cuando el salbutamol no es la respuesta. Reporte de un caso de obstrucción laríngea inducible

Dominguez Monclá M⁽¹⁾, Cardenas R⁽¹⁾, Palacio M⁽²⁾, Slaifstein C⁽¹⁾, Maffey A⁽¹⁾, Mosevich R⁽¹⁾, Pontarolo J⁽¹⁾, Burón V⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Unidad 3, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La dificultad respiratoria es un motivo frecuente de consulta en pediatría, especialmente la crisis asmática en adolescentes la cual es tratada con broncodilatadores y glucocorticoides. A pesar de esto, existen diagnósticos diferenciales como la obstrucción laríngea inducible (ILO), entidad caracterizada por un estrechamiento transitorio y reversible de la laringe en respuesta a desencadenantes externos. La ILO es generalmente benigna y se manifiesta con disnea, opresión en la garganta, disfonía, tos y disfagia, pudiendo ser desencadenada por ejercicio, irritantes o estrés emocional. El tratamiento durante los episodios agudos incluye concientización, tranquilidad y reentrenamiento respiratorio que ayude a la apertura de las cuerdas vocales. **Objetivos:** Describir el caso de una paciente a la cual se arribó de forma retrospectiva al diagnóstico de ILO. **Desarrollo:** Paciente de 14 años, con antecedente de broncoespasmos aislados manejados ambulatoriamente, consulta en guardia por disnea de horas de evolución. Se asumió crisis asmática severa y se trató con aerosolterapia con salbutamol y bromuro de ipratropio, corticoides endovenosos y sulfato de magnesio. Ante el empeoramiento de la mecánica respiratoria, se realizó secuencia de intubación rápida e internación en cuidados intensivos pediátricos, donde la paciente mejoró rápidamente sin presentar nuevos signos de obstrucción bronquial, siendo extubada electivamente antes de 24 horas y trasladada a sala. Permaneció en buen estado general presentando disfonía sin ruidos patológicos en la auscultación respiratoria por lo cual se realizó una espirometría la cual no mostró patrón obstructivo. Se identificó estrés psicológico previo al cuadro secundario a conflicto familiar. La rápida mejoría clínica y los resultados de espirometría llevaron al diagnóstico retrospectivo de disfunción de cuerdas vocales, sin necesidad de realizar un procedimiento invasivo como es la endoscopia. **Conclusión:** La disfunción de cuerdas vocales es una patología subdiagnosticada, a menudo confundida con el asma. El diagnóstico por espirometría o endoscopia no siempre está disponible en urgencias, haciendo vital la sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento adecuado. Es fundamental aumentar la conciencia sobre esta patología para evitar tratamientos innecesarios y mejorar el manejo clínico de los pacientes.

P-037. Formulaciones magistrales en un hospital pediátrico

Conde MN⁽¹⁾, Coria RG⁽¹⁾.

⁽¹⁾Farmacia, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, ARGENTINA.

Introducción: La ausencia en el mercado de presentaciones comerciales, que se adapten a las características especiales de la población pediátrica, requiere la preparación de formulaciones líquidas, semisólidas y sólidas, que faciliten la administración y permitan ajustar la dosis, forma farmacéutica o vía de administración a determinados pacientes, permitiendo adaptar la posología por peso, edad del paciente, condiciones fisiológicas etc. **Objetivos:** Informar acerca de la importancia de la elaboración de formulaciones magistrales cuya dosis de principio activo, forma farmacéutica, no se encuentran disponibles comercialmente. **Desarrollo:** La formulación magistral es aquella que es prescrita en una receta magistral para un paciente individual, realizada en la farmacia hospitalaria. Dentro de ellas, tenemos formulaciones normalizadas, las cuales están incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital y sustentada por la experiencia y relación médico-paciente-farmacéutico, y las formulaciones huérfanas, cuya dosis del principio activo, forma farmacéutica o composición especial de excipientes, no se encuentra disponible como especialidad medicinal. El laboratorio de farmacotecnia, está destinado a preparaciones no estériles de uso oral y tópico. Se elaboran más de 90 formulaciones magistrales, bajo las buenas prácticas de elaboración de magistrales según Farmacopea Argentina, asegurando la obtención de un producto de calidad y seguro para el paciente. Se elaboran medicamentos para pacientes internados y ambulatorios que presentan diversas patologías atendidas en los diferentes servicios del hospital, dispensándose alrededor de 500 recetas mensuales. Se realiza dispensación, seguimiento, asesoramiento y control de las dosis de más de 120 pacientes ambulatorios, asegurando la accesibilidad, eficacia y seguridad de los medicamentos elaborados, los cuales retiran todos los meses

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

en el laboratorio de farmacotecnia, registrándose un aumento sostenido, a lo largo de los últimos años, de la cantidad de pacientes que retiraran medicación. **Conclusiones:** El laboratorio de farmacotecnia, permite individualizar el tratamiento para cada paciente, permitiendo adaptar los medicamentos comerciales, a las necesidades y características de cada paciente. En hospitales pediátricos, es indispensable contar con un servicio de farmacotecnia, permitiendo cubrir vacíos terapéuticos por parte de la industria farmacéutica, ya sea por especialidades medicinales disponibles en presentaciones de adultos o por medicamentos que se dejan de producir.

P-048. Obesidad monogénica en la infancia. A propósito de un caso

Bocco F⁽¹⁾, Cianis J⁽¹⁾, Puma C⁽¹⁾, Toniatti M⁽¹⁾, Gaete L⁽¹⁾, Roussos A⁽¹⁾.

⁽¹⁾Nutrición y Diabetes, HNRG. CABA, Argentina.

Introducción: La obesidad monogénica es consecuencia de genes únicos que afectan a las proteínas que regulan el apetito y el gasto energético a nivel hipotalámico. La causa más frecuente consiste en alteraciones del gen del receptor 4 de la melanocortina (MC4R) y se caracteriza por una rápida acumulación de masa grasa, junto al incremento de masa magra y un crecimiento lineal acelerado. Existen métodos de diagnóstico genético de las mutaciones implicadas y posibilidades de tratamiento específicas, que constituyen una herramienta coadyuvante a la terapéutica actual. **Objetivo:** Describir un caso de obesidad monogénica severa de inicio temprano con test genético diagnóstico y su posible abordaje terapéutico. **Caso clínico:** Niña de 4 años derivada por pediatra de cabecera a nutrición por obesidad severa y sospecha de retraso en el lenguaje. Tiene aumento progresivo de peso desde los 8 meses de vida. Presenta comportamientos de hiperfagia, facilitados por una conducta parental obesogénica. Concorre a un jardín maternal y realiza danza dos veces por semana. Ambos padres tienen obesidad y en la familia materna hay antecedentes de diabetes. Presenta ronquidos y pausas respiratorias, acantosis nigricans en cuello y axilas, hiperhidrosis, lipomastia, abdomen prominente, giba dorsal, rasgos toscos y macroglosia. Peso: 62,500kg (De+17,3), talla: 121cm (De +3,57), IMC: 42,68 (De +13,25), CCU: 101 cm. Valorada por Genética con cariotipo normal. Laboratorio con hipertrigliceridemia leve (113 mg/dL), colesterol HDL bajo (20mg/dL) e hiperinsulinismo (14,3μU/ml). Polisomnografía: SAOS leve. Test genético en saliva: variante patogénica en el gen MC4R. Se confirma diagnóstico de obesidad monogénica. Se dan pautas de alimentación saludable y recomendaciones de actividad física acordes a la edad. Se logran cambios positivos, pero con dificultades para sostenerlos en el tiempo. Se plantea la posibilidad de tratamiento con Setmelanotide como prueba terapéutica. Actualmente a la espera de la aprobación familiar para iniciar fármaco y con irregular seguimiento por inasistencias a los controles. **Conclusión:** El abordaje nutricional aislado es insuficiente para el tratamiento efectivo de la obesidad monogénica. La realización del diagnóstico genético permitiría instaurar un tratamiento farmacológico de precisión, coadyuvante al resto de las medidas higiénico-dietéticas, con posibilidad de mejora en los resultados obtenidos.

P-017. Tumores epiteliales primarios de glándulas salivales, experiencia en un hospital pediátrico: reporte de 12 casos y revisión bibliográfica

Medin M⁽¹⁾, Servio C⁽²⁾, Ciechowski J⁽²⁾, Urbieta M⁽³⁾, De Matteo E⁽¹⁾.

⁽¹⁾Anatomía Patológica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽²⁾Cirugía Plástica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina. ⁽³⁾Oncología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: Los tumores de las glándulas salivales son histológicamente diversos. Dentro de ellos los tumores epiteliales de glándulas salivales (TEGS) en niños son un grupo raro y heterogéneo de patologías que abarcan menos del 2% de los tumores de cabeza y cuello. El 72% son benignos, representando el adenoma pleomórfico (AP) el 97,6%. Dentro de las variantes malignas, el carcinoma mucoepidermoide (CME) es la neoplasia maligna más común en pacientes pediátricos. Afecta con mayor frecuencia a adolescentes. **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas y frecuencia de subtipos histológicos de TEGS en nuestra institución y compararla con la descrita en la bibliografía. **Materiales y métodos:** Revisión de historias clínicas y preparados histológicos con diagnóstico de TEGS entre los años 2013 al 2023. Para la presente revisión y posterior análisis, se tomaron en cuenta

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

los siguientes parámetros: edad, sexo, localización, tamaño, diagnóstico y márgenes. **Resultados:** Se diagnosticaron 12 TEGS, 7 en pacientes masculinos (58.3 %). Rango de edad (7-14 años). Media de 12 años. El signo clínico más común fue la tumoración glandular. La topografía de las lesiones correspondió a glándula submaxilar en 5 casos (41.6%), parótida en 4 (33.3%), paladar en 2 (16.6%) y labio 1 (8.3%). 10/12 fueron benignos (83.3%) y 2 malignos (16.6%). El tumor más frecuente fue el AP en 10 pacientes, seguido por el CME de bajo grado en 2 de ellos. En ninguno de los casos se observó necrosis ni invasión perineural. **Conclusiones:** Los TEGS en población pediátrica y juvenil son infrecuentes. Este estudio representa una experiencia institucional individual de neoplasias primarias de glándulas salivales en los últimos 10 años, identificando al AP y al CME como las neoplasias más frecuentes en coincidencia con la literatura. En nuestra serie, el 58,3% de TEGS afectaron a varones; el 41,6% estaban localizados en las glándulas submaxilares y el 33,3% en parótida. En la revisión bibliográfica los TEGS en pacientes pediátricos afectan con mayor frecuencia a la glándula parótida, seguida de la glándula submandibular y las glándulas salivales menores. Esta revisión encontró que la mayoría de las neoplasias se presentaban como una masa localizada.

P-040. Sobreexpresión de Brachyury (BRACHY) e IGF1R en células de carcinoma papilar tiroideo: diferencia fenotípica y asociación con la patología nodular tiroidea pediátrica

Martin A⁽¹⁾, Fernández MC⁽¹⁾, Miraglia S⁽¹⁾, Medin M⁽²⁾, Papendieck P⁽¹⁾, Clément F⁽¹⁾, De Matteo E⁽²⁾, Chiesa A⁽¹⁾, Pennisi P⁽¹⁾.

⁽¹⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas Dr. César Bergadá-División de Endocrinología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La caracterización citopatológica de nódulos tiroideos pediátricos encuentra dificultades para informar sobre su malignidad. En carcinomas humanos, el factor de transcripción Brachy fue identificado como regulador de la transición epitelio-mesénquimal. Los factores de crecimiento similares a la insulina (IGFs) están involucrados en el desarrollo normal y neoplásico. Actualmente no hay información sobre la expresión de Brachy e IGF1R en patología nodular tiroidea. **Objetivos:** Evaluar la expresión de Brachy e IGF1R en muestras de nódulos tiroideos pediátricos y estudiar el efecto su sobreexpresión en una línea celular de carcinoma papilar tiroideo (TPC). **Métodos:** Se realizó inmunomarcación (IHQ) para Brachy e IGF1R en muestras de carcinomas papilares tiroideos (CaPT), adenomas foliculares (FA) y nódulos tiroideos benignos (NTB) pediátricos. In vitro se obtuvieron clones con sobreexpresión de Brachy (TPC.BR4 y TPC.BR6) o IGF1R (TPC.IGF1R5 y TPC.IGF1R7). Se evaluó la expresión génica (rqPCR) y proteica (western blotting). Se realizaron ensayos de viabilidad, apoptosis, cierre de herida y morfológicos. **Resultados:** fueron analizados por IHQ 17 NTB, 9 AF y 24 CaPT. Se detectó marca positiva para Brachy e IGF1R en CaPT (15/24 y 11/24) y AF (5/9 y 4/9). En CaPT solo se detectó positividad para IGF1R en muestras Brachy+. Todos los pacientes con marca Brachy+/IGF1R- pertenecieron al grupo de riesgo inicial intermedio o alto, y con excepción de uno, permanecieron con respuesta indeterminada o incompleta 2 años post cirugía. In vitro la sobreexpresión de Brachy aumentó la proliferación (**p<0,01 TPC.BR4, ***p<0,005 TPC.BR6) y migración celular (*p<0.05) en comparación con las células TPC. Adicionalmente se detectó menor expresión de e-cadherina y aumento de vimentina y fibronectina. Un perfil opuesto fue encontrado al sobreexpresar IGF1R, con disminución de la proliferación celular (****p<0,0001) y de la expresión de marcadores mesenquimales. **Conclusión:** En CaPT, la marcación Brachy+/IGF1R- se asoció con mayor riesgo en la clasificación de riesgo inicial y con respuesta incompleta o indeterminada en la clasificación dinámica 2 años post cirugía. In vitro, la sobreexpresión de Brachy generó un fenotipo de tipo mesenquimático, mientras que la sobreexpresión de IGF1R favoreció las características epiteliales, sugiriendo potenciales roles opuestos para Brachy e IGF1R en la biología de los CaPT

P-042. Variantes missense en distintos dominios del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF1): diferencias clínicas y fenotípicas in vitro.

Fernández MC⁽¹⁾, Martin A⁽¹⁾, Rampi MG⁽¹⁾, Clément F⁽¹⁾, Pennisi P⁽¹⁾.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

(1)Centro de Investigaciones Endocrinológicas Dr. César Bergadá- División de Endocrinología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: variantes en el gen IGF1 son causas excepcionales de retardo de crecimiento pre y postnatal en humanos. Hemos descripto 2 pacientes con variantes nuevas en IGF1 (c.247A>T, pSer83Cys-IGF1 dominio C; c.322T>C, p.Tyr108His-IGF1 dominio A) con amplias diferencias en características clínicas y perfil bioquímico. Estudios In Silico predicen que la variante pSer83Cys-IGF1 podría interferir con la señalización del receptor de insulina (IR). **Objetivo:** evaluar el efecto de las variantes de IGF1 en la bioactividad de pIGF1, y sobre la proliferación, diferenciación celular y deposición de matriz en modelos in vitro. **Métodos:** los cambios puntuales de A>T en posición 247 o de T>C en posición 322 se realizaron mediante mutagénesis dirigida en el vector conteniendo WT-IGF1. Se transfectaron células HEK293 y SaOS-2 para obtener clones expresando establemente las variantes y WT-IGF1. Las células HEK293 se utilizaron en ensayos de fosforilación, proliferación y apoptosis. Las SaOS-2 para estudios de diferenciación y deposición de matriz ósea. Los perfiles de expresión se realizaron por rqPCR. La fosforilación de IGF1R se determinó por Western Blotting. **Resultados:** las células HEK293 expresando p.Ser83Cys-IGF1 (HEK247) o p.Tyr108His-IGF1(HEK322) mostraron capacidad disminuida de activar el IGF1R en comparación con las que expresaron WT-IGF1 (HEKWT). Si bien la viabilidad de ambos clones (HEK247-HEK322) disminuyó en comparación con HEKWT, el efecto fue mayor en las HEK247. Asimismo, las células HEK247 mostraron un índice apoptótico mayor que las HEKWT. La diferenciación de las células SaOS-2 de osteoblastos a osteocitos resultó acelerada en las SaOS-WT y retrasada en las SaOS-322. Las SaOS-247 mostraron una cronología y patrón de expresión similar al observado en SaOS-2 diferenciadas en presencia de Insulina. **Conclusión:** los estudios in vitro demuestran que ambas variantes tienen efectos similares, pero de magnitud diferente en células HEK. En SaOS-2 se evidencian diferencias con un fenotipo particular en el caso de la variante del dominio C de pIGF1 (pSer83Cys-IGF1), que podría deberse a la capacidad de esta variante de activar/interferir con la señalización del IR, explicando en parte algunas características clínicas distintivas del paciente portador de esta variante. Otros estudios son necesarios para esclarecer los mecanismos implicados en estas diferencias.

Fernandez Maria Celis, Martin Ayelen, Rampi Maria Gabriela, Clément Florencia, Pennisi Patricia.
Jornadas HNRG 2024

	Paciente 1*	Paciente 2**
IGF1 variants	c.247A>T pSer83Cys	c.322T>C p.Tyr108His
Domain IGF1	+C Domain	A Domain
Status	homozygous	homozygous
Sex	Female	Male
Birth weight (SDS)	-1.83	-3.05
Birth length (SDS)	-2.03	-6.3
Age	3.2	3.2
Weight (SDS)	-8.3	-5.1
Height (SDS)	-4.6	-6.15
Parents consanguinity	+	+
Mother height (SDS)	+0.5	-1.95
Father height (SDS)	-2.7	-2.6
Head circumference (SDS)	-1.06	-6.05
Deafness	Absent	Present
Mental retardation	Mild	Mild
Dysmorphias		Frontal bossing, triangular face, bulbous nose, full lips, and retrognathia
IGF1 (SDS)	ND to -2.15	-1.15 to +2.95
IGFBP3 (SDS)	+1.33	-1.58 to +2.31
IGFBP3 (mg/l)		
Basal GH levels (ng/ml)	NA	Normal - High (9, range 0.2-29)

* Kerdoukian A, Martin A et al. *ESR2019 Nov;18(12):RC48-RC55*. doi: 10.1550/ESR-19-0563.
** Chaconneix C, Martin A et al. *JCEM* 2023 May 17;100(5):1555-1569. doi: 10.1210/clinem.2023-0246.

Tabla 1: características clínicas y perfil bioquímico de pacientes con variantes del IGF1

P-051. Experiencia en el seguimiento de un grupo de pacientes con síndrome de intestino corto en la Sección Nutrición del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Puma C⁽¹⁾, Bocco F⁽¹⁾, Cianis J⁽¹⁾, Lacquaniti A⁽¹⁾, Arias L⁽¹⁾, Araujo C⁽¹⁾, Romero A⁽¹⁾, Gaete L⁽¹⁾, Miari F⁽¹⁾, Palenque P⁽¹⁾, Roussos A⁽¹⁾.

(1)Sección Nutrición, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) en pediatría es infrecuente, 24 casos por cada 100

- Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
- Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

000 recién nacidos vivos con muy alta morbilidad. Principalmente afecta a neonatos y es generalmente secundario a resecciones intestinales por malformaciones digestivas congénitas o enterocolitis necrosante (ECN). La supervivencia de niños prematuros aumenta la prevalencia de ECN, aunque en Argentina no es la principal causa de SIC. Los casos graves presentan malabsorción severa, infecciones frecuentes y dependencia de nutrición parenteral (NP) por falla intestinal (FI). **Objetivos:** analizar las posibles variables relacionadas con la autonomía enteral en los pacientes con SIC que ingresaron al S. de Nutrición del HNRG desde 2013. **Materiales y métodos:** N 50, se seleccionaron n: 17/50 que continúan en seguimiento con SIC. Variables: edad de ingreso al servicio, sexo, edad en la suspensión de NP. Etiologías: malformaciones digestivas congénitas: gastrosquisis y atresia intestinal, aganglionosis, ECN, Síndrome de Prune Belly y linfoma de Burkitt intestinal. Anatómicas: longitud intestinal remanente en cm. (LIR), presencia o no de válvula ileocecal (VIC) y colon. Nutricionales: alimentación enteral (NE), NP y vía oral (VO). Se relacionaron variables etiológicas y anatómicas con la suspensión definitiva de la NP. **Resultados:** Sexo masculino 11/17, media de edad al ingreso: 3,5 años (rango 0,05 y 13,4). En la tabla se exponen los datos recabados. Sólo cuatro pacientes siguen dependientes de NP ninguno de los cuales tiene VIC. Por el contrario, la conservan la mitad de los pacientes que lograron la suspensión definitiva de NP. En todos los casos, esto se logró antes de los dos años de vida. **Conclusiones:** Si bien se trata de una población heterogénea con edades y etiologías variadas, encontramos que en nuestros pacientes la presencia de VIC fue importante para lograr la autonomía enteral. Es imprescindible destacar que el trabajo en equipos multidisciplinarios de áreas clínicas, quirúrgicas y psicopatología, como se realizan en nuestro hospital, ha permitido mejorar la evolución y el pronóstico.

	n: 17	sexo (masculino)	edad ingreso	LIR (x cm)	CON VIC (n)	DEPENDENCIA NP (n)	NE (n)	VO EXCLUSIVA (n)
gastrosquisis y atresia	9	4	2,5 ±3,5	58,5 ±28,4 (R 35-120)	3	2	5	3
aganglionosis	3	3	8,5±7,3	100	0	1	0	2
ECN	3	2	0,5 ±0,6	75 ±22,9 (R 55-100)	3	0	3	0
Prune Belly	1	1	0,04	0	0	1	1	0
L Burkitt	1	1	9,1	ND	0	0	0	1

P-082. Erupción mucocutánea infecciosa reactiva en pediatría: a propósito de 3 casos

Iraizos N⁽¹⁾, Tineo MS⁽¹⁾, Neyro S⁽¹⁾, López EL⁽¹⁾.

⁽¹⁾Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) es un término reciente que describe cuadros de compromiso mucocutáneo post infeccioso asociados a diferentes agentes etiológicos, virales o bacterianos. Cursa con mucositis severa, conjuntivitis y puede presentar manifestaciones cutáneas. Suele estar precedido por un cuadro respiratorio alto. El diagnóstico (dg) es clínico. El dg diferencial incluye farmacodermias, exantema multiforme, enfermedad de Kawasaki, gingivostomatitis herpética y enfermedad mano-pie-boca grave, entre otras. El tratamiento es de sostén. **Objetivo:** Describir 3 casos clínicos de RIME diagnosticados en el consultorio de Infectología. **Desarrollo:** Durante el mes de junio de 2024 se presentaron al consultorio 3 pacientes con clínica compatible con RIME. En la Tabla 1 se describen características clínicas, evolución y tratamientos indicados en cada uno de ellos. En los 2 pacientes internados se realizaron serologías virales o PCR en sangre para HSV 1-2 y 6, VZV y enterovirus, PCR en hisopado de lesiones para HSV 1-2, virológico y Mycoplasma en secreciones nasofaríngeas. En sólo uno de ellos se pudo determinar el diagnóstico etiológico. No hubo complicaciones ni fallecidos. **Conclusión:** En los niños que presentan exantema de inicio agudo con afectación predominantemente mucocutánea, precedido por infección respiratoria de vía aérea superior y descartando antecedente de

Tabla 1.			
CASO	1	2	3
Edad	12 años	7 años	13 años
Sexo	Masculino		
Enfermedad de base	Sano	Neutropenia esporádica en estudio	Sano
Pródromo	Infección respiratoria alta		
Clínica	Conjuntivitis hemorrágica leve, mucositis oral grave, fiebre, intolerancia oral.	Conjuntivitis purulenta leve, mucositis oral leve progresiva, (gsl) maculopapular en tronco y extremidades	Conjuntivitis purulenta, mucositis oral grave, fiebre, (gsl) maculopapular tronco y extremidades, intolerancia oral. Crepitantes en base pulmonar izquierda (radiografía de tórax normal), rinorrea.
Evolución	Internación	Ambulatorio	Internación
	Favorable		
Tratamiento	Aciclovir vía oral, ganciclovir tópico	Sintomático	Aciclovir endovenoso, azitromicina, corticoides y tobramicina
Diagnóstico etiológico	Coronavirus (no COVID-19)	No se solicitan estudios complementarios	Estudios complementarios negativos

- Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
- Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

ingesta medicamentosa, se debe sospechar RIME. En la literatura son escasos los reportes clínicos asociados a esta entidad y aún se desconoce la fisiopatología, es por esto que consideramos importante la sospecha diagnóstica y la búsqueda etiológica para lograr un mayor conocimiento de esta enfermedad.

P-102. Accidente cerebrovascular isquémico en paciente con Síndrome de Alagille: a propósito de un caso

Barbutto A⁽¹⁾, Castelli F⁽¹⁾, Maidana A⁽¹⁾, Frino M⁽¹⁾, Galimidi L⁽¹⁾, Rubino N⁽¹⁾, Garrigue C⁽¹⁾, Galoppo M⁽²⁾.

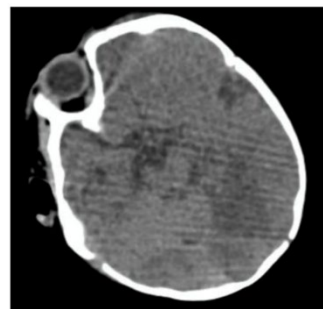
⁽¹⁾Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Servicio de Hepatología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de Alagille (SAG) es una enfermedad multisistémica de herencia autosómica dominante. El diagnóstico clínico se establece por la presencia de 3 o más criterios mayores: colestasis, cardiopatía congénita, facies peculiar, anomalías esqueléticas y/o oculares. En pacientes que no cumplen con dichos criterios, el estudio genético establece el diagnóstico de certeza. Se asocia también con otras alteraciones, incluidas malformaciones vasculares. **Objetivos:** Describir el caso de un paciente con SAG que presentó un accidente cerebrovascular isquémico (ACV). Se asumió como secundario a vasculopatía cerebral asociada al SAG. **Desarrollo:** Paciente de 2 meses, nacido a término con bajo peso para la edad gestacional, derivado por ascitis y colestasis de un mes de evolución. Al examen físico presentaba: facies peculiar, ascitis restrictiva con circulación colateral, soplo holosistólico, deposiciones coloreadas, peso y talla en percentilo menor a 3. Se descartó origen cardiológico, nefrológico, infectológico y metabólico de la ascitis. El ecocardiograma Doppler evidenció estenosis pulmonar con función ventricular conservada y el examen oftalmológico reveló la presencia de embriotoxon posterior. Por la presencia de criterios clínicos mayores se estableció diagnóstico de SAG (Tabla 1). Evolucionó con sensorio alternante, apneas, nistagmus y retrodesviación de la mirada. Se realizó una tomografía computada del sistema nervioso central (SNC) donde se constataron lesiones hipodensas a nivel parietal posterior y occipital bilateral: compatibles con isquemia en el territorio basilar (Figura 1). Se asumió el cuadro como ACV isquémico secundario a vasculopatía cerebral asociada al SAG. Recibió tratamiento anticoagulante y anticonvulsivante, con evolución favorable. Actualmente continúa controles ambulatorios con servicios de Hepatología y Neurología. **Conclusión:** El SAG es causado por una mutación en los genes JAG1 (94%) y NOTCH2 (1.2%) involucrados en la diferenciación celular. Como componentes de la vía de señalización Notch participan también en múltiples aspectos del desarrollo vascular. Las malformaciones vasculares extracardíacas y fundamentalmente las de SNC son una comorbilidad poco reconocida pero potencialmente devastadora en los pacientes con Alagille. Resulta fundamental el screening con neuroimágenes para su detección temprana y tratamiento oportuno.

Figura 1. Tomografía computada del sistema nervioso central. Se observa hipodensidad difusa parietal posterior y occipital bilateral. Lesiones compatibles con isquemia en el territorio de la arteria basilar.

Tabla 1. Criterios clínicos diagnósticos y manifestaciones asociadas al síndrome de Alagille.

Colestasis	Ictericia, coluria, hipocolia o acolia, hepatomegalia. Aumento de bilirrubina conjugada, transaminasas, fosfatasa alcalina (FAL), gamma-glutamil transferasa (GGT) y colesterol.
Malformaciones cardíacas	Estenosis de rama o hipoplasia de arteria pulmonar (más frecuente), tetralogía de Fallot, transposición de grandes arterias, estenosis valvular o subvalvular aórtica.
Alteraciones oculares	Embriotoxon posterior (más frecuente).
Facies peculiar	Forma de triángulo invertido, frente amplia, mentón prominente, ojos hundidos con hipertelorismo y nariz recta.
Anomalías esqueléticas	Defectos en la fusión de los arcos vertebrales ("vértebras en alas de mariposa").



O-087. De la citogenética a la citogenómica: impacto de la técnica de array-CGH en el estudio de 337 pacientes pediátricos

Casali B⁽¹⁾, Rozental S, Villegas F⁽²⁾, Armando R⁽²⁾, Fernández MdC⁽²⁾, Boywitt A⁽¹⁾, DeBellis R⁽¹⁾, Rosenbrock S⁽¹⁾, Riesco AS⁽¹⁾, Rey R⁽¹⁾, Arberas C⁽²⁾, Ropelato MG⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad de Medicina Traslacional, HNRG. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Sección Genética Médica, HNRG.

- Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
- Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El 5-7% de niños/as con anomalías congénitas múltiples (ACM) o trastornos del neurodesarrollo (TND) presentan anomalías cromosómicas y cambios en el cariotipo. La incorporación de técnicas citogenómicas como array-CGH permite identificar desbalances cromosómicos microscópicos y submicroscópicos (variación en el número de copias o CNVs) e incrementar el rendimiento diagnóstico en 15-20%. Además, permite la caracterización del contenido génico y tamaño del desbalance, evidenciando mecanismos asociados a reordenamientos cromosómicos. **Objetivo:** Analizar el rendimiento de la técnica de array-CGH para caracterizar CNVs en una cohorte de niños con TND y/o ACM. **Materiales y métodos:** Se realizó la investigación de CNVs por array-CGH en 337 pacientes: Grupo 1 (N=291): niños/as con TND y cariotipo normal; Grupo 2 (N=32): niños con ACM y cariotipo normal o sin cariotipo previo; Grupo 3 (N=14) pacientes con TND y cariotipo patológico. Los antecedentes familiares e historia clínica se registraron en base de datos RedCap y el estudio se realizó en muestra de ADN mediante una plataforma que analiza 60 000 regiones genómicas. Se utilizó el software Cytogenomics para el análisis y la interpretación se realizó interdisciplinariamente integrando la información clínica y las evidencias comunicadas sobre patogenicidad. La categorización, patogénica (P), de significado incierto (VUS) o benigna, se realizó según criterios ACMG (PMID: 3169083). **Resultados:** El rendimiento diagnóstico global fue del 17% (14% grupo 1; 25% grupo 2) y el 32% de las CNVs se asociaron a síndromes recurrentes con fenotipo caracterizado (Tabla 1). El rango de tamaño fue 13.6 Kb - 25.7 Mb y en 33/50 (66%) casos fue necesario realizar estudios de confirmación por bandeo G, FISH y/o MLPA. En 12/14 casos del grupo 3 fue posible caracterizar la anomalía cromosómica identificada previamente en el cariotipo (Tabla 2). **Conclusión:** La implementación de array-CGH como test de segunda opción incrementó la oportunidad diagnóstica y permitió profundizar en los mecanismos relacionados a reordenamientos cromosómicos. El trabajo interdisciplinario fue esencial para categorizar los casos positivos con CNVs patogénicas no recurrentes y contribuir a identificar nuevos síndromes asociados TND y ACM. Nuestra cohorte aporta información al conocimiento de variantes estructurales del genoma en nuestra población.

Tabla 1: Rendimiento diagnóstico de la técnica de array-CGH en Grupo 1 (TND) y Grupo 2 (ACM)

	Material cromosómico adicional	Deleciones	Cromosoma marcador	Otros reordenamientos desbalanceados	Reordenamientos balanceados
Total	3	3	3	3	2
Desbalance/s patogénico/s	3	3	1	3	1
CNV no relacionada a la anomalía cromosómica					1
Sin desbalance			2		

	Grupo 1 N=291			Grupo 2 N=32		
	N	%	Síndromes recurrentes	N	%	Síndromes recurrentes
P	42	14%	12/42 (29%)	8	25%	4/8 (50%)
No concluyente (1)	19			4		
Negativo	230	79%		20	63%	

(1) No concluyente: VUS o CNVs cuyo contenido génico no se asocia al fenotipo

O-099. Descripción del soporte nutricional enteral en una unidad de cuidados intensivos pediátricos

Faggiani MA⁽¹⁾, Chinarof P⁽²⁾, Vera C⁽²⁾, Voce R⁽²⁾, Gattari A⁽³⁾.

⁽¹⁾Unidad de Nutrición, Hospital Interzonal General Dr. José Penna. Bahía Blanca, Argentina. ⁽²⁾División de Alimentación-Lactario, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los niños críticamente enfermos se encuentran en riesgo nutricional, por lo que resulta imprescindible iniciar con un soporte nutricional precoz y adecuado priorizando la vía enteral siempre que sea posible. Se ha observado que esta indicación influye de manera directa mejorando la evolución y morbilidad. **Objetivo:** Describir las características del Soporte Nutricional Enteral (NE) indicado a pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Hospital Pediátrico de alta complejidad, durante abril, mayo y junio de 2022. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo. La muestra (n= 60 pacientes; rango de edad: 2 meses a 17 años 8 meses; 53% sexo

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

femenino) se conformó con una selección consecutiva durante un periodo de 3 meses. Se incluyeron todos los pacientes que permanecieron al menos 48 horas internados con requerimiento de NE exclusiva. El requerimiento energético se estimó con la Fórmula Schofield y el requerimiento proteico mínimo se determinó en 1.5gr/kg/día. **Resultados:** el principal motivo de ingreso fue respiratorio en el 74% de los pacientes. El 82% de los pacientes requirieron ARM. Respecto al estado nutricional (definido por peso para la edad en Z Score), al momento del estudio se observó un 50% de malnutrición (30% por déficit y 20% por exceso). El 87% recibió NE precoz. El 70% inició la NE con fórmula hidrolizada y aproximadamente el 52% recibió fórmula con alta densidad calórica. Se evidenció sobrealimentación en el 58.6% de los casos. Se observó un aporte energético adecuado (al menos $\frac{2}{3}$ del requerimiento al cuarto día y el 100% al séptimo día de internación) en el 18% y 10.8% respectivamente. El aporte proteico fue suficiente en el 58% y 70.2% de los casos, al cuarto y séptimo día de NE. El 52.3% de los pacientes con inadecuación proteica al cuarto día mantuvieron aportes subóptimos a los siete días de internación. **Conclusiones:** es necesario desarrollar estrategias para adecuar el cuidado nutricional de estos pacientes y así optimizar la prescripción de la NE. Se requiere la elaboración de protocolos de acción y del trabajo interdisciplinario diario para una intervención segura e individualizada.

O-100. Alteraciones inmunológicas en niños con Síndrome de Down

Caldirola MS^(1,2), Bernacchia A⁽¹⁾, Martínez MP⁽¹⁾, Amorossi L⁽¹⁾, Natoli V⁽¹⁾, Comas D⁽¹⁾, Gaillard MI⁽¹⁾, Di Giovanni D⁽¹⁾.

⁽¹⁾Servicio de Inmunología, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". CABA, Buenos Aires.

⁽²⁾Inmunología, Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP-CONICET-GCBA). CABA, Argentina.

Introducción: El síndrome de Down (SD) es una condición multisistémica asociada a alteraciones del desarrollo y malformaciones particularmente, cardiopatías congénitas que suelen requerir cirugía cardíaca (CxC). Los niños con SD tienen susceptibilidad a infecciones recurrentes/graves, autoinmunidad y malignidad. **Objetivo:** Describir las características clínicas e inmunológicas de los niños con síndrome de Down. **Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 28 niños con SD que fueron consultados en el Servicio de Inmunología. Se evaluaron los dosajes de inmunoglobulinas (G, A y M), respuesta humoral a antígenos proteicos y polisacáridos, autoanticuerpos, subpoblaciones de linfocitos T (LT) y B (LB) (porcentual y absoluta), los subconjuntos de LT y LB, vírgenes y memoria y, la respuesta proliferativa de linfocitos. **Resultados:** edad media: 8 años [1,6-23 años]. La mediana de edad en la primera evaluación fue de 4 años, siendo las infecciones respiratorias recurrentes y/o graves los signos más comunes de presentación (81%), seguidas de linfopenia (17%) y autoinmunidad (4%). En el seguimiento, 17/28 desarrollaron autoinmunidad. Laboratorio: 15/27 tenían IgM (-1-2SD), 5/18 presentaron deficiencia de subclases de IgG y 11/18 respuesta alterada a polisacáridos. 14/27 presentaron autoanticuerpos. 4/28 tenían linfopenia grave de células T. El 92% mostró aumento de LT CD4+ memoria central, LT CD8+ memoria efectora (76%) y efectores terminales (72%). Todos los niños evaluados (11) mostraron respuesta proliferativa normal. 13/28 mostraron linfopenia B con memoria total disminuida (11/24) y células B CD21^{low}, transicionales y plasmoblastos elevadas. Como consecuencia de la CxC, el 42% de los niños con SD tuvieron timectomía incidental antes del año. Los niños con SD y CxC asociaron recuentos más bajos de LT ($p<0,001$), LT CD4+ vírgenes ($p<0,001$) y emigrantes tímicos tempranos ($p<0,05$) respecto de los SD sin CxC. **Discusión:** Los niños con SD presentan alteraciones de la inmunidad humoral y celular. La CxC empeora la inmunidad celular con alteración del output tímico, lo que podría predisponer a mayor desregulación inmune y a infecciones graves. Se necesitan más estudios que incluyan otras cardiopatías con procedimientos quirúrgicos similares para evaluar el impacto de la timectomía en el compartimento de las células T y sus implicaciones clínicas.

O-101. Diagnóstico genético de la hipertirotropinemia: mirando el final del espectro del hipotiroidismo congénito

Ricci V⁽¹⁾, Masnata ME⁽¹⁾, Villanueva D⁽¹⁾, Enacán R⁽¹⁾, Izquierdo A^(1,2), Scaglia PA^(1,2), Esnaola Azcoiti M^(1,2), Ropelato MG^(1,2), Chiesa AE⁽¹⁾, Tellechea ML⁽¹⁾.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

(1)Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE), CONICET – FEI – División de Endocrinología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG). Buenos Aires, Argentina. (2)Unidad de Medicina Traslacional, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG). Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La utilización de puntos de corte más bajos en el cribado de TSH para hipotiroidismo congénito (HC), ha permitido la detección de casos de Hipertirotropinemia (HTT) aislada, entendida como un perfil tiroideo sugestivo de hipotiroidismo compensado en el cual existe un aumento leve de los niveles de TSH, y tiroxina y/o tiroxina libre normales para la edad. Se trata de un desorden multifactorial y aunque algunas variantes en genes relacionados con dishormonogénesis tiroidea (TDH), y en el gen TSHR, han sido previamente asociadas con casos de HC compensado, el cribado sistemático de estos genes ha sido nulo o insuficiente en pacientes con HTT. **Objetivo:** Evaluar la contribución y el espectro molecular de variantes de secuencia en 12 genes (TG, TPO, DUOX1, DUOX1A1, DUOX2, DUOX2A2, SLC5A5, SLC26A4, SLC26A7, IYD, GNAS y TSHR) en una cohorte de 10 casos de HTT. **Materiales y métodos:** La HTT fue diagnosticada como niveles confirmados de TSH sérica entre 9 y 20 uU/ml durante el período neonatal (hasta los 3 meses de vida) o entre 5 y 20 uU/ml durante la infancia, con un nivel de T4 libre normal para la edad. Las muestras de los pacientes fueron analizadas por secuenciación masiva de segunda generación, panel o exoma completo. La región analizada incluyó las regiones codificantes (+/-10 pb del límite intrón/exón) y variantes de sitios de empalme no canónicos conocidas. La patogenicidad se evaluó de acuerdo con las recomendaciones del Colegio Americano de Genética y Genómica Médica y la Asociación de Patología Molecular, y de ClinGen. **Resultados:** Las características de los pacientes y las variantes identificadas se presentan en las Tablas 1 y 2 respectivamente. El diagnóstico molecular se estableció en función de la cigosidad, la patogenicidad de la variante y la especificidad fenotípica. Tres pacientes resultaron positivos, dos no concluyentes y cinco negativos. **Conclusiones:** El estudio genético de 12 genes asociados con la DHT identificó variantes en un número limitado de casos de HTT. Estos hallazgos sugieren la existencia de mecanismos genéticos adicionales no evaluados, lo que justifica investigaciones futuras para ampliar la comprensión de esta condición.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico	TSH (uU/ml)	T4 (µg/dl)	FT4 (ng/dl)	Tiroglobulina (ng/ml)	TSH durante revaloración/segimiento
1	M	3 m	13	10.1	1.4	N/D	12.9
2	M	5 a 10 m	12.5	7.4	N/D	N/D	8.6
3	F	1 a 6 m	14.8	9.9	N/D	N/D	10.7
4	M	3 a 10 m	10.4	N/D	1.1	N/D	10.7
5	M	18 d	13.4	12.6	1.7	74.5	3.7
6	F	10 d	17.2	12.8	1.8	258.0	6.5
7	F	8 a	8.3	12.9	N/D	N/D	10.6
8	F	1 m 11 d	23.7	12.0	1.4	70.9	4.0
9	F	1 m 7 d	19.9	8.8	1.3	418.3	13.9
10	F	21 d	20.4	9.9	1.1	661.0	N/D

F: femenino, M: masculino, N/D: dato no disponible, m: meses, a: años, d: días

Tabla 2. Características de las variantes.

Paciente	Gen	SNV	Criterios ACMG*	Clasificación ACMG*
2	TSHR	NM_000369.5:c.814C>G NP_000360.2:p.Leu272Val	PM2_Supp, PP3_Mod, PP4_Mod, PP1	LP
2	TPO	NM_001206744.2:c.2059G>T NP_001193673.1:p.Glu687Ter	PVS1, PM2_Supp, PP4_Supp	LP
5	TG	NM_003225.5:c.7890A>G NP_003226.4:p.Asp2627Gly	PM2_Supp, PP3_Supp, PP4_Supp	VUS
6	DUOX2	NM_001363711.2:c.2895_2898del NP_001350640.1:p.Phe966Serfs*29	PVS1, PM2_Supp, PS3_Supp, PM3, PP4_Supp, BS2	P
6	TG	NM_003225.5:c.886C>T NP_003226.4:p.Arg296*	PM2_Supp, PVS1, PP4_Supp, PM3_VS	P
8	TPO	NM_001206744.2:c.2752_2753del NP_001193673.1:p.Ser918Cysfs*62	PM2_Supp, PVS1_Mod, PP4_Supp	VUS
8	TSHR	NM_000369.5:c.1330T>C NP_000360.2:p.Tyr444His	PM2_Supp, PM1_Supp, PP3, PP4_Mod, BS2	VUS
9	TSHR	NM_000369.5:c.1575C>A NP_000360.2:p.Phe525Leu	PM2_Supp, PP4_Mod, PM3, PS3_Supp, PM5	LP

* Colegio Americano de Genética y Genómica Médica y Asociación de Patología Molecular (ACMG-AMP, por sus siglas en inglés).

DUOX2: dual oxidase 2, TG: tiroglobulina, TPO: tiroperoxidasa, TSHR: receptor de TSH, SNV: Variante de Nucleótido Único, P: Patogénica, LP: Probablemente Patogénica, VUS: Variante de Significado Incierto.

O-135. Diagnóstico molecular de errores innatos de la inmunidad

García AL⁽¹⁾, Bernacchia A⁽¹⁾, Esnaola Azcoiti M^(2,3), Scaglia P^(2,3), Izquierdo A^(2,3), Ropelato MG^(2,3); Di Giovanni D⁽¹⁾.

(1)Inmunología, HNRG. Ciudad Autónoma de Bs As, Buenos Aires. (2)Centro de Investigaciones Endocrinológicas Dr. César Bergadá CONICET, FEI, División de Endocrinología, HNRG. Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina. (3)Unidad de Medicina Traslacional, HNRG. Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina.

- a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños
- b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

Introducción: Los errores innatos de la inmunidad (EII) son mayoritariamente defectos monogénicos, causados por variantes en más de 500 genes, que afectan cuali o cuantitativamente los componentes del sistema inmune. Los métodos diagnósticos incluyen secuenciación de genes candidatos por Sanger y secuenciación de nueva generación (NGS), entre otros. La elección del método y los genes a analizar depende de la valoración clínica, los antecedentes familiares y los resultados del laboratorio inmunológico. El rendimiento diagnóstico varía según la técnica utilizada. **Objetivo:** Analizar y evaluar el rendimiento diagnóstico de los estudios moleculares realizados en nuestro hospital y la reclasificación de variantes identificadas en otros centros. **Materiales y métodos:** Desde enero de 2014 hasta junio de 2024 se estudiaron 121 pacientes con sospecha de EII: 30 con laboratorio inmunológico sugestivo de un EII en particular (G1) por Sanger; 74 con fenotipo variable o sospecha de patología con alta heterogeneidad genética (G2) mediante Sanger o NGS; y 17 para reclasificar variantes halladas por NGS realizado en otros centros (G3). La segregación alélica se evaluó en 147 familiares. **Resultados:** En 43/121 (35,5%) se hallaron variantes patogénicas (P) o probablemente patogénicas (PP) en alguno de los genes candidatos, confirmando el diagnóstico de EII mientras que 12/121 presentaron variantes clasificadas como de significado incierto (VUS). El rédito diagnóstico: Sanger en G1: 70% y en G2: 22%, NGS en G2: 27%. En G3 ensayos adicionales, análisis bioinformáticos y segregación alélica permitieron reclasificar variantes 9/17 (53%) en P o PP, confirmando el diagnóstico de EII. La segregación familiar permitió detectar 2 individuos con diagnóstico de EII y 74 portadores. **Conclusiones:** El método de Sanger tiene una buena eficiencia diagnóstica cuando la valoración clínica y los estudios de laboratorio tienen un alto valor predictivo para sospechar un grupo reducido de genes (G1). Por otro lado, en EII con fenotipo variable o con sospecha de patología con alta heterogeneidad genética, NGS demostró ser más eficaz que Sanger. La reclasificación es una herramienta fundamental para la interpretación de variantes (G3). El estudio genético de los familiares permitió realizar el diagnóstico y asesoramiento genético para los portadores.

O-170. Drenaje ventricular al exterior en pediatría: Experiencia en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Aviles Rocha SJ⁽¹⁾, Agras Menghi G⁽¹⁾, Dech G⁽¹⁾, Petre C⁽¹⁾.

⁽¹⁾Neurocirugía, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: El drenaje ventricular externo (DVE) es un procedimiento habitual en neurocirugía pediátrica, utilizado principalmente para el tratamiento de la pioventriculitis y la hidrocefalia aguda. Aunque efectivo, el DVE puede presentar complicaciones, siendo las infecciones las más frecuentes, incrementando la morbilidad y el tiempo de hospitalización. **Objetivos:** Objetivo principal: Determinar la incidencia de complicaciones asociadas al DVE. Objetivos secundarios: analizar las indicaciones de DVE y el tiempo de duración de cada DVE. Evaluar la asociación de las complicaciones y el manejo de los DVE. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez que requirieron colocación de DVE entre enero de 2023 y junio de 2024. Se incluyeron pacientes con edad ≤ 18 años operados en nuestro nosocomio. Se excluyeron pacientes con DVE menor a 2 días e hidrocefalia tabicada. **Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes con una mediana de edad de 7,5 años (ICR 9,54) y 66,67% fueron varones. La incidencia de complicaciones fue de 33,33%, observándose 3 casos de fístula, 3 sobreinfecciones del sistema y 3 fallas del sistema. Sólo 1 de los 8 pacientes con complicaciones presentó tanto fístula como sobreinfección del DVE. La indicación más frecuente para DVE fue el diagnóstico de pioventriculitis en 15 de 24 pacientes (62,5%). La mediana de duración de cada DVE fue de 9 días (ICR 6), con una mediana de tiempo total de DVE de 17,5 días (ICR 13). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sobreinfección del sistema y aislamiento, cobertura antibiótica, tiempo de permanencia del DVE o fístula. Tampoco se encontró asociación significativa entre fístula y duración del DVE. **Conclusión:** El DVE es crucial en neurocirugía pediátrica para el tratamiento de pioventriculitis e hidrocefalia aguda, con una incidencia de complicaciones del 33,33% en nuestra serie. A pesar de la frecuencia de complicaciones como fístula y sobreinfección, no se encontraron asociaciones significativas entre estas y variables como el tiempo de permanencia del DVE o el manejo antibiótico. Estos resultados destacan la necesidad de seguir optimizando el manejo del DVE para mejorar los resultados en pacientes pediátricos.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

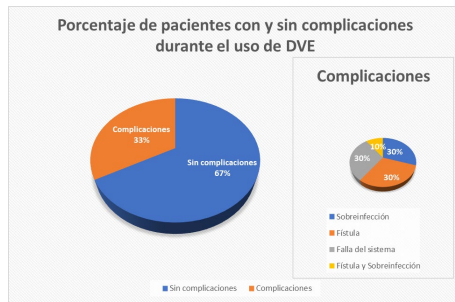


Tabla 1. Características de los pacientes con drenaje ventricular externo.	
Características	Valores
Edad en años	
Mediana (ICR)	7,5 (0,5)
Sexo	n (%)
Hombres	66,67%
Indicación DVE	n (%)
Pneumocistitis	62,50%
Hidrocefalia aguda de origen tumoral	20,83%
Hidrocefalia aguda por hemorragia intraventricular	16,67%
Cobertura Antibiótica	n (%)
Si	70,80%
No	29,20%
Aislamiento	n (%)
Si	79,10%
No	20,83%
Permanencia de DVE en días	
Mediana de recambio, retiro o colocación de derivación permanente (ICR)	9 (1)
Mediana de tiempo total de tratamiento con DVE (ICR)	17,5 (13)

O-074. Valor de albúmina sérica al ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos como predictor de mortalidad

Arias López MdP⁽¹⁾, González G⁽¹⁾, Cairnie A⁽¹⁾, Palacio G⁽¹⁾, Steiner J⁽¹⁾, Poterala R⁽¹⁾, Gattari A⁽¹⁾.

⁽¹⁾Terapia Intensiva, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Distintos estudios reportan que un alto porcentaje de pacientes presentan hipoalbuminemia en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) y que la misma se asocia con mortalidad. Sin embargo, no encontramos estudios realizados en una población de pacientes en nuestro país. El objetivo de este estudio es describir el perfil de albúmina sérica (AS) al ingreso en UCIP y su asociación con la mortalidad. **Material y métodos:** diseño retrospectivo, observacional. Ámbito: UCIP polivalente ubicada en un hospital pediátrico. Análisis secundario de base de datos del servicio (SATI-Q). Unidad de análisis: egresos de la UCIP entre el 1-1-2018 y el 31-12-2023. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población (mediana/rango intercuartilo RIC-media/DS); análisis bivariado para evaluar la asociación entre el valor de AS obtenido dentro de las 24 h. del ingreso del paciente a UCIP y la mortalidad, así como con sus características demográficas, diagnósticos y probabilidad de muerte por PIM3. Se utilizó análisis multivariado de regresión logística para ajustar la asociación entre mortalidad y valor de AS por factores confundidores. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. **Resultados:** egresaron en el periodo 1967 pacientes; Se midió AS dentro de las 24 h. del ingreso a UCIP en 74% (1459/1967) de ellos. Las características de la población analizada se muestran en la tabla 1. La mortalidad observada fue 9.39 (137/1459) vs. predicha: 6.04. El valor promedio de AS al ingreso fue 3,37 g/dl DS 0.83. En la figura 1 se describe el valor de AS según motivo de ingreso. El 51,82% de los pacientes presentaban hipoalbuminemia (AS <3.5g/dl). El valor de AS se asoció a mortalidad ($p > 0.000$; OR: 0,48 0.38-0.59), a presencia de Condiciones Crónicas (CC), patología oncológica y motivo de ingreso, en particular sepsis. El análisis multivariado mostró que la asociación entre valor de albúmina y mortalidad se mantuvo ajustada por factores confundidores (CC, PIM3) ($p > 0.000$; OR: 0,52 [0.42-0.66]). Un valor de albúmina <3.2 fue predictor de mortalidad ($p > 0.000$; OR ajustado: 2.96 [2-4.35]). **Conclusión:** La presencia de hipoalbuminemia al ingreso a UCIP es frecuente en nuestra población y se asoció a mortalidad.

Tabla 1- Características de los pacientes

Características	N	%
Sexo Masculino	813	55.7
Condición Crónica Compleja	829	56.8
Patología Oncológica	235	16.1
Motivo de Ingreso		0.0
Respiratorio	495	33.9
Postquirúrgico	294	20.2
Neurológico	215	14.7
Otros	360	24.7
Cardiológico	43	2.9
Causa Externa	52	3.6



O-106. Aplicabilidad clínica de la cuantificación simultánea de catecolaminas y metanefrinas libres por UHPLC-MS/MS para el diagnóstico de feocromocitomas y paragangliomas

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

Rodríguez ME⁽¹⁾, Ambao V⁽¹⁾, Vieites A⁽¹⁾, Sanso G⁽¹⁾, Arcari A⁽¹⁾, Ballerini MG⁽¹⁾, Ropelato MG⁽¹⁾.

⁽¹⁾Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergadá" (CEDIE) CONICET, – FEI – División de Endocrinología. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La cromatografía líquida acoplada a la espectrometría de masas en tándem (UHPLC-MS/MS) constituye el método de referencia para la cuantificación específica, precisa y simultánea de catecolaminas (CA) y sus metabolitos O-metilados (O-met) para el diagnóstico de feocromocitoma y paraganglioma (PPGL). El objetivo de este trabajo fue realizar la prueba de concepto (validación clínica preliminar antes de su implementación) de un desarrollo de UHPLC-MS/MS para la cuantificación simultánea de CA y O-met libres. **Materiales y Métodos:** La tecnología usada fue un UHPLC-MS/MS de Shimadzu Nexera Sciex QTRAP®6500 en modo electrospray positivo, y se determinó la concentración de Epinefrina (EPI), norepinefrina (NE), dopamina (DA), metanefrina (MN), normetanefrina (NMN) y 3-metoxitiramina (3MT) en muestras de orina de 24 h. de pacientes que consultaron a la División de Endocrinología por sospecha clínica de presencia de tumor y/o seguimiento de la patología confirmada por biología molecular. El estudio incluyó 28 pacientes con la tríada clásica de hipertensión, sudoración y palpitación [mediana y rango 26.1 (4.3 a 72.6) años], de los cuales 14 presentaban imagen positiva de PPGL (grupo PPGL), 14 sin imagen (grupo no-PPGL) y muestras de 5 pacientes en seguimiento. **Resultados:** Los pacientes con PPGL presentaron mayores y significativos niveles de NA, NMN y 3MT respecto del grupo de no-PPGL (media $\pm$ SEM, ^a p <0,01; tabla 1). Todos los pacientes del grupo PPGL con CA elevadas presentaron también sus O-met elevados. Si bien ningún paciente del grupo no-PPGL presentó valores patológicos de CA ni O-met, 4/5 pacientes en seguimiento presentaron CA normales y las O-Met elevadas. **Conclusión:** nuestro desarrollo UHPLC-MS/MS para un panel de 6 CA y O-met libres constituyó un método útil para descartar la presencia de tumor en pacientes con sospecha clínica de PPGL. Los resultados de pacientes en seguimiento con biología molecular positiva demuestran la importancia de la inclusión de estos metabolitos en el panel de estudios bioquímicos de última generación.

Tabla1 (nmol/24 h)	no-PPGL (n=14)	PPGL (n=14)
EPI	30.6 $\pm$ 4.8	82.12 $\pm$ 39.9
NE	184 $\pm$ 23	3036 $\pm$ 778 ^a
DA	1480 $\pm$ 174	2221 $\pm$ 296
MN	77.2 $\pm$ 10.9	293.7 $\pm$ 189.4
NMN	109 $\pm$ 13	4159 $\pm$ 1092 ^a
3MT	207 $\pm$ 20	639 $\pm$ 173.6 ^a

O-114. Complicaciones de la apendicitis en pacientes pediátricos: experiencias en un centro quirúrgico especializado

Fiorini SG⁽¹⁾, De Simone C⁽¹⁾, Barbosa L⁽¹⁾.

⁽¹⁾Cirugía, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La apendicitis es la afección quirúrgica aguda más frecuente en pediatría con mayor incidencia en la adolescencia. Si bien la mortalidad es baja, la morbilidad aumenta cuando se asocia a peritonitis. Las complicaciones posoperatorias más frecuentes son la formación de colección en pared e intraabdominal con una incidencia aproximadamente del 20%. **Objetivos:** observar si la incidencia de complicaciones y frecuencia de reingresos hospitalarios en pacientes con antecedente de patología apendicular es mayor a la habitual en una sala quirúrgica de hospital de tercer nivel. **Métodos:** Estudio descriptivo observacional y prospectivo. Se registraron datos preestablecidos durante 9 meses de pacientes que se internan en sala quirúrgica por abdomen agudo. Criterios de inclusión: abdomen agudo de resolución quirúrgica, diagnóstico clínico o por ecografía de plastrón, edades 1 a 18 años. Criterios de exclusión: abdomen agudo médico, patología no apendicular luego de exploración quirúrgica. Se evaluaron las variables de edad, sexo, localidad, diagnóstico, abordaje quirúrgico y complicaciones postoperatorias. **Resultados:** cumplen criterios 188 pacientes; 57% sexo masculino; 59% de la Prov. Bs. As. Edades: menor a 5 años 11%, 6 a 11 63%, 12 a 18 26%. Diagnósticos: apendicitis perforada 55% (n=104) siendo peritonitis generalizadas el 70%; apendicitis no perforadas

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

37%; plastrón 7%. Abordaje quirúrgico convencional 66%. Complicaciones 14.8% de pacientes (n=28), siendo 66% (n=21) colecciones abdominales, ISQ 9% (n=3), perforación e ileostomía 3% (n=1), ARM 3% (n=1), sepsis-EAB 3% (n=1), rafia ciego 3% (n=1). 4 pacientes requirieron nueva resolución quirúrgica. Diagnósticos previos: apendicitis perforadas 75% (n=21); Abordajes quirúrgicos 61% convencional 39% laparoscopia; 6 a 11 años 64%. **Conclusiones:** la incidencia de complicaciones es similar a la reportada en la literatura, con mayor frecuencia en apendicitis perforadas y con técnica convencional. Como reflexión secundaria, a diferencia que, en la adolescencia, se observó mayor incidencia de patología apendicular en la segunda infancia, así como un aumento en las complicaciones en este grupo, probablemente por ser una institución de atención pediátrica y ser centro de derivación. Vale aclarar el bajo porcentaje de ISQ, probablemente por no contemplar el estudio el seguimiento ambulatorio de los pacientes.

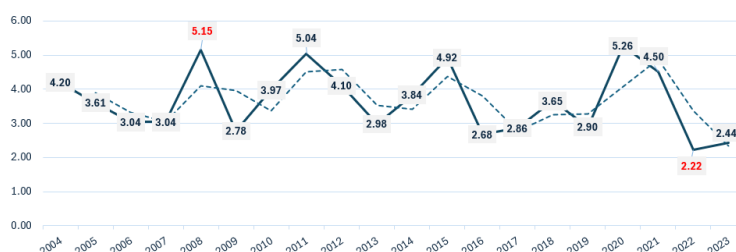
O-124. Perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico para cuidados post paro cardiorrespiratorio

Cuervo MT⁽¹⁾, Gattari A⁽¹⁾, Arias MdP⁽¹⁾, González G⁽¹⁾, Magee Bahl S⁽¹⁾.

⁽¹⁾Terapia Intensiva, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

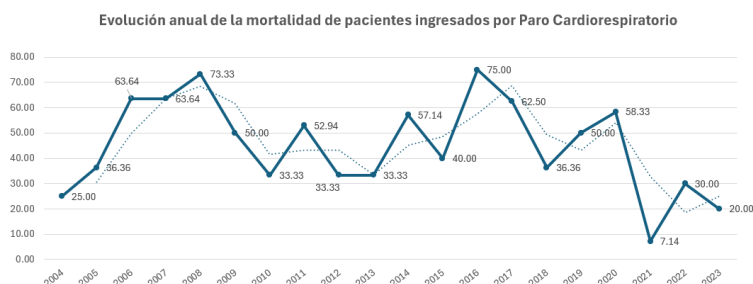
Introducción: El paro cardiorrespiratorio (PCR) en pediatría es una situación clínica grave que puede ocurrir tanto en niños sanos, como en pacientes con condiciones crónicas complejas (CCC). Conocer su prevalencia, las características demográficas y evolución de los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para cuidados post PCR es necesario para implementar medidas de prevención. **Material y Métodos:** Diseño retrospectivo, observacional. Se incluyeron los pacientes ingresados en la UCIP polivalente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) entre el 01/01/04 al 31/12/23. Se analizó la base de datos del servicio (SATI-Q). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población: mediana, rango intercuartilo (RIC) para variables continuas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se compararon las variables continuas usando pruebas no paramétricas y categóricas mediante test de χ^2 . Se consideró $P < 0.05$ como estadísticamente significativa. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 6619 pacientes. La prevalencia de ingresos para cuidados post PCR en el período analizado fue de 3.58 % (IC 95% 3.1% / 4%) (237/6619). La evolución por año se muestra en la figura 1. Un 58.2% de los pacientes ingresados para cuidados post PCR fueron de sexo masculino (138/237), la mediana de edad de 31 meses (RIC 9-97) y 51.48% presentaban alguna CCC (115/237). El 65.8% de los eventos de PCR fueron intrahospitalarios (IH) (156/237). La mediana de estadía fue de 6 días (RIC 1-20), 2 días para los fallecidos (RIC 1-11), vs 10 en los sobrevivientes (RIC 4.75-16.75) ($p < 0.01$). La mortalidad fue de 44% (105/237), 44.8 % en PCR IH (70/156) y 43.2% (35/80) en PCR extrahospitalario ($P 0.8$). La evolución de la mortalidad por años se muestra en la figura 2. **Conclusión:** La prevalencia de ingresos para cuidados post PCR fue de 3.5%. Más del 60 % de los eventos fueron intrahospitalarios. La estadía fue mayor en los sobrevivientes, no se observó una diferencia estadísticamente significativa en la evolución de los pacientes con eventos intra o extrahospitalarios.

Prevalencia anual de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para cuidados post Paro Cardiorrespiratorio



a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños



O-128. Diagnóstico molecular de genodermatosis: experiencia de CEDIGEA

Natale M⁽¹⁾, Lusso S⁽¹⁾, Beltrán C⁽²⁾, Velázquez L⁽³⁾, Mistchenko A⁽²⁾, Manzur G⁽³⁾, Valinotto L^(1,2,4).

(¹)CEDIGEA, Facultad de Medicina - UBA. Buenos Aires, Argentina. (²)Laboratorio de Virología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina. (³)CEDIGEA, Hospital de Clínicas José de San Martín - Facultad de Medicina - UBA. Buenos Aires, Argentina. (⁴)CONICET. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y Objetivos: Las genodermatosis son enfermedades cutáneas genéticas raras, la mayoría con prevalencias de 1-9 por cada millón de personas. Estas patologías representan un gran desafío en el diagnóstico y manejo, especialmente en la población pediátrica. Nuestro objetivo principal es implementar y difundir el diagnóstico molecular para mejorar el manejo de pacientes con estas enfermedades, promoviendo la detección temprana de genodermatosis sindrómicas en pediatría, donde la primera evidencia de la enfermedad suele manifestarse en la piel. Es relevante destacar que, debido a la composición genética poco estudiada de nuestra población, muchas variantes patogénicas detectadas no han sido descritas previamente en la literatura científica. **Materiales y Métodos:** El laboratorio de diagnóstico molecular del Centro de Investigación en Genodermatosis y Epidermolisis Ampollar (CEDIGEIA) dependiente de la Facultad de Medicina de la UBA ha analizado muestras de 990 pacientes de 701 familias mediante secuenciación Sanger y secuenciación de nueva generación en paneles de genes asociados a genodermatosis. Todos los participantes del estudio brindaron su consentimiento informado por escrito (CEI16.38).

Resultados: Se logró el diagnóstico molecular en 657 pacientes (66,36%), identificando variantes en 56 genes asociados a 58 grupos de genodermatosis, lo que permitió definir tipos, subtipos y predecir presentaciones específicas. Se encontraron 529 variantes probablemente patogénicas de las cuales 125 (23,44%) no fueron descritas previamente. Además, se construyó una base de datos correlacionando variantes prevalentes con la ancestría de los pacientes, facilitando diagnósticos rápidos y costo-efectivos.

Conclusiones: El diagnóstico molecular ha transformado la atención de pacientes con genodermatosis en Argentina, acortando el tiempo de diagnóstico y permitiendo una detección y tratamiento tempranos. Este tipo de diagnóstico es crucial para identificar variantes genéticas específicas, lo que es especialmente importante en neonatos y pediatría, donde los síntomas pueden no estar completamente desarrollados. También permite una intervención temprana, asesoramiento genético familiar y un manejo personalizado, además de contribuir al avance de la investigación y al desarrollo de nuevas terapias, incluyendo tratamientos basados en la terapia génica y medicina personalizada.

[illegible]

Tabla 1: Enfermedades diagnosticadas en el laboratorio de diagnóstico molecular de CEDIGA. Las prevalencias corresponden a las comunicadas por Orphanet. En caso de no existir registro, se les nombra como de prevalencia desconocida. Para enfermedades con menos de 1000 casos descriptos se comunicó el número de casos mundial. Pacientes diagnosticados en nuestro centro con la enfermedad y cantidad de variantes diferentes encontradas, descriptas o no descriptas previamente en la literatura o bases de datos mundiales.

O-131. Carga de enfermedad ambulatoria por virus sincicial respiratorio (VSR) y factores asociados a sibilancias recurrentes en niños menores de 5 años en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG)

Rigou SH⁽¹⁾, Lucion F⁽¹⁾, Castellano V⁽¹⁾, Diana Menéndez S⁽¹⁾, Gentile A⁽¹⁾.

⁽¹⁾División Promoción y Protección de la Salud, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: VSR es uno de los principales agentes asociados a las infecciones respiratorias agudas (IRA). **Objetivo:** caracterizar la carga de enfermedad por VSR de casos ambulatorios en el HNRG en <5 años y determinar los factores de riesgo para desarrollar sibilancias. **Metodología:** estudio prospectivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes <5 años con IRA por VSR ambulatorios. Se utilizaron datos del programa de vigilancia epidemiológica (2022-2023) y datos desde enero hasta julio de 2024. Se realizó seguimiento telefónico a los 1, 3 y 6 meses para la incidencia de sibilancias recurrentes. **Análisis estadístico:** media y desvío standard o mediana y rango intercuartílico para las variables numéricas y número absoluto, porcentaje e intervalo de confianza de 95% para las variables nominales. Para determinar los factores asociados a las sibilancias recurrentes se utilizará el odds ratio. **Resultados:** Entre 2022 y 2024 se identificaron 119 casos, excluyendo 30 hospitalizados, resultando en 89 pacientes para el análisis. Se observó un patrón estacional con pico en la semana 26. En 2023 la circulación fue más temprana. Mediana de edad: 17.9 meses (9.37-27.60), 41.6% rango etario de 13 a 24 meses, 57.3% sexo masculino y 57.3% de CABA. Cohorte prospectiva (n=31): 48.4% clase socioeconómica media, 51.6% de madres educación secundaria completa, 20.70% (n=58) institución educativa. El 87.9% (n=58) nació de término, 43.2% recibió lactancia materna hasta los seis meses. El 70.4% (n=71) esquema de vacunación completo y 64.8% (n=54) antigripal. El 20.2% (n=79) presentaba comorbilidades: pulmonar crónica, prematurez, cardiopatía congénita, eczema, síndrome de Down, inmunodeficiencia, enfermedad neurológica y desnutrición. El 32.5% (n=40) tuvieron exposición al humo de tabaco. Síntomas: 86.5% (n=89) fiebre, 79.8% rinorrea y 96.6% tos. Media tiempo de evolución 4.17 días (2-5.7). El 23.6% requirió antibiótico y en el 80.9% fue amoxicilina. Diagnósticos principales (n=89): bronquiolitis (51.7%), catarro de vía aérea superior (29.2%), neumonía focal (11.1%), otitis media aguda (6.7%), neumonía multifocal (1.1%), laringitis (1.1%). No se alcanzó el número para analizar los factores asociados a las sibilancias recurrentes. **Conclusiones:** El VSR se presentó de forma estacional afectando niños sanos de 13 a 24 meses, predominio masculino, con bronquiolitis como principal diagnóstico.

O-156. Consultas ginecológicas en el servicio de adolescencia del HNRG

Matienzo MS⁽¹⁾, Orenstein S⁽¹⁾, Carpineta MdV⁽¹⁾.

⁽¹⁾Adolescencia, HNRG. CABA, Argentina.

Introducción: La salud sexual integral es un eje central en la atención de adolescentes y está contemplada en el marco de derechos que involucran tanto a los usuarios del sistema de salud como a los equipos profesionales responsables y formados para facilitar el acceso y la atención. La consulta ginecológica en la adolescencia brinda atención especializada durante un período de cambios físicos, psíquicos y sociales. El ginecólogo infantojuvenil identifica y maneja problemas de salud que pueden aparecer durante la pubertad y la adolescencia, como irregularidades menstruales y trastornos hormonales. Asimismo, brinda información relevante sobre salud sexual y (no) reproductiva, prevención de ITS, y métodos anticonceptivos de manera adecuada para su edad. **Objetivos:** Conocer las características actuales de la población que realiza consulta ginecológica en el servicio de adolescencia. Describir orden de frecuencia de los motivos de consulta y las patologías prevalentes. **Metodología:** Estudio descriptivo de la totalidad de consultas realizadas entre agosto 2023 y julio 2024 en el consultorio de ginecología del servicio de adolescencia. Se revisaron historias clínicas y se confeccionó una planilla para el registro de datos en Excel. Se establecieron categorías de análisis y los datos se procesaron manualmente. **Resultados:** Se realizaron 550 consultas ginecológicas, 235 (43%) fueron adolescentes menores de 15 años y 315 (57%) de 15 a 20 años. Del total de pacientes (n: 257), 48% consultaron por una única vez y 52% lo hicieron en 2 o más oportunidades. Se detallan los motivos de consulta por orden de frecuencia: alteración del ciclo menstrual (29%), anticoncepción (20%),

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

control ginecológico (15%), flujo o vulvovaginitis (8%), patología mamaria (7%) y anexial (5%), dismenorrea (4%), ITS (3%), malformaciones genitales (2,5%), patologías vulvares (2%), embarazo/IVE-ILE (1%). **Conclusión:** La mayoría de las consultas ginecológicas se realizan en la adolescencia tardía. Los motivos de consulta son coincidentes con la frecuencia reportada en la bibliografía, siendo la alteración del ciclo, la anticoncepción y el control ginecológico los motivos más sobresalientes. Es importante conocer la frecuencia de los motivos de consulta para jerarquizar la especificidad de la atención ginecológica en la salud sexual integral de las adolescentes.

O-005. El estudio de contactos como pilar para la erradicación de la tuberculosis en el mundo: experiencia en un centro pediátrico de 3^{er} nivel

Squasssi IRdV⁽¹⁾, Gonçalves Neiva Novo MC⁽¹⁾.

⁽¹⁾Tisiología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es un grave problema de salud pública. Muchos niños con esta enfermedad tuvieron contacto con pacientes contagiantes. El rápido estudio de contactos (EC) tiene como objetivos pesquisar nuevos enfermos para tratarlos rápidamente e identificar a los infectados y expuestos para administrarles quimioprofilaxis. El correcto cumplimiento del EC es imprescindible para lograr el control de la TB. **Objetivo:** Evaluar la calidad y el resultado del EC domiciliarios menores de 18 años, de pacientes con TB pulmonar (TBP), realizado en un centro pediátrico de 3^{er} nivel. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de las historias clínicas (HC) de pacientes <18 años con diagnóstico de TBP con directo, cultivo o métodos moleculares positivos o imágenes radiológicas cavitarias, bronconeumónicas o miliares, y de sus contactos <18 años, de enero 2018 a junio 2023. **Resultados:** Se evaluaron las HC de 199 casos de TBP y sus contactos. El 20% (38) no presentaba datos del EC. 30 pacientes (15%) no tenían contactos <18 años. Por lo tanto, se evaluaron 131 pacientes (66%) y sus contactos. Los casos índices fueron diagnosticados por directo+ (61), cultivo+ (21), métodos moleculares+ (6), clínica (43). Las formas pulmonares de estos pacientes fueron: unilateral con caverna (48), unilateral sin caverna (24), bilateral con caverna (42), bilateral sin caverna (11), otros (6). Se analizaron 342 contactos <18 años. Hubo 2.6 contactos por caso índice. (0-5 años:86; 6-10:106; >11:150). Varones 52%. Se realizó PPD en 242 pacientes (70%), siendo positivas 76(31%). Se repitió en 32 (viraje tuberculínico 9). Rx tórax realizadas: 282 (82%). Normales 245, patológicas 34. Requirieron TAC de tórax: 44 pacientes (16%). Ingresó muestra respiratoria en sólo 10 pacientes (3%). Se definieron como: expuestos 158 (46%), infectados 85 (25%), enfermos 34 (10%), no completaron estudios 65 pacientes (19%). Iniciaron quimioprofilaxis 190 y tratamiento 34 pacientes, el 65% de los contactos estudiados. Abandonaron 49, finalizaron 157 y se derivaron 21. **Conclusión:** Este trabajo muestra importantes fallas en el estudio de contactos de nuestros pacientes. A pesar de ello, se pudo diagnosticar la enfermedad precozmente en 34 niños e iniciar quimioprofilaxis en 190. Comentario: Es necesario fortalecer la capacitación del personal de salud para un buen EC, siendo, a nuestro criterio, importante la intervención del 1^{er} nivel de atención para estas acciones.

a. Médica pediatra. Médica de planta U5, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

b. Psicóloga de guardia, Depto. de Urgencia, HNRG. Comité Editorial Revista del Hospital de Niños

In Memoriam

Dra. Alessandra Giabbani

1956 - 2024

María Celia Montesano^a

Adiós, querida Alessandra, partiste el 13 de octubre del 2024. Compañera de guardia y amiga, inteligente y culta. Ordenada y con ganas de superarse en todo lo que hacías, amante de la fotografía y la lectura. Compartimos durante muchos años la guardia, con muchas situaciones límite y nuestras propias historias de vida. Con nuestras personalidades fuertes formamos parte de la familia de la guardia del lunes, familia porque ahí uno termina compartiendo todo lo lindo y lo feo.

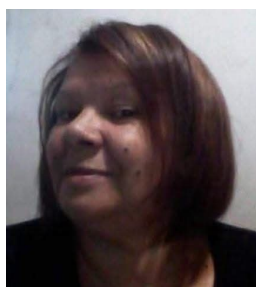


Aceptaste tu destino con fe y la confianza de que nada terminaba ahí. Siempre valiente para enfrentar todo, te vamos a extrañar mucho querida Ales.

Lic. Silvia Raneé Varas

1953 – 2024

Tus compañeros y amigos^b



Silvia querida te recordaremos por tu entrega profesional al niño y su familia, tu solidaridad con tus compañeros, siempre dispuesta a enseñar a aquel que lo necesitara.

Muchos años trabajamos juntas, tu paso por este hospital implicó conocerte como enfermera en la vieja Unidad 1 Clínica Médica, para pasar luego por los servicios de mayor complejidad como ser Cirugía Cardiovascular y Neonatología continuando tu carrera como jefa de sección de los servicios de Clínica Médica Unidad 6 y Hospital de Día Polivalente para culminar tu pase por este hospital como jefa de división. Todos estos años compartimos como compañeras, amigas y familia, encuentros, viajes y reuniones siempre con tus ocurrencias y buen humor. Por todo esto y mucho más no te vamos a olvidar.

¡Gracias, amiga por todo lo que nos diste! ¡Gracias Silvia!

a. Médica pediatra. Ex-Titular de guardia, Departamento de Urgencia, HNRG

b. Colegas del Depto. de Enfermería

Historia Clínica

Sección a cargo de Elizabeth Y. Sapia^a y Julia Dvorkin^b

Amanda Saucedo^c, Carolina Bullor^d, María Celeste Garreta^d, Manuela Vizio^c

Datos personales:

Nombre y apellido: D.C.B

Edad: 10 años

Motivo de consulta:

Dolor en miembro inferior izquierdo

Enfermedad actual

Paciente de 10 años, previamente sano, concurre a consultorios externos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez por presentar dolor e impotencia funcional intermitente en el miembro inferior izquierdo, de tres años de evolución, empeorado en los últimos meses. El paciente localiza el dolor en la región posterior de la pierna y pie homolateral y refiere que se intensifica con el correr del día o ante la actividad física. También manifiesta que ocasionalmente ha tenido lesiones localizadas en dicha zona, caracterizadas por vesículas de color rojizo, que luego evolucionaban a sangrados superficiales, de escasa cuantía, que se resuelven espontáneamente. Niega traumatismos asociados.

Al examen físico se encuentra en buen estado general, eucárdico, dentro de los datos positivos: se ausculta soplo sistólico eyectivo intensidad 2/6 en foco aórtico, sin irradiación. Se observa en el miembro inferior izquierdo, sobre la cara lateral, un cordón varicoso que se extiende desde el tercio inferior del muslo hasta el maléolo externo, tortuoso, con algunas regiones induradas, áreas hiperpigmentadas y tres máculas color rojo vinoso en la cara posterior del muslo y hueso poplíteo, indoloras. (Figuras 1 a 4). Pulsos conservados, simétricos. Godet negativo. Se solicita ecografía Doppler de ambos miembros y exámenes de laboratorio inicial.

Antecedentes personales:

Perinatólogico: nacido a término, peso adecuado.

Vacunas completas para la edad.

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG

d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

Figura 1



Figura 1: Ambos miembros inferiores, sin diferencias significativas en cuanto al tamaño. En la pierna izquierda, un cordón varicoso lateral.

Figura 2



Figura 2: Dilatación varicosa en la cara posterolateral del muslo y pierna izquierda y las manchas en vino Oporto circundantes.

Figura 3



Figura 3: Manchas en vino Oporto, la más distal presenta vesículas aisladas en su superficie

Figura 4



Figura 4: Cordón varicoso en cara externa del miembro inferior izquierdo, impresionando leve asimetría de extremidades.

- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
- b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
- c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG
- d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

Antecedentes patológicos:

Niega.

Dinámica familiar:

Paciente oriundo de Bolivia, reside en el país desde hace 1 año con su madre y tres hermanos menores. No cuenta con controles pediátricos regulares. Importante vulnerabilidad social.

Estudios complementarios realizados:

- **Laboratorio:** Glóbulos blancos 8 800 ml/mm³ (S 55%/L 40%/E 3%/M 1%), Hemoglobina 12 gr/dl, Hematocrito 41 %, Plaquetas 288 000 mil/mm³, Tiempo de protrombina 66%, Tiempo de tromboplastina parcial activado 42 seg, Dímero D 0.3 ug/ml, Proteína C 100 %, Proteína S 90 %, Antitrombina III 85 %, Urea 19 mg/dl, Glucosa 80 mg/dl, Ácido úrico 2.3 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl, Calcio 9.4 mg/dl, Fósforo 5.6 mg/dl, Magnesio 1.9 mg/dl, Bilirrubina total 0.75 mg/dl, Alanina aminotransferasa (ALAT/GPT) 7 U/l, Aspartato amino transferasa (ASAT/GOT) 9 U/l, Lactato deshidrogenasa (LDH) 200 UI/L, Proteínas totales 4.3 g/dl, Albúmina 3.5 g/dl, Proteína C reactiva 0.5 mg/l. Dentro de límites normales.
- **Electrocardiograma (ECG):** dentro de límites normales
- **Ecocardiograma Doppler:** función de VI conservada, sin signos de insuficiencia valvular ni cardíaca.
- **Ecografía Doppler de miembros inferiores:** miembro izquierdo: sistema venoso profundo y superficial suficiente. En tercio inferior-posteroexterno de muslo y tercio proximal posteroexterno de la pierna se observan múltiples imágenes venosas localizadas en el interior de fibras musculares, alterando la disposición habitual de las miofibrillas. Estructuras vasculares compresibles, sin imágenes sugerentes de trombosis. En tercio posterior distal de muslo izquierdo a 6 cm de la línea interarticular del hueso poplíteo se observa vena perforante dilatada insuficiente que mide 8 mm con múltiples colaterales venosas asociadas, que recorren la cara posteroexterna distal del muslo y tercio proximal de la pierna izquierda. En el tobillo izquierdo también se observan múltiples colaterales venosas, de calibre conservado, compresibles, sin signos

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

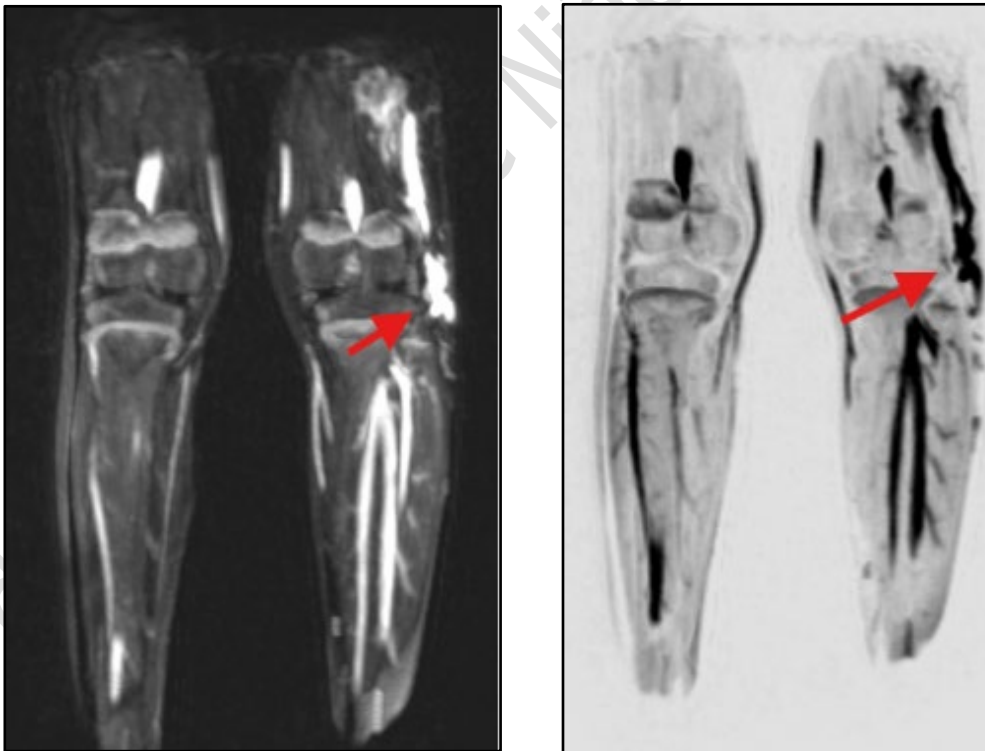
c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG

d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

de trombosis venosa profunda (TVP). Por lo mencionado anteriormente las imágenes corresponden a malformación vascular de tipo venosa, localizada en muslo distal, pierna y tobillo izquierdo. Miembro derecho: sistema venoso profundo y superficial suficiente, sin lesiones.

- **Radiografía de ambos miembros inferiores:** sin hallazgos, sin disimetrías ni alteraciones óseas evidentes.
- **Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de pelvis y miembros inferiores con gadolinio:** se evidencia en cara externa del muslo, pierna izquierda y en región maleolar externa homolateral, en profundidad del tejido celular subcutáneo, estructuras serpiginosas de probable origen vascular, sin diferencias significativas en el diámetro de muslos ni piernas, con estructuras óseas normales. (Figuras 5 y 6)

Figuras 5 y 6. RMN miembros inferiores con gadolinio



Figuras 5 y 6: En región tercio medio-distal de muslo y tercio proximal de pierna se observan estructuras serpiginosas de probable origen vascular hiperintensa en T2 e hipointensa en T1. (Flechas rojas)

- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
- b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
- c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG
- d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

Evolución

Por la presencia de várices sintomáticas en el miembro inferior izquierdo, con ecografía Doppler patológica, se inicia seguimiento conjunto con el Servicio de Hemodinamia y Malformaciones Vasculares. Ante la sospecha de Síndrome de Klippel Trenaunay (SKT) se amplían exámenes complementarios en búsqueda de hipertrofia ósea y/o de tejidos blandos, con radiografías comparativas de ambos miembros inferiores sin disimetrías, y RMN de pelvis y miembros inferiores, donde no se observan diferencias significativas en el diámetro de ambos miembros. Se interconsulta con Hematología, quienes indican manejo sintomático del dolor, por tratarse de un proceso crónico y no presentar signos de TVP aguda.

Con diagnóstico de SKT con sistema venoso suficiente, se indica tratamiento médico con medias de elastocompresión y medidas sintomáticas, como la elevación de los miembros inferiores para facilitar el retorno venoso. Se dan pautas estrictas de alarma a la familia, explicando la tendencia a cuadros de trombosis venosa y la necesidad de consultar de inmediato si se presentaran estos síntomas, teniendo en cuenta las dificultades socio familiares de acceso a los efectores de salud, pesquisados durante el proceso diagnóstico. El paciente continúa en seguimiento multidisciplinario en el hospital.

Discusión

El SKT es una enfermedad congénita rara y esporádica, caracterizada por la tríada de manchas vino Oporto (hemangiomas cutáneos), várices e hipertrofia de huesos y/o tejidos blandos, puede presentar o no malformaciones linfáticas. El diagnóstico se realiza con 2 de las 3 características mencionadas.¹ Su incidencia es incierta, pero se ha estimado en 2-5 por 100 000 habitantes.² Este paciente cuenta con dos criterios: los hemangiomas cutáneos y las várices.

La anomalía está presente al nacimiento y suele afectar a una extremidad inferior, aunque puede también comprometer el tronco, la cara, o a más de una extremidad.³

Jacob y col, informaron una frecuencia de presentación de 98% con manchas vino Oporto, 72% con varicosidades, 67% con hipertrofia de las extremidades, y sólo el 63% de los pacientes cumplía con los tres criterios clínicos.⁴

En la actualidad, se postula que una mutación en el gen PIK3CA sería la responsable del SKT, como así también del espectro de sobrecrecimiento de extremidades relacionado con PIK3CA (PROS)⁵, ya que estas entidades comparten una serie de características fenotípicas, lo

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG

d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

cual supone importantes implicancias para el diagnóstico molecular y su potencial tratamiento.⁶

Las malformaciones vasculares también pueden comprometer órganos internos como el bazo, hígado, pleura, pulmón, vejiga, útero, vagina y colon,^{1,7} lo que puede ocasionar hemorragias, dolor y diarrea.¹

Se pueden observar alteraciones tanto del sistema venoso superficial, como la llamada vena marginal lateral de Servelle, originada por persistencia de estructuras venosas embrionarias avalvulares localizadas en la región anterolateral del muslo y pierna;^{5,8} como así también del sistema venoso profundo, como hipoplasia venosa, incompetencia valvular, compresión por bandas fibróticas, entre otras. Es posible que estas malformaciones venosas no sean evidentes al nacimiento, y se hagan notorias a medida que el niño comienza a deambular.⁴

Debido a la estasis venosa en estas grandes venas sin válvulas, la TVP y la embolia pulmonar asociada son complicaciones bien conocidas del SKT.⁵

La alteración del sistema linfático se caracteriza frecuentemente por la presencia de ampollas vasculares superficiales o linfangiectasias, ubicadas en el área de los hemangiomas cutáneos.⁴ Estas lesiones pueden sangrar espontáneamente, como sucedía en el caso del paciente presentado.

El drenaje linfático anormal puede propiciar el desarrollo de celulitis y úlceras, que pueden culminar en gangrena.^{9,10}

La alteración del crecimiento se puede manifestar a nivel óseo y de tejidos blandos. El crecimiento excesivo puede ser de una extremidad, que es lo más frecuente, o bien de una parte pequeña del cuerpo, como, por ejemplo, macrodactilia aislada y se encuentra mayormente en el mismo lugar que las malformaciones vasculares.⁷

El dolor crónico es un motivo importante de morbilidad en estos pacientes. Puede desencadenarse por múltiples causas, desde infecciones, como celulitis y tromboflebitis, dolores de crecimiento, hasta inclusive dolor neuropático por compresión secundaria de estructuras nerviosas. En la mayoría de los casos, la fuente principal sería la insuficiencia venosa y el linfedema de la extremidad afectada.²

Si bien el diagnóstico es clínico, se utilizan diferentes estudios por imágenes, para evaluar la extensión y naturaleza de las lesiones. La ecografía Doppler suele ser la técnica de elección inicial. La RMN con contraste se utiliza para evaluar los tejidos blandos, la extensión

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG

d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

e infiltración de las malformaciones vasculares y linfáticas y determinar el componente de la hipertrofia (tejido subcutáneo, músculo y/o hueso).⁸

El tratamiento del SKT es complejo, e implica la predicción de la enfermedad basada en evaluación genética; el tratamiento de las manifestaciones clínicas y la prevención de complicaciones vasculares, ortopédicas, hematológicas y sistémicas; con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y, en la medida de lo posible, su apariencia.⁸

Como se mencionara anteriormente, el dolor en estos pacientes es de etiología multifactorial y debe estar enfocado en la corrección de la causa o problema subyacente.

El tratamiento médico de las várices se basa en la elevación de la extremidad afectada, el uso de medias de compresión y la curación de las úlceras para prevenir infecciones.⁸

En algunos casos, se puede recurrir a la cirugía vascular, pero tiene la desventaja de una alta tasa de recurrencia en las malformaciones vasculares de flujo lento como lo es el SKT. También se puede optar por la escleroterapia. Las correcciones quirúrgicas ortopédicas, están indicadas cuando hay hipercrecimiento excesivo de una extremidad.⁸

Para las manchas en vino de Oporto se ha utilizado el láser de colorante pulsado, con buenos resultados.⁸

El descubrimiento reciente de la etiología molecular del PROS (Espectro de Sobrecrecimiento Relacionado con PIK3CA) ha permitido desarrollar terapias médicas dirigidas, como el sirolimus y el alpelisib. El primero actúa inhibiendo al mTOR (que actúa en la vía del PIK3CA promoviendo la proliferación celular y la angiogénesis), y ha demostrado su eficacia para reducir el dolor y la fuga linfática, mientras que el alpelisib es un inhibidor directo del PIK3CA y, al hacerlo, reduce la señalización a través de esta vía. Esto puede limitar la proliferación de células anormales y disminuir el crecimiento de las malformaciones vasculares en los pacientes con SKT y otros síndromes relacionados como PROS.¹¹ Al actuar sobre la raíz molecular del trastorno, el alpelisib ofrece una terapia dirigida, enfocada en el mecanismo subyacente de la enfermedad y, por ende, se considera una opción prometedora para mejorar síntomas y disminuir las complicaciones sin la necesidad de tratamientos invasivos.

Conclusión

La presentación de este paciente con SKT destaca la importancia de un enfoque integral en el diagnóstico y manejo de enfermedades raras en pediatría. El abordaje multidisciplinario y el seguimiento a largo plazo juegan un rol crucial para optimizar los resultados y la calidad

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG

d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

de vida del paciente.

En cuanto a las terapias emergentes, fármacos como sirolimus o alpelisib han demostrado potencial para reducir el crecimiento de malformaciones vasculares y mejorar síntomas en pacientes con SKT, al actuar de manera dirigida sobre vías de señalización encargadas de la proliferación celular, lo que podría representar un cambio significativo en el manejo a futuro, ofreciendo mejores perspectivas a estos pacientes.

Bibliografía

1. Asghar F, Aqeel R, Farooque U, et al. Presentation and management of Klippel-Trenaunay syndrome: A review of available data. *Cureus* 2020; 12(5): e8023.
2. Lee A, Driscoll D, Gloviczki P, et al. Evaluation and management of pain in patients with Klippel-Trenaunay syndrome: A review. *Pediatrics* 2005; 115(3): 744-749.
3. Martin KL. Trastornos vasculares. En: Kliegman R M, Stanton BF, St. Geme J W, et al. (Eds.). *Nelson Textbook of Pediatrics* 21ª ed. 2020. Cap. 669: 3462.
4. Jacob AG, Driscoll DJ, Shaughnessy WJ, et al. Klippel-Trenaunay syndrome: Spectrum and management. *Mayo Clin Proc* 1998; 73 (1): 28-36.
5. Harnarayan P, Harnanan D. The Klippel-Trénaunay syndrome in 2022: Unravelling its genetic and molecular profile and its link to the limb overgrowth syndromes. *Vasc Health Risk Manag.* 2022; 18: 201-209.
6. Vahid Nezhad H, Youssefian L, Uitto J. Klippel-Trenaunay syndrome belongs to the PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS). *Exp Dermatol* 2016; 25(1): 17-19.
7. Oduber CE, van der Horst CM, Hennekam RC. Klippel-Trenaunay syndrome: Diagnostic criteria and hypothesis on etiology. *Ann Plast Surg.* 2008; 60 (2): 217-223.
8. Redondo P, Aguado L, Martínez-Cuesta A. Diagnosis and management of extensive vascular malformations of the lower limb: Part I. Clinical diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 65(5): 893-906.
9. Hale EK. Klippel-Trenaunay syndrome. *Dermatol Online J.* 2002; 8 (1): 13.
10. Asghar F, Aqeel R, Farooque U, et al. Presentation and Management of Klippel-Trenaunay Syndrome: A Review of Available Data. *Cureus.* 2020 May 8; 12(5): e8023. doi: 10.7759/cureus.8023.
11. Raghavendran P, Albers SE, Phillip JD, et al. Clinical Response to PI3K-α Inhibition in a Cohort of Children and Adults With PIK3CA-Related Overgrowth Spectrum Disorders. *J Vasc Anom (Phila)* 2022; 3 (1): e038.

Forma de citar: Saucedo A, Bullor C, Garreta MC, et al. Historia Clínica. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2024;66 (295):394-401

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
c. Residente de cuarto año. Clínica pediátrica, HNRG
d. Instructora de residentes. Clínica pediátrica, HNRG

Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG

Sección a cargo de Cynthia Slaifstein^a y Micaela Salas Victoria^a

Barbara Cosentino^b, Laura Nucifora^b, Carolina Bullor^a

Datos personales:

Nombre y Apellido: S.C.

Edad: 3 días de vida

Sexo: Masculino

Procedencia: Cipolletti, Río Negro.

Motivo de internación: Tumoración renal con diagnóstico prenatal

Enfermedad actual

Paciente de 3 días de vida, nacido de término (NT), peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) es derivado del Hospital de Cipolletti al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) por presentar una tumoración renal, diagnosticada durante el tercer trimestre del embarazo por ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN) prenatales, por lo que se decide su derivación a un centro de mayor complejidad para estudio y tratamiento.

Antecedentes personales

Embarazo controlado. Gesta 2, Cesárea 2. Serologías del tercer trimestre negativas. Apgar 9/10. NT/PAEG (39 semanas/3.310 kg). Talla: 50 cm. PC: 34 cm.

Diagnóstico prenatal de tumoración renal por ecografía y RMN intraútero.

Otoemisiones acústicas pasan ambos oídos y fondo de ojo normal. Pendiente resultado de prueba de pesquisa neonatal. Vacunas: Hepatitis B y BCG. Grupo y factor: O+. Prueba de Coombs directa no reactiva. Niega exposición a tóxicos durante el embarazo

Antecedentes familiares y condiciones socioeconómicas

No presenta antecedentes familiares a destacar.

Examen físico al ingreso

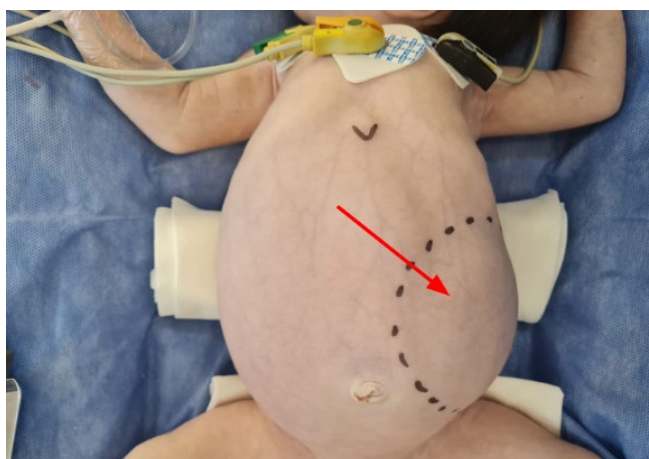
Paciente en buen estado general, clínica y hemodinámicamente compensado. Reactivo y vigil. Fontanela anterior normotensa. Normohidratado, ictericia en cara y tórax. Eucárdico, R1 y R2 normofonéticos, silencios libres. Presión arterial 95/65 (por encima del percentil 95).

a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG

b. Residente de 4^{to} año. Clínica Pediátrica, HNRG

Eupneico. con buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados. El abdomen se encontraba distendido con una masa palpable en hipocondrio y flanco izquierdo, dura elástica de aproximadamente 7x5 cm (Imagen 1), indolora a la palpación, resto del abdomen blando y depresible. Genitales acordes a sexo y edad. Antropometría: Peso: 2,965kg (pc 10-25); Talla: 51 cm (pc 50); Perímetro cefálico 34 cm (pc 25). Adecuada para la edad.

Imagen 1: Abdomen del paciente, línea de puntos indica la ubicación del tumor abdominal (flecha)



Abordaje diagnóstico y evolución clínica

El paciente fue derivado al HNRG con ecocardiograma y ecografía abdominal sin otros hallazgos patológicos, alimentándose con pecho materno con buena actitud y tolerancia a la vía oral.

Al presentarse como una masa abdominal palpable, se plantearon distintos diagnósticos diferenciales de tumores congénitos. Dentro de estos se encuentran:

- ✓ Neuroblastoma
- ✓ Tumor De Wilms
- ✓ Nefroma Mesoblástico Congénito
- ✓ Linfoma
- ✓ Hepatoblastoma
- ✓ Sarcoma De Ewing
- ✓ Rabdomiosarcoma.

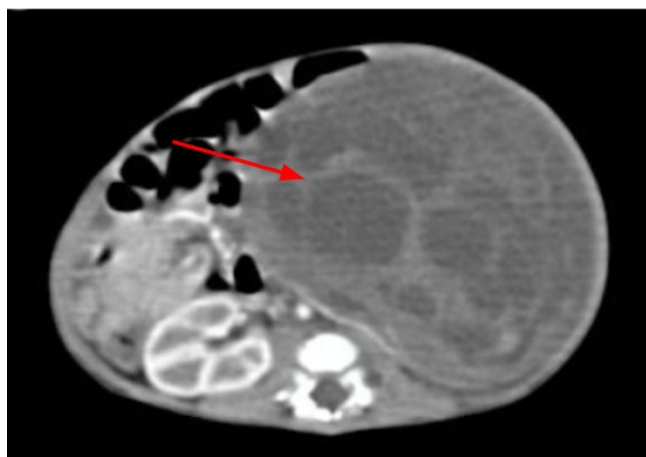
Con el objetivo de caracterizar la lesión, establecer su origen y localización, así como poder evaluar si se trataba de una masa sólida o quística, se realizaron ecografía y tomografía

del abdomen. A su vez, se solicitan distintos exámenes de laboratorio para descartar compromiso orgánico.

Los resultados obtenidos aportaron los siguientes datos:

- ✓ Ecografía abdominal: Masa mixta voluminosa (79 x 59 mm) en hemiabdomen izquierdo, compuesta por quistes de distinto contenido, tabiques gruesos y áreas sólidas y heterogéneas. Presenta vascularización escasa a nivel de tabiques y áreas sólidas. Riñón izquierdo se encuentra desplazado hacia cefálico, con dilatación piélica de 11 mm
- ✓ Tomografía (TAC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso: Masa con refuerzo heterogéneo a nivel del riñón izquierdo. No se observan adenomegalias retroperitoneales. Sin líquido libre en la cavidad abdominal. Resto sin particularidades. (Imagen 2)
- ✓ Laboratorio: Glóbulos blancos (11 800 ml/mm³ S 51%/L 31%/M 10%/E 7%), Hemoglobina 16 gr/dl, Hematocrito 44 %, Plaquetas 288 000 mil/mm³, Tiempo de protrombina 66%, Tiempo de tromboplastina parcial activado 42 sg, Urea 9 mg/dl, Glucosa 70 mg/dl, Ácido úrico 2.3 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl, Calcio 9.4 mg/dl, Fósforo 5.6 mg/dl, Magnesio 1.9 mg/dl, Bilirrubina total 13.41 mg/dl, Bilirrubina directa 1.74 mg/dl, Alanina aminotransferasa (ALAT/GPT) 7 U/l, Aspartato amino transferasa (ASAT/GOT) 58 U/l, Lactato deshidrogenasa (LDH) 852 U, Proteínas totales 4.3 g/dl, Albúmina 2.9 g/dl, Proteína C reactiva 11.9 mg/l.

Figura 2: TAC de abdomen donde se observa masa mixta voluminosa (flecha)



En un paciente con una masa tumoral abdominal de origen renal e hipertensión arterial (HTA), es necesario considerar los siguientes diagnósticos diferenciales: neuroblastoma, tumor de Wilms y nefroma mesoblástico congénito, descartando así las otras etiologías. Para descartar causa paraneoplásica de la HTA secundaria a un neuroblastoma, se realizaron dosaje de catecolaminas y ácido vainillín mandélico en orina y renina sérica, ambos dentro de límites normales. Habiendo excluido este diagnóstico, se interpreta la HTA, secundaria a compresión por parte del tumor de la vasculatura renal. Se indicó tratamiento con drogas antihipertensivas, recibiendo propranolol con regular respuesta y amlodipina.

Luego de la presentación del paciente en ateneo multidisciplinario donde participaron los Servicios de Oncología, Cirugía general y Urología, se decidió en primera instancia la conducta quirúrgica. La cirugía se practicó a los 15 días de vida con nefrectomía izquierda (Imagen 3), extrayendo la pieza entera con buena tolerancia al procedimiento. A la macroscopía, se evidenció una masa renal circunscrita, bien delimitada con un tamaño de 6-8 cm y un peso de 130 g, con superficie de corte firme, amarillo grisáceo (Imagen 4). En cuanto a la microscopía, se observó crecimiento fasciculado con haces entrelazados de tejido conectivo (fibroblastos, miofibroblastos), y densidad celular moderada. El informe de anatomía patológica reveló un **nefroma mesoblástico congénito**.

Imagen 3: Masa tumoral en relación con el colon, previo a disección. (flecha)

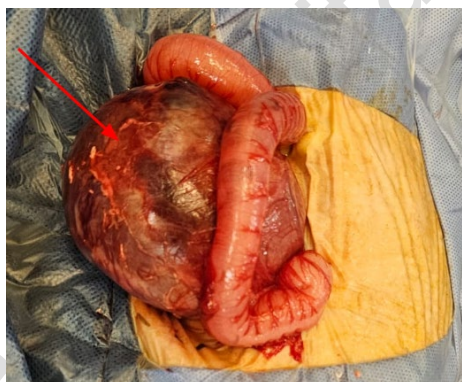


Imagen 4: Masa tumoral disecada



Diagnóstico: nefroma mesoblástico congénito.

Evolución clínica: El paciente evolucionó de forma favorable con resolución de su hipertensión arterial, sin complicaciones.

Discusión

Los tumores congénitos son patologías poco frecuentes, con una incidencia entre 2 y 14 niños por cada 100 000 nacidos vivos. Dentro de éstos, prevalecen los teratomas. A nivel abdominal, otras neoplasias diagnosticadas en el feto son las de origen renal, como el nefroma mesoblástico o, con menor frecuencia, el tumor de Wilms.¹

El nefroma mesoblástico congénito es el tumor renal más común en niños menores de 6 meses, representando aproximadamente el 5% de los tumores renales pediátricos.² Su incidencia es de 8 por millón de niños menores de 15 años.³ Generalmente, este tumor presenta un comportamiento benigno, y su principal diagnóstico diferencial es el tumor de Wilms.

El diagnóstico del nefroma mesoblástico congénito puede llevarse a cabo de forma prenatal o postnatal. El diagnóstico prenatal suele hacerse mediante ecografías de control, tal como sucedió con el paciente en cuestión. Esta detección es más frecuente en el tercer trimestre del embarazo, con una edad gestacional promedio de 32 semanas, que es cuando los tumores suelen mostrar un crecimiento significativo.⁴ Indirectamente, el tumor puede ser detectado durante el embarazo por presentar las mujeres embarazadas polihidramnios, ya que este síntoma se asocia frecuentemente con esta patología. Además, el nefroma mesoblástico puede llevar a complicaciones obstétricas, siendo el parto prematuro la más común.⁵ Otras incluyen la muerte intrauterina, con una incidencia del 12%, asociada a hidrops fetal o prematuridad.

En cuanto al diagnóstico postnatal, el nefroma mesoblástico se manifiesta principalmente como una masa abdominal palpable dentro de los primeros seis meses de vida, aunque también puede presentarse con síntomas como vómitos, pérdida de peso y del apetito, poliuria, hipercalcemia, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva,⁴ lo que puede motivar que los padres procuren atención médica.

Identificada la masa a nivel abdominal, es fundamental realizar una anamnesis detallada y un examen físico minucioso. La caracterización de la masa se lleva a cabo a través de estudios por imágenes, siendo la ecografía el principal método, ya que no implica riesgo para el paciente y a menudo se utiliza en la evaluación prenatal inicial. El diagnóstico definitivo se obtiene a través de la anatomía patológica, donde las características habituales son de un tumor sólido, heterogéneo, macroscópicamente bien delimitado y con importante vascularización.

a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG

b. Residente de 4^{to} año. Clínica Pediátrica, HNRG

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, sin necesidad de tratamientos adyuvantes. Es necesario destacar que este tumor puede presentar complicaciones graves, como parto y nacimiento prematuros, polihidramnios, hidrops fetal, hipertensión neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, y fallas hemodinámicas secundarias a una masa renal de gran tamaño, que inciden en la disminución de la tasa de supervivencia.⁵ Si bien se trata de un tumor benigno, puede desarrollar recidivas locales o metástasis a distancia a nivel del pulmón, hígado, cerebro y corazón.⁶ Esto último cobra mayor importancia en aquellos tumores de células atípicas o de estirpe celular.²

Conclusión

El nefroma mesoblástico congénito es el tumor renal más común en lactantes y presenta un comportamiento generalmente benigno. Su diagnóstico precoz, ya sea prenatal o postnatal, es crucial para un manejo adecuado y para minimizar complicaciones graves. La resección quirúrgica es el tratamiento principal, aunque es esencial realizar un seguimiento riguroso debido a la posibilidad de recidivas y complicaciones asociadas. La identificación temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar la tasa de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía

1. Cass DL. Fetal abdominal tumors and cysts. *Transl Pediatr* 2021; 10(5):1530-1541.
2. Tejedor Sánchez R, López Díaz M, Cabezalí Barbancho M, et al. Tratamiento quirúrgico del nefroma mesoblástico congénito. *Cir Pediatr* 2009; 22: 201-204.
3. García Rodríguez R, Cortés Cros E, Medina Castellano E, et al. Diagnóstico prenatal de un nefroma mesoblástico congénito. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52(1):61-6.
4. Samha R, Mansour M, AlAwad Y, et al. A massive primary congenital mesoblastic nephroma was successfully managed through open total nephrectomy: a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023; 85(12):6159-6163.
5. Tongsong T, Palangmonthip W, Chankhunaphas W, et al. Prenatal Course and Sonographic Features of Congenital Mesoblastic Nephroma. *Diagnostics (Basel)*. 2022; 12(8):1951.
6. Athapathu AS, Wijayawardhana SM, Meegoda J, et al. Case report of an infant with congenital mesoblastic nephroma leading to pulmonary metastasis. *SAGE Open Med Case Rep*. 2023; 11:2050313X231220826.

Forma de citar: Cosentino B, Nucifora L, Bullor C.
Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (295):402-407

Adolescencia

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

Aportes del Trabajo Social, trayectoria y experiencia en un Equipo Interdisciplinario de Atención de Adolescentes

Contributions of Social Work, trajectory and experience in an Interdisciplinary Adolescent Care Team

Graciela Miklaski^b

Introducción

Compartir estos años trabajados junto a un equipo interdisciplinario de profesionales y poder transmitir las experiencias es una posibilidad que trataré de dejar a los lectores. Comencé mi recorrido profesional después de graduarme en lo que era la Escuela de Servicio Social que dependía de la Facultad de Derecho. Trabajé poco tiempo en lo que era la Comisión Municipal de la Vivienda, pero comenzada la dictadura de 1976, me retiré. Volví a trabajar nuevamente en 1985 -ante el pedido de un médico amigo- en el Hospital de Niños R. Gutiérrez. El equipo -en ese entonces Grupo de Trabajo o Consultorio de Adolescencia- no contaba con un Trabajador Social que se desempeñara en forma exclusiva. En esos años el consultorio funcionaba en el entresuelo del pabellón donde actualmente están ubicadas las Unidades 9 y 10. La demanda era abrumadora, respondida con gran participación de profesionales, aunque escaso el espacio ya que estaban habilitados pocos consultorios, por lo cual siempre había que esperar que se desocupara alguno para poder atender. En un salón aparte Terapia Ocupacional desarrollaba talleres con adolescentes de los cuales participábamos en conjunto con psicología.

Durante dos años participé como concurrente, realizando la formación en el Servicio de Psicopatología, teniendo como docente a la trabajadora social a cargo en ese entonces. Luego de concursar obtuve la vacante de titular de planta profesional, desarrollando mi actividad en diferentes equipos, fundamentalmente en Adolescencia Consultorio Externo y en Internación de Salud Mental.

El Consultorio de Adolescencia se fue mudando y creciendo con los años, así como las experiencias, que se fueron capitalizando hasta que se conformó el Servicio de Adolescencia con espacio propio. En todos estos años fui aprendiendo y compartiendo saberes, fundamentalmente que "las acciones de salud en la adolescencia son más eficaces cuando son ejercidas

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

por un equipo interdisciplinario, con la colaboración de la familia y otros sectores de la comunidad".¹ Fui aprendiendo a trabajar en forma participativa con el equipo tratante, brindando la información socioeconómica y cultural del adolescente, su familia y su medio.

En ocasiones con intervenciones con el paciente, pero fundamentalmente con la familia, la escuela o grupos donde el adolescente pudiera estar inserto.

La tarea del trabajador social en un consultorio de adolescencia es poner en evidencia el aquí y ahora de los pacientes atendidos al equipo interdisciplinario. Es acercar la realidad social y familiar. Es el nexo entre el equipo tratante, la familia y su medio sociocultural, aportando una mirada distinta acerca del paciente y su entorno para facilitar y favorecer las estrategias terapéuticas.

Las intervenciones profesionales son esencialmente educativas, de carácter promocional, preventivas y asistenciales, destinadas a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social que presentan los jóvenes y sus familias, e intervenir en las situaciones cuyos involucrados requieran solo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales.²

Articular con otros actores que puedan aportar a un tratamiento de mayor efectividad, involucrando a la escuela, la comuna, a los diferentes programas que nos aportan las nuevas políticas sociales, con mayor y mejor inclusión social, era la tarea diaria que el equipo tenía con los pacientes y sus diferentes escenarios familiares, culturales y sociales.

El rol del trabajador social

El Trabajo Social se ubica entre las ciencias que estudian al hombre -determinado por múltiples necesidades- y sus relaciones. La ciencia va elaborando respuestas y la sociedad debería instituir políticas y mecanismos que se encarguen de ejecutarlas. La acción del trabajador social hace posible considerar cuáles son las necesidades y la satisfacción de la población respecto de estas, lo que en términos profesionales sería la demanda de esa población y el servicio que brinda una institución. Confeccionar la historia social del paciente y su familia es el instrumento que brinda al equipo tratante la información que le servirá para que la terapéutica indicada tenga mejores resultados.³ Muchas veces esta historia social era confeccionada en forma conjunta con el equipo que intervendría con el joven, podía estar o no el paciente, ser confeccionada solo con la familia o adulto acompañante o la persona que pudiera brindar los datos necesarios para acordar una estrategia de intervención.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

Quiénes eran los pacientes atendidos

A lo largo de mi experiencia en el Consultorio de Adolescencia y haciendo un poco de historia he podido comprobar que los jóvenes han ido cambiando, como también sus escenarios culturales, sociales y familiares. Las consultas fueron cambiando y se complejizaron, lo que llevó a implementar estrategias de intervención diferentes.

No es posible hablar de **un** adolescente, sino que se pueden describir diferentes jóvenes que consultan de acuerdo con el contexto en el que se encuentran insertos:

- Jóvenes incluidos en los sistemas educativos, con familias integradas, lo cual no implicaba que no tuvieran los conflictos que trae crecer, como así también los conflictos que expresaban sus padres en relación con cómo manejar las nuevas conductas de sus hijos. Muchas de las intervenciones estaban relacionadas con la confrontación que planteaban los padres a la que se ven enfrentados día a día con estos hijos que ya no eran los mismos.
- Adolescentes que trabajaban y estaban a cargo de sus familias. Las intervenciones eran necesarias para poder sostenerlos en crisis o porque no podían cumplir su rol. Estos adolescentes se presentaban generalmente solos y estaban sobreadaptados a exigencias reales, que incidían en su salud tanto física como psicológica.
- Adolescentes "ni": que ni estudian ni trabajan. Jóvenes generalmente provenientes de contextos culturales de bajos recursos, con modelos de familia que por los años de crisis han perdido sus inserciones laborales y donde varias generaciones han sobrevivido como podían, changueando o cartoneando o de familias cuyos hombres se sienten deprimidos por depender de los ingresos de sus mujeres.
- Adolescentes del paco, del boliche, del Facebook y del resto de las redes sociales.
- Adolescentes violentos. Estos jóvenes eran los de mayor acceso y los que planteaban los mayores desafíos, provenientes generalmente de familias con serias dificultades vinculares, familias disgregadas, algunos con antecedentes en sus padres de consumo problemático de sustancias, cuyas familias evidenciaban modelos violentos de comunicación que fueron pasando de generaciones anteriores como única respuesta a problemas que plantean los hijos.
- Adolescentes con trastornos emocionales severos, con enfermedades crónicas, con secuelas de otras patologías que llegaban al consultorio con un recorrido de varios años,

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

con la rebeldía clásica de la edad, pero complicada con relación a la no aceptación de sus tratamientos y de su futuro.

- Adolescentes perturbados por historias familiares.

Esto me llevó a pensar acerca de la cantidad de motivos de consulta que tienen nuestros pacientes y cómo los contextos culturales, económicos y sociales inciden en su futuro. Mi experiencia se enriqueció y complementó con la participación en el equipo de internación de Salud Mental, que funcionaba en la unidad 5, donde se realizaba la mayor parte de estas internaciones.

Poder integrar los equipos de los profesionales que atendían las patologías clínicas que se generaban por las diferentes causas que afectan la salud mental de los adolescentes fue un desafío importante que dio otro impulso a mi formación profesional. Aprender a tratar a los adolescentes con estos padecimientos, poder comprender a sus familias, implementar estrategias para ayudar a que las modalidades de tratamiento fueran viables y exitosas para que los pacientes pudieran recuperar una vida acorde a su edad, era un desafío permanente.

Se atendían casos de trastornos de la conducta alimentaria -en esa época gran cantidad de pacientes sufría ese trastorno- por causas muchas veces producto de situaciones de abuso sexual u otras de riesgo sufridas en la primera infancia o al momento de la consulta. Participar en las intervenciones familiares le brindaba al equipo una mirada desde lo social que podía enriquecer la estrategia de tratamiento.

Articular con las diversas instituciones legales que brindaran una protección a los adolescentes con derechos vulnerados fue una tarea que se implementaba con frecuencia, coordinando con los diferentes profesionales que intercambiaban estrategias de tratamiento. La ley 26.657 de Salud Mental favoreció la participación de los abogados del Ministerio Público de la Defensa y la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22), quienes eran convocados, participaban de las reuniones y relato de historias de pacientes con el objetivo de ayudar a establecer e implementar estrategias de tratamiento.⁴

Contar con el respaldo legal de los diferentes juzgados donde se realizaba, de acuerdo con la ley, la comunicación de la internación, los posteriores informes del tratamiento y las indicaciones terapéuticas eran un recurso valioso que en muchas ocasiones funcionaba como una solución adecuada.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

La participación de los diferentes miembros del equipo interdisciplinario era esencial para integrar saberes que ayudaran a la curación de enfermedades, si las hubiere, evitando consecuencias mayores e implementando mejores estrategias de intervención. Era importante estimular al máximo las potencialidades de los adolescentes y sus familias, tendientes a lograr un crecimiento y desarrollo individual y social.

Realizar una estadística de las intervenciones resulta difícil, dado que, durante mucho tiempo, en especial los primeros años, no había registros más allá de los que se realizaban en las Historias Sociales y en los Informes elevados a los Organismos de Protección de Derechos. En mi experiencia personal cuento con un registro aproximado de 490 informes sociales elevados, de diferentes pacientes con vulneración de derechos. No tengo registro de la cantidad de intervenciones sociales en entrevistas realizadas, de manera individual o en conjunto con algún miembro del equipo. Se podría decir que entrevistas sociales, tanto individuales o en conjunto había aproximadamente 10 por semana, algunas veces incluso duraban toda la mañana e impedían por su complejidad, entrevistar a otro/as pacientes, los que eran citados en la siguiente consulta.

La estadística en internación era menor debido a la permanencia de los pacientes que muchas veces quedaban varias semanas en tratamiento. Se realizaban entrevistas familiares con miembros del entorno del paciente internado. La capacidad de internación en la Unidad 5 en la época que intervine, era de 4 camas destinadas para adolescentes con patología clínica y de salud mental, en casos de mayor demanda y según la complejidad del paciente, se evaluaba pedir la internación en alguna Unidad que dispusiera de una habitación para alojar a un adolescente.

A modo de cierre

Mi derrotero por el Hospital Gutiérrez concluyó en el año 2016. Como conclusión podría decir que la participación del trabajador social en un equipo interdisciplinario que atiende adolescentes fue y es primordial ya que enriquece la tarea y siempre fue reconocida por los profesionales como aportes que brindaban una mirada más a las intervenciones del equipo.

Durante mis años de trabajo en el equipo no existía la historia clínica electrónica alojada en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS) que podría brindar datos estadísticos más certeros.

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

Bibliografía

1. Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Atención del Adolescente desde el equipo de salud SAP Vol. LI, 1996. Pág. 17
2. Ley 23.377 Ejercicio Profesional del Trabajo Social. Disponible en: [https://www.trabajo-social.org.ar/ley-nacional-no-23-377/#:~:text=%2D%20\(Art%C3%ADculo%20%C2%BA%20de%20la%20Ley,so-cial%20de%20personas%20y%20grupos](https://www.trabajo-social.org.ar/ley-nacional-no-23-377/#:~:text=%2D%20(Art%C3%ADculo%20%C2%BA%20de%20la%20Ley,so-cial%20de%20personas%20y%20grupos)
3. Ander Egg E. Diccionario de Trabajo Social, 2019: 37.
4. Ley 26.657 Salud Mental. Art. 20, 21. 22. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Forma de citar: Miklaski G. Aportes del Trabajo Social, trayectoria y experiencia en un Equipo Interdisciplinario de Atención de Adolescentes. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024; 66 (295):408-413

Premios Revista Hospital de Niños a la producción científica 2023

Primer premio

Lactantes hospitalizados por bronquiolitis: impacto de factores de riesgo asociados

Gabriela Aída Szulman, Elisabeth Sapia, Mónica Dastugue, Normando Mascardi y Eduardo López

(Rev Vol 65 N° 289, año 2023)

Premio Accésit

Enfermedad de Chagas de transmisión oral, una emergencia pediátrica: revisión de dos brotes escolares en Venezuela

Belkisyolé Alarcón de Noya, Raiza Ruiz-Guevara, Zoraida Díaz-Bello, Cecilia Colmenares, Luciano Mauriello, Arturo Muñoz-Calderón y Oscar Noya

(Rev Vol 65 N° 288, año 2023)

a. Dra. Alejandra Ariovich, Dra. María Carpineta, Dr. Domingo Cialzeta, Dra. María Soledad Matienzo, Dr. Daniel Roffé, Dra. María Cecilia Russo, Lic. Gabriela Mayansky, Dra. Betiana Russo

b. Ex Trabajadora Social de planta, HNRG

Correspondencia: adolescenciahnrg@gmail.com, gramiklaski@hotmail.com

Seguridad del paciente

Sección a Cargo del Comité de Calidad y Seguridad del paciente HNRG^a

Contención mecánica en pediatría

Mechanical restraint in pediatrics

Mónica Garea^b

En estos días nos convoca un abordaje que nunca creíamos tener que plantear en pediatría: «el uso de las sujeciones físicas», que alguna vez, en el pasado, fueron empleadas para controlar el comportamiento de pacientes agitados, grupo que formaba parte de los clasificados como marginados para la sociedad.

Los sistemas de restricción física son un tema controvertido, algunos autores apuntan que su utilización no tiene una base científica y que sus beneficios no están probados, por el contrario, causan más daño.

La contención física se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como los “*métodos extraordinarios que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos*”.¹

Para todos los pacientes psiquiátricos o no, la definición aportada por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) considera que se está aplicando una restricción física, cuando se emplea “*cualquier método que restringe la libertad de movimiento de la persona, actividad física o el acceso normal a su cuerpo*” (citado por Martin, 2002). Desde estos estándares, se aconseja utilizar el juicio clínico para delimitar los tiempos de supervisión de las contenciones. La monitorización de las mismas tiene como objetivo garantizar la seguridad física del paciente.²

El tema sigue siendo, en la actualidad, objeto de debate, especialmente en el contexto de la atención pediátrica. El uso de ciertas prácticas, como la contención física, el aislamiento o incluso intervenciones médicas invasivas, a menudo generan preocupaciones sobre la vulneración de los derechos de los niños y el impacto psicológico negativo que pueden tener.

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseseguridadguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediatría UCIP, HNRG

El principio fundamental en la atención pediátrica debe ser siempre el bienestar del niño y adolescente, lo que incluye no sólo la salud física sino también la salud emocional y psicológica. Muchas veces, las intervenciones que se consideran necesarias desde el punto de vista médico pueden implicar estrés o ansiedad para los pacientes, en particular si no se les explica de forma adecuada lo que ocurre o si no se toman medidas para minimizar el sufrimiento emocional.

Además, la vulneración de los derechos de los niños y adolescentes en este tipo de situaciones puede surgir si no se respeta su autonomía, si no se asegura que sus padres o cuidadores estén adecuadamente informados y si no se les brinda un entorno seguro y de apoyo. Los efectos estresantes de las intervenciones pueden generar experiencias traumáticas que afecten el bienestar psicológico del niño a largo plazo.³

Es por ello por lo que la práctica médica debe centrarse en buscar un equilibrio entre la intervención clínica necesaria y el respeto por la dignidad, los derechos y las necesidades emocionales de los niños y adolescentes, garantizando que su sufrimiento se minimice y que se les proporcione el apoyo adecuado para enfrentar la situación de la mejor manera posible.

Este tipo de preocupaciones ha llevado a una mayor atención en el desarrollo de enfoques más humanizados en la medicina pediátrica, que incluyen la participación de los niños y sus familias en la toma de decisiones, la comunicación adecuada y el uso de estrategias de manejo del estrés.

Contención física en pediatría

La contención física en pacientes pediátricos es un tema delicado que se refiere a la utilización de métodos físicos para restringir el movimiento de un niño en situaciones específicas, generalmente en entornos de salud, como los hospitales. **El propósito de la contención es garantizar la seguridad del paciente, del personal de salud y de otros pacientes, especialmente cuando un niño está en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a los demás debido a su comportamiento o condición médica.**

Debe siempre manejarse con mucho cuidado y de acuerdo con pautas éticas y profesionales. Y debe ser una situación **transitoria hasta lograr la estabilización del paciente a la brevedad.**⁴

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseguiridadguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediatría UCIP, HNRG

Métodos de contención

Existen diferentes métodos de contención física, y su elección depende de la situación:

1. Contención manual: Implica que los profesionales de la salud sujeten al niño con las manos, limitando su movimiento. Este tipo de contención debe hacerse con cuidado para evitar lesiones.
2. Uso de dispositivos de sujeción: Se pueden usar dispositivos diseñados para limitar el movimiento. Siempre sin provocar daño físico ni psicológico.

Cabe recordar que existen alternativas y manejo de las contenciones de pacientes pediátricos antes de vulnerar su autonomía y de alguna forma no ser agresivos al sujetarlo con cinchos a una cama. Siempre que sea posible, se debe explorar el uso de estrategias menos invasivas antes de recurrir a la contención física como:

- ✓ Terapias conductuales: Ayudan a manejar los comportamientos disruptivos o agresivos de manera no invasiva.
- ✓ Medicamentos: En ciertos casos, los sedantes o ansiolíticos pueden ser necesarios para calmar a un niño en una situación de crisis.
- ✓ Distracción y apoyo emocional: El uso de juegos, música, técnicas de relajación o la presencia de los padres o tutores puede ayudar a reducir la necesidad de contención.

Las complicaciones incluyen:

- ✓ Lesiones locales en la piel y subcutáneas (como edema, hematomas en la piel y úlceras por presión), delirio, déficits neurológicos y otros resultados desfavorables a corto plazo.
- ✓ Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- ✓ Deterioro de la movilidad física, factores mecánicos (presión, cizallamiento, fricción).

En el caso de la UCI se ha asociado a mayor riesgo de aparición de delirio y signos de estrés postraumático al alta, por lo que se recomienda evitarlas, aunque este efecto todavía no se ha explorado en el ámbito pediátrico.

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediatría UCIP, HNRG

Cabe destacar que los datos actuales no permiten establecer una relación causal entre el uso de restricciones físicas y los eventos adversos debido a limitaciones inherentes (incluido el sesgo sustancial y la posible confusión). Sin embargo, una asociación causal parece admisible y más que probable. Es esencial que tome conciencia sobre los posibles efectos nocivos de las restricciones físicas entre los médicos y enfermeras. También es necesario establecer y utilizar protocolos y/o listas de verificación para identificar, gestionar y prevenir los eventos adversos.

Es necesario profundizar la investigación de las complicaciones y los eventos adversos asociados con el uso de restricción física, obtener una mejor comprensión de las consecuencias de su uso y explorar la eficacia de intervenciones específicas o medidas alternativas.⁵⁻⁸

Consideraciones éticas y legales

La contención física debe ser siempre el último recurso. Las pautas éticas y legales que regulan la contención en niños y adolescentes incluyen:

- ✓ Consentimiento: Siempre que sea posible, se debe obtener el consentimiento de los padres o tutores legales. En situaciones urgentes, donde no sea posible obtener este consentimiento, el personal debe basarse en lo que sea lo mejor para el paciente.
- ✓ Evaluación individualizada: Cada caso debe ser evaluado considerando la edad, el desarrollo y las necesidades emocionales del niño.
- ✓ Minimización del daño: La contención debe ser lo más breve y menos restrictiva posible, para evitar daños físicos y emocionales a largo plazo.
- ✓ Monitoreo constante: Durante y después de la contención, se debe vigilar al niño cuidadosamente para asegurar su bienestar.⁶

La voz de los pacientes y familia:

Los pacientes con restricción física y sus familiares manifestaron diversidad de sentimientos y sensaciones. A continuación, se relatan algunos de los testimonios de pacientes adultos o familiares:⁷

"Sí, primero me extrañó un poco sentirme atado, pero luego lo comprendí rápidamente, para que no me arrancara los goteros"

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseguiridadguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediatría UCIP, HNRG

"En ese momento sentí rabia, no podía arrancarme lo que me está molestando»

"Creía que la restricción física es el único sistema para inmovilizar"

"Comprendo la sedación o la sujeción por el personal sanitario como alternativa a la restricción física, pero al ver las manos sujetas me dolió, me dio pena, me dio lástima verlo atado"

"No tuve otros conocimientos para dar alternativas"

"Yo lo recuerdo como muy angustioso porque no podía ni tocarme los ojos... porque intentaba hacer algo y no podía, es que estaba atada y no podía ni hablar ni moverme"

La percepción de los niños y de sus familiares del uso de contenciones se describe como "una de las experiencias más duras jamás vividas"

Conclusión

La contención física en pacientes pediátricos debe ser empleada con gran cautela, siempre buscando el bienestar del niño y respetando los principios éticos. Es fundamental que sea utilizada solo en situaciones estrictamente necesarias y con el objetivo de garantizar la seguridad del niño y del entorno. En algunos casos, el paciente pediátrico puede estar en situaciones de vulnerabilidad debido a su condición clínica, edad, y la incapacidad para comprender completamente lo que está sucediendo a su alrededor. Las contenciones físicas, cuando son necesarias, deben usarse transitoriamente de manera que se minimicen los riesgos y se maximicen los beneficios para la seguridad y el bienestar del niño.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. 25 de marzo de 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf.
2. Joint Commission International. Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente. Acreditación de Organizaciones de Atención Sanitaria. Nuevos caminos: el nuevo proceso de encuesta y acreditación de hospitales para 2004. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>.
3. Pérez de Ciriza Amatriaina AI, Nicolás Olmedo A, Goñi Viguria R, et al. Restricciones físicas en UCI, su utilización y percepción de pacientes y familiares Enferm intensiva 2012; 23 (2): 77-86.
4. Berger S, Grzonka S, Amacher S, et al. Adverse events related to physical restraint use in intensive care units: A review of the literature. J Intensive Med. 2023; 4 (3):318-325. doi: 10.1016/j.jointm.2023.11.005

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseguiradguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediatría UCIP, HNRG

5. Moyano Hernández M. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. M.E. Tierra seca Serrano. UCIP. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Tertulia PRO/CONTRA. ¿Se deben utilizar contenciones mecánicas? 33º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Disponible en: <https://www.secip.info/images/images/site/Libro-Ponencias-SECIP-2018.pdf>
6. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Protocolo de Contención Física. Guía de Procedimiento para la Contención Física de Usuarios asistidos en Salud Mental en Situaciones de Urgencia y/o Emergencia. Diciembre 2021. Disponible en: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-SSAH-165-23-ANX.pdf>
7. Via-Clavero G. Intención de usar contenciones mecánicas en la unidad de cuidados intensivos: diseño y validación de un instrumento y factores relacionados. Departamento de Enfermería Fundamental y Médico Quirúrgica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. 2019. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/145132/6/GVC_TESIS.pdf
8. Bosch-Alcaraz A, Via-Clavero G. ¿Está justificado el uso de contenciones físicas y mecánicas en el paciente pediátrico ingresado en una unidad de cuidados intensivos? *Med Intensiva* 2020; 44 (3): 192-195.

Forma de citar: Garea M. Contención mecánica en pediatría.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (295):414-419

a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Fca. María Gutiérrez, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, adm. Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Miriam Peralta, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro, Dra. María Verónica Torres Cerino, Dra. Maria Rosa Gonzalez Negri. Contacto: calidadyseguiradguti@gmail.com

b. Médica Intensivista Pediátrica UCIP, HNRG

Relatos históricos

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

Historia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

History of the Intensive Care Unit of the Dr. Ricardo Gutiérrez General Children's Hospital

Jorge Sasbón^d, Pablo Neira^e

Resulta casi imposible precisar el origen de la medicina crítica y el de las unidades de cuidados intensivos. Enfermos graves existieron siempre desde los orígenes del hombre mismo. La actitud de salvar su vida quizás pudiera ser también preocupación desde aquellos comienzos de la humanidad.

Durante las guerras napoleónicas en 1799, los médicos del ejército de Napoleón agrupaban los heridos por gravedad, lo mismo realizó Florence Nightingale en 1863 agrupando los pacientes post operados en un área común hasta la recuperación inmediata de la cirugía.¹ Hacia 1920 se crearon salas de recuperación en el Hospital John Hopkins para los pacientes neuroquirúrgicos. Para mediados del siglo XX, en 1960 Hughes Day incorporó en las Unidades Coronarias tecnología, como desfibriladores, monitores para mejor control de los pacientes con alteraciones cardíacas tales como infartos de miocardio, arritmias cardíacas, etc., pero dichos recursos no lograron los resultados buscados. En 1962 luego de un estudio realizado se pudo observar que solo el agrupamiento del paciente crítico no era suficiente, sino que se debía complementar con personal médico y de enfermería debidamente adiestrados.²⁻⁴

A nivel mundial, la medicina crítica tuvo un origen multidisciplinario en donde anestesiólogos, neonatólogos, cirujanos, cardiólogos y otros profesionales aportaron las bases para su creación, inspirados en las necesidades de la atención especializada del enfermo crítico. El antecedente más significativo en el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) fue la epidemia de polio en Escandinavia entre 1950 y 1957 en la que se concentraron los enfermos en un solo departamento. Durante esta epidemia los médicos anesthesiologists utilizaron sus técnicas de intubación y ventilación artificial en el quirófano para aportar intubación endotraqueal y ventilación en pacientes pediátricos con poliomielitis. Pero

a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

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

c. Psicóloga de guardia, HNRG.

d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.

e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

durante ese tiempo se detectó que los pacientes pediátricos de diferentes patologías tenían una mortalidad mayor en esas unidades, por lo tanto, fueron separados y surgieron así las primeras UCIP en Upsala y Estocolmo en 1950.⁵

Las UCIP funcionaron en primer lugar en las salas de recuperación posoperatoria y estaban a cargo de los anestesiólogos. El monitoreo, el soporte respiratorio y el cuidado de enfermería se aplicaron en los niños que requerían cirugías más complejas. De las 10 unidades pioneras aparecidas entre 1955 y 1971, siete fueron dirigidas por anestesistas. Las primeras unidades surgieron en Suecia, Inglaterra, Francia y Australia. La primera unidad en los Estados Unidos fue la del Hospital de Niños de Filadelfia en 1967, dirigida por J. Downes. En 1969 Daniel Levin tomó la experiencia de los anestesistas y abrió una UCIP de 4 camas en el Hospital St. Luke en Chicago. Se podría decir que con esta unidad comenzó la evolución de las UCIP, un término no utilizado hasta los años '80. Peter Safar estableció en Baltimore, casi 10 años antes, una unidad multidisciplinaria para adultos y niños con problemas médicos o quirúrgicos.⁶

¿Entonces que es en realidad la Terapia Intensiva Pediátrica (TIP)?

Es el área o servicio dedicado a la atención integral del paciente con inestabilidad fisiológica de sus funciones vitales o con signos inminentes de descompensación, independientemente de cuales sean los orígenes de esta situación. El monitoreo clínico y fisiológico de distintas funciones en pacientes con potenciales desequilibrios vitales es también una función de la UCIP. Consecuentemente el médico intensivista es fundamentalmente un médico clínico que atiende pacientes críticos, con apoyo de personal de enfermería especializado y tecnología actualizada.

A finales de la década de 1960 y principios de los 70's también comenzaron a crearse UCIPs en distintos países de Latinoamérica, Brasil (Dres. Wong, Telles, Carvalho, Troster, Celiny, Jefferson Piva, etc.) y Chile en el Hospital Luis Calvo Mackena (Olivos, Cordero). En Uruguay el Dr. Mauricio Gajer inició la terapia intensiva en 1975 y el 1º Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Terapia Intensiva Pediátrica (SLACIP) se realizó en Punta del Este en noviembre de 1993. Continuaron con la labor del Dr. Mauricio Gajer los Dres. Marta Alberti, Osvaldo Bello, a lo que se suman en Paraguay los Dres. Oscar Doldan, Ricardo Iramain y Jimmy Giménez.

a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

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

c. Psicóloga de guardia, HNRG.

d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.

e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

En junio de 1969, producto de los avances médico-tecnológicos y con la visión de los Dres. Carlos Gianantonio y Javier Mendilaharsu, se estableció la Unidad Central de Terapia Intensiva del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, con la jefatura a cargo de este último. La ubicación inicial tuvo lugar en un sector de la unidad IX de Cirugía con seis camas y la dotación se compuso de residentes de pediatría de 2º y 3º año y un jefe de residentes, no tenía personal de planta propio. Desde su inicio el servicio recibió a residentes de pediatría del interior y exterior a través de un esquema de rotaciones.³ A partir de 1971 la estructura se trasladó a una planta física con 10 unidades de internación (Imagen 1), que incluía un aislamiento, con equipos de monitoreo de ECG y presión arterial no invasiva y dos ventiladores Bird Mark 7. (Imágenes 2 y 3).

Imagen 1. Primer UCIP (actual hemoterapia).

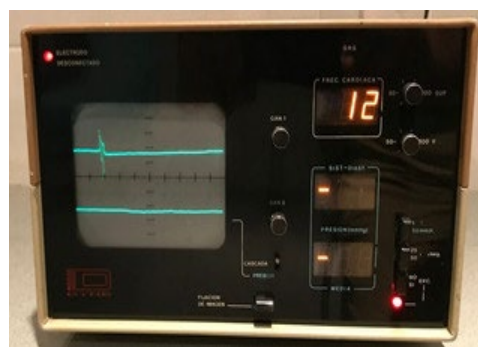


Fuente: Fotos tomadas por los autores

Imágenes 2 y 3.



Respirador Bird Mark 7



Monitor no invasivo

Fuente: Fotos tomadas por los autores

- a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG.
- c. Psicóloga de guardia, HNRG.
- d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.
- e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

A mediados de 1972 se inauguró la Unidad con el primer médico de planta y guardia como becario de la especialidad, con una beca de perfeccionamiento clínico en Terapia Intensiva, el Dr. Jorge S. Sasbón. Durante ese año el primer jefe de residentes fue el Dr. Gregorio Weller y como médico concurrente el Dr. Francisco Olazarri. Al año siguiente se incorporaron definitivamente otros cinco médicos, constituyéndose así un equipo de 6 médicos de planta con guardia incluida de 24 h. Eran los Dres. María Gracia Caletti, Sergio Goldschmidt, Luis Millaner, Francisco Olazarri y Gregorio Weller. Con estos ingresos se cubrían las guardias de lunes a sábado con una rotativa los domingos. En diciembre de 1973, médicos del servicio concurren por primera vez a la reunión anual de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), a partir de la cual la Unidad tendría una participación activa a través de la intervención en comisiones, jornadas, congresos y la presentación de artículos científicos. En esa reunión se presentó el primer trabajo: *Arritmias Cardíacas en Terapia Intensiva Pediátrica*. Conjuntamente se publicó en la Revista del Hospital de Niños el primer artículo de la Unidad: *Intoxicación Digitalica en Pediatría*. Desde mediados de la década del '70 iniciaron sus actividades otras UCI pediátricas, en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires (1973), el Hospital Francés (1976), el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata (1977), el Hospital Posadas de El Palomar (1979), la Clínica Bazterrica (1979), el Hospital Italiano de Buenos Aires (1984) y la Fundación Favaloro (1992), entre otras. A partir de 1987, el equipo de la Unidad se reestructuró bajo la jefatura del Dr. Francisco Olazarri, luego de la inauguración del Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. En junio de 1995 la Fundación Fortabat realizó una donación para la construcción de una nueva UTIP, con 18 camas y 2 sectores para aislamiento (Imagen 4).

Imagen 4. Segunda UCIP fundada en 1995



Fuente: Foto tomada por los autores

- Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG.
- Psicóloga de guardia, HNRG.
- Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.
- Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

En ese momento asumió la jefatura el Dr. Sergio Goldshmidt* y se incorporaron nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento. En ese año también se inició la formación específica en la disciplina a través del primer curso teórico-práctico de terapia intensiva pediátrica con una duración de dos años y el apoyo científico de la SATI. En el año 1996 se inició en el Hospital Gutiérrez la residencia de terapia intensiva pediátrica, que se sumó al curso de la SATI iniciado el año previo. Este curso fue el germen de la Carrera Universitaria de Posgrado de especialistas en Terapia Intensiva Pediátrica, cuyo inicio tuvo lugar en 1999.

En 1997 se creó el capítulo pediátrico en la SATI, cuyo primer director fue el Dr. Jorge Sasbón y ese mismo año se designó al Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez como centro de derivación de trauma pediátrico en la Ciudad de Buenos Aires. Desde 2004 inició su funcionamiento la Unidad de Terapia Intermedia postquirúrgica, con 8 camas. El Hospital también vio incrementada de manera notable la complejidad de las patologías de sus pacientes, incluyendo enfermedades crónicas, oncohematológicas, neuroquirúrgicas, como así también trasplantes de médula ósea y de hígado.

La UCIP siempre se destacó por la producción científica tanto en trabajos publicados como en presentaciones en congresos, ganando el primer premio de la SATI en 1996, 2009 y 2015 (Imágenes 5 y 6) y la participación en comités de esa institución.

Imagen 5. Premio SATI 1996. Entre otros se observa a los Dres. Olazarri, Goldschmidt, Moreno y Farias. Todos fueron jefes de la Unidad.



Fuente: Foto personal de los autores

- a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG.
- c. Psicóloga de guardia, HNRG.
- d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.
- e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

Desde el punto de vista docente, los miembros de la unidad participan como instructores de cursos internacionales enlatados como PALS®, FCCS® y P-FCCS®, administrados en el país por la SATI. La unidad es centro de formación de especialistas de América Latina y de España con quien mantiene una relación de intercambio de formación académica.

Imagen 6. Primer Congreso Argentino de Terapia Intensiva, 1978



Fuente: Foto personal de los autores

Parte fundamental en el cuidado de los pacientes críticos fue el desarrollo de enfermería especializada en cuidados críticos. Se debe destacar el enorme trabajo hecho por el grupo de enfermería, siempre al lado del médico formando un equipo fundamental para la atención del paciente. Los kinesiólogos comenzaron a trabajar individualmente en la unidad, siendo un complemento importante para el cuidado de los niños internados con una gran experiencia y trabajo en los pacientes en asistencia respiratoria y su retiro de la misma.

En la actualidad hay tres kinesiólogos de guardia por día y desde 2023 uno de planta. Desde 1995 se cuenta con una farmacia satélite** y una farmacéutica de planta que contribuye al seguimiento fármaco-terapéutico del paciente y cuyas intervenciones son un apoyo constante al trabajo en equipo.

En 2022 gracias a un aporte público y privado se inauguró un nuevo sector que aumenta en 11 camas la actual UCIP, para lograr un total de 29 unidades de internación. La obra fue realizada por la Cooperadora del Hospital de Niños y sus donantes, mientras que el

a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

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

c. Psicóloga de guardia, HNRG.

d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.

e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

diseño de la unidad y los recursos físicos por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Imágenes 7 y 8). Esta nueva unidad consta de 11 aislamientos equipados con la más alta tecnología para brindar un mejor lugar no sólo para los pacientes con alteraciones inmunológicas, sino para el resto de la patología crítica. Los pacientes podrán estar en compañía de su madre o padre en todo momento, propiciando la internación conjunta.

Imágenes 7 y 8. Vista de la nueva UCIP



Fuente: Fotos tomadas por los autores

Han pasado más de 50 años desde el comienzo de la UCIP, donde el tesón de un grupo de soñadores logró cimentar una especialidad fundamental para el cuidado de los pacientes, sin tener más monitores que el juicio clínico. En la actualidad estamos en la era de la alta tecnología, monitores cada vez más precisos y específicos, circulación extracorpórea, hemofiltración, etc. Pero siempre deberá ir acompañado del mismo juicio clínico manteniendo el principio de cuidar en todo momento al paciente. Seguramente cuando pasen otros cincuenta años va a parecer rudimentaria la tecnología actual, pero ojalá que se mantenga el mismo principio del juicio clínico y de cuidar y acompañar al niño y su familia.

a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

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

c. Psicóloga de guardia, HNRG.

d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.

e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

Notas

* Jefes de la UCIP desde su creación

Jefes de la UCIP del HNRG

1966 - 1988	Dr. Javier Mendilaharsu
1988 - 1994	Dr. Francisco Olazarri
1994 - 1998	Dr. Sergio Goldschmidt
1998 - 2006	Dr. Francisco Olazarri
2006 - 2012	Dr. Julio Farias
2012 - 2016	Dr. Ernesto Moreno
2016 - 2023	Dr. Pablo Neira
2023 a la actualidad	Dr. Alejandro Gattari

** Farmacia satélite: es una farmacia periférica que se establece en áreas críticas, con dependencia funcional y organizativa de la farmacia central.

Bibliografía

1. Nightingale F. Notes on hospitals, ed 3. London 1963; 83.
2. Day HW. A cardiac resuscitation program. J Lancet. 1962; 82:153-6.
3. Day HW. An intensive coronary care area. Dis Chest. 1963; 44:423-6.
4. Brown KW, MacMillan RL, Forbath N, et al. Coronary Unit: An intensive-care centre for acute myocardial infarction. Lancet. 1963; 2(7303):349-52.
5. Lassen HC. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. Lancet 1953;1(6749) 37-41.
6. Levin D, Downes JJ, Todres D. History of Pediatric Critical Care. En: Fuhrman B, Zimmerman J. Pediatric Critical Care. 5th ed. Elsevier; 2017.
7. Schnitzler E, Triulzi B: Historia de los Cuidados Intensivos Pediátricos. PROTIPED. Quinto ciclo N 2. ISSN 2336- 3942. Septiembre 2018.

Forma de citar: Sasbón J, Neira P. Historia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (295):420-427

- a. Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG.
- c. Psicóloga de guardia, HNRG.
- d. Ex jefe del Área de Terapia Intensiva Pediátrica. Médico Consultor Honorario Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Fue residente, becario y médico de planta del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez.
- e. Intensivista pediátrico. Director Médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: jsasbon@intramed.net

Noticias

Sección a Cargo de Paola Viola^a y Sandra Sagradini^b

Reconocimiento a la Coordinación Institucional de Voluntarios Hospitalarios de la Argentina (CIVHA)

El 4 de octubre de este año, la Legislatura porteña entregó un reconocimiento a la Coordinación Institucional de Voluntarios Hospitalarios de la Argentina (CIVHA), declarando de **Interés Sanitario** sus actividades.

Este homenaje destaca la valiosa labor de los voluntarios y voluntarias, quienes con empatía y compromiso acompañan a los pacientes internados y ambulatorios en más de 50 hospitales distribuidos a lo largo de todo el país. La iniciativa fue impulsada por los diputados Sandra Rey y Facundo del Gaiso y contó con el apoyo de la directora de la Comisión de Salud de la Legislatura, Fernanda Basavilbaso.

Asimismo, se aprobó una ley que declara el 4 de octubre de cada año como el **"Día del Voluntario Hospitalario"**, en reconocimiento a quienes dedican su tiempo a mejorar la calidad de vida de los pacientes en los hospitales, inspirados en el ejemplo de San Francisco de Asís.



Desde hace 59 años, CIVHA ha sido un pilar fundamental en la creación, coordinación y organización de los Voluntariados Hospitalarios, siempre con el objetivo de que cada hospital en cada ciudad o pueblo cuente con un Servicio de Voluntarios. Además, CIVHA tiene una misión amplia y comprometida, que incluye varios puntos clave:

- *Clarificar la labor del voluntario hospitalario*
- *Coordinar hospitales municipales, provinciales y nacionales*
- *Sistematizar reglas y hacer cumplir los reglamentos*
- *Capacitar y actualizar a los voluntarios*
- *Organizar conferencias y jornadas*
- *Jerarquizar la actividad voluntaria*
- *Crear redes entre los distintos Servicios y con otras organizaciones civiles*
- *Fortalecer y apoyar institucionalmente a cada Voluntariado*
- *Brindar soluciones a las diversas problemáticas*

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

- *Articular políticas de comunicación para difundir acciones y necesidades*
- *Generar recursos*
- *Gestionar subsidios*
- *Promover publicaciones*
- *Sostener la vocación más allá de las dificultades*

Bajo el lema **"CIVHA, siempre al servicio del Voluntariado hospitalario"**, esta organización reafirma su compromiso con la sociedad, brindando apoyo a los voluntarios hospitalarios y mejorando constantemente las condiciones en que desempeñan su labor. A través de su misión integral, CIVHA contribuye al bienestar de los pacientes, fortalece los lazos comunitarios y promueve la importancia del servicio desinteresado en el ámbito de la salud en toda la Argentina.



Dra. Ángela Spagnuolo de Gentile. Personalidad destacada en el ámbito de la salud

El 25 de noviembre de 2024, la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,



reconoció a la Dra. Ángela Spagnuolo de Gentile como personalidad destacada en el ámbito de la salud. La Dra. Gentile tiene una amplia trayectoria como pediatra, infectóloga y epidemióloga. Fue presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría y es miembro del Comité Editorial de la Revista del Hospital de Niños.

- Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
- Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

Esta merecida distinción, llena de orgullo a toda la comunidad hospitalaria, quienes conocemos el enorme trabajo que la Dra. desarrolla hace tantos años.

Disruptores endocrinos como factor de riesgo en la Telarca Precoz Idiopática. Estudio de casos y controles

Felicitamos a las Dras. Analía Freire, Florencia Palmieri, Andrea Arcari y Mirta Gryn-garten, quienes han recibido el Premio "José María López Regueira" al mejor trabajo libre presentado en el Congreso de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), que se llevó a cabo del 28 al 30 de octubre en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El trabajo refleja la labor que realiza el servicio de endocrinología, uniendo la actividad asistencial y la investigación, en búsqueda de la excelencia en el acompañamiento de las familias que concurren al hospital.



Primer Congreso Mundial de Dermatología Pediátrica

Entre el 23 y el 26 de octubre de 2024, se desarrolló en la Ciudad de Buenos Aires, el Primer Congreso Mundial de Dermatología Pediátrica. La World Health Academy Dermatology and Pediatrics (WHAD&P) es una organización médica miembro del grupo de la World Health Academy (WHA) que nació en el año 2019 para realizar, en el campo de la dermatología pediátrica, la difusión internacional del conocimiento médico. Con esa intención, le propuso a la Asociación Argentina de Dermatología Pediátrica (ASADEPE) que realizara en Buenos Aires el Primer Congreso Mundial de la especialidad.



ASADEPE es una institución que ha contribuido a la creación de la Residencia Universitaria en Dermatología Pediátrica y la Carrera de Especialista Universitario. En esta ocasión, para el congreso, presentaron un programa amplio que contempla todas las facetas de la especialidad, desde la atención primaria hasta los últimos avances e innovaciones.

La jefa del servicio de Dermatología Pediátrica, la Dra. Ianina Massimo, recibió una declaración de interés para la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por la realización del Congreso. Felicitamos a la Dra. Massimo y a todo el equipo de profesionales que participaron del mismo.

Reseña de las XXXIII Jornadas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y XIII Jornadas de Enfermería. *La pediatría en tiempos de crisis*

Entre el 14 y el 18 de octubre, se desarrollaron las XXXIII Jornadas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y XIII Jornadas de Enfermería. Desde los inicios, el comité científico y organizador se unieron con un objetivo común: confeccionar un temario con tópicos de actualidad, multidisciplinario, teniendo como eje la atención integral del niño y su familia, en un momento de crisis, como quisimos resaltar en el lema de las jornadas.

Luego de un año de trabajo en conjunto, fue posible visualizar el resultado de ese esfuerzo: tres días de pre-jornadas que incluyeron temáticas como Inmunizaciones, Neurodesarrollo y Bioética, así como 17 talleres de gran relevancia, tales como Ventilación No Invasiva, Mindfulness, Comunicación, Triage, y Eco Fast, por mencionar algunos, todos ellos enfocados en las necesidades e intereses de los diferentes integrantes del hospital.



Durante los dos días de las Jornadas, se abordaron una amplia variedad de problemáticas que afectan a los niños en todas sus etapas de desarrollo, desde la medicina prenatal hasta la transición a la adultez. El evento no sólo ha contado con la participación de pediatras, sino también con la presencia de otras disciplinas de salud, obstetras y médicos de adultos, lo que permitió una visión integral de las diversas etapas de la vida del paciente.

En total, se han realizado 38 mesas y 2 conferencias centrales, con la participación de 144 disertantes, tanto del Hospital como de otras instituciones, mientras que más de 80 personas han colaborado activamente en la organización y desarrollo de las mesas de trabajo.



búsqueda de la excelencia.

En nombre del Comité Científico y Organizador, deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento por el entusiasmo y la proactividad que demostraron todos los servicios del hospital. Cada colaboración ha sido fundamental para el éxito de estas Jornadas.

Muchas gracias a todos, y los esperamos en las próximas Jornadas.



Dra. Pilar Arias López

Secretaria Comité Científico

Médica de Planta Unidad de Terapia Intensiva

Reconocimiento a la trayectoria hospitalaria a los trabajadores con más de 25 años en la institución

Por iniciativa de la Dirección del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, durante noviembre y diciembre de 2024 se entregaron los reconocimientos a los trabajadores del Hospital que desarrollaron su labor durante 25 años o más en la institución. Dicho reconocimiento consiste en una medalla y un certificado a la dedicación y compromiso como trabajador del equipo del Hospital de Niños.



Las diferentes jornadas de entrega de los galardones reflejaron el trabajo en equipo y la emotividad, demostrando el gran compañerismo y compromiso con la tarea, desde cada lugar de trabajo de nuestra institución: administrativo, técnico y profesional. Las medallas fueron donadas por la Fundación Argentina de Infectología Pediátrica y los certificados por la

Asociación Cooperadora de nuestro hospital. El texto del reconocimiento refleja la importancia y el orgullo por este gran equipo:

" El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez reconoce al trabajador por su trayectoria y destacado desempeño en la institución a lo largo de estos años. Tu trabajo transformó vidas y dejó una huella imborrable en el corazón de quienes hacemos este lugar".

El director del Hospital, Dr. Pablo Neira, el director general Administrativo, Dr. Gonzalo Ponce, y el subdirector, Dr. Julián Onaindia, con emotivas palabras y reflejando el honor que los invadía, entregaron las preseas, en un espacio de encuentro y emotividad, donde también pudieron expresarse los trabajadores que las recibieron con gran entusiasmo por ser reconocidos en su trayectoria. Dedicación, experiencia y amor al trabajo son los ejes que guían a este gran equipo del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, merecedor de tamaño galardón.



Certificados XXXIII Jornadas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez - XIII Jornadas de Enfermería

Asistencia a Jornadas y Pósters:

https://intercongress-latam.com/Certificacion_Web/2024/gutierrez/

Jornadas de Bioética:

https://intercongress-latam.com/Certificacion_Web/2024/hnrg-jornadas-bioetica/

Jornadas de Inmunizaciones:

https://intercongress-latam.com/Certificacion_Web/2024/hnrg-jornadas-inmunizaciones/

Jornadas de Neurodesarrollo:

https://intercongress-latam.com/Certificacion_Web/2024/hnrg-jornadas-neurodesarrollo/

Se recomienda descargar los certificados desde una PC. Sugerimos descargar los certificados a la brevedad, dado que el sitio web será dado de baja el año próximo. Ante dudas, dificultades o consultas sobre la certificación, escribir a: info@newmeetings.com.ar

Noticiero Farmacológico

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

Acetazolamida: Edema pulmonar no cardiogénico

Europa. El PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee / Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia) de la EMA (European Medicines Agency / Agencia Europea de Medicamentos) luego de considerar la evidencia disponible en EudraVigilance* y en la literatura científica, así como los datos acumulados remitidos por el Laboratorio Titular de registro de acetazolamida, advierte que se han reportado casos graves de edema pulmonar no cardiogénico luego de tomar acetazolamida, incluso luego de una dosis única.

El edema pulmonar no cardiogénico típicamente se desarrolla en minutos a horas luego de recibir esta medicación. Los síntomas incluyen disnea, hipoxia e insuficiencia respiratoria. En caso de que se sospeche esta condición, debería suspenderse el medicamento y administrar tratamiento de sostén. La acetazolamida no debería ser administrada a pacientes quienes previamente hayan experimentado edema pulmonar no cardiogénico luego de recibir la misma.

* 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:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/other/new-product-information-wording-extracts-prac-recommendations-signals-adopted-8-12-july-2024-prac_es.pdf

Nota:

La acetazolamida es una sulfonamida no bacteriostática que posee una estructura química y unas propiedades farmacológicas muy diferentes de las sulfonamidas antibacterianas. El mecanismo de acción se debe a la inhibición de la enzima anhidrasa carbónica, la que cataliza la reacción reversible de hidratación en ácido carbónico, enzima que en el organismo (corazón, riñón, pulmón, cerebro, vasos capilares, etc.) desempeña el papel de mantener el equilibrio iónico entre agua y sales.

Desde el efector periférico de Farmacovigilancia del hospital (Unidad de Toxicología del HNRG) se realizó una consulta al Departamento de Farmacovigilancia y Gestión de Riesgo de ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) sobre casos reportados referidos a esta reacción adversa medicamentosa; se encontraron en VigiLyze (base de datos global de la Organización Mundial de la Salud, con eventos adversos enviados desde centros nacionales de farmacovigilancia) para edema de pulmón no cardiogénico 8 casos y para otros términos relacionados, edema pulmonar agudo 9 casos y edema pulmonar 34 casos, de los cuales todos son adultos.

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

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Atomoxetina: En pacientes pediátricos, se reportaron casos de agresión física o comportamiento amenazante y pensamientos de dañar a otros

Europa. El PRAC de la EMA ha realizado una revisión sobre los Informes Periódicos de Actualización de Seguridad para atomoxetina, informando que, en vista de los datos disponibles sobre el/los riesgo/s de ideación homicida procedentes de la bibliografía y de comunicaciones espontáneas, se considera que existe una posibilidad razonable de relación causal, entre atomoxetina y la reacción adversa medicamentosa (RAM) mencionada.

Se ha constatado comportamiento agresivo, hostilidad o labilidad emocional. La hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento negativista e irritación) fue constatada con más frecuencia en ensayos clínicos con niños, adolescentes y adultos tratados con atomoxetina frente a aquéllos tratados con placebo. En ensayos clínicos en niños tratados con atomoxetina se observó labilidad emocional con mayor frecuencia que en los tratados con placebo. En general, los pacientes deben ser estrechamente vigilados por si aparece o empeora el comportamiento agresivo, la hostilidad o la labilidad emocional.

Se han notificado casos graves en pacientes pediátricos, incluidos casos de agresión física o comportamiento amenazante y pensamientos de dañar a otros. Se debe aconsejar a los familiares y cuidadores de pacientes pediátricos tratados con atomoxetina que avisen a un profesional de la salud de inmediato si observan cambios significativos en el estado de ánimo o en los patrones de comportamiento, particularmente después de comenzar el tratamiento o cambiar la dosis. Los médicos deben evaluar la necesidad de ajustar la dosis o suspender el tratamiento en pacientes que experimenten cambios de comportamiento.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/atomoxetine-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00000262-202311_es.pdf

Nota:

Se desconoce el preciso mecanismo por el cual la atomoxetina produce su efecto terapéutico en trastornos por déficit de atención / hiperactividad, pero se cree que se encuentra relacionado a una inhibición selectiva del transportador presináptico de la noradrenalina, sin actuar directamente sobre los transportadores de serotonina o dopamina. Presenta una mínima afinidad sobre otros receptores noradrenérgicos o sobre otros transportadores de neurotransmisores o receptores.

Tiene dos metabolitos oxidativos principales: 4-hidroxiatomoxetina y N-desmetilatomoxetina. El primero es equipotente a atomoxetina como inhibidor del transportador de noradrenalina, pero a diferencia de atomoxetina, este metabolito también ejerce una cierta actividad inhibitoria en el transportador de serotonina. Sin embargo, es probable que cualquier efecto sobre este transportador sea mínimo, puesto que la mayor parte de este metabolito es posteriormente metabolizado, circulando

en plasma a concentraciones mucho menores (1% de la concentración de atomoxetina en los metabolizadores rápidos y 0,1% de la concentración de atomoxetina en metabolizadores lentos). El segundo metabolito presenta mucha menor actividad farmacológica comparada con atomoxetina. Circula en el plasma a menores concentraciones en los metabolizadores rápidos, y a concentraciones comparables al ingrediente farmacéutico activo del cual se origina en el estado de equilibrio en los metabolizadores lentos.

Atomoxetina: Síndrome serotoninérgico; bruxismo

Europa. El PRAC de la EMA ha realizado una revisión sobre los Informes Periódicos de Actualización de Seguridad para atomoxetina, informando que, en vista de los datos disponibles sobre el/los riesgo/s de síndrome serotoninérgico, y bruxismo, se considera que existe una posibilidad razonable de relación causal, entre atomoxetina y las RAM mencionadas.

* Se ha notificado síndrome serotoninérgico tras el uso concomitante de atomoxetina con otros medicamentos serotoninérgicos (por ejemplo, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina [IRSN], inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], otros IRSN, triptanes, opioides y antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos). En caso de que se justifique el uso concomitante de atomoxetina con un medicamento serotoninérgico, es importante el pronto reconocimiento de los síntomas del síndrome serotoninérgico. Estos síntomas pueden incluir cambios en el estado mental, inestabilidad autonómica, anomalías neuromusculares y/o síntomas gastrointestinales. Con respecto a situaciones de sobredosis, se han comunicado crisis convulsivas y en muy raras ocasiones prolongación del intervalo QT y síndrome serotoninérgico.

* Se ha observado bruxismo solo en población pediátrica, y con una frecuencia desconocida

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/atomoxetine-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00000262-202311_es.pdf

Dipirona (metamizol): Recomendaciones para minimizar los resultados graves de la agranulocitosis, reacción adversa previamente conocida

Europa. El PRAC de la EMA emitió recomendaciones para minimizar las consecuencias graves de una agranulocitosis, ocasionado por el analgésico dipirona (metamizol), reacción adversa previamente conocida.

La agencia revisó toda la evidencia disponible, incluidos los datos desde la literatura científica, datos de seguridad post comercialización e informaciones remitidas por las partes

interesadas como los pacientes y los profesionales de la salud. Durante la revisión, el comité pidió asesoramiento a un grupo experto de especialistas experimentados en el manejo del dolor, hematólogos, médicos generales, farmacéuticos y representantes de pacientes. Consideró que el balance beneficio / riesgo aún se consideraba positivo.

Información para los profesionales de la salud:

- La agranulocitosis inducida por dipirona (también llamada metamizol) no es dosis dependiente y puede ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento o poco después luego de suspenderlo, incluso en pacientes que han utilizado estos medicamentos previamente sin complicaciones.
- Los pacientes tratados con dipirona deben ser instruidos acerca de que se mantengan vigilantes en la detección de síntomas de agranulocitosis durante el tratamiento y brevemente luego de suspenderlo ya que la misma puede tener un comienzo retrasado. También debe aconsejarse en cuanto a que si desarrollan los síntomas mencionados discontinúen el tratamiento y busquen atención médica inmediatamente.
- En caso de que la dipirona se administre para la fiebre, algunos síntomas precoces de agranulocitosis pueden pasar desapercibidos. De forma similar, los síntomas también pueden ser enmascarados si la dipirona es recibida junto con un antibiótico.
- Si los pacientes desarrollan síntomas de agranulocitosis, debe realizarse inmediatamente un análisis de laboratorio con recuento de células sanguíneas y discontinuar el tratamiento antes de que los resultados se encuentren disponibles. En caso de que se confirme, no debe reintroducirse el tratamiento.
- No se recomienda más el monitoreo de rutina del recuento de células sanguíneas ya que la revisión no identificó ninguna evidencia que sustente su efectividad para la detección precoz de la agranulocitosis inducida por dipirona.
- La dipirona se encuentra contraindicada en pacientes con un episodio previo de agranulocitosis inducida por dipirona o agranulocitosis inducida por otras pirazolonas o pirazolidinas, alteración de la función de la médula ósea o ante enfermedades del sistema hematopoyético.

Fuentes:

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metamizole-containing-medicinal-products-0>

https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/metamizole-containing-medicinal-products-article-107i-referral-ema-recommends-measures-minimise-serious-outcomes-known-side-effect-painkiller-metamizole_en.pdf

Nota:

La dipirona es un derivado no narcótico de la pirazolona. Tiene efectos analgésico, antipirético y espasmolítico. Como mecanismos de acción, la interacción central y periférica de sus principales metabolitos con los receptores nociceptivos ejerce un efecto analgésico. El efecto espasmolítico se relaciona con una disminución de la excitabilidad de la musculatura lisa periférica. El efecto antipirético deriva de una acción sobre el receptor térmico hipotalámico, así como sobre la estimulación de eliminación calórica.

Las indicaciones de la dipirona se relacionan con la fiebre y el dolor severo o resistente que no responden a otros medicamentos. Entre las interacciones a tener en cuenta, la dipirona puede elevar la hematotoxicidad del metotrexato, en particular en personas mayores. Es por ello que esta asociación debería evitarse. Entre las reacciones adversas hematológicas del medicamento, además de la agranulocitosis también se ha reportado la pancitopenia.

Minoxidil (formulación tópica): hipertrichosis en niños por exposición accidental

Europa. El PRAC de la EMA ha realizado una revisión sobre la hipertrichosis en niños después de una exposición tópica accidental a minoxidil obtenidos a partir de notificaciones espontáneas, lo que incluye en algunos casos una relación temporal estrecha y la retirada positiva, considerando la relación causal como posibilidad razonable.

Los reportes informan sobre casos de hipertrichosis en lactantes tras el contacto de la piel con las zonas de aplicación de minoxidil en los pacientes (cuidadores) que usaban minoxidil tópico. La hipertrichosis fue reversible en cuestión de meses, cuando los lactantes dejaron de estar expuestos a minoxidil. Por tanto, debe evitarse que los niños entren en contacto con los lugares de aplicación de minoxidil.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/minoxidil-topical-formulation-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00002067-202310_es.pdf

Doctor, ¿tiene cinco minutos?

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

Prenatal Cannabis Exposure and Executive Function and Aggressive Behavior at Age 5 Years

Exposición prenatal al cannabis y función ejecutiva y conducta agresiva a los 5 años

Keim S, Fried P, Yeates KO, et al.

JAMA Pediatr. 2024. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.4352. Epub ahead of print. PMID: 39466284.

El uso de cannabis (C) durante el embarazo aumentó en EE. UU. del 3.4% en 2002 al 7.2% en 2021. Muchas veces es percibido como una droga segura y tratamiento natural para las náuseas, las alteraciones del sueño y del ánimo, incluso es prescrita por muchos profesionales sin reconocimiento de los efectos a largo plazo. La mayor evidencia de los efectos adversos del uso prenatal de C proviene de dos estudios de cohortes en 1980 y 1990: The Ottawa Prenatal Prospective Study y Maternal Health Practices and Child Development Study. Los hallazgos más consistentes fueron los déficits en las funciones ejecutivas y los problemas de conducta desde las primeras etapas de la niñez. Las funciones ejecutivas son procesos cognitivos que incluyen el control inhibitorio, la atención, la memoria y el planeamiento en el trabajo. Todas ellas son necesarias para la resolución de problemas, tienen un rápido desarrollo durante los años preescolares y predicen las capacidades académicas y laborales futuras.

El objetivo de este estudio fue investigar prospectivamente en una cohorte de 355 participantes seguida entre 2016 y 2020 en el Ohio State University Wexner Medical Center, la asociación de la exposición prenatal al C (medida por determinación en orina, reporte materno o registro en las historias clínicas obstétricas) con la función cognitiva y conductas agresivas a los 5 años. De los 250 (70%) niños de 5 años que participaron del estudio, 80 (32%) estuvieron expuestos a C. El consumo de alcohol y otras sustancias fue frecuente; la mayoría de las familias vivían en la pobreza. Los niños expuestos a C tuvieron alrededor de 0.4DS menor control atencional e inhibitorio, corregido por estándar para edad y ajustado por otros confusores. Además, menor capacidad de planificación de tareas y mayor agresividad. La evaluación en los cuidadores no mostró diferencias en la función ejecutiva y conducta según el estado de exposición. Los autores observaron peor rendimiento en algunas funciones ejecutivas y mayor frecuencia de conductas agresivas en niños expuestos al C prenatal en esta

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

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

cohorte con consumo frecuente. Es por ello que proponen implementar consejería para desaconsejar su uso en el embarazo.

Risk factors of neonatal stroke from different origins: a systematic review and meta-analysis

Factores de riesgo de accidente cerebrovascular neonatal de diferentes orígenes: una revisión sistemática y meta-análisis

Song Y, Li S, Hao L, et al.

Eur J Pediatr. 2024; 183(7):3073-3083. doi: 10.1007/s00431-024-05531-5. Epub 2024 Apr 25. PMID: 38661815.

El accidente cerebrovascular (ACV) neonatal, enfermedad cerebrovascular diagnosticada entre el nacimiento y los 28 días postnatales, tiene una alta incidencia (1 en 110 nacidos vivos). Puede caracterizarse como ACV isquémico, hemorrágico y/o trombosis del seno venoso. El más frecuente es el ACV isquémico con una incidencia entre 1/5000 a 1/2300. Recientes estudios indican que el ACV hemorrágico tiene una tasa de mortalidad entre 1 al 25%. Más de la mitad de los niños afectados tienen complicaciones en el neurodesarrollo como retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, alteraciones de la conducta y epilepsia. Los ACV isquémicos contribuyen significativamente a la incidencia global de hemiplejías y parálisis cerebrales constituyendo una carga considerable de enfermedad.

Este estudio de meta-análisis de 19 trabajos tiene como objetivo actualizar el conocimiento de los factores de riesgo maternos y perinatales para estas tres patologías. En su análisis, se describen ocho factores asociados a ACV isquémico: diabetes gestacional (OR 5.51; $P < 0.00001$), historia de infertilidad (OR, 2.44; $P < 0.05$), placenta previa (OR, 3.92; $P = 0.02$), parto pos-término (OR, 2.07; $P = 0.01$), parto pretérmino (OR, 2.32; $P < 0.00001$), ruptura prematura de membranas (OR, 3.02; $P = 0.007$), un segundo período de trabajo de parto prolongado (OR, 3.94; $P < 0.00001$) y corioamnionitis (OR, 4.35; $P < 0.00001$). También identificaron seis factores de riesgo relacionados con ACV hemorrágico: parto postérmino (OR, 4.31; $P = 0.003$) y pretérmino (OR, 1.60; $P < 0.00001$), alteraciones en la cardiotocografía (OR, 9.32; $P < 0.0001$), cesárea (OR, 4.29; $P = 0.0004$), género masculino (OR, 1.73; $P = 0.02$) y parto vaginal (OR, 1.39; $P < 0.00001$). Con respecto a la trombosis del seno venoso hay pocos estudios observacionales. Se describen como potenciales factores de riesgo: deshidratación, sepsis, fallo cardíaco, hipoxia, primiparidad, diabetes gestacional, asfixia, estrés fetal, género masculino, cesárea de urgencia entre otros.

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

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

Este estudio provee valiosa información sobre los factores de riesgo para el ACV neonatal. Es necesario aún, mayor comprensión de la patología placentaria y técnicas de neuroimágenes que permitirán avanzar sobre su patogénesis.

Epigenetic Clock at Birth and Childhood Blood Pressure Trajectory: A Prospective Birth Cohort Study

Reloj epigenético al nacer y trayectoria de presión arterial en la infancia: estudio prospectivo de cohorte

Hu J, Meir A, Hong X, et al.

Hypertension. 2024; 81(10):e113-e124. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.22695. Epub 2024 Aug 1. PMID: 39087326; PMCID: PMC11410530.

Hay evidencia creciente sobre los orígenes tempranos de la enfermedad cardiovascular y sus mecanismos epigenéticos subyacentes. Los perfiles de metilación del ADN en sangre periférica se relacionan con la edad cronológica en adultos y han sido utilizados para estimar el envejecimiento biológico. Similares hallazgos han sido aplicados para identificar perfiles de metilación del ADN en sangre de cordón en relación con la edad gestacional al nacer. En recién nacidos, la edad gestacional epigenética podría servir como indicador de desarrollo y maduración al nacer, en respuesta a exposiciones prenatales. Estudios recientes han demostrado disminución en la edad gestacional epigenética al asociarse con la exposición prenatal a factores ambientales como niveles más altos de per y polifluoroalquilos y partículas en suspensión en el aire (PM), así como a diabetes gestacional, preeclampsia y depresión materna durante el embarazo. Las exposiciones prenatales asociadas con disminución en el reloj epigenético al nacer son consideradas factores de riesgo para niveles elevados de presión arterial (PA).

En este estudio, los autores se proponen investigar la asociación entre la aceleración de la metilación en la edad gestacional al nacimiento y la trayectoria de la PA en la infancia. Su hipótesis es que la disminución de la metilación en la edad gestacional al nacer se asocia con aumento de la PA en la infancia. Se usaron datos de la Cohorte de Nacimiento de Boston, predominantemente urbana, multiétnica y de bajos recursos, a los que se les determinaron mediciones repetidas de PA y sus trayectorias. De las 8733 díadas enroladas, 3592 niños fueron seguidos en promedio por 14.5 años desde 2004. Este estudio incluye a 940 niños con datos de metilación en ADN de cordón y mediciones de PA en la infancia. Los autores encontraron una significativa asociación inversa entre la aceleración en la metilación para la edad gestacional al nacer y los percentilos de PA medidos a lo largo de la infancia; estos hallazgos

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

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

fueron más pronunciados en los varones. De ser confirmados en estudios posteriores, tendrán implicancias en el conocimiento de los orígenes del desarrollo de la hipertensión arterial y en el bien reconocido dimorfismo sexual en la salud cardiovascular.

Screening Accuracy of BMI for Adiposity Among 8- to 19-Year-Olds

Precisión del IMC para adiposidad entre los 8 a 19 años

Freedman S, Zemel B, Dietz W, et al.

Pediatrics. 2024; 154(1):e2024065960. doi: 10.1542/peds.2024-065960. PMID: 38828485; PMCID: PMC11211694.

El índice de masa corporal (IMC) y otros índices que relacionan el peso y la altura han sido usados desde largo tiempo como herramienta de pesquisa para identificar niños y adultos con exceso de adiposidad. La mayoría de los niños y adolescentes con IMC alto para sexo y edad tienen exceso de adiposidad. Además, un IMC alto en pediatría está asociado a factores de riesgo cardiovascular, estadios iniciales de aterosclerosis y obesidad en la adultez.

Muchos investigadores han señalado algunas limitaciones del IMC para definir adiposidad debido a su inhabilidad para distinguir entre masa magra y grasa y para caracterizar distribución de la adiposidad. Algunos estudios previos basados en Absorciometría dual (DEXA) han demostrado que $\frac{3}{4}$ de niños y adolescentes con IMC $>$ pc 95 tienen elevado porcentaje de grasa y casi todos tienen un índice de masa grasa ($\text{Masa grasa/altura}^2$) $\geq$ pc 75 para edad y sexo.

En este trabajo los autores usan datos representativos nacionales de 6923 niños de 8 a 19 años evaluados con DEXA para evaluar la capacidad del IMC para predecir adiposidad y masa magra a través de toda la distribución de IMC y las características de detección de un IMC alto para alta adiposidad. El z score medio en varones fue 0.53 y 0.61 en mujeres y la prevalencia de IMC alto fue de 20.6% en varones y 19.5% en mujeres. De los participantes con IMC alto, el 88% tuvo alto índice de masa grasa y 76% alto porcentaje de grasa. Aquellos participantes con IMC alto tuvieron 29 veces más probabilidad de tener alto índice de masa grasa que los que tuvieron bajos IMC. Aunque la predicción no es perfecta, un IMC $\geq$ pc 95 del CDC es un buen indicador de alto porcentaje de masa grasa. Los autores concluyen que, a pesar de sus limitaciones, el IMC sigue siendo una herramienta sensible para identificar niños y adolescentes con aumento de la adiposidad.

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

La cacería de Hierro

Hugo Alconada Mon

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Planeta, 2024.

Libro digital, EPUB Edición de Kindle.

ISBN 978-950-49-8791-8



Valentín Hierro trabaja como guardiacárcel en la Ciudad de La Plata. A fines del siglo XIX la joven ciudad está en pleno desarrollo. Valentín es un joven despierto y con muchas ganas de aprender. Los desarrollos de Juan Vucetich en relación con la sistematización y registro de las huellas dactilares para la investigación policial lo fascinan y hace todo lo posible para conocer al hombre que encarna la sabiduría. En su primer encuentro con Vucetich deja clara su intención:

quiere aprender todo lo que pueda enseñarle. Su interés en la criminología y la investigación policial es genuino, pero también se sustenta en su experiencia personal, cuando dos años atrás encontró a su madre asesinada en su casa. Valentín quiere aprender para descubrir quién irrumpió en su casa aquella noche de 1897 en la que su vida cambió para siempre.

Con una prosa muy amena, Alconada Mon nos llevará a los inicios de la criminología moderna, cuando el crimen de dos niños en las cercanías de Necochea fue esclarecido gracias a los descubrimientos de Vucetich. Con buena contextualización de época, en una ciudad multifacética y multicultural en pleno crecimiento, conoceremos los primeros crímenes que fueron resueltos gracias a las técnicas dactiloscópicas y la profesionalización policial. Un relato que nos llevará a recorrer el camino de investigación de Valentín, pero también de Juan Vucetich y su equipo, las teorías criminalísticas de la época y los entretelones del sistema jurídico, penitenciario y policial de la época. Una lectura interesante que no deja de sorprender a medida en que se desarrolla.

Hugo Alconada Mon es abogado y periodista. Ha publicado varios libros de investigación. En el año 2022 incursionó en la literatura de ficción, con su primer libro *La ciudad de las ranas*. *La cacería de Hierro* es su segunda novela.

a. Psicóloga de guardia. HNRG

Índice general del Volumen 66 – Año 2024

Volumen 66 Número 292 – Otoño 2024

Editorial		
La construcción social de la niñez y la pediatría actual José Rubén Anderman	292	5-11
Artículo especial		
Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes Patricia Papendieck, Ana Chiesa	292	12-18
Comunicación breve		
Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos Alejandro Gabriel Catanzariti.	292	19-22
Secciones		
In memoriam - Dr. Javier Mendilaharsu Jorge Sasbon	292	23-24
Historia Clínica Ignacia Viana, Hilen Kromer, Bárbara Cosentino, Trinidad Rojo Bas	292	25-32
Ateneo Bianca Mársico, Doménica Ordóñez, Rocío Raimondo, Rocío Scampini, Agustina Guarino, Manuel Domínguez Monclá	292	33-40
Adolescencia El "extrañamiento" del equipo de salud en el encuentro con adolescentes Victoria Barreda	292	41-47
Seguridad del paciente Plan de mejora continua en prevención y tratamiento de Lesiones por Presión: el camino hacia la cultura de calidad y seguridad. Experiencia en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas durante el periodo 2012 – 2023 Cristian Quiroga, Nilda Vidal, Cecilia Zerbo	292	48-61
Relatos históricos Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Orígenes de la residencia en pediatría Jorge Fiorentino	292	62-72
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	292	73-87
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	292	88-92
Doctor, ¿Tiene cinco minutos? Miriam Toniatti, Bettina Viola	292	93-96
Comentario de libros Mónica García Barthe	292	97-98

Volumen 66 Número 293 – Invierno 2024

Editorial		
Evocando a Carlos Gianantonio Osvaldo Agustín Blanco	293	103-105
Artículo original		
Vigilancia de enfermedades invasivas por Streptococcus pyogenes en la población infantil de la Ciudad de Buenos Aires Yasmin El Ahmed, Mónica Valenzuela, Cristián Biscayart, Cecilia González Lebrero	293	106-119
Artículo especial		
Actualización en el uso de inotrópicos y vasopresores en neonatología Cintia Romina Turri, Sandra Romero Domínguez, Daniela Satragno	293	120-131
A propósito de un caso		
Encefalitis aguda por Virus Epstein-Barr en paciente inmunocompetente Candela Poblete, Sofía Piantanida, Laura Capobianco, Bárbara Buggiano, Angie Ortolegui, Analía Solari, Lucrecia Arpi, Guadalupe Pérez	293	132-140
Secciones		
In memoriam – Dr. Luis Sisto Arturo de Mena	293	141
Historia Clínica Lucía Maffioli, Camila Jorgelina Cesio, Stefanía Belén Delacrettaz, Camila Pereyra	293	142-148
Ateneo Rosario García Ullan, Micaela Mariel de Mateo, Gonzalo Besseghine	293	149-159
Adolescencia Análisis de las demandas de los y las adolescentes - 1982-2023 Diana Pasqualini	293	160-171
Seguridad del paciente Tiempos de espera en atención en Servicios de Salud: un desafío para la calidad Miriam Peralta, Mariana Pérez, Natalia Perrón	293	172-178
Relatos históricos La expedición Balmis y los orígenes de la vacuna contra la viruela Héctor Freilij	293	179-183
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	293	184-189
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	293	190-193
Doctor, ¿tiene cinco minutos? Miriam Tonietti, Bettina Viola	293	194-199
Comentario de libros Mónica García Barthe	293	200-201

Volumen 66 Número 294 – Primavera 2024

Editorial		
La Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) como modelo de salud pública Héctor Freilij	294	206-209
Artículo especial		
Situación de calle y familias sin techo, un enfoque multidimensional. Impacto sobre niñas, niños y adolescentes Pablo Jorge Cafiero, Juan B. Dartiguelongue	294	210-225
Perfil lipídico en pediatría. ¿Por qué, cuándo y cómo? Carolina Bignone, Eugenia Osinde, Agustina Nosetti, Fabián Rapoport	294	226-238
A propósito de un caso		
Encefalopatía hiperamonémica secundaria a ácido valproico, reporte de dos casos. El que sabe lo que busca, entiende lo que encuentra Florencia Beatriz Marin, Agustina Guarnaccia	294	239-246
Secciones		
Eventos XIII Jornadas Científicas de Investigación de Residentes (IMIP) del Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" Martina Asencio, Carolina Bullor, Celeste Garreta, Cynthia Slaifstein y Paula Zuzel	294	247-262
Historia Clínica Micaela Mariel de Mateo, Carla Romina Melgar	294	263-273
Ateneo Constanza Peirano, Luisa Aizaga, Paula Zuzel, María Victoria Rojas Ortiz	294	274-283
Adolescencia Atención Primaria de la Salud. Relato de Experiencia en la Atención de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención Carina Facchini	294	284-291
Seguridad del paciente Implementación de un sistema de reporte para la comunicación efectiva de valores críticos en el Laboratorio Central del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Carolina Bignone, Eugenia Osinde, Agustina Nosetti, Fabián Rapoport, Irina Maggioni, Macarena Ottobre, Sandra Ayuso	294	292-300
Relatos históricos Entrevista a Elena Ruiz Moreno de Pittaluga integrante del Servicio de Voluntarias Mónica García Barthe	294	301-305
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	294	306-308
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	294	309-313
Doctor, ¿tiene cinco minutos? Miriam Tonielt, Bettina Viola	294	314-318
Comentario de libros Mónica García Barthe	294	319

Volumen 66 Número 295 – Verano 2024

Editorial		
Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia Marcelo Javier Pizarro	295	324-327
Artículo original		
Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata Pablo García Munitis, Natalia Fernández, Sebastián Carriquiriborde, Mario Arrúa, Ignacio Pablo Tobia González	295	328-349
A propósito de un caso		
Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso Magalí González, Amanda Saucedo, Sol Carabelli, Natalia González	295	350-358
Secciones		
Eventos XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 1 Silvia Baleani, Mónica García Barthe	295	359-392
In memoriam – Dra. Alessandra Giabbani María Celia Montesano In memoriam – Lic. Silvia Varas Compañeros del Depto. de Enfermería	295	393
Historia Clínica Amanda Saucedo, Carolina Bullor, María Celeste Garreta, Manuela Vizio	295	394-401
Ateneo Barbara Cosentino, Laura Nucifora, Carolina Bullor	295	402-407
Adolescencia Aportes del Trabajo Social, trayectoria y experiencia en un Equipo Interdisciplinario de Atención de Adolescentes Graciela Miklaski	295	408-413
Seguridad del paciente Contención mecánica en pediatría Mónica Garea	295	414-419
Relatos históricos Historia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Jorge Sasbón, Pablo Neira	295	420-427
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	295	428-433
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	295	434-438
Doctor, ¿Tiene cinco minutos? Miriam Tonietti, Bettina Viola	295	439-442
Comentario de libros Mónica García Barthe	295	443
Índices generales del Volumen 66	295	444

Listado de autores por tipo de texto del Volumen 66 - Año 2024

Editorial		
La construcción social de la niñez y la pediatría actual José Rubén Anderman	292	5-11
Evocando a Carlos Gianantonio Osvaldo Agustín Blanco	293	103-105
La Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) como modelo de salud pública Héctor Freilij	294	206-209
Museo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Consideraciones para su historia Marcelo Javier Pizarro	295	324-327
Artículo original		
Vigilancia de enfermedades invasivas por Streptococcus pyogenes en la población infantil de la Ciudad de Buenos Aires Yasmin El Ahmed, Mónica Valenzuela, Cristián Biscayart, Cecilia González Lebrero	293	106-119
Satisfacción en la consulta de supervisión de salud en un Hospital pediátrico ambulatorio de la Ciudad de La Plata Pablo García Munitis, Natalia Fernández, Sebastián Carriquiriborde, Mario Arrúa, Ignacio Pablo Tobia González	295	328-349
Artículo especial		
Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes Patricia Papendieck, Ana Chiesa	292	12-18
Actualización en el uso de inotrópicos y vasopresores en neonatología Cintia Romina Turri, Sandra Romero Domínguez, Daniela Satragno	293	120-131
Situación de calle y familias sin techo, un enfoque multidimensional. Impacto sobre niñas, niños y adolescentes Pablo Jorge Cafiero, Juan B. Dartiguelongue	294	210-225
Perfil lipídico en pediatría. ¿Por qué, cuándo y cómo? Carolina Bignone, Eugenia Osinde, Agustina Nosetti, Fabián Rapoport	294	226-238
A propósito de un caso		
Encefalitis aguda por Virus Epstein-Barr en paciente inmunocompetente Candela Poblete, Sofía Piantanida, Laura Capobianco, Bárbara Buggiano, Angie Ortolegui, Analía Solari, Lucrecia Arpi, Guadalupe Pérez	293	132-140
Encefalopatía hiperamonémica secundaria a ácido valproico, reporte de dos casos. El que sabe lo que busca, entiende lo que encuentra Florence Beatriz Marin, Agustina Guarnaccia	294	239-246
Colestasis aguda y parálisis facial como presentación inicial de Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso Magalí González Soto, Amanda Saucedo, Sol Carabelli, Natalia González	295	350-358
Comunicación breve		
Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos Alejandro Gabriel Catanzariti.	292	19-22

Secciones		
In Memoriam		
Dr. Javier Mendilaharsu Jorge Sasbon	292	23-24
Dr. Luis Sisto Arturo de Mena	293	141
Dra. Alessandra Giabbani María Celia Montesano Lic. Silvia Varas Compañeros del Depto. de Enfermería	295	393
Eventos		
XIII Jornadas Científicas de Investigación de Residentes (IMIP) del Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" Martina Asencio, Carolina Bullor, Celeste Garreta, Cynthia Slaifstein y Paula Zuzel	294	247-262
XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 1 Silvia Baleani, Mónica García Barthe	295	359-392
Historia Clínica		
Ignacia Viana, Hilén Kromer, Bárbara Cosentino, Trinidad Rojo Bas	292	25-32
Lucía Maffioli, Camila Jorgelina Cesio, Stefanía Belén Delacrettaz, Camila Pereyra	293	142-148
Micaela Mariel de Mateo, Carla Romina Melgar	294	263-273
Amanda Saucedo, Carolina Bullor, María Celeste Garreta, Manuela Vizio	295	394-401
Ateneo		
Bianca Mársico Doménica Ordóñez, Rocío Raimondo, Rocío Scampini, Agustina Guarino, Manuel Domínguez Monclá	292	33-40
Rosario García Ullan, Micaela Mariel de Mateo, Gonzalo Besseghine	293	149-159
Constanza Peirano, Luisa Aizaga, Paula Zuzel, María Victoria Rojas Ortiz	294	274-283
Bárbara Cosentino, Laura Nucifora, Carolina Bullor	295	402-407
Adolescencia		
El "extrañamiento" del equipo de salud en el encuentro con adolescentes Victoria Barreda	292	41-47
Análisis de las demandas de los y las adolescentes - 1982-2023 Diana Pasqualini	293	160-171
Atención Primaria de la Salud. Relato de Experiencia en la Atención de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención Carina Facchini	294	284-291
Aportes del Trabajo Social, trayectoria y experiencia en un Equipo Interdisciplinario de Atención de Adolescentes Graciela Miklaski	295	408-413
Seguridad del paciente		
Plan de mejora continua en prevención y tratamiento de Lesiones por Presión: el camino hacia la cultura de calidad y seguridad. Experiencia en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas durante el periodo 2012 – 2023 Cristian Quiroga, Nilda Vidal, Cecilia Zerbo	292	48-61

Tiempos de espera en atención en Servicios de Salud: un desafío para la calidad Miriam Peralta, Mariana Pérez, Natalia Perrón	293	172-178
Implementación de un sistema de reporte para la comunicación efectiva de valores críticos en el Laboratorio Central del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Carolina Bignone, Eugenia Osinde, Agustina Nosetti, Fabián Rapoport, Irina Maggioni, Macarena Ottobre, Sandra Ayuso	294	292-300
Seguridad del paciente Contención mecánica en pediatría Mónica Garea	295	414-419
Relatos históricos		
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Orígenes de la residencia en pediatría Jorge Fiorentino	292	62-72
La expedición Balmis y los orígenes de la vacuna contra la viruela Héctor Freilij	293	179-183
Entrevista a Elena Ruiz Moreno de Pittaluga integrante del Servicio de Voluntarias Mónica García Barthe	294	301-305
Relatos históricos Historia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Jorge Sasbón, Pablo Neira	295	420-427
Noticias		
Paola Viola, Sandra Sagradini	292	73-87
	293	184-189
	294	306-308
	295	428-433
Noticiero Farmacológico		
Patricia Cardoso, Raúl Plager	292	88-92
	293	190-193
	294	309-313
	295	434-438
Doctor, ¿Tiene cinco minutos?		
Miriam Tonietti, Bettina Viola	292	93-96
	293	194-199
	294	314-318
	295	439-442
Comentario de libros		
Mónica García Barthe	292	97-98
	293	200-201
	294	319
	295	443

Listado de autores por orden alfabético del Volumen 66 - Año 2024

Apellido y nombre	Número	Página
Aizaga, Luisa	294	274-283
Anderman, José Rubén	292	5-11
Arpi, Lucrecia	293	132-140
Arrúa, Mario	295	328-349
Asencio, Martina	294	247-262
Ayuso, Sandra	294	292-300
Baleani, Silvia	295	359-392
Barreda, Victoria	292	41-47
Besseghine, Gonzalo	293	149-159
Bignone, Carolina	294	226-238
	294	292-300
Biscayart, Cristián	293	106-119
Blanco, Osvaldo Agustín	293	103-105
Buggiano, Bárbara	293	132-140
Bullor, Carolina	294	247-262
	295	394-401
	295	402-407
Cafiero, Pablo Jorge	294	210-225
Capobianco, Laura	293	132-140
Carabelli, Sol	295	350-358
Cardoso, Patricia	292	88-92
	293	190-193
	294	309-313
	295	434-438
Carriquiriborde, Sebastián	295	328-349
Catanzariti, Alejandro Gabriel	292	19-22
Cesio, Camila Jorgelina	293	142-148
Chiesa, Ana	292	12-18
Cosentino, Bárbara	292	25-32
	295	402-407
Dartiguelongue, Juan B.	294	210-225
de Mateo, Micaela Mariel	293	149-159
	294	263-273
de Mena, Arturo	293	141
Delacrettaz, Stefanía Belén	293	142-148
Domínguez Monclá, Manuel	292	33-40
El Ahmed, Yasmin	293	106-119
Facchini, Carina	294	284-291
Fernández, Natalia	295	328-349
Fiorentino, Jorge	292	62-72
Freilij, Hector	293	179-183
	294	206-209
García Barthe, Mónica	292	97
	293	200

	294	301
	294	319
	295	443
	295	359-392
García Munitis, Pablo	295	328-349
García Ullan, Rosario	293	149-159
Garea, Mónica	295	414-419
Garreta, María Celeste	294	247-262
	295	394-401
González Lebrero, Cecilia	293	106-119
González, Magalí	295	350-358
González Soto, Natalia	295	350-358
Guarino, Agustina	292	33-40
Guarnaccia, Agustina	294	239-246
Kromer, Hilen	292	25-32
Maffioli, Lucía	293	142-148
Maggioni, Irina	294	292-300
Marín, Florencia Beatriz	294	239-246
Mársico, Bianca	292	33-40
Melgar, Carla Romina	294	263-273
Miklaski, Graciela	295	393
Montesano, María Celia	295	393
Neira, Pablo	295	420-427
Nosetti, Agustina	294	226-238
	294	292-300
Nucifora, Laura	295	402-407
Ordóñez, Doménica	292	33-40
Ortolegui, Angie	293	132-140
Osinde, Eugenia	294	226-238
	294	292-300
Ottobre, Macarena	294	292-300
Papendieck, Patricia	292	12-18
Pasqualini, Diana	293	160-171
Peirano, Constanza	294	274-283
Peralta, Miriam	293	172-178
Pereyra, Camila	293	142-148
Pérez, Guadalupe	293	132-140
Pérez, Mariana	293	172-178
Perrón, Natalia	293	172-178
Piantanida, Sofía	293	132-140
Pizarro, Marcelo Javier	295	324-327
Plager, Raúl	292	88-92
	293	190-193
	294	309-313
	295	434-438
Poblete, Candela	293	132-140
Quiroga, Cristian	292	48-61

Raimondo, Rocío	292	33-40
Rapoport, Fabián	294	226-238
	294	292-300
Rojas Ortiz, María Victoria	294	274-283
Rojo Bas, Trinidad	292	25-32
Romero Domínguez, Sandra	293	120-131
Sagradini, Sandra	292	73-87
	293	184-189
	294	306-308
	295	428-433
Sasbon, Jorge	292	23-24
	295	420-427
Satragno, Daniela	293	120-131
Scampini, Rocío	292	33-40
Saucedo, Amanda	295	350-358
	295	394-401
Slaifstein, Cynthia	294	247-262
Solari, Analía	293	132-140
Tobia González, Ignacio Pablo	295	328-349
Tonietti, Miriam	292	93-96
	293	194-199
	294	314-318
	295	439-442
Turri, Cintia Romina	293	120-131
Valenzuela, Mónica	293	106-119
Viana, Ignacia	292	25-32
Vidal, Nilda	292	48-61
Viola, Bettina	292	93-96
	293	194-199
	294	314-318
	295	439-442
Viola, Paola	292	73-87
	293	184-189
	294	306-308
	295	428-433
Vizio, Manuela	295	394-401
Zerbo, Cecilia	292	48-61
Zuzel, Paula	294	247-262
	294	274-283

Agradecimientos

Ackerman, Judith

Arroyo, Hugo

Battolla, Julian

Bertani, Gabriela

Casal de Rey, Regina

Cuartas, Silvina

Ellis, Alejandro

Juarez, Maria del Valle

Kleppe, Soledad

Neyro, Silvina

Pereyra, María Inés

Szlagó, Marina

Tonietti, Miriam

Tuñón, Ianina

Urrutia, Luis

Vainstein, Eduardo

Agradecemos muy especialmente a la Dra. Ana Capdevielle por su permanente apoyo y colaboración con la revista.

La pediatría en tiempo de crisis: presente y futuro

