

# REVISTA DEL **HOSPITAL** de *niños* DE BUENOS AIRES



A P H N



- ◆ La construcción social de la niñez y la pediatría actual
- ◆ Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes
- ◆ Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos
- ◆ 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](http://www.profesionaleshnrj.com.ar/ojs)

Otoño 2024; Volumen 66 Número 292: 1-98

◆ ISSN 0521-517X

*email:* [comite.editorial.hnrj@gmail.com](mailto:comite.editorial.hnrj@gmail.com)



**COMISIÓN DIRECTIVA de la ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES del HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIÉRREZ" • 2022-2024**

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, Biol. Adriana Boywitt,  
Dra. Claudia Berrondo, Kga. Mariana Reyero,  
Dra. Sandra Fiorini, Dra. Ana María Nieva,  
Lic. Daniela Kaplan, Dr. Emilio Koch.

**Vocales suplentes:**

Dra. Virginia Rodríguez Lamas,  
Dra. Sandra Lorena Colli, Dra. Mónica Garea

**Organo de Fiscalización:**

**Titulares:** Bq. Nancy Orlando, Lic. Yanina Olmedo  
**Suplente:** Dr. Darío Bottaro

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 (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) y la Biblioteca Virtual de Salud en Pediatría REDIB (Red Iberoamericana de innovación y conocimiento científico) <http://www.bvspeidiatria.org.ar/>

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)

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

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

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

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

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

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

Dra. Slaijstein, 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. Tonietti 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)

Dra. Zuzel, Paula (Comité de Docencia e Investigación del 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 Victor* (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

- 5 **Editorial / Editorial**  
**La construcción social de la niñez y la pediatría actual / The social construction of childhood and current pediatrics**  
*José Rubén Anderman*
- 12 **Artículo Especial / Special article**  
**Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes /**  
*Recommendations for the diagnosis and treatment of hyperthyroidism in children and adolescents*  
*Patricia Papendieck, Ana Chiesa*
- 19 **Comunicación breve / Brief communication**  
**Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos /**  
*Considerations on the use of tramadol drops: variability in the equivalence of drops and milligrams*  
*Alejandro Gabriel Catanzariti*
- Secciones / Sections**
- 23 **In memoriam - Dr. Javier Mendilaharsu**  
*Jorge Sasbon*
- 25 **Historia Clínica / Clinical Record**  
Sección a cargo de Elizabeth Sapia y Julia Dvorskin  
*Ignacia Viana, Hilen Kromer, Bárbara Cosentino, Trinidad Rojo Bas*
- 33 **Ateneo / Athenaeum**  
Sección a cargo de Celeste Garreta, Cynthia Slaifstein y Paula Zuzel (CODEI)  
*Bianca Mársico, Doménica Ordóñez, Rocío Raimondo, Rocío Scampini, Agustina Guarino, Manuel Domínguez Monclá*
- 41 **Adolescencia / Adolescence**  
Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
**El “extrañamiento” del equipo de salud en el encuentro con adolescentes / The “estrangement” of health teams in their encounters with teenagers**  
*Victoria Barreda*
- 48 **Seguridad del paciente / Patient Safety Subcommittee**  
Sección a cargo del Comité de Calidad y 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 / Continuous improvement plan in prevention and treatment of Pressure Injuries: the path towards a culture of quality and safety. Experience at the Professor Alejandro Posadas National Hospital during the period 2012 - 2023.**  
*Cristian Quiroga, Nilda Vidal, Cecilia Zerbo*
- 62 **Relatos históricos / Historical stories**  
Sección a cargo de Domingo Cialzeta, Mónica García Barthe y Viviana Bologna  
**Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Orígenes de la residencia en pediatría / Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Origins of pediatric internship**  
*Jorge Fiorentino*
- 73 **Noticias / News**  
Sección a cargo de Paola Viola y Sandra Sagradini
- 88 **Noticiero Farmacológico / Pharmacologic news**  
Sección a cargo de Patricia Cardoso y Raúl Plager
- 93 **Doctor, ¿tiene cinco minutos? / Doctor, do you have five minutes?**  
Sección a cargo de Miriam Tonietti y Bettina Viola
- 97 **Comentario de libros / Book reviews**  
Sección a cargo de Mónica García Barthe

**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

### La construcción social de la niñez y la pediatría actual

*The social construction of childhood and current pediatrics*

José Rubén Anderman<sup>a</sup>

Conocer la percepción del concepto de niño a través de la historia es de suma utilidad, considerando la evolución de las teorías médicas, sus modificaciones a lo largo del tiempo y su relación con la actualidad. Desde los albores de la civilización la representación del niño dentro de las sociedades determinó no sólo conductas en la crianza, sino también fue condicionando su calidad de vida y el pronóstico de su sobrevivencia. Su valoración como sujeto de derecho y su singularidad, con necesidades propias, llegó muy tardíamente a la sociedad contemporánea. La palabra infante proviene del latín "*infans*" ("el que no habla"). El origen del vocablo fue definiendo con qué rol y posicionamiento tenía entonces y cuál está instalado actualmente en la cultura. Asumimos entonces que la *infancia es una construcción social*, por lo que esta mirada se vincula estrechamente con la evolución de la pediatría.

A raíz de ello es posible plantearse estos dos interrogantes:

- ❖ ¿Qué es un infante hoy? ¿cómo se lo consideraba y percibía desde el comienzo de la humanidad?
- ❖ ¿Desde cuándo las infancias son una preocupación para la sociedad?<sup>1</sup>

El historiador Llyod deMause ha descrito diferentes etapas históricas en el trato de la niñez.<sup>2</sup>

**Infanticidio:** (Edad Antigua. Siglo IV). Este periodo prolongado de la prehistoria y la antigüedad se caracteriza por la indiferencia, sin ninguna consideración particular a la niñez. Probablemente su alta vulnerabilidad condujo a una gran tasa de mortalidad y baja expectativa de vida de la adultez. Predominaron en esos períodos el pensamiento mágico, donde los pueblos efectuaban rituales a deidades culminando en el filicidio o infanticidio, para complacer a los dioses y "calmar" los accidentes de la naturaleza. Si bien en la cultura grecoromana los sacrificios humanos estaban prohibidos, los niños que nacían con alguna discapacidad podrían ser víctimas de infanticidio como en el caso de Esparta donde se abandonaban a los recién nacidos o eran arrojados del monte Taigeto.

**Abandono** (Edad Media. Siglos IV-XIII): Durante la Edad Media las familias concebían varios descendientes con el fin de garantizar la sobrevivencia de algunos hijos, ya que la alta mortalidad infantil -así como en la antigüedad (30% de los nacidos vivían hasta los 3 años)-

---

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

ocasionaba pérdidas importantes. Estas familias además no demostraban su afecto y cuidado hacia los niños, debido a la alta presunción de su muerte, originando un vínculo madre-hijo diferente al matriarcado de la cultura griega donde los hijos eran criados por las madres y las mujeres, en el Gineceo hasta los 6 o 7 años de vida. Con la caída del Imperio Romano y el advenimiento del cristianismo, se fue aceptando que los niños tenían “un alma” y paulatinamente se los fue considerando de un modo diferente. Se sancionó el infanticidio, siendo reemplazado por el abandono, la entrega a las amas de crianza, la adopción y la internación en conventos o monasterios. En esta etapa y en la Edad Moderna temprana, los **niños eran considerados adultos en miniatura** y tratados como tales. No existía separación entre el entorno de los adultos y el de los niños, quienes participaban activamente en la vida de los mayores desde pequeños a través de la explotación laboral e inclusive sexual. Por el contrario, en la Paideia griega, los niños eran no solamente educados, sino que participaban en tareas, juegos, diversiones, etc.<sup>3,4</sup> En la era Medieval el arte pictórico representaba al niño Jesús con las proporciones corporales de un adulto en miniatura. No se debía a que los artistas no tuvieran habilidad para dibujarlos, sino que no eran tenidos en cuenta como niños.

### Expresiones artísticas de representación al niño como un adulto en miniatura.



Representación de la virgen con el niño.  
 Biblia de la segunda mitad del siglo XII  
 Lyon, Biblioteca municipal



Giotto, Madonna and Child, c. 1310–1315.  
 National Gallery of Art, Washington DC

**Ambivalencia** (Edad Moderna. Siglos XIV-XVII. Continuando con las mismas representaciones preexistentes (los *niños como adultos pequeños*), se inscribe una nueva tendencia, “moldear y modificar” las conductas impropias de los infantes, pero con las concepciones de crianza imperantes de Aristóteles y San Agustín. Por un lado, Aristóteles

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

consideraba a la infancia como una etapa de gran dificultad, junto a la enfermedad, donde el niño se comporta impulsado por sus deseos y, por lo tanto, se lo debe gobernar y educar. Para San Agustín, el niño al ser una criatura de Dios débil, aunque no tiene culpa, nace con su pecado original cristiano. Los tratados de pedagogía describían el pensamiento del niño, como una "tabla rasa" desde su nacimiento que es plausible de ser modificado por las experiencias tempranas. Lentamente, se inscribe otra modalidad y acercamiento afectivo de las madres con sus hijas e hijos. Pero el cambio sustantivo de paradigma será en el siglo XVIII con la Revolución Francesa y el Iluminismo.

**Intrusión** (Edad Contemporánea. Siglo XVIII). Ni la civilización greco-romana, ni la medicina europea consideraron hasta el siglo XVIII que las infancias tenían peculiaridades fisiológicas, patológicas y psicológicas propias que las distinguían cualitativamente de los adultos. Así, la atención médica de los niños estuvo en manos de aficionados, curanderos y brujos. Brouzet refería "que los médicos carecían de experiencia en las enfermedades de los niños, que la educación médica y el tratamiento se hallaban en manos de las ayas, nodrizas y madres, las cuales conocen mil habilidades transmitidas de una generación a otra" "La erudición acerca de una pediatría propiamente dicha, descansaba en un combate contra los prejuicios tradicionales."<sup>5</sup> Es en este siglo cuando los adultos se vinculan más empáticamente con los niños modificando su representación y las conductas médicas hacia ellos, como consecuencia de los dos cambios históricos trascendentales, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial en Inglaterra.<sup>6</sup>

- **Revolución Francesa.** Uno de los principales mentores de la Revolución Francesa, Jean Jacques Rousseau (1712-1778), influyó no sólo en la educación, sino también en la mirada de la salud y enfermedad de los niños. Refería este gran iluminista que los niños tenían una realidad psicológica bien definida, un peculiar pensamiento, así como un sentir, hablar y actuar. Afirmaba que "la infancia sintetiza la "*beauté naturelle*" debía ser resguardada por la educación y protegida contra la corruptiva influencia de la civilización, a la cual también pertenecía una medicina inadecuada "El niño se intercalará en la comunidad y se convertirá en el elemento preferido de la enseñanza racional, al reconocer su poderosa fuerza transformadora".<sup>7</sup> Ideas opuestas a Aristóteles y San Agustín, ya que consideraba la importancia del medio ambiente en el desarrollo de las conductas humanas y sobre todo en los infantes. El infanticidio y la morbimortalidad fueron temas de preocupación siendo ello el origen de políticas sanitarias y demográficas con el fin de rescatar y mejorar la supervivencia de los niños.

---

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

El Estado, luego de la Revolución Francesa, comenzó a proteger la vida de los recién nacidos, se fundaron maternidades y se destinaron fondos económicos para la educación, para niños pobres abandonados, inválidos y huérfanos. Se cristalizaron reformas en los hospicios y orfanatos existentes modificándolos y fundamentalmente se construyeron *hospitales para niños*. Se vislumbra una pediatría incipiente y comienza a reconocerse el trabajo del médico en los flamantes nosocomios.

- **Revolución Industrial.** Una de las trascendentes consecuencias de la Revolución Industrial fue la reducción de la mortalidad infantil, debido a las mejoras de la alimentación y los avances de la medicina. Muchas familias incrementaron sus ingresos económicos y al enfocarse en el mayor cuidado y educación de cada uno de sus hijos, disminuyó la concepción, mientras que, por otro lado, el Estado crea escuelas primarias. Sin embargo, si bien algunas condiciones materiales cambiaron la reducción de la mortalidad infantil, no mejoró significativamente las posibilidades de supervivencia de las infancias. Esta incongruencia se explica en parte porque los niños, desde muy pequeños eran obligados a trabajar en condiciones precarias, ausencia de seguridad y cuidados durante sus labores. Las nuevas formas de producción económica permitieron el ingreso veloz de la niñez humilde como "mano de obra" del nuevo mercado laboral. Desde los 4 años los niños -especialmente huérfanos- comienzan a trabajar en fábricas, telares o en minas, siendo en el caso de este rubro "mano de obra calificada" ya que su pequeño tamaño facilitaba el ingreso a los túneles. La influencia de las ideas post Revolución Francesa e Iluminismo empáticas con los niños (ya no se lo considera como un adulto) y especialmente la irrupción del trabajo infantil originará el surgimiento no sólo de la Pediatría, sino el desarrollo del campo de la Infancia como objeto de Política Social. Se establecen un conjunto de marcos regulatorios, muchos de los cuales no estaban orientados a la erradicación del trabajo infantil sino a controlar, a imponer cierto grado de "racionalidad" al mismo. La combinación de maternidad, asilo y cuidados de la infancia fue el embrión de políticas sanitarias, motivo por el cual se construyeron hospitales en varias capitales europeas. Se aprecia así una diferencia ideológica con el Iluminismo, que concibe al niño un "ser potencial" de cuidado posibilitando así su ingreso precoz como fuerza laboral, en los albores del capitalismo. El trabajo infantil naturalizado retrasó el nacimiento de una pediatría técnicamente diferenciada y respetada, que se desarrollará recién en el próximo siglo XVIII, cuando ciertas enfermedades infantiles fueron descritas por primera vez.

**Sociabilización** (siglo XIX - XX). Hacia el siglo XIX, la pediatría estaba orientada por la clínica patológica de la escuela de París, las enfermedades infantiles y su clínica se relacionaban con los hallazgos anatomopatológicos de las necropsias. (Morgagni). El niño muerto se adoptó como fuente de experiencia. Aún la Pediatría no se había escindido de la medicina general y las afecciones de los niños eran consideradas como *patologías de los adultos*, a pesar de los nuevos progresos anatomofisiológicos.

Los aportes visionarios del pediatra fisiólogo austriaco Adalbert Czerny, (1863-1941) están vigentes en la actualidad, cuando su autor expresa: "*La pediatría no es una especialidad, es la medicina interna del individuo humano desde el día de su nacimiento hasta la pubertad. Entre el niño recién nacido o el lactante y sus padres no existe la menor afinidad congénita. Lo que solemos llamar amor maternal e interpretamos como la expresión de una peculiar relación entre el niño y su madre no es sino consecuencia de una mutua adaptación adquirida. El niño solo conoce y estima quien lo alimenta y cuida.*" "*Los rasgos fundamentales del carácter del niño ya se desarrollan en su más temprana edad y son principalmente influidos por dos momentos: la educación y el estado de salud.*"<sup>5</sup> En Alemania los temas relacionados con la niñez se desarrollaban en escasos espacios académicos (Universidades de Berlín y Wurzburg). Recién en 1894 se creó en Berlín la *primera Cátedra Ordinaria de Enfermedades de los niños*, por *Otto Heubner* (1843-1926), quien se asumiría como el *fundador de la pediatría*.<sup>5</sup>

A pesar de los avances en la tecnología, la ciencia y la medicina, disminuyó la tasa de natalidad, pero la tasa de mortalidad infantil no sufrió cambios significativos. El crecimiento del proletariado urbano y los barrios obreros con sus viviendas precarias e insalubres, el rechazo -en ocasiones- a la lactancia natural, la dificultad de conseguir alimentos de adecuada calidad y la curva ascendente de las enfermedades epidémicas e infecciosas, podrían explicar sus etiologías.

Luego de estas reseñas de las crianzas a lo largo del tiempo, observamos la dificultad de responder las preguntas iniciales ¿qué es un niño? sino la contextualizamos. El inicio de la preocupación social de la niñez se instala desde la Revolución Francesa hasta la actualidad, subrayando que es a partir de la mitad del siglo XX cuando adquieren máximo desarrollo todas las disciplinas que involucran a la niñez, como así los avances de los conocimientos médicos, jerarquizando como hito sobresaliente internacional la Convención Universal de los derechos del niño de 1989. Estas dimensiones evolutivas de la infancia también contribuyeron al origen

---

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

de la Pediatría argentina a la que dedicaremos en el futuro un artículo especial para su desarrollo.

En relación con nuestro país, es particularmente necesario considerar al Dr. Ricardo Gutiérrez por su sensibilidad e identificación con el humanismo de la época y la recuperación de la infancia como una categoría, vinculada con la Pediatría, ya que es él quien dedica innumerables esfuerzos para la construcción de *un hospital especializado de niños*. Después de participar en la Guerra del Paraguay y tras la epidemia de fiebre amarilla en la Ciudad de Buenos Aires viaja a Francia a la búsqueda de elementos para la construcción del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, inaugurado en la Ciudad de Buenos Aires en 1875.<sup>8</sup> Tampoco eludiremos recordar en ese contexto la iniciativa del Dr. José María Penna médico sanitarista, epidemiólogo, precursor de lo que sería en el futuro el Patronato de la Infancia, preocupado por el trabajo infantil y exigiendo su regulación en la Argentina.<sup>1,4</sup>

La evolución de conceptos anatomoclínicos, (búsqueda de la lesión), fisiopatológicos (medición y utilización de los estudios complementarios) y etiopatogénicos (microorganismos y agentes químicos y físicos) produjo grandes logros de la medicina, sumado a los importantes descubrimientos de las vacunas, de los antibióticos y las mejoras dietéticas y ambientales (cloacas), que modificaron los escenarios de las grandes epidemias y hambrunas.

No obstante, recién a partir de fin del siglo XIX y mediados del XX se ubica al ser humano como sujeto de padecimiento (aparición del psicoanálisis). La mentalidad racionalista-cartesiano-positivista fue y es, sin duda, útil en el desarrollo de la medicina, pero no es suficiente actualmente para la atención de los nuevos y emergentes problemas de la infancia.<sup>9</sup>

Superadas en gran parte las enfermedades infectocontagiosas de otrora surgen nuevas problemáticas prevalentes, constituyendo el campo de atención de la pediatría del siglo XXI:

- Enfermedades crónicas
- Malnutrición (Obesidad/ desnutrición)
- Trastornos generales del desarrollo
- Seguimiento del prematuro extremo, restricción del crecimiento intrauterino, pacientes con neoplasias, malformaciones congénitas y con necesidades especiales (encefalopatía crónica no evolutiva)
- Fracaso escolar, trastornos de conducta y dificultades en la crianza
- Prevención de Incidentes-Lesiones no intencionales
- Violencia familiar y síndrome de maltrato infantil
- Consumo de sustancias problemáticas

---

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

- Patología medio ambiental y disruptores endocrinológicos
- Nuevas composiciones familiares: Monoparentales, homosexuales, ensambladas, hijos de fertilización asistida, embarazo adolescente
- Niños en situación calle y alta vulnerabilidad social.

Concluyendo, el campo de la Pediatría abarca el conocimiento de todos los determinantes de salud y enfermedad en la vida del niño, de su familia y de la sociedad en continuo dinamismo de acuerdo con las realidades donde el grupo de crianza se inserta. Conocer el concepto de niño y familia a través de la historia es fundamental en este sentido.

El Dr. Carlos Ginantonio señalaba: "La sabiduría comienza con la incredulidad y tiene una relación indirecta y marginal con la mera experiencia. Implica en realidad un fino balance entre el conocimiento científico y tecnológico, la cultura, la filosofía y el sentido común". La "psiquis, la cultura, y la sociedad" formarían parte integral de una "nueva visión del niño" que el pediatra está llamado a plasmar. Es precisamente esto, creo, lo que otorga a la pediatría el carácter de "intelección sensible" que alguna vez le atribuimos. Una intelección que deriva de la ciencia, que es fundamento del actuar médico, y una sensibilidad que deriva de la que es su primera y última razón de ser: el cuidado de la niñez.<sup>4</sup>

#### **Bibliografía:**

1. Rovere M. La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas Arch Argent Pediatr 2013; 111(3):224-231.
2. deMause L. Historia de la Infancia. Alianza Editorial 2º reimp 1994: 88-90.
3. Ariès P. Qué dice Ariès sobre la infancia. Disponible en <https://www.enpocaspalabras.com.ar/historia-de-la-infancia/la-infancia-de-philippe-aries->
4. de Asúa M. La pediatría como disciplina cultural y social. Arch Argent Pediatr 2012; 110(3):231-236.
5. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina tomo V. Salvat editores 1972: 203-215.
6. Guerra Frutos L, Reina Gregorich E, de la Rosa Santana JD, et al. Historia de la pediatría. Revosdic. 2020; 3(1):e40.
7. Berri G. Cien años. Sociedad Argentina de Pediatría por un niño sano, en un mundo mejor / Comité de Historia de la Pediatría. Primera edición. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2011. Cap 2. Comienzo del desarrollo de la pediatría: 23-41. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_libro-100-anos-cap2-comienzos\\_1530580390.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_libro-100-anos-cap2-comienzos_1530580390.pdf).
8. Vogliano, O. Hospital de Niños. Edición de la Asociación de Profesionales del HNRG, CABA:2017
9. Perez de Nucci AM. Antropoétrica del acto médico. Colección TESIS. Facultad de Filosofía y Letras UNdeT 2008: 41-44.

Forma de citar: Anderman JR. La construcción social de la niñez y la pediatría actual. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):5-12

a. Médico pediatra de planta. Consultorio de seguimiento longitudinal del niño y su familia. Cátedra de pediatría, UDA Gutiérrez. HNRG

Correspondencia: [jranderman@gmail.com](mailto:jranderman@gmail.com)

## Artículo especial

### Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes

*Recommendations for the diagnosis and treatment of hyperthyroidism in children and adolescents*

Patricia Papendieck<sup>a</sup>, Ana Chiesa<sup>a</sup>

#### Resumen

El hipertiroidismo causado por la Enfermedad de Graves es una enfermedad relativamente rara en niños y adolescentes. El pediatra debe estar alerta frente a las múltiples y variadas manifestaciones clínicas de esta patología. Ante la sospecha clínica el diagnóstico se confirma mediante análisis hormonales y el tratamiento que debe ser iniciado a la brevedad, estará a cargo del especialista en endocrinología infantil e incluye un curso inicial prolongado de tratamiento médico con drogas antitiroideas (metimazol). La falta de remisión, los efectos adversos graves o la falta de adherencia al tratamiento médico son indicaciones de una terapéutica definitiva con radioyodo o cirugía. Las recomendaciones dirigidas a pediatras proporcionan herramientas útiles para el reconocimiento de esta patología a fin de facilitar la detección y el tratamiento oportunos.

**Palabras clave:** Hipertiroidismo, Enfermedad de Graves, niños y adolescentes

#### Abstract

Hyperthyroidism caused by Graves' disease is a relatively rare disease in children and adolescents. Pediatricians should be alert of the multiple and various clinical manifestations. Clinical suspicion is confirmed by hormonal tests and treatment should be started promptly. Pediatric endocrinologists should be involved in treatment in all cases. First line treatment includes a long term course of antithyroid drugs (methimazol). Definitive treatment with radioiodine or surgery is required in case of lack of remission, severe adverse drug reactions or poor compliance to medical treatment. These recommendations directed to pediatricians aim to provide useful tools to the pediatrician for the early recognition and adequate treatment of Graves' disease.

**Keywords:** Hyperthyroidism, Graves' disease, children and adolescents

#### Introducción

El hipertiroidismo es la patología causada por el aumento de la síntesis glandular de hormonas tiroideas (HT).<sup>1</sup> La tirotoxicosis, en cambio, es el cuadro clínico producido por el exceso de HT de cualquier origen, e incluye tanto al hipertiroidismo como al aumento de liberación de HT producido por otras causas, como la destrucción de las células foliculares tiroideas (tiroiditis aguda o subaguda), la ingesta de HT (facticia o exógena) o la producción de HT extratiroidea (struma ovárico).

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

La causa más frecuente de hipertiroidismo en la infancia y adolescencia es la Enfermedad de Graves. Este desorden autoinmune es raro en niños y la población pediátrica representa sólo el 1-5% de todos los pacientes con esta patología. La incidencia aumenta con la edad, con un pico en la adolescencia y es más frecuente en mujeres.<sup>2</sup>

La experiencia del Servicio de Endocrinología del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez describe una edad media de aparición de la enfermedad de 11 años, siendo el 80% niñas y aproximadamente el 70% puberal.<sup>3</sup>

Dada la relevante participación que tienen las HT para lograr un metabolismo, crecimiento y desarrollo puberal y neurocognitivo normales en la infancia y adolescencia, resulta importante conocer la fisiopatología, clínica y manejo de esta patología a fin de establecer su adecuado diagnóstico y tratamiento. También es sumamente importante la correcta interpretación del cuadro y la toma de medidas adecuadas, tanto en el debut como en el seguimiento del paciente.

### **Etiología y fisiopatología**

La Enfermedad de Graves (EG) es un desorden autoinmune caracterizado por la activación del receptor de tirotrófina (TSH) por autoanticuerpos estimulantes. La patogenia no es clara, pero resulta de una compleja interacción entre factores genéticos (HLA DR3, B8; CTLA-4; PTPN22), ambientales (stress, infecciones, fármacos, etc.) y el sistema inmune.<sup>4</sup>

El mecanismo propuesto señala a la infiltración linfocitaria de la glándula tiroides, con aumento de linfocitos T CD4+ helpers y disminución de la actividad de linfocitos supresores, con secreción de citoquinas y activación inflamatoria local, lo que lleva a una desregulación de la actividad de los linfocitos B y aumento en la producción de autoanticuerpos. La EG es más frecuente en pacientes con antecedentes personales y familiares de otras enfermedades autoinmunes (diabetes mellitus tipo 1, enfermedad celíaca, vitiligo, etc.) y en síndromes con asociación conocida a autoinmunidad (Down, Turner, Di George, etc.).

Otras causas menos frecuentes de hipertiroidismo en pediatría son la fase hipertiroidea de la tiroiditis linfocitaria crónica (Hashitoxicosis) -que constituye el primer diagnóstico diferencial-; y menos frecuentemente el nódulo tiroideo autónomo, el Síndrome de Mc Cune Albright y las mutaciones activantes del receptor de la TSH. También puede existir hipertiroidismo en niños que reciben interferón alfa o en aquellos en tratamiento con

---

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

amiodarona. El raro caso de un tumor productor de TSH debe ser considerado en el diagnóstico diferencial.

### Clínica

El cuadro clínico es heterogéneo y de instalación lenta. Las manifestaciones son variadas y comprometen múltiples órganos y sistemas por lo que los pacientes habitualmente son derivados de distintos especialistas.

En la siguiente tabla se enumeran los signos y síntomas y su frecuencia en la EG.<sup>3</sup>

Síntomas	Signos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpitaciones</li> <li>• Temblor</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Intolerancia al calor</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Cambios en la conducta</li> <li>• Mal rendimiento escolar</li> <li>• Hiperquinesia</li> <li>• Astenia</li> <li>• Mialgias</li> <li>• Artralgias</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Hiperfagia</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Alteración del ciclo menstrual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bocio</b> (100%): simétrico, uniforme y firme.</li> <li>• <b>Temblor</b> de reposo (50%)</li> <li>• <b>Exoftalmos (50%)</b></li> <li>• <b>Retracción de párpados, mirada fija y brillante</b> (70%);</li> <li>• <b>Piel caliente y sudorosa</b> (60%)</li> <li>• <b>Hipertensión arterial</b> (con aumento de la diferencial) (84%)</li> <li>• <b>Taquicardia</b> (91%); fibrilación auricular; soplo cardíaco</li> <li>• <b>Descenso de peso</b> (67%)</li> <li>• Aumento de la velocidad de crecimiento de talla con adelanto de la edad ósea</li> <li>• Retardo puberal</li> <li>• Debilidad muscular proximal</li> <li>• Edema pretibial</li> </ul>

### Exámenes complementarios y criterios diagnósticos

Ante la sospecha diagnóstica es necesario, luego de una correcta anamnesis y examen físico, solicitar un perfil tiroideo completo que característicamente mostrará:

- **TSH: suprimida** (menor a 0,1 mUI/l). Es el elemento que define el hipertiroidismo marcando la sensibilidad hipofisaria al exceso de HT.
- **T4, T4 libre, T3:** generalmente **elevadas** para el rango de referencia para la edad.
- **Anticuerpos que alteran la unión de la TSH a su receptor positivos;** son específicos de EG y correlacionan con la severidad de la enfermedad.

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

- **Anticuerpos Antitiroglobulina y Antiperoxidasa tiroidea (ATG y ATPO):** presentes de forma variable, son indicadores de autoinmunidad tiroidea.

- **Hemograma y Hepatograma:** se deben realizar previo al inicio del tratamiento médico por los posibles efectos adversos de las drogas a utilizar.

En el hipertiroidismo sin tratar puede haber aumento de transaminasas por la enfermedad *per se* así como neutropenia leve (no inferior a 1000 neutrófilos).

- La eritrosedimentación y enzimas musculares pueden encontrarse elevadas.

En todo paciente con sospecha de hipertiroidismo debe realizarse una valoración cardiológica, si es posible con ecocardiograma en la que se constatará taquicardia sinusal sin compromiso de la función ventricular en la mayoría de los casos.<sup>4</sup>

Se debe descartar el bloqueo completo de rama antes de indicar el tratamiento con betabloqueantes.<sup>4</sup>

Si bien no es estrictamente necesaria en el estudio inicial, la **ecografía tiroidea con Doppler** mostrará una glándula tiroidea aumentada de tamaño en forma homogénea, (sin nódulos) con ecogenicidad normal o disminuida en forma difusa e hipervascularización.<sup>4,5</sup>

En caso de sospecha de tirotoxicosis o hipertiroidismo no autoinmune deben considerarse otros estudios diagnósticos como la **prueba de captación tiroidea con <sup>131</sup>I y el centellograma tiroideo con <sup>99m</sup>Tc**. Este último permite evaluar autonomía en pacientes con hipertiroidismo y nódulo tiroideo.<sup>5</sup>

## Tratamiento

### Criterios de internación:

En la gran mayoría de los casos, la internación no es necesaria, sin embargo, existen criterios de alarma que la justifican a saber:

- Trastornos graves del ritmo cardíaco (aleteo o fibrilación auricular), taquicardia extrema no controlada por betabloqueantes (frecuencia cardíaca superior a 160 latidos por minuto), insuficiencia cardíaca.

- Efectos adversos graves del tratamiento con drogas antitiroideas que deberán ser evaluados rápidamente por el especialista.

- Tormenta tiroidea: exacerbación del estado hipertiroideo, grave y potencialmente mortal, caracterizado por hipertermia, signos neurológicos (temblor, delirio, letargo, convulsiones), cardiovasculares (taquicardia, insuficiencia cardíaca,

---

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

fibrilación auricular) y gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal). Es un cuadro raro en pediatría que se desencadena ante infecciones, traumatismos o procedimientos invasivos en hipertiroideos no controlados.<sup>4,5</sup>

Debido a los efectos deletéreos del exceso de HT el tratamiento debe ser instaurado inmediatamente. El tratamiento de la EG consta, inicialmente, de medidas de sostén hasta lograr el adecuado bloqueo de la síntesis hormonal tiroidea.

En pacientes con taquicardia (frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto) se indicarán **betabloqueantes**, previa valoración cardiológica. El fármaco de elección es el propranolol a dosis de 1-2 mg/kg/día; se utilizan betabloqueantes más cardioselectivos como el atenolol en niños con antecedentes de broncoespasmo. El bloqueo se mantiene hasta lograr el eutiroidismo con el tratamiento específico.

Se debe contraindicar la actividad física hasta lograr el eutiroidismo. En adolescentes mayores y bajo supervisión podrían administrarse ansiolíticos a bajas dosis.

El tratamiento específico para la EG consta de 3 alternativas: drogas antitiroideas, radioyodo y cirugía. El tratamiento de primera línea en nuestro medio son las drogas antitiroideas.

*El uso de propiltiouracilo está absolutamente contraindicado en la infancia por su asociación con fallo hepático*, y el generalmente indicado es el metimazol, que actúa inhibiendo la síntesis de HT al impedir la organificación del yodo. La dosis inicial recomendada es de 0,3-1 mg/kg/día (máximo 30 mg/día).

Una vez confirmado el diagnóstico, el metimazol debe ser indicado por un médico especialista en Endocrinología Infantil, previa realización de hepatograma y hemograma para descartar neutropenia grave y hepatitis, así como para utilizar de referencia en el seguimiento y/o la posible aparición de efectos adversos, que son generalmente dosis dependientes y aparecen desde el inicio hasta los primeros tres meses de establecido el tratamiento, aunque pueden ser más tardíos.<sup>2,4,5</sup>

Estos efectos pueden ser alteraciones leves como: náuseas, pirosis (1-5%) y manifestaciones dermatológicas de atopía (rash, urticaria) (4-6%), que generalmente no requieren la suspensión del tratamiento antitiroideo y responden a antihistamínicos.

Los efectos adversos graves comprenden artralgias (1-5%), poliartritis migratoria (1-2%), agranulocitosis (0,1-0,5%), vasculitis ANCA positiva (raro) y hepatitis/colestasis (0,1-

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

0,2%). La aparición de efectos adversos severos es indicación de suspensión del metimazol e internación. Los analgésicos son de ayuda en las artralgias y el uso de corticoides o factor estimulante de colonias debe ser considerado en casos graves.

Se debe alertar a los padres del paciente para que consulten de forma urgente en caso de **fiebre o faringitis, rash pruriginoso, hipocolia, coluria, ictericia, dolor abdominal, artralgias, náuseas. La indicación debe ser dada por escrito.** En el centro de salud se deberá realizar un **hemograma, hepatograma** y según los resultados y la valoración clínica evaluará la conducta a seguir en relación con el tratamiento antitiroideo.

En pacientes con fiebre y faringitis se procederá según el recuento de glóbulos blancos: ante un recuento de neutrófilos menor a  $1000/\text{mm}^3$  se debe suspender el metimazol; con recuento de  $1000-1500/\text{mm}^3$  se evaluará según criterio médico la suspensión o el monitoreo estricto.<sup>5</sup>

El aumento de enzimas hepáticas luego del inicio del tratamiento médico requiere monitoreo y eventualmente la suspensión del metimazol.

El tratamiento antitiroideo es prolongado y debe ser siempre supervisado. La familia debe saber desde el comienzo que el seguimiento inicial será de por lo menos 3 años.<sup>2,5</sup> La enfermedad remite o recae de acuerdo con la evolución del desorden inmune subyacente. El tratamiento médico con metimazol logrará la remisión con 10 años de tratamiento en el 50-70% de los casos de EG en pediatría.<sup>2,5</sup>

Aquellos pacientes que no logren la remisión, presenten recaídas, mala adherencia al tratamiento o efectos adversos graves a las drogas antitiroideas, deberán ser sometidos a un tratamiento definitivo, de segunda línea, como la tiroidectomía total o el yodo radioactivo. Estos últimos requieren de una preparación especial y la misma debe ser indicada por el especialista.

### Conclusiones

- El hipertiroidismo tiene un cuadro clínico de instalación insidiosa y florida.
- El diagnóstico clínico se confirma por análisis hormonales.
- La consulta al especialista es de rigor.
- El tratamiento médico con drogas antitiroideas debe iniciarse inmediatamente luego del diagnóstico con el objetivo de restaurar el eutiroidismo. Una proporción significativa de niños y adolescentes con EG requerirán tratamiento definitivo con radioyodo o cirugía, pero esta decisión queda en manos del especialista de acuerdo con la evolución del paciente y su enfermedad
- El conocimiento de esta patología por parte del pediatra permite el diagnóstico temprano y la pronta derivación al endocrinólogo infantil.

a. División Endocrinología Infantil, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**Correspondencia:** [ppapendieck@cedie.org.ar](mailto:ppapendieck@cedie.org.ar)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

## **Bibliografía**

- 1- Sandrini R, Nesi-França S, De Lacerda L. Hipertiroidismo. En: Pombo M, Audí L, Bueno M, et al. ed. Tratado de Endocrinología Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 2009. Cap. 32: 553-561.
- 2- Léger J, Carel JC. Diagnosis and management of hyperthyroidism from prenatal life to adolescence. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2018; 32(4):373-386. doi: 10.1016/j.beem.2018.03.014.
- 3- Gruñeiro-Papendieck L, Chiesa A, Finkielstain G, Heinrich JJ. Pediatric Graves' disease: outcome and treatment. J Pediatr Endocrinol Metab. 2003; 16(9):1249-55. doi: 10.1515/jpem.2003.16.9.1249.
- 4- Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016; 26(10):1343-1421. doi: 10.1089/thy.2016.0229.
- 5- Mooij CF, Cheetham TD, Verburg FA, et al. 2022 European Thyroid Association Guideline for the management of pediatric Graves' disease. Eur Thyroid J. 2022; 11(1):e210073. doi: 10.1530/ETJ-21-0073.

Texto recibido: 24 de febrero de 2024

Aprobado: 4 de marzo de 2024

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Papendieck P, Chiesa A. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo en niños y adolescentes. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):12-18

## Comunicación breve

### Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos

*Considerations on the use of tramadol drops: variability in the equivalence between drops and milligrams*

Alejandro Gabriel Catanzariti<sup>a</sup>

#### Resumen

El Tramadol, un opioide débil, se utiliza para tratar el dolor agudo y crónico. Además de aliviar el dolor, afecta la recaptación de serotonina y noradrenalina. Presenta buena biodisponibilidad oral y se metaboliza principalmente en el hígado. En Argentina, está disponible en ampollas para administración intramuscular o endovenosa, así como en formulaciones orales. Es crucial entender que las distintas presentaciones de tramadol en gotas no tienen la misma equivalencia de gotas por mililitro, lo que afecta la dosificación. Esta variabilidad se debe a factores como el tamaño del gotero y las propiedades de la solución. Esta diferencia no es exclusiva del tramadol y puede encontrarse en otros medicamentos. Se recomienda a los profesionales médicos prescribir tramadol en miligramos en lugar de gotas para evitar errores. Es esencial informar a los pacientes y cuidadores sobre los riesgos de cambiar de marca de tramadol y ajustar la dosis en consecuencia.

**Palabras clave:** tramadol, analgésicos opioides, tecnología farmacéutica

#### Abstract

Tramadol, a weak opioid, is used to treat acute and chronic pain. In addition to pain relief, it affects the reuptake of serotonin and noradrenaline. It has good oral bioavailability and is mainly metabolised in the liver. In Argentina, it is available for intramuscular or intravenous administration, as well as in oral formulations. It is crucial to understand that the different presentations of tramadol drops do not have the same equivalence of drops per millilitre, which affects dosage. This variability is due to factors such as dropper size and solution properties. This difference is not unique to tramadol and can be found in other medicines. Medical professionals are advised to prescribe tramadol in milligrams rather than drops to avoid errors. It is essential to inform patients and caregivers about the risks of switching brands of tramadol and to adjust the dose accordingly.

**Keywords:** tramadol, opioid analgesics, pharmaceutical technology

#### Introducción:

El tramadol es un opioide débil utilizado en el tratamiento del dolor agudo y crónico. Tiene una afinidad débil-moderada por los receptores opioides, mayor por los  $\mu$  que por los  $\delta$  o  $\kappa$ . Además de su acción analgésica, presenta cierta inhibición en la recaptación de serotonina y noradrenalina, por lo que debe evitarse su combinación con fármacos IMAO.<sup>1</sup> Presenta buena biodisponibilidad por vía oral, se distribuye rápidamente y tiene una unión a proteínas de aproximadamente 20%. Se metaboliza principalmente en el hígado (mediada por

a. Farmacéutico de planta. Servicio de Farmacia. Hospital General de Niños R. Gutiérrez.

**Correspondencia:** [alejandro.catanzariti@gmail.com](mailto:alejandro.catanzariti@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

CYP3A4 y 2D6) y se elimina por vía urinaria como fármaco activo (30%) y como metabolitos (60%).<sup>2</sup> Dentro de su perfil de efectos adversos se encuentran mareos, sedación, fatiga, somnolencia, constipación y cefalea.<sup>2</sup> En el mercado argentino, la droga tramadol se encuentra disponible en ampollas para administración intramuscular o endovenosa, y en formulaciones orales como gotas, cápsulas y comprimidos de liberación inmediata o prolongada.<sup>3</sup>

Es importante destacar que las distintas presentaciones de gotas orales de tramadol no tienen la misma equivalencia de gotas por mililitro y, consecuentemente, miligramos de tramadol por gota. El objetivo de esta comunicación es describir las distintas presentaciones y sus equivalencias para para realizar una prescripción segura.

**Tabla 1:** Relación de gotas y miligramos de tramadol por mililitro de las presentaciones disponibles en el mercado argentino.

LABORATORIO	NOMBRE COMERCIAL	CONCENTRACIÓN	RELACIÓN ML:GOTAS:MG
Craveri S A I C	Tramustin	100 MG/ML	1ml = 40 gotas = 100 mg
Finadiet S.A. Com Ind Fin E Inmob	Calmador	50 MG/ML	1ml = 30 gotas = 50 mg
Finadiet S.A. Com Ind Fin E Inmob	Calmador 100	100 MG/ML	1ml = 30 gotas = 100 mg
Kilab S.R.L.	Tramadol Kilab 50	50 MG/ML	1ml = 20 gotas = 50 mg
Kilab S.R.L.	Tramadol Kilab 100	100 MG/ML	1ml = 20 gotas = 100 mg
Laboratorio Vannier S.A.	Tramal	100 MG/ML	1ml = 40 gotas = 100 mg
Laboratorios Bago S A	Trama Klosidol 100	100 MG/ML	1ml = 28 gotas = 100 mg
Laboratorios Bago S A	Trama Klosidol 50	50 MG/ML	1ml = 28 gotas = 50 mg
Laboratorios Beta Sociedad Anónima	Supragesic T Nf	100 MG/ML	1ml = 30 gotas = 100 mg
Laboratorios Casasco S A I C	Lixidol	50 MG/ML	1ml = 24 gotas = 50 mg
Laboratorios Casasco S A I C	Lixidol	100 MG/ML	1ml = 24 gotas = 100 mg
Lafedar Sociedad Anónima	Lafedol	50 MG/ML	1ml = 22 gotas = 50 mg
Lafedar Sociedad Anónima	Lafedol	100 MG/ML	1ml = 22 gotas = 100 mg
Monte Verde S A	Ultragesic Gotas	100 MG/ML	1ml = 40 gotas = 100 mg
T R B Pharma S A	Cloq Gotas	50 MG/ML	1ml = 30 gotas = 50 mg
Soubeiran Chobet	Ultracalmans	50 MG/ML	1ml = 28 gotas = 50 mg

Fuente: prospecto de los productos.

a. Farmacéutico de planta. Servicio de Farmacia. Hospital General de Niños R. Gutiérrez.

**Correspondencia:** [alejandro.catanzariti@gmail.com](mailto:alejandro.catanzariti@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

En la tabla 1 se describe la relación de gotas y miligramos de tramadol por cada mililitro de solución para cada presentación comercial. Esta información se obtuvo del prospecto de los distintos productos. Se evidencia una variabilidad en la cantidad de gotas por mililitro que puede ir de 20 a 40.

El tamaño de la gota está determinado por diversos factores como el tamaño de la abertura del gotero y propiedades de la solución, como ser la tensión superficial, la viscosidad, su densidad, etc. Incluso el ángulo con el que se sostiene el gotero puede generar cambios en el tamaño de la gota. Por ejemplo, goteros con orificios menores pueden dar gotas de menor tamaño.<sup>4,5</sup>

La diferencia en la relación gotas/ml no es exclusiva del tramadol y puede encontrarse en otros productos farmacéuticos, aunque menos frecuentemente. Por ejemplo, en el caso del salbutamol gotas para nebulizar 5 mg/ml, muchas marcas mantienen la equivalencia 1 ml es igual a 20 gotas (Salbutamol, Salbutamol Fabra, Butamol, Yontal y Microterol); sin embargo, para el salbutamol Cercini del laboratorio Savant Pharm SA, la relación es 1 ml equivale a 26 gotas.<sup>3</sup>

Tener en cuenta la variabilidad que hay entre los goteros de tramadol resulta importante y necesario para todo el equipo de salud, para el paciente y su entorno cuidador, para evitar errores asociados al medicamento como la aparición de signos o síntomas de intoxicación o de fallo terapéutico por dosis subóptimas.

Como buena práctica se sugiere al equipo médico prescribir la dosis de tramadol en miligramos y evitar hacerlo en gotas, ya que se puede estar haciendo referencia a la relación gotas/ml de una marca comercial distinta de la que tenga acceso el paciente. Desde la farmacia, se debe verificar qué presentaciones se encuentran en stock de forma de saber cuál es la correcta posología de las mismas. Además, es importante aconsejar y advertir a las personas a cargo de la administración del medicamento, ya sea el equipo de enfermería en el ambiente de la internación o los cuidadores a cargo del paciente en el ámbito ambulatorio, acerca de los riesgos de los cambios de marca comercial de tramadol gotas intratratamiento y sobre los posibles ajustes en la cantidad de gotas que puedan ser necesarios. En caso de que sea posible se sugiere medir el volumen a administrar con jeringa para mayor precisión. Siempre ante la duda revisar el prospecto del medicamento y/o consultar con un profesional farmacéutico.

---

a. Farmacéutico de planta. Servicio de Farmacia. Hospital General de Niños R. Gutiérrez.

**Correspondencia:** [alejandro.catanzariti@gmail.com](mailto:alejandro.catanzariti@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

---

## **Bibliografía**

1. Flórez J, Fármacos analgésicos opioides. Farmacología humana, 5a ed. Elsevier España; 2008; 26; 523-542.
2. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Clin Pharmacokinet. 2004;43(13):879-923.
3. ANMAT. Vademécum Nacional de Medicamentos. Vademécum Nacional de Medicamentos. Disponible en: <https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/listado.zul>  
Acceso: 31/03/24
4. German EJ, Hurst MA, Wood D. Reliability of drop size from multi-dose eye drop bottles: is it cause for concern? Eye. 1999; 13 (Pt 1):93-100.
5. Van Santvliet L, Ludwig A. Determinants of eye drop size. Surv Ophthalmol. 2004; 49(2):197-213.

Texto recibido: 9 de abril de 2024

Aprobado: 17 de abril de 2024

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Alejandro Gabriel Catanzariti AG. Consideraciones sobre el uso de tramadol gotas: variabilidad en la equivalencia de gotas y miligramos. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):19-22

---

a. Farmacéutico de planta. Servicio de Farmacia. Hospital General de Niños R. Gutiérrez.

**Correspondencia:** [alejandro.catanzariti@gmail.com](mailto:alejandro.catanzariti@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

## **In Memoriam**

### **Dr. Javier Mendilaharzu**

**1931 - 2024**

Jorge Sasbon<sup>a</sup>

Conocí a Javier en uno de los sectores de la Sala 15 del Hospital de Niños de Buenos Aires "Dr. R. Gutiérrez" (HNRG) Fue una persona muy capaz, con vastos conocimientos médicos, actualizado, gran lector, pero sobre todo con sentido clínico particular. Esto último fue ampliamente demostrado a lo largo de los años durante los que tuve la suerte de trabajar junto a él.

La primera Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) comenzó a funcionar en Argentina a mediados del año 1969 con la habilitación de seis camas en un sector de la sala general de cirugía del HNRG, con médicos residentes y enfermería, sin staff propio. El primer jefe fue el Dr. Javier Mendilaharzu y se puede decir que la Terapia Intensiva Pediátrica en la Argentina comenzó con él.

Javier Mendilaharzu poseía algo que fue muy necesario para el desarrollo de la UTIP: creatividad y -como mencione antes- un gran sentido clínico. En realidad, era un excelente clínico pediátrico que comenzó a hacer terapia intensiva, esto marcaba una enorme diferencia porque los enfermos críticos son pacientes que han tenido un proceso agudo ya sea por accidentes, infecciones o agudización de una enfermedad crónica. Él nos enseñó que los terapistas somos clínicos que desarrollamos nuestra práctica en medicina interna en pacientes críticos. Los pases de sala que dirigía Javier diariamente eran de 2 a 3 h para 10 camas!!! Muchas veces venían médicos de otras unidades a escucharlos, eran de un aprendizaje constante.

Javier nos indujo a leer revistas médicas de relevancia, aunque aún con escasos artículos sobre Terapia Intensiva, de allí que nos motivara la lectura del New England Journal of Medicine, Pediatrics, Journal of Pediatrics y también revistas médicas de adultos, sobre todo de cirugía, donde se presentaran artículos relacionados con el paciente crítico.

La Unidad de Terapia Intensiva se inauguró con escasa ocupación de pacientes para una disponibilidad de 10 camas,



a. Ex médico Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Ex Jefe de Área de Terapia Intensiva. Médico Consultor Honorario, Hospital Juan P Garrahan.

razón por la cual tratándose de un hospital pediátrico con 300-350 camas, los miembros del staff junto con Javier recorríamos las salas de clínica para derivar los pacientes a dicha Unidad cuando lo considerábamos necesario. Esta unidad ha sido la pionera de la terapia Intensiva pediátrica en la Argentina y su progresivo crecimiento y actividad docente la ha convertido en una de las más importantes del país

El recorrido del Dr. Javier Mendilaharzu está muy entrelazado con la historia de la UTIP, no sólo en nuestro país, sino también a nivel mundial, por lo que dificulta mucho separar la trayectoria de esta personalidad -que sin duda Javier lo era- de la de UTIP.

Forma de citar: Sasbon J. In Memoriam. Dr. Javier Mendilaharzu.  
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):23-24

---

## Historia Clínica

Sección a cargo de Elizabeth Y. Sapia<sup>a</sup> y Julia Dvorkin<sup>b</sup>

Ignacia Viana<sup>c</sup>, Hilén Kromer<sup>c</sup>, Bárbara Cosentino<sup>d</sup>, Trinidad Rojo Bas<sup>e</sup>

### Datos personales:

Nombre y Apellido: A. Q

Edad: 13 años

**Motivo de internación:** Alteración de la conducta para estudio

### Enfermedad actual:

Paciente de 13 años, con obesidad severa, concurre a la guardia del hospital, por haber presentado dos episodios de retrodesviación de la mirada y movimientos tonicoclónicos de 5-10 min de duración con periodo postictal posterior. En los días previos al episodio refiere alteración de la conducta generado por pensamiento desorganizado, excitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, y alteración del ritmo sueño-vigilia. Afebril en toda su evolución. Se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

### Antecedentes personales:

- Perinatólogico: embarazo gemelar, se desconocen otros datos, paciente adoptada.
- Aspecto metabólico: obesidad severa, en seguimiento por nutrición y pediatra particular, con mala adherencia.
- Vacunas: completas para la edad.

### Diagnósticos diferenciales:

- Debut enfermedad psiquiátrica: psicosis aguda, trastorno conversivo
- Encefalitis de causa inmunológica
- Encefalitis de origen infeccioso
- Intoxicación

### Examen físico al ingreso:

Paciente clínica y hemodinámicamente compensada. Desorientada en tiempo y espacio, con discurso incoherente, labilidad emocional y cambios conductuales. Pupilas

---

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.

b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET

c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

isocóricas, reactivas. Fuerza, tono, sensibilidad y reflejos conservados en 4 miembros. Pares craneales indemnes. Eucárdica, eupneica, buena entrada de aire bilateral. Abdomen blando, depresible, indoloro, con aumento del perímetro abdominal por obesidad severa.

#### Exámenes complementarios:

- **TAC SNC:** Línea media centrada, ventrículos de tamaño, morfología y topografía conservados. Sin cambios de atenuación en parénquima encefálico, cisternas y espacios subaracnoideos acordes a la edad. Fosa posterior dentro de límites normales.
- **RM SNC con y sin contraste con protocolo de epilepsia:** Sin alteraciones de morfología ni de señal en sustancia gris y blanca. Cuerpo caloso y demás estructuras de línea media normales, sin restricción en técnica de difusión. No se evidencian microsangrados ni calcificaciones en secuencias de susceptibilidad. Cavidades ventriculares y espacios subaracnoideos normales. Sin realces patológicos con contraste con gadolinio.
- **Electroencefalograma (EEG):** sin eventos ni paroxismos.
- **Ecografía abdomen y pelvis:** en topografía de ovario derecho se observa una imagen heterogénea de componente líquido sólido sugestiva de quiste complejo a estudiar por otros métodos de imágenes. Mide 173 x 92 x 125 mm. Resto sin hallazgos patológicos.
- **TAC abdomen y pelvis:** masa pelviana hipodensa bien definida, con algunas calcificaciones, de aproximadamente 15 x 8 cm, de probable origen anexial.
- **Radiografía de tórax:** sin hallazgos patológicos.
- **Tóxicos en orina:** negativo.
- **Líquido cefalorraquídeo:** Citoquímico: límpido, incoloro, células: 7 mm<sup>3</sup> MN: 100% Proteínas: 16 mg/dl, glucorraquia: 55.8 mg/dl. Cultivo gérmenes comunes: negativo. Viroológico: HSV 1 y 2, enterovirus: no detectable. Anticuerpos en suero y LCR: anti receptor N-metil-D-aspartato (anti-rNMDA) >100 Bandas oligoclonales: patrón 4: con patrón local igual que sistémico.
- **Laboratorio:** glóbulos blancos 12 200 mil/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 65%, linfocitos 29%, monocitos 6%) hemoglobina 10,5 g/dl plaquetas 506 000 mil/mm<sup>3</sup>.
- **Fondo de ojos:** dentro de límites normales.

- 
- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

- **Marcadores tumorales:** alfafetoproteína 14 ng/ml. Gonadotropina coriónica humana (Beta-HCG): no dosable. Antígeno carcinoembrionario (CEA): 1; CA125: 18,2.
- **Valoración cardiológica:** electrocardiograma y ecocardiograma dentro de límites normales.
- **PPD:** negativa.
- **Dosaje de inmunoglobulinas:** IgG 1340 mg/dl (VN: 984-1544), IgA 389 mg/dl (VN:112- 252), IgM 107 mg/dl (VN: 82-220).
- **Serologías:** IgG CMV e IgG EBV positivas. IgG HVC, IgM/IgG anti core HVB, IgM/IgG HVA negativas. HIV: no reactivo. Toxoplasmosis, Chagas y VDRL: negativos.
- **Laboratorio endocrinológico:** vitamina D 8 ng/ml (<20: deficiencia), parathormona 58 pg/ml (VN: < 70), antimulleriana 12.01 pmol/L (VN: 5-55), hormona luteinizante 1.75 mUi/ml (VN:0.4-12), hormona folículo estimulante 2.83 mUI/ml (VN: 2.1-8.6), estradiol 38 pg/ml (VN: 20-77), tirotrófina 1.96 µUI/ml (VN: 0.5-6.5), tiroxina libre 2.14 ug/dl (VN:0.8-2.2), triyodotironina 132 ng/dl (VN: 80-220), anticuerpos anti-tiroperoxidasa 12 UI/ml (VN: < 35), anticuerpos anti-tiroglobulina 104 UI/ml (VN: <50).

### **Evolución:**

En base a los signos y síntomas, se plantean dentro de los posibles diagnósticos brote psicótico agudo y encefalopatía aguda. Es evaluada por el equipo de salud mental de guardia, que indica tratamiento sintomático con olanzapina y lorazepam.

Se realizan EEG y neuroimágenes sin hallazgos patológicos, y punción lumbar con citoquímico con leve pleocitosis, con cultivos bacterianos y estudio virológico negativos. Considerando otras etiologías se solicitan bandas oligoclonales cuyo resultado fue un patrón 4 (patrón en espejo, bandas oligoclonales iguales en suero que en LCR) y panel de anticuerpos, con resultado positivo para anticuerpos anti-rNMDA en LCR y suero, confirmándose el diagnóstico de encefalitis inmunomediada.

Para descartar causa paraneoplásica, se realiza tomografía de abdomen y pelvis que informa imagen heterogénea en región anexial derecha, sugestiva de quiste complejo (Figura 1).

- 
- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

**Figura 1.** TAC de pelvis, masa hipodensa con calcificaciones (flecha)



Con dosaje de alfa fetoproteína de 14 ng/ml (levemente elevada), BhCG no dosable, CEA y Ca 125 negativos. Se programa laparoscopia exploratoria, realizándose exéresis completa de la masa anexial, cuya anatomía patológica fue compatible con teratoma ovárico inmaduro, Grado I. Sin requerimiento de terapia adyuvante ni seguimiento por servicio de oncología.

Con diagnóstico de encefalitis inmunomediada, se indicó tratamiento con gammaglobulina EV a 1 gr/kg, sin respuesta favorable, por lo que continuó con pulsos de metilprednisolona a 1g/día por 5 días consecutivos. Ante la persistencia de los cambios conductuales, con episodios diarios de excitación psicomotriz, se continuó con una segunda línea de tratamiento, pasaje de rituximab 1 g/día (día 0 y 14).

La paciente evoluciona favorablemente, con resolución progresiva de la sintomatología logrando suspender medicación psiquiátrica. Se otorga el egreso hospitalario y continúa seguimiento multidisciplinario de forma ambulatoria, con pediatra cabecera, neurología, endocrinología y salud mental.

### **Discusión:**

La encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (anti-rNMDA) es una enfermedad inmunomediada caracterizada por un síndrome neuropsiquiátrico complejo y la presencia de anticuerpos en el LCR contra la subunidad GluN1 del NMDAR.<sup>1,2</sup> La incidencia estimada es de 1.5 por millón de habitantes al año, siendo cuatro veces más común en mujeres que en hombres, con una media de edad de 21 años.<sup>3,4</sup> Es frecuente que se

- 
- Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

deba a la manifestación de un síndrome paraneoplásico, especialmente en mujeres, siendo el teratoma ovárico el hallazgo más frecuente.<sup>1,5</sup>

Aunque la presencia de un tumor que exprese los receptores NMDA probablemente contribuya a la pérdida de tolerancia inmune, se desconocen los otros desencadenantes inmunológicos involucrados.<sup>1</sup>

Los rNMDA se encuentran altamente concentrados en áreas hipocámpales y en el área prefrontal; los anticuerpos anti-rNMDA producen un desbalance a expensas de los neurotransmisores excitatorios, por lo que el cuadro se manifiesta como un síndrome neuropsiquiátrico complejo.<sup>6</sup>

La signosintomatología de esta enfermedad, fue descrita por Dalmau y col. en cuatro etapas. La primera se presenta como un pródromo similar a un proceso viral inespecífico seguido de una segunda etapa de una a dos semanas de duración, cuando comienzan los síntomas psiquiátricos que incluyen delirios, alucinaciones, manía, agitación, cambios en el habla, pensamiento desorganizado, catatonía, insomnio y, a veces, convulsiones. Continúa la tercera etapa, de semanas a meses de evolución, que incluye complicaciones neurológicas, como anomalías del movimiento, disautonomías e hipoventilación y la cuarta etapa, que puede extenderse de meses a años, en la que se presentan los déficits prolongados, como disfunción ejecutiva, impulsividad, desinhibición y alteraciones del sueño.<sup>2</sup>

Se desconoce si los síntomas prodrómicos forman parte de una activación inmune temprana o son el resultado de una infección no específica, que facilita el cruce de la respuesta inmune a través de la barrera hematoencefálica.<sup>1</sup>

La única prueba diagnóstica específica de encefalitis anti-rNMDA es la demostración de anticuerpos IgG anti receptor GluN1 en el LCR del paciente. Sin embargo, el valor de los títulos de anticuerpos no muestra una correlación con el curso clínico del paciente, por este motivo las decisiones acerca del tratamiento deben basarse principalmente en la evaluación clínica en lugar de en valores serológicos.<sup>2</sup>

Otros exámenes complementarios que apoyan el diagnóstico son: citoquímico de LCR con pleocitosis y presencia de bandas oligoclonales (ambos sugestivos de proceso inflamatorio en el SNC); EEG anormal en la mayoría de los pacientes, con actividad lenta y desorganizada y menos frecuente, focos epilépticos o descargas de tipo delta brush;

- 
- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

y la RMN, frecuentemente normal, pudiendo mostrar en T2 y FLAIR secuencias de atenuación de fluido, hiperintensidad en el hipocampo, corteza cerebral y cerebelosa, frontobasal, regiones insulares y ganglios basales.<sup>2,3,7</sup>

La asociación de encefalitis anti-rNMDA con teratoma ovárico en niñas es baja en comparación con los adultos, sin embargo, es necesario realizar exámenes complementarios como ecografía y resonancia magnética de abdomen y pelvis.<sup>3</sup> Los criterios diagnósticos se detallan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de encefalitis autoinmune

<p><b><u>Caso probable</u></b></p> <p>1- Inicio rápido (&lt;3 meses) de al menos cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamiento anormal o disfunción cognitiva</li><li>• Disfunción del habla: reducción verbal o mutismo</li><li>• Convulsiones</li><li>• Trastorno del movimiento: discinesias, rigidez o posturas anormales.</li><li>• Disminución del nivel de conciencia</li><li>• Disfunción autonómica o hipoventilación central</li></ul> <p>2- Y al menos uno de los estudios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EEG anormal: actividad focal o difusa lenta o desorganizada, actividad epiléptica o extreme delta brush</li><li>• LCR con pleocitosis o bandas oligoclonales</li></ul> <p>3- O tres de los síntomas anteriormente mencionados asociados al hallazgo de un teratoma sistémico</p> <p>4- Exclusión de antecedentes recientes de encefalitis por virus del herpes simple o Encefalitis japonesa B, que podría provocar síntomas neurológicos por una recaída</p>
<p><b><u>Caso confirmado</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uno o más de los síntomas descritos en el ítem 1 asociado a anticuerpos IgG GluN1 en el LCR.</li><li>• Exclusión de antecedentes recientes de encefalitis por virus del herpes simple o Encefalitis japonesa B, que podría provocar síntomas neurológicos por una recaída</li></ul>

Fuente: Dalmau J, et al. <sup>2</sup>

Como describen Dalmau y col., un gran número de pacientes con diagnóstico final de encefalitis anti-rNMDA, fueron inicialmente evaluados por psiquiatras o admitidos en centros psiquiátricos.<sup>1</sup> Por este motivo, se debe resaltar la importancia de establecer un diagnóstico etiológico o descartar causa orgánica, ante una paciente con síndrome psicótico agudo.

- Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
- Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
- Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
- Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
- Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

En el artículo publicado por European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience en 2020, se sugiere que ante un paciente con esquizofrenia de inicio agudo, sumado o no al antecedente de encefalitis autoinmune previa, asociado con al menos uno de los siguientes ítems: clínica típica previamente descrita, curso autoinmune típico (rápida progresión de la clínica a pesar del tratamiento sintomático) o hallazgos típicos en exámenes complementarios, deberá sospecharse etiología autoinmune, y se deberá estudiar la presencia de anticuerpos en LCR.<sup>5</sup>

La paciente en cuestión presentó leve pleocitosis en el LCR, con EEG y RMN de SNC normales, con clínica sugestiva, descartada la causa infecciosa, se indicó tratamiento para encefalitis inmunomediada previo a resultados de la serología. La confirmación del síndrome paraneoplásico, apoyó el diagnóstico y fue de gran utilidad para la decisión de comenzar la inmunomodulación de manera precoz junto a la exéresis quirúrgica del tumor.

El tratamiento oportuno y temprano, se identificó como predictor de buen pronóstico. Las terapias inmunomoduladoras/inmunosupresoras de primera línea son los corticosteroides, infusión de inmunoglobulina y plasmaféresis, así como la extirpación del tumor en el caso que corresponda. Sin embargo, no hay clara evidencia de cuál de estas inmunoterapias debe iniciarse primero, ni si debe realizarse tratamiento combinado desde el principio. Aproximadamente la mitad de los pacientes responden a la primera línea de tratamiento.

El rituximab, la ciclofosfamida, la azatioprina y el micofenolato mofetilo se utilizan como terapias de segunda línea en caso de no observar mejoría clínica luego de cuatro semanas de tratamiento de primera línea.<sup>2,4,8</sup> Esta paciente respondió a la segunda línea terapéutica, con posibilidad de continuar tratamiento y seguimiento de manera ambulatoria, ya que como se describe en la bibliografía, la recuperación es lenta, frecuentemente conlleva meses y requiere un equipo multidisciplinario que incluya rehabilitación física y tratamiento psiquiátrico.<sup>3</sup>

### **Conclusión:**

Ante un paciente con síntomas neuropsiquiátricos agudos, sin respuesta a antipsicóticos, por su frecuencia y su implicancia terapéutica, se debe sospechar encefalitis de causa orgánica. Dentro del proceso diagnóstico, es importante tener en cuenta la posibilidad

- 
- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

de que la misma se deba a un síndrome paraneoplásico y examinar al paciente en búsqueda de un tumor germinal. Esto tiene valor tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento y pronóstico de la entidad.

### **Bibliografía:**

- 1- Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol* 2008; 7:1091–1098.
- 2- Dalmau J, Armangué T, Planagumà J, et al. An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists: mechanisms and models. *Lancet Neurol*, 2019; 18(11):1045-1057.
- 3- Florance NR, Davis RL, Lam C, et al. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents. *Ann Neurol*. 2009; 66(1): 11–18.
- 4- Debopam S, Forshing L. Anti-NMDAR Encephalitis. 2023 Jul 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 31869136.
- 5- Endres D, Leyboldt F, Bechter K, et al. Autoimmune encephalitis as a differential diagnosis of schizophreniform psychosis: clinical symptomatology, pathophysiology, diagnostic approach, and therapeutic considerations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; 270(7):803-818.
6. Dalmau J, Lancaster E, Martínez-Hernández E, et al. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol*. 2011; 10(1):63-74.
7. Herrera Julve MM, Rosado Rubio C, Mariano Rodríguez JC, et al. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor anti-N-metil-D-aspartato debido a teratoma ovárico. *Prog Obstet Ginecol*. 2013; 56(9):478—481
8. Nosadini M, Thomas T, Eyre M, et al. International Consensus Recommendations for the Treatment of Pediatric NMDAR Antibody Encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2021; 8(5):e1052.

Forma de citar: Viana I, Kromer H, Cosentino B *et. al.* Historia Clínica. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):25-32

- 
- a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG.
  - b. Médica pediatra. Becaria doctoral CONICET
  - c. Ex residente Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - d. Residente de cuarto año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez
  - e. Residente de tercer año Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez

---

## Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG

Sección a cargo de Celeste Garreta<sup>a</sup>, Cynthia Slaifstein<sup>a</sup> y Paula Zuzel<sup>a</sup>

Bianca Mársico<sup>b</sup>, Doménica Ordóñez<sup>b</sup>, Rocío Raimondo<sup>b</sup>, Rocío Scampini<sup>c</sup>, Agustina Guarino<sup>d</sup>, Manuel Domínguez Monclá<sup>e</sup>

### Presentación del paciente

Paciente: NG

Edad: 1 año y 6 meses.

Domicilio: Provincia de Buenos Aires.

Motivo de consulta: Convulsión febril y diarrea con sangre.

### Enfermedad actual

Paciente de 18 meses de edad, previamente sano, consultó en un centro de salud cercano a su domicilio por un registro febril de 39°C y diarrea. Se diagnosticó gastroenteritis aguda (GEA), se indicaron medidas de hidratación y control ambulatorio. A las 12 horas comenzó con deposiciones sanguinolentas, por lo que consultó en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Al examen clínico presentaba una deshidratación moderada. Durante el período de observación para rehidratación por vía oral, presentó una convulsión tónico-clónica generalizada febril, que cedió espontáneamente. Se decidió su internación para diagnóstico y tratamiento.

### Antecedentes personales

- Perinatólogico: nacido de término/peso adecuado para la edad gestacional. Sin datos de relevancia.
- Síndromes broncoobstructivos a repetición de manejo ambulatorio. Tratamiento controlador con budesonide.
- Vacunas completas constatadas.
- Neurodesarrollo: acorde a la edad.
- Antropometría de control reciente: peso 11 kg (percentil 50), talla 80 cm (percentil 50) y perímetro cefálico 47 cm (percentil 50).

---

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

b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

### Antecedentes familiares

- Sin antecedentes familiares de relevancia.
- Sin viajes recientes.
- Padre con gastroenteritis autolimitada 48 h previas a la consulta.

### Características socioeconómicas

- Vivienda de material, con acceso a luz, agua potable y gas. Retrete, pozo ciego.
- Realiza 4 comidas variadas al día.

### Examen físico al ingreso

El paciente ingresó a la sala de internación 30 minutos después del episodio convulsivo. Se encontraba en buen estado general, clínica y hemodinámicamente estable. Febril (39°C). Normotenso (86/40, percentil 50 para la talla), taquicárdico (120 lpm), dos ruidos normofonéticos en cuatro focos y silencios libres. Eupneico (18 rpm) con buena entrada de aire bilateral y murmullo vesicular conservado. Abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de reacción peritoneal con ruidos hidroaéreos aumentados de forma generalizada, sin visceromegalias ni adenopatías a la palpación. Presentaba signos de deshidratación moderada: mucosas semihúmedas, oliguria. Catarsis desligadas con estrías sanguinolentas, pujos y tenesmo. Sin fisuras anales, prolapso rectal ni hemorroides.

Al examen neurológico se encontraba vigil, reactivo, conectado, con pupilas isocóricas reactivas, sin compromiso de pares craneales. Presentaba fuerza, tono, reflejos de tronco y de los cuatro miembros conservados. Sin alteraciones en la marcha.

### Estudios complementarios

- Hemograma: Glóbulos blancos (GB) 12 500 /mm<sup>3</sup> (neutrófilos 30 % / linfocitos 45%/ eosinófilos 12%), hemoglobina 12.1 g/dl, hematocrito 36.5 %, plaquetas 461 000 /mm<sup>3</sup>
- Química: urea 26 mg/dl, glucemia 111 mg/dl, ácido úrico 5.9 mg/dl, creatinina 0.23 mg/dl, lactato deshidrogenasa 319 UI/L, bilirrubina total 0.48 mg/dl GOT 11 UI/L, GPT 30 UI/L proteínas totales 7.5 g/dl, albúmina 4.6 g/dl
- Estado ácido base: pH 7.28/ pCO<sub>2</sub> 29.8mmHg/ HCO<sub>3</sub> 14 mmol/ Ionograma Na<sup>+</sup> 121 mEq/L K<sup>+</sup> 3.4 mEq/L Cl<sup>-</sup> 95 mEq/L

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

b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

- Se solicitaron: coprocultivo, coprovirológico y verotoxina en materia fecal.

**Diagnóstico sindromático:** convulsiones y disentería

**Diagnósticos diferenciales:**

- Convulsión febril simple
- Convulsión secundaria a alteración del medio interno: hipo o hipernatremia, hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia.
- Síndrome urémico hemolítico con compromiso del SNC
- Gastroenteritis por *Shigella spp.*
- Gastroenteritis por virus entéricos.

**Abordaje diagnóstico**

Paciente previamente sano que se internó por convulsión tónico-clónica generalizada que cedió espontáneamente luego de 3 minutos con recuperación *ad integrum* durante un periodo postictal corto, deshidratación moderada con hiponatremia moderada e hipokalemia leve secundaria a diarrea sanguinolenta aguda. Los exámenes complementarios llevados a cabo se enfocaron en los diagnósticos diferenciales planteados inicialmente.

Las **convulsiones febriles** son frecuentes entre los 6 meses y 5 años de edad, sin antecedentes previos. Se producen generalmente el primer día de la enfermedad. El paciente presentado se encontraba dentro del rango etario, sin embargo, para definir una convulsión febril es necesario descartar otras causas de convulsión sintomática aguda.<sup>1,2</sup>

A su ingreso se realizó un análisis de laboratorio completo (hemograma, química, estado ácido-base y ionograma plasmático) para evaluar, entre otros parámetros, alteraciones del medio interno. Se encontró hiponatremia moderada ( $\text{Na}^+$  121 mmol/L), hipokalemia leve ( $\text{K}^+$  3.4 mmol/L) y leucocitosis (GB 12 500 ml/mm<sup>3</sup>), con el resto de los parámetros dentro de límites normales.

Las **hiponatremias sintomáticas** se caracterizan por presentar náuseas y vómitos, cefalea, temblores, hiperreflexia, confusión, coma, convulsiones, letargia y depresión respiratoria. La incidencia de convulsiones o coma aumenta cuando el sodio es menor a 120 mEq/L. El paciente presentó convulsiones que cedieron espontáneamente, con restitución *ad*

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

b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

*integrum* y sin requerimiento de medicación anticonvulsivante. La corrección de la hiponatremia con soluciones hipertónicas de manera rápida solamente se utiliza en el caso de persistencia de los síntomas.<sup>3</sup> Debido a la hiponatremia moderada asintomática se indicó hidratación parenteral con solución isotónica.

En el **síndrome urémico hemolítico** el paciente puede presentarse en regular a mal estado general con fiebre, diarrea sanguinolenta. El laboratorio puede evidenciar hemólisis, consumo plaquetario y compromiso renal, que se manifiesta con hipertensión arterial, hematuria y alteración de la función renal. En este caso el paciente no presentó ninguno de estos hallazgos, por lo que se descartó este diagnóstico. Aun así, se solicitó verotoxinas en materia fecal y se continuó pesquizando la hematuria en orina completa de manera periódica.

Las **convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis** ocurren en menores de 5 años, con un pico de incidencia entre 1 y 2 años. Pueden manifestarse de modo repetitivo y generalmente son tónico-clónicas generalizadas. No tienen relación con la fiebre, la magnitud de desequilibrios hidroelectrolíticos, ni con las pérdidas concurrentes por GEA. El principal agente bacteriano causante de este cuadro es la *Shigella spp.* También pueden ser causadas por agentes virales como rotavirus o adenovirus.

### **Evolución**

El paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado (rehidratación endovenosa), con mejoría progresiva de las deposiciones y buena tolerancia a la vía oral. Continuó con fiebre por 72 h, sin nuevos episodios convulsivos. Se realizaron análisis de laboratorio de control periódicos, en los que se evidenció la normalización electrolítica con mejoría de los parámetros del medio interno.

El examen virológico en materia fecal detectó adenovirus. Coprocultivo: positivo para *Shigella spp* (S: Ceftriaxona, nitrofurantoína, TMS, R: ampicilina). Verotoxina: negativa y Antígeno *EColi O15*: no reactivo.

Por los rescates en materia fecal y la buena evolución del paciente, se asumió el cuadro como convulsiones benignas asociadas a GEA por *Shigella spp* y adenovirus. Inicialmente se trató empíricamente con ceftriaxona y luego por mejoría clínica, se rotó a trimetoprima-sulfametoxazol por vía oral durante 7 días. Se desestimó la necesidad de realizar otros estudios

- a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG
- b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
- c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
- d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
- e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

complementarios como análisis de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma (EEG) o neuroimágenes para caracterizar el síndrome convulsivo.

El paciente egresó luego de 7 días de internación, para continuar seguimiento ambulatorio con su pediatra de cabecera.

## Discusión

Las convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis aguda han sido reconocidas con mayor frecuencia en los últimos años. Son definidas como convulsiones en pacientes previamente sanos, sin afectación conocida del sistema nervioso central o encefalopatía, asociadas a diarreas leves/moderadas y son independientes de la fiebre, las diselectrolitemias o el grado de deshidratación.<sup>4,5</sup>

Afecta en la mayoría de los casos a lactantes, con una incidencia máxima entre los 12 y los 24 meses; sin embargo, se han descrito casos en niños de hasta 6 años. Conceptualmente, las GEAs suelen generar deshidrataciones leves o moderadas que no conllevan alteraciones en el laboratorio, permitiendo descartar a la hipoglucemia y la hiponatremia como causantes de la convulsión. Dada la naturaleza infecciosa de la GEA, es posible que los pacientes presenten fiebre, aunque no se describe la posibilidad de presentar convulsiones en estos casos.<sup>4,5</sup>

Las convulsiones benignas asociadas a GEA suelen agruparse y tienden a repetirse en las primeras 24-48 horas de enfermedad. En general son autolimitadas, tónico-clónicas generalizadas y con una duración menor a 5 minutos, aunque se han descrito casos de crisis prolongadas e incluso de estatus epiléptico.<sup>4</sup> Los agentes causales descritos son virales: rotavirus, adenovirus, enterovirus, astrovirus, calicivirus y bacterianas: *Shigella spp*, *Aeromonas* y *Campylobacter*.<sup>6,7</sup>

Con respecto a los virus entéricos, se sospecha que comparten mecanismos fisiopatológicos para la producción del síndrome convulsivo. En ese sentido, el rotavirus es el más estudiado por su mayor prevalencia. La patogenia es aún incierta, una hipótesis propone que puede existir una alteración en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica o una invasión directa del virus en el sistema nervioso central, debido a que se ha detectado el antígeno y el genoma del rotavirus en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de algunos pacientes.<sup>8</sup> Otra hipótesis es que los virus inducen convulsiones indirectamente mediante el aumento de

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

b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

la circulación de diversos mediadores producidos en el tracto gastrointestinal, al igual que lo descrito en las diarreas bacterianas. La muerte celular de los enterocitos puede estimular la liberación de citoquinas, prostaglandinas y especies reactivas de oxígeno que justificarían las convulsiones.<sup>9</sup> La *Shigella* se describe como la principal bacteria asociada a este cuadro. Se produce independientemente de la especie de *Shigella*, aunque se observó más frecuentemente en *S. sonnei* y *flexneri*, dependiendo de la prevalencia del lugar. A pesar de que la fisiopatología de las convulsiones en la shigelosis aún no se comprende bien, se estima que las complicaciones neurológicas no son causadas por la shiga toxina producida por la *S. dysenteriae* sino que son debidas a una regulación positiva de las células productoras de citoquinas intestinales, lo que conduciría a una mayor liberación de IL-1 $\beta$  y TNF $\alpha$ . Ambas podrían actuar sinérgicamente y desempeñar un papel importante en la sensibilización del sistema nervioso central para desencadenar convulsiones.

Además, estas citoquinas son potentes inductores de óxido nítrico, el cual también podría producir crisis convulsivas. Por otro lado, la hiponatremia y la hipoglucemia son las principales alteraciones metabólicas que pueden asociarse a la shigelosis, siendo capaces de alterar aún más el umbral convulsivo.<sup>10</sup> Existen controversias con relación a las indicaciones y utilidad de los estudios complementarios en pacientes con convulsiones asociadas a GEA.

Por un lado, los coprocultivos y copro-virológicos en materia fecal son esenciales para realizar diagnóstico etiológico. El electroencefalograma (EEG) interictal suele ser normal, aunque algunos pacientes pueden presentar inicialmente anomalías tales como ondas lentas, picos focales o epileptiformes. A pesar de esto, la mayoría vuelven a la normalidad durante el período de seguimiento. Por lo tanto, el EEG tiene un valor limitado en la evaluación del cuadro.<sup>6</sup> En algunos pacientes se constató el rescate de antígenos de rotavirus en el LCR; sin embargo, no se observó la presencia de diseminación bacteriana. Los hallazgos pueden complementar el diagnóstico, pero tienen un valor limitado a la hora de guiar la conducta terapéutica.<sup>4</sup> Existe escasa información acerca de la utilidad de las neuroimágenes en estos casos. Se considera su indicación únicamente para el estudio de otros diagnósticos diferenciales como por ejemplo meningoencefalitis o encefalitis aguda necrotizante. El paciente en cuestión presentó una convulsión tónico-clónica generalizada, sin otros parámetros clínicos

- 
- a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG
  - b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

o antecedentes que pudieran sugerir otras etiologías, por lo cual se decidió no realizar una neuroimagen.<sup>6</sup>

A pesar de que las convulsiones benignas asociadas a GEA se describen como un cuadro benigno, el inicio del tratamiento tardío puede repercutir negativamente en el crecimiento y el desarrollo neuromadurativo de los niños. Esto fue reportado principalmente en países de bajos recursos.<sup>11,12</sup> En consecuencia, es de fundamental importancia el tratamiento oportuno de las GEAs a través de la hidratación correspondiente. En cuanto a la evolución de la enfermedad, la shigelosis es una enfermedad autolimitada, y los pacientes suelen recuperarse por completo en 7 a 10 días. El tratamiento antimicrobiano es recomendado para prevenir complicaciones adicionales, reducir la producción de diarrea y limitar la excreción fecal post-sintomática y en algunos casos específicos como: bacteriemia documentada, pacientes que requieran hospitalización, pacientes institucionalizados, entre otros.

El tratamiento siempre debe ser ajustado a la sensibilidad antibiótica del agente aislado. Sólo se tratará de manera empírica a pacientes inmunocomprometidos con signos clínicos sugestivos de shigelosis.<sup>13</sup> Es necesario destacar la importancia de prevenir las GEAs en pediatría, a través de la educación de la población general y la garantía del acceso al agua potable y a la red de desagüe cloacal.

## Conclusión

En la gastroenteritis aguda las convulsiones asociadas son frecuentemente benignas. Los agentes causales pueden ser virales o bacterianos, siendo el rotavirus y la *Shigella* los más frecuentes. A pesar del curso benigno y autolimitado del cuadro, es fundamental el abordaje precoz de la gastroenteritis y su agente causal, con el tratamiento ajustado al rescate. Para ello, es importante que los profesionales de la salud reconozcan las características y la etiopatogenia con el fin de realizar un correcto abordaje de los pacientes.

## Bibliografía

1. Patel N, Ram D, Swiderska N, et al. Febrile seizures. BMJ. 2015; 351: h4240. doi: 10.1136/bmj.h4240.
2. Laino D, Mencaroni E, Esposito S. Management of Pediatric Febrile Seizures. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(10):2232. doi: 10.3390/ijerph15102232.
3. Dartiguelongue JB, Cheistwer A, Montero D. Hiponatremia e hipernatremia. En: Dartiguelongue JB, Cheistwer A, Montero D. Medicina Interna Pediátrica. 1<sup>ra</sup> ed. Ediciones

---

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

b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.

e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

- Journal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2023, Sección 1; 2: 19-27.
4. Kang B, Kwon YS. Benign convulsion with mild gastroenteritis. *Korean J Pediatr.* 2014; 57(7):304-9. doi: 10.3345/kjp.2014.57.7.304.
  5. Lacasa Maseri S, Ramos Fernández JM, Moreno Pérez D, et al. Crisis convulsivas asociadas a gastroenteritis: estudio de incidencia y análisis clínico. *An Pediatr (Barc).* 2013; 79(3):162-6. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.01.006.
  6. Iflah M, Kassem E, Rubinstein U, et al. Convulsions in children hospitalized for acute gastroenteritis. *Sci Rep.* 2021; 11(1):15874. doi: 10.1038/s41598-021-95202-4.
  7. Kawano G, Oshige K, Syutou S, et al. Benign infantile convulsions associated with mild gastroenteritis: a retrospective study of 39 cases including virological tests and efficacy of anticonvulsants. *Brain Dev.* 2007; 29(10):617-22. doi: 10.1016/j.braindev.2007.03.012.
  8. Nishimura S, Ushijima H, Nishimura S, et al. Detection of rotavirus in cerebrospinal fluid and blood of patients with convulsions and gastroenteritis by means of the reverse transcription polymerase chain reaction. *Brain Dev.* 1993; 15(6):457-9. doi: 10.1016/0387-7604(93)9008.
  9. Komori H, Wada M, Eto M, et al. Benign convulsions with mild gastroenteritis: a report of 10 recent cases detailing clinical varieties. *Brain Dev.* 1995; 17(5):334-7. doi: 10.1016/0387-7604(95)00074-I.
  10. Afroze F, Das SK, Ahmed S, et al. Pathogen-specific risk of seizure in children with moderate-to-severe diarrhea: Case control study with follow-up. *Trop Med Int Health.* 2020; 25(8):1032-1042. doi: 10.1111/tmi.13445.
  11. Platts-Mills, J. A. *et al.* Association between enteropathogens and malnutrition in children aged 6–23 mo in Bangladesh: a case-control study. *Am. J. Clin. Nutr.* 105, 1132 (2017).
  12. van den Broek JM, Roy SK, Khan WA, et al. Risk factors for mortality due to shigellosis: a case-control study among severely-malnourished children in Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 2005; 23(3):259-65.
  13. Rodríguez-Guerrero E, Herrera-León S, Gómez-Vicente E, et al. Shigelosis atendidas en el servicio de urgencias de un hospital regional del sudeste de España: Desde su presencia a la multiresistencia [Shigelosis attended in the emergency department of a regional hospital in southeastern Spain: from their presence to multiresistance]. *Rev Esp Quimioter.* 2023; 36(3):282-290. Spanish. doi: 10.37201/req/121.2022.

Forma de citar: Mársico B, Ordóñez D, Raimondo R *et. al.* Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2024;66 (292):33-40

- 
- a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG
  - b. Residente de 1<sup>er</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - c. Residente de 2<sup>do</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - d. Residente de 4<sup>to</sup> año. Clínica Pediátrica. HNRG.
  - e. Jefa de Residentes. Clínica Pediátrica. HNRG.

## Adolescencia

Sección a cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez<sup>a</sup>

### El "extrañamiento"\* del equipo de salud en el encuentro con adolescentes.

*The "estrangement" of health teams in their encounters with teenagers.*

Victoria Barreda<sup>b</sup>

### Introducción

El presente artículo está orientado a reflexionar desde una perspectiva antropológica, sobre el encuentro entre el equipo de salud con adolescentes. Procura ser un aporte y un punto de partida tendiente a una confluencia de enfoques en torno a las prácticas profesionales en el acompañamiento y seguimiento de este grupo etario, como así también dismantlar barreras naturalizadas en el trabajo cotidiano que impiden mejorar su accesibilidad al sistema de salud.

Considero que las intervenciones de salud con adolescentes requieren una revisión conceptual y metodológica que involucre a todos los niveles de intervención, buscando recuperar diálogos del que surjan propuestas de acciones más eficaces, en un espacio de encuentro entre los profesionales de los equipos de salud y sus destinatarios para abordar aspectos que mejoren la equidad y calidad de los servicios y cuidados de salud. Se trata de repensarnos desde la práctica cotidiana institucional en los nuevos escenarios socioculturales, así como la posibilidad de plantear nuevas estrategias y modos renovados de pensar y concebir *un tipo de saber-hacer diferente, no antagónico entre cultura propia/cultura ajena en las intervenciones de salud.*

### ¿Qué aportes puede brindar la antropología en el encuentro de los equipos de salud con adolescentes?

Desde sus orígenes como disciplina en el siglo XIX, la Antropología como ciencia estuvo interesada en pensar la "diversidad" para poder explicar y describir cómo funcionaban los distintos sistemas culturales diferentes al hegemonizado por el modelo occidental, blanco, patriarcal y eurocéntrico. Así, el recorte de su objeto de estudio se caracterizó por poder explicar la alteridad social y cultural de todas esas "otras culturas" tan diferentes y distantes de la cultura occidental. Con herramientas teórico/conceptuales y metodológicas fue describiendo,

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnrg@gmail.com](mailto:adolescenciahnrg@gmail.com)

\*(N del E) El extrañamiento en antropología implica, como explica la autora, convertir lo familiar en exótico, lo cual exige al investigador un trabajo de alejamiento de sus propias categorías.

argumentando e interpretando esa separación entre el "nosotros" y el "otro". Ese "otro cultural" fue pensado y explicado como "diverso" "distinto" "exótico" y para ello las categorías tales como "cultura" e "identidad cultural" han permitido poder acercarse a esos universos desconocidos, no obstante, separados en esferas y cosmovisiones diferenciables, definidas en función de un conjunto de rasgos distinguibles que entran en clara relación.<sup>1</sup>

Tal como lo señalado por Krotz, *la alteridad u otredad* no es concebida como sinónimo de una simple y sencilla diferenciación, sino que hace alusión a un tipo particular de diferencia relacionada con la experiencia de lo extraño y ajeno a partir del encuentro con desconocidas singularidades de otro grupo humano.<sup>2</sup> Asimismo, tal como fue señalado por Lins Ribeiro, desde el punto de vista metodológico la práctica de la investigación antropológica está basada en *el extrañamiento*.<sup>3</sup> Desde esa premisa, el antropólogo experimenta, existencialmente, *el "extrañamiento"* como una unidad contradictoria: al ser, al mismo tiempo, aproximación y distanciamiento.

Esta tensión ha sido resumida en la fórmula *nosotros/otros*, donde "*nosotros*" significa el antropólogo y todo lo que le es familiar como miembro de una sociedad y los "*otros*", los actores sociales que estudia, lo exótico, lo diferente. Según el autor, de acuerdo con los momentos históricos que atravesaron a la disciplina antropológica, pueden identificarse dos tipos de *extrañamiento*:

a) *Extrañamiento a sociedades desconocidas*: El antropólogo cuando estudiaba las sociedades nativas, no occidentales, "primitivas", se encontraba con lo extraño, entonces hay un extrañamiento inmediato, natural. El antropólogo se extraña de lo que ve. La tarea antropológica sería entonces familiarizarse con lo extraño para poder hacer una traducción de lo extraño a lo propio, a lo conocido y así comprender y no juzgar. Es por esto que los antropólogos utilizaban la etnografía como la descripción minuciosa de la cultura para convivir y *familiarizarse con lo extraño*.

b) *Extrañamiento hacia la propia sociedad*: A partir de los procesos de descolonización y globalización, los antropólogos comienzan a trabajar en la sociedad a la que pertenecen. Se van a encontrar con lo conocido y, por ende, el proceso es inverso al anterior, es un *extrañamiento a lo familiar*. La premisa es convertir lo familiar en exótico. Lo conocido, lo familiar hay que extrañarlo, para extrañar hay que desnaturalizar, cuestionar, hay que "hacer visible lo que no está visible".

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahrg@gmail.com](mailto:adolescenciahrg@gmail.com)

Al estudiar "su" propia sociedad el antropólogo busca realizar la operación inversa, convertir lo familiar en exótico, a partir de una posición de *extrañamiento*. Desde esta perspectiva me interesa reflexionar en torno a cómo *el extrañamiento* (unidad contradictoria y no homogénea) atraviesa la relación con la *otredad* y en este caso particular me refiero al encuentro de los equipos de salud con adolescentes. La identidad adolescente ha sido clasificada y construida también como esa "otredad", ese "otro" distinto, exótico, extraño, y muy especialmente en estos tiempos, como un actor "desconocido".

En los espacios sociales tales como la familia, la escuela, el hospital, el CESAC (Centro de Salud Comunitario) entre otros, se construye la propia presentación de los y las adolescentes ante los otros (adultos/ profesionales) y las miradas que esos otros les devuelven sobre sí mismos. En el interior de esta trama de diálogos, acciones y miradas es que se desarrollan las prácticas identitarias a través de las cuales ellos devienen adolescentes y definen que es serlo en cada caso. Las identidades no son, entonces, esencias que se expresen en determinadas circunstancias y ámbitos de la vida social. Ellas son el resultado de las actuaciones que se producen y transforman en espacios sociales configurados por relaciones entre sujetos que se comunican, interactúan y confrontan. Esos diversos entramados sociales e institucionales suelen estar habitados por relaciones potenciales de solidaridad y colaboración, pero también de violencia, exclusión y desigualdad.

Como lo sostiene Josefina Fernández, la construcción de la identidad es el resultado de un proceso de elaboración de las interpretaciones de los otros sobre nosotros mismos, no es un fenómeno inmanente al sujeto que esté a su disposición sino el resultado de procesos de confrontación e interacción con otros sujetos.<sup>4</sup>

Entre los aprendizajes de estos últimos tiempos hemos reconocido que no existe una adolescencia única como categoría homogénea, unificada, portadora de una supuesta esencia. Identificamos en primer lugar la diversidad al interior de este colectivo social, lo que nos conduce a hablar no de "la adolescencia" sino de "las adolescencias" reconociendo en ello la heterogeneidad y su diversidad. La identidad social se construye a partir de la diferencia, involucrando procedimientos de inclusión y exclusión. Esta lucha simbólica por imponer una determinada visión del mundo -que se procesa en la vida cotidiana de los y las adolescentes- está permanentemente en función de la mirada del otro. La identidad del actor social es el resultado de dos definiciones: la externa y la interna. Por un lado, encontramos las

---

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnr@gmail.com](mailto:adolescenciahnr@gmail.com)

clasificaciones originadas en el "exterior" del grupo que muestran cómo el grupo es reconocido por los demás (alter-atribución). Por otro lado, esta definición se completa con la identidad que "parte" del interior del grupo, las formas en que la identidad es simbólicamente representada por ese mismo grupo (auto-atribución). Estas dos direcciones que intervienen en la construcción de identidades sociales se articulan en forma compleja.<sup>5</sup> En este juego de reconocimientos, el "saber quién soy" es un tema crítico para los y las adolescentes y jóvenes. Pero también podemos agregar que es un tema crítico para los adultos/profesionales. Si bien esta identidad va siendo construida por el/la adolescente, también es fundamental reconocer que los "otros" (en este caso los adultos/profesionales) intervienen en su constitución, a través de su mirada, sus apreciaciones y del lugar que le otorgan. Tal como lo señala Rossana Reguillo Cruz, cada generación puede ser considerada, hasta cierto punto, como perteneciente a una cultura diferente, en la medida en que incorpora en su socialización nuevos códigos y destrezas, lenguajes y formas de percibir, de apreciar, clasificar y distinguir.<sup>6</sup>

Sin embargo, en el encuentro con adolescentes los profesionales solemos perder de vista todo ello y en su reemplazo solemos apelar a representaciones nostálgicas de una adolescencia que recordamos del pasado, perteneciente a otro tiempo y contexto, quizás recreada por un mecanismo tramposo de nuestra memoria, que nos hace pensar que "todo tiempo pasado fue mejor". A partir de ello, imaginamos y construimos desde nuestra memoria una adolescencia más cercana, quizás más dócil, que demostraba un mayor interés por la consulta, imaginando y proyectando un futuro, etc. Se nos ha cristalizado en nuestras representaciones y prácticas una adolescencia que en la actualidad pareciera estar en vías de extinción... Quizás en parte, ello nos provoque *el extrañamiento* frente al desconocimiento de los nuevos sentidos y prácticas socioculturales que orientan las expectativas y estrategias de vida de este colectivo social.

Las transformaciones socioculturales han sido tan veloces que no hemos podido procesarlos en términos de nuevas categorías de pensamiento. Entre ellas podemos mencionar cambios en las relaciones afectivas, sexualidades, vínculos, nuevos cuerpos con nuevos significados, nuevas identidades genéricas, reducción y transformación del mercado laboral, cambios permanentes en las tecnologías de la comunicación y la información, nuevos consumos problemáticos, etc. Todo ello impacta en la construcción identitaria de la adolescencia

---

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnr@gmail.com](mailto:adolescenciahnr@gmail.com)

elaborada por parte del equipo de salud, pero ¿sabemos cómo ello se traduce en sus subjetividades y expectativas de vida?

Asimismo, quisiera reflexionar en torno a una dimensión que considero necesaria para entender ciertos desencuentros que observo respecto de la temporalidad en las que nos movemos como equipos de salud, desde nuestro saber profesional y nuestras intervenciones, frente a esa otra lógica del tiempo que se impone e impregna toda nuestra cultura y que deviene en gran parte como resultado de las nuevas tecnologías de la información. Frente a la inmediatez, el presentismo, el "aquí y ahora" que funcionan como mandatos en nuestra cultura, cabe preguntarnos ¿cómo evaluar nuestras intervenciones en salud, si solemos situarnos en un pasado recreado en la memoria, un presente difícil de comprender e interpretar y un futuro tan incierto que somos incapaces de imaginar?

Somos herederos de una representación cultural proveniente de la modernidad del siglo XIX, que nos conduce a pensar y asociar a la adolescencia con la idea de futuro. Se trata de un tiempo que se traduce en proyectos y con ellos, las expectativas de una vida futura donde se concretan esos proyectos.

Como dice Reguillo Cruz, nada más lejano para muchos adolescentes enmarcados en una cultura de la inmediatez que esa idea de futuro como proyecto de vida. El futuro se les muestra incierto, como producto de una cotidianidad acosada por la crisis político-económica nacional y mundial que invade todos los aspectos de la vida pública y privada. No es casual que en este período los vínculos sean cada vez más inestables y pasajeros, una especie de sociabilidad de lo provisorio, una cultura de lo inestable en la que impera el corto plazo y la ausencia de futuro. Los cambios que imponen los nuevos tiempos impregnan todos los órdenes de la vida social y tiene un gran impacto en la subjetividad. La crisis a la que asistimos hoy en día no es sólo expresión de un fenómeno socioeconómico, sino también de una fuerte crisis de paradigma (cosmovisión del mundo). La idea de modernidad está en crisis y con ella, también la idea de progreso.

Una realidad en crisis genera inseguridad, expectativas de vida acotadas en el tiempo y estrategias de vida que responden a situaciones más ligadas a la supervivencia (por marginación o exclusión) o al disfrute del día a día (presentismo) que a la proyección de una vida de bienestar futura.

---

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnr@gmail.com](mailto:adolescenciahnr@gmail.com)

Desde esa perspectiva ¿qué implicancias adquiere todo ello, cuando gran parte de nuestras prácticas en salud están basadas en la idea de futuro? La medicina preventiva se sostiene en un modelo de cálculo de probabilidades a través de la medición del riesgo. Ello se expresa en una premisa la cual señala que, cuidándonos hoy, prevenimos enfermedades y padecimientos futuros. Pero si la noción de futuro se diluye en estos nuevos tiempos, será necesario también replantearnos y reflexionar sobre nuestras intervenciones preventivas enmarcadas en esa temporalidad.

Margulis y Urresti plantean "cuando el escenario es incierto, lo que se daña en el sujeto es la posibilidad de vislumbrar los caminos (estrategias) que le permitan diagramar y proyectar un futuro acorde al desarrollo de sus capacidades. Tal vez podríamos hablar de una generación en la que el futuro cobra el sello de lo aleatorio y en la que cobra desmedida fuerza el presente".<sup>7</sup> Desde esta perspectiva, la transición desde la etapa juvenil a la vida adulta, ha dejado de ser un tipo de "trayectoria lineal" o concebida como una trayectoria de final conocido y de manera tradicional, donde el eje de la transición fue el paso de la educación al trabajo, donde actualmente este tránsito está más vinculado a una fase imprevisible, vulnerable y con un gran componente de mayor incertidumbre.

Para quienes trabajan con adolescentes en los ámbitos de salud, podría resultar adecuado despojarse de la idea de una práctica imaginada como ideal organizado en acuerdos y consensos, para considerar las relaciones de una práctica situada en un escenario institucional en el que se despliegan múltiples diferencias. Allí las destrezas y habilidades profesionales consisten en desarrollar acciones colaborativas integradas y coordinadas mediante el diálogo, los intercambios, aún con desacuerdos y conflictos, que son las marcas sociales, de avances y retrocesos de los y las adolescentes que buscan atención, cuidados y sanación humanizada.<sup>8</sup>

### **Reflexiones finales**

De acuerdo con lo señalado, me parece oportuno situarnos como equipo de salud en *el extrañamiento* como asombro hacia todo lo que desconocemos de la cultura adolescente de hoy. Desde esa perspectiva varios de los abordajes y maneras de intervenir merecen ser revisados y actualizados, para finalmente formularnos la siguiente pregunta; ¿quién es "el otro" en el encuentro con adolescentes?

---

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnr@gmail.com](mailto:adolescenciahnr@gmail.com)

Por lo tanto, ya no parece sustentable la visión de una auténtica cultura sanitaria como universo autónomo e internamente coherente. Ni las/los profesionales, ni las/los adolescentes son tan autónomos y homogéneos como lo creemos. Todos estamos marcados por préstamos y apropiaciones, a través de fronteras culturales permeables saturados por desigualdades, asimetrías de poder y dominación. Todo aquel que habla, traduce. En el contacto con el otro participan los cinco sentidos (no sólo el oído y la razón) y es allí donde se pone a prueba la habilidad del propio oficio.<sup>9</sup>

Como equipo de salud, tal vez resulte un buen ejercicio reconocernos, por primera vez, como esa "otredad" que fue mencionada al inicio del artículo. Una otredad construida desde lo que desconocemos del mundo adolescente; sus deseos, padecimientos, consumos, inseguridades y miedos, frente a la adversidad del entorno social. Desde esa "otredad" quizás podremos reconocer que nos separan un conjunto de barreras cognitivas y culturales sobre como percibimos el mundo que nos rodea. Estos desencuentros son el resultado de las distintas épocas en que nos hemos socializado unos y otros. Ese reconocimiento entre adultos y adolescentes, como portadores de culturas diferentes, quizás sea un buen punto de partida que permita replantearnos nuevas estrategias y abordajes en la búsqueda de resignificar los desencuentros y convertirlos en espacios que promuevan nuevos encuentros.

## Bibliografía

1. Boivin M, Rosato A, Arribas V. Constructores de Otredad. Buenos Aires: Editorial EUDEBA; 1999.
2. Krotz E. Alteridad y pregunta antropológica. *Alteridades* 1994; 4 (8): 5-11.
3. Lins Ribeiro G. Descotidianizar, extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En: Cuadernos de Antropología Social, Revista del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras. UBA. N° 3. Buenos Aires; 1989: 65-68.
4. Fernández J. Los cuerpos del feminismo. En: Sexualidades migrantes. Género y transgénero. Mafia D. Comp. Buenos Aires, 2003. Ed. Feminaria: 138-154.
5. Juliano D, Trincherio H, Maranta A. Estrategias de elaboración de la identidad. En: Etnicidad e Identidad, Hidalgo, Tamagno (comps.) Buenos Aires; 1992; CEAL: 64-70.
6. Reguillo Cruz R. Estrategias del desencanto. Emergencias de culturas juveniles. Buenos Aires, Ed. Norma 2000: 97-990.
7. Margulies M. La juventud es más que una palabra. Buenos Aires: Editorial Biblos, 1996.
8. Federici SB. Ir más allá de la piel. Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo. 1° Edición. Buenos Aires: Tinta Limón, 2022.
9. Rabinovich S. Ética y política en la encrucijada de las lenguas. En: Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. Jujuy; 2014: 11-24.

Forma de citar: Barreda V. El "extrañamiento" del equipo de salud en el encuentro con adolescentes. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):41-47

a. Dra. Laura Milgram, 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. Lic. En Ciencias antropológicas. Programa Salud Integral del Adolescente. Ministerio de Salud (CABA)

**Correspondencia:** [adolescenciahnr@gmail.com](mailto:adolescenciahnr@gmail.com)

## Seguridad del paciente

Sección a Cargo del Comité de Calidad y Seguridad del paciente HNRG<sup>a</sup>

### **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.**

*Continuous improvement plan in prevention and treatment of Pressure Injuries: the path towards a culture of quality and safety. Experience at the Professor Alejandro Posadas National Hospital during the period 2012 - 2023.*

Cristian Quiroga<sup>b</sup>, Nilda Vidal<sup>c</sup>, Cecilia Zerbo<sup>d</sup>

#### **Introducción**

Las Lesiones por Presión (LPP) son Eventos Adversos (EA) prevenibles en un 95%<sup>1</sup> con medidas de cuidado, constituyen un problema de salud pública que repercuten en la calidad de vida de las personas que las padecen y su entorno, provocando pérdidas de recursos y poniendo de manifiesto la falencia de los sistemas sanitarios en prevención y educación.

Los mecanismos de producción de las LPP son complejos y están dados por la coexistencia de factores de riesgo del paciente (hipotensión, comorbilidades, hipoxemia) y causas externas que son posibles de modificar a través de medidas de prevención (movilización, posicionamiento, cuidado de los dispositivos y superficies de apoyo). Los mecanismos a través de los cuales se producen las LPP son compresión, cizallamiento y tracción tisular generados entre dos planos duros, dados por un lado por la rigidez de la superficie de apoyo (dispositivos médicos o ropa de cama) y por otro por las prominencias óseas del paciente. Si estos factores se prolongan en el tiempo se produce un descenso del flujo sanguíneo local generando necrosis y ulceración de las estructuras profundas como el tejido muscular, adiposo, tendinoso y óseo.<sup>2-4</sup>

En la Tabla 1 se describe la clasificación según la profundidad y tejido afectado.<sup>5</sup>

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

**Tabla 1.** Clasificación de LPP

ESTADIO I: Eritema no blanqueable	Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea	
ESTADIO II: Úlcera de espesor parcial	Pérdida parcial de la dermis. Úlcera abierta, poco profunda, con un lecho de la herida rojo-rosáceo, sin esfacelos	
ESTADIO III: Pérdida total del grosor de la piel	Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones y músculos no están expuestos	
ESTADIO IV: Pérdida total del espesor de los tejidos	Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto	
SIN ESTADIO Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos	Profundidad desconocida. Pérdida total del espesor de los tejidos donde la profundidad real de la lesión está completamente oscurecida por esfacelos y/o escaras en el lecho de la escara	
Sospecha de Lesión Profunda	Lesiones con pérdida de la coloración de la piel o lesiones marmóreas azuladas o grises en la piel íntegra o flictena hemorrágica	

Fuente: Hospital Nacional Alejandro Posadas. Manual de Prevención y Tratamiento de Lesiones por Presión. 2022.<sup>5</sup>

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

La iniciativa de colocar a las LPP en el centro de transformación de la cultura institucional, generadas como consecuencia de la asistencia, es un desafío a la organización hospitalaria al promover un trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

El Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNAP) es una institución de alta demanda asistencial, polivalente, de alta complejidad, tanto en la modalidad ambulatoria como de internación y asiste a personas en todas las etapas de la vida, con transdisciplina y vínculos interinstitucionales, favoreciendo la iniciativa del trabajo en equipo y conocimiento entre pares planteando estrategias y saberes para el cuidado integral de las personas. Cuenta con planteles estables de equipos de trabajo altamente especializados, comprometidos con la calidad y la seguridad, con alto nivel académico para llevar adelante también acciones de docencia e investigación. En ese sentido las estrategias para la prevención y tratamiento de las LPP, así como la vigilancia del proceso de cuidado llevadas a cabo cuentan con el respaldo y reconocimiento local y nacional.

Hace una década que el HNAP tomó conciencia de que las LPP son consecuencia de fallas ocurridas durante la atención sanitaria, por lo que dejaron de ser naturalizadas al reconocerlas como un EA prevenible factible de ser mejorado. A pesar de las variaciones del contexto institucional fue posible afrontar y materializar los desafíos modificando las prácticas, arraigando el modelo de mejora en la cultura de la institución.

Por lo tanto, queremos jerarquizar las acciones, de carácter transdisciplinario que involucran áreas docentes, técnicas, administrativas, asistenciales y de investigación, juntamente con el desarrollo de relaciones interinstitucionales. El proceso se centra en las personas dependientes de cuidados que tienen LPP o están en riesgo de desarrollarlas, procurando marcar un modelo de trabajo transversal para futuras intervenciones de mejora, buscando brindar un cuidado humanizado y generar en el equipo de salud una apertura hacia las buenas prácticas al estandarizar la prevención y proveer evidencia en un hospital nacional polivalente de tercer nivel de atención.

---

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

## Desarrollo

Se describen a continuación cuatro ciclos de mejora marcados cada uno de ellos por hitos significativos en el recorrido institucional que, como se señala en el título, indican el camino hacia la cultura de calidad y seguridad. A modo de síntesis lo referenciamos en el Anexo correspondiente

### Primer Ciclo (2012- 2014):

En el año 2012 a partir de la iniciativa del Servicio de Fisiatría y Rehabilitación y el Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein" (CSP) de la institución, se implementó una estrategia de mejora en las áreas de cuidados críticos de pacientes adultos y pediátricos dirigida a la población en riesgo (definida por un score de Braden < 18 en adultos y Braden Q < 16 en pediatría) que permitió disminuir la prevalencia histórica de LPP en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTIA) del 78% al 44% y en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de 57% a 35% así como también el retraso en la aparición de la primer LPP en forma significativa.

La estrategia incluyó la detección del riesgo y sistematización de los cuidados de prevención y tratamiento, la capacitación de los agentes, confección de posicionadores y la elaboración de cartelería para la difusión en los servicios. El desarrollo de dispositivos desmontables para posicionar a los pacientes en riesgo de LPP fue realizado en conjunto con el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), para su confección se capacitaron a los agentes de Herrería, Carpintería y Costura de la institución.

Los materiales utilizados fueron simples, de bajo costo y propios de la institución (Gráfico 1). La difusión en los servicios se hizo a partir de infografías realizadas con la Facultad de Arquitectura y Diseño Urbanístico (FADU-UBA) (Gráfico 2).<sup>5</sup>

---

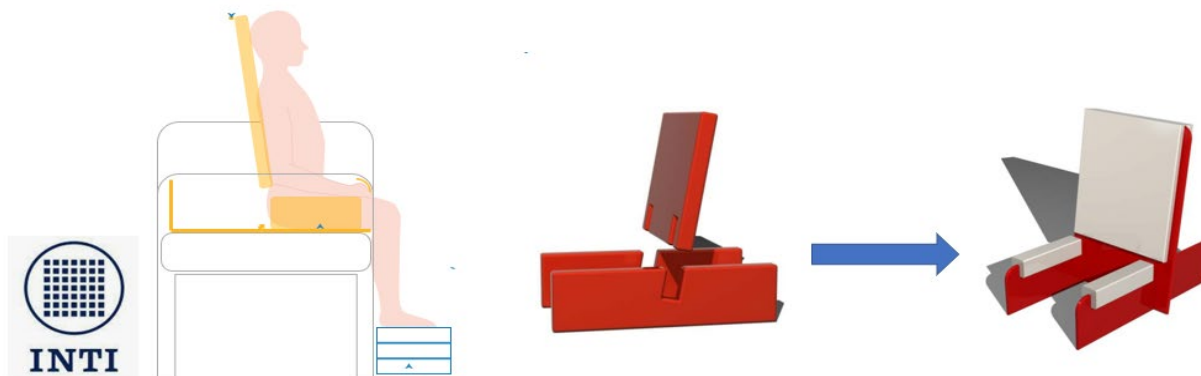
a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro,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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

**Gráfico 1.** Dispositivos desmontables para posicionar a los pacientes en riesgo de LPP (Posicionadores)



**Gráfico 2.** Difusión en los servicios con infografía elaborada FADU-UBA



La institución atravesó un periodo de tiempo desfavorable para el seguimiento del proyecto por lo que hubo discontinuidad en el monitoreo del proceso de mejora, sin embargo, la modificación de las prácticas perduró en el tiempo, y permitió avanzar en un contexto favorable sobre la base previa anclada en la cultura organizacional.

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

## **Segundo Ciclo de Mejora (2020-2021)**

En este ciclo se retoman las acciones iniciadas en el 2012 dado que el escenario propiciaba dar continuidad a esta línea de acción a partir del marco normativo institucional. Se publicaron las "Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria" de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación (DNCSSyRS),<sup>6</sup> se contó con el respaldo de la Dirección General de Asistencia Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad de la institución y se contempló en la Planificación Estratégica Institucional 2022-2025 (PEI)<sup>7</sup> como línea de acción estratégica de mejora de la cultura de seguridad basada en la interdisciplina y el liderazgo.

Se creó e incorporó al equipo de trabajo "Dale la Vuelta" del CSP la "Unidad de Enfermería en Prevención y Tratamiento de LPP", para que cumplan con un rol innovador "enlaces" o "referentes" en LPP del sector en el que se desempeñan como parte de su responsabilidad profesional, llevando un registro semanal de los pacientes en riesgo de todos los sectores del hospital en plataforma electrónica. Se asignó a un referente de enfermería con dedicación exclusiva al CSP para brindar capacitación situada a agentes en la evaluación del riesgo para desarrollar LPP y la gestión de los insumos para la prevención y tratamiento.

## **Tercer Ciclo de Mejora (2022)**

Se identificaron líderes comprometidos con el cuidado humanizado y se los capacitó para crear redes y canales de comunicación y aprendizajes. Para profundizar el cambio cultural resulta clave realizar la evaluación del riesgo de los pacientes a desarrollar LPP a través de la capacitación y participación de todos los actores del proceso: agentes de salud, personas internadas, familiares y/o cuidadores. Se logró la trazabilidad del cuidado estandarizando en 28 sectores de la institución con referentes "enlaces" en cada servicio. Actualmente esta unidad cuenta con 45 enfermeros/as de los diferentes turnos y sectores de internación de adultos, pediatría y neonatología. (Tabla 2)

---

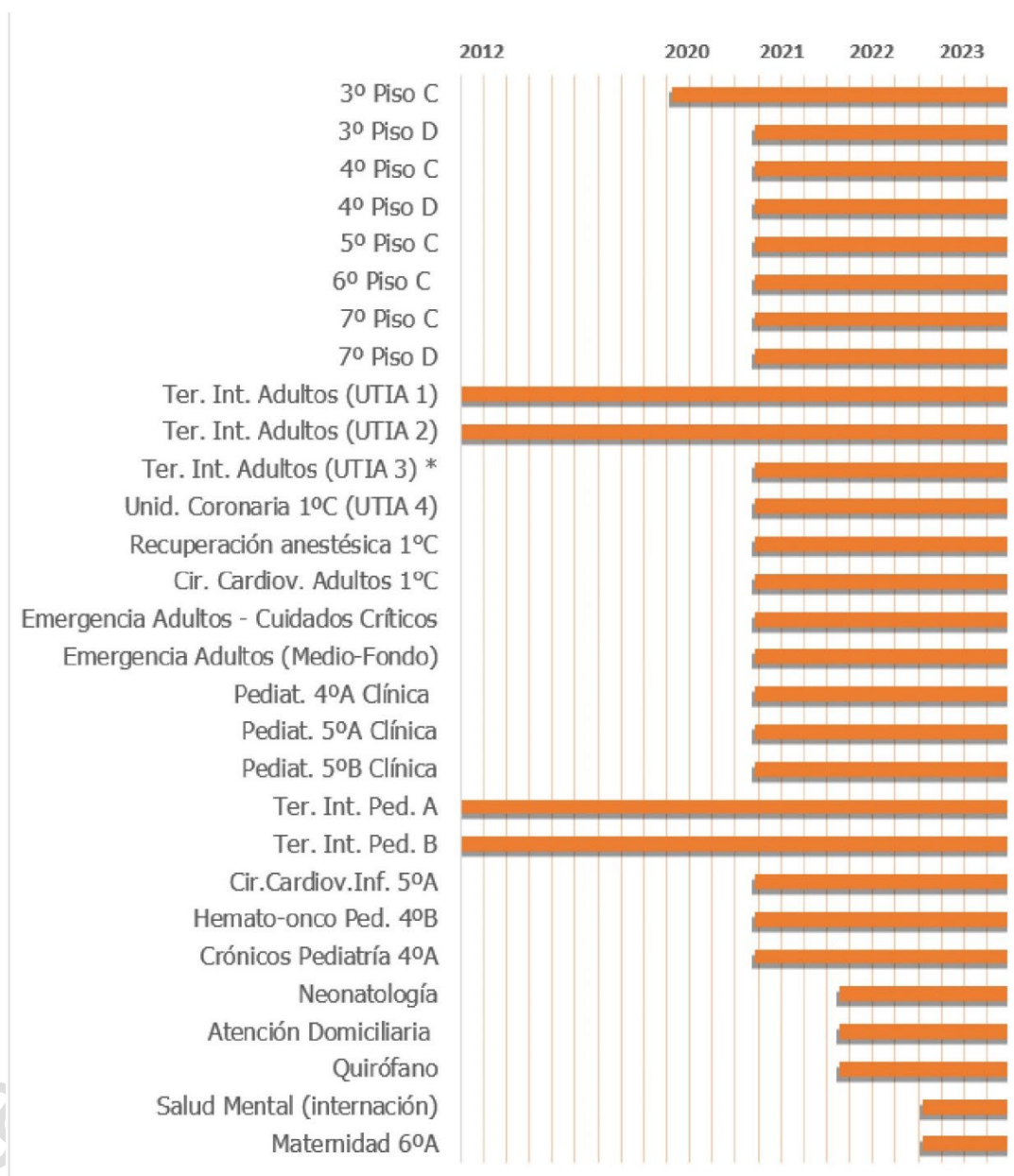
a. Lic. Miriam Aguirre, Bqca. Sandra Ayuso, Dra. Claudia Berrondo, Dra. Mónica Garea, Fca. Julia Grunbaum, Dr. Walter Joaquín, Dra. In Ja Ko, Fca. María Ana Mezzenzani, Lorena Navarro, Dra. Ana Nieva, Lic. Silvia Rauch, Dra. Silvana Salerno, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Ángela Sardella, Lic. Lorena Torreiro,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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

**Tabla 2.** Progresión de "Enlaces" e implementación del protocolo de prevención de LPP por sector de internación



Fuente: elaboración propia.

\*Unidad de cuidados críticos de adultos creada en 2020 durante la pandemia de COVID 19

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

Se desarrolló un Manual de Prevención y Tratamiento de LPP con un equipo interdisciplinario que logró sistematizar y estandarizar el proceso de cuidado en el sector de Adultos.<sup>8</sup> Se elaboró un anexo en la Hoja de Evolución de Enfermería para el registro de las acciones realizadas en cada turno para prevenir las LPP o en caso de tener lesiones, informar sobre las características principales y las acciones e insumos médicos utilizados para regenerar el tejido lesionado.

Además, se desarrolló una base de datos informatizada para el registro de los usuarios con LPP y en riesgo a presentarlas. La base de datos es actualizada semanalmente por los enfermeros "enlace", permitiendo así la evaluación sistemática del programa de mejora a fin de comprobar su eficacia y corregir los defectos.

Esta base de datos permitió realizar una descripción detallada del mapa institucional de LPP, logrando el monitoreo de indicadores en tiempo real, la incorporación y la gestión de nuevos insumos individualizados para cada paciente. Esta fuente de información es institucional y con acceso a los referentes de enfermería de los sectores y además es compartida con Farmacia y Tecnología Médica, quienes corroboran la correcta solicitud y despacho de insumos, permitiendo la trazabilidad de los recursos.

Incorporar medios informáticos para el seguimiento de este proceso, permitió el monitoreo continuo de indicadores al poder realizar cortes de prevalencia mensual y conocer el porcentaje de LPP en cada sector. Esto permite evaluar las medidas implementadas en tiempo real, tomar decisiones y desarrollar acciones en los sectores de mayor prevalencia, pudiendo incrementar la vigilancia, detección y prevención, o tratar las LPP rápidamente para que no se agraven. Este es un indicador sensible a los cambios, lo que facilita la evaluación de las medidas tomadas.

#### **Cuarto Ciclo de Mejora (2023)**

En este nuevo ciclo se elaboró un consenso de expertos para la prevención de LPP con el apoyo de la mesa metodológica de la DNCSSyRS (en edición)

---

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

El marco normativo de la DNCSSyRS sumado al respaldo de la Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales y las líneas estratégicas del PEI facilitaron la incorporación de nuevos recursos científicos. Se realizó un convenio entre la institución y AMNIOS BMA (organización civil sin fines de lucro) sumando a la mejora una alianza estratégica que permitió que las pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia consintieran donar voluntariamente sus placentas para la producción de apósitos de Membrana Amniótica Humana Liofilizada Estéril (hAM-pe) para el tratamiento de casos seleccionados de LPP. Los apósitos de hAM-pe provienen de placentas donadas por las pacientes asistidas en el Servicio de Obstetricia iniciándose este proceso en los consultorios durante el seguimiento de su embarazo. (Gráfico 3)

**Gráfico 3.** Circuito de donación de placentas e implante de hAM-pe



Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de unificar los criterios de cuidado y ampliar el plan de mejora se desarrolló un Manual Pediátrico Neonatal de Prevención y Tratamiento de LPP que se encuentra en

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

edición. Se constituyeron dos grupos de trabajo interdisciplinarios: uno en el área de Neonatología y otro en el área Pediátrica. Se convocaron reuniones con el objetivo de consolidar un documento que integre la experiencia de los agentes con la mejor evidencia bibliográfica disponible, que logre estandarizar el cuidado de los pacientes para mejorar prácticas cotidianas con los recursos disponibles en la institución.

Los equipos realizaron una búsqueda bibliográfica y se asignaron los capítulos bajo la coordinación del CSP. Se realizaron reuniones programadas y a demanda de los equipos para unificar criterios y acordar los aspectos que se consideren necesarios. Estas estrategias y la capacitación brindada a todos los involucrados en este proyecto institucional permiten anclar este desafío en la cultura organizacional.

### **Evolución de los Indicadores**

Se esquematiza la evolución de la mejora en los indicadores de estructura y de proceso dado por el incremento de recursos y sectores involucrados en la mejora dando como resultado la disminución de la prevalencia de LPP (Tabla 3)

**Tabla 3:** Comparación de indicadores 2022 y 2023

<b>INDICADORES DE ESTRUCTURA</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Nº Camas que ingresaron al monitoreo de LPP	61	342
Nº Sectores con Protocolo de Prevención de LPP	4	28
Nº Áreas involucradas en la estrategia	8	19
<b>INDICADORES DE PROCESO</b>		
Manual de Prevención y Tratamiento de LPP	1	2
Consenso de expertos: Recomendaciones de Prevención	0	1
Nº Enfermeros Enlaces o Referentes	2	48
Apósitos hAM-pe recibidos	0	245
Crema hidratante para prevención	0	133,2kg
<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>		
Prevalencia de LPP Hospitalaria (Adultos)	14%	11.4%

Fuente: Elaboración propia.

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

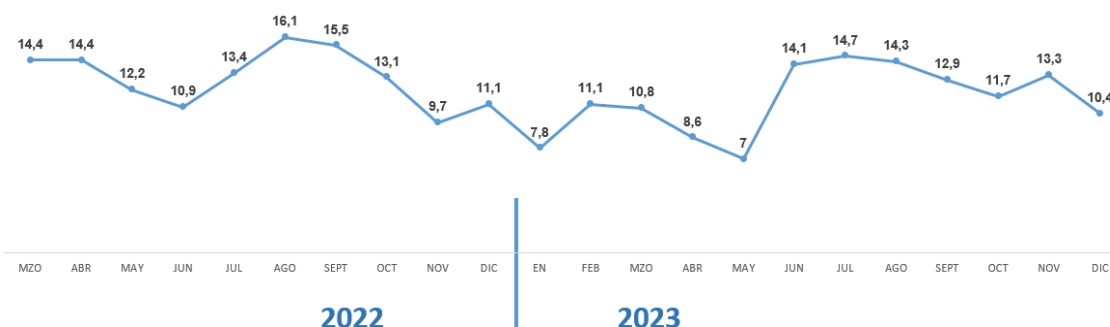
b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

Se esquematiza en el Gráfico 4 la variación de los valores registrados en los cortes de prevalencia mensuales mostrando una tendencia a la disminución.

**Gráfico 4.** Cortes mensuales de prevalencia de LPP en Adultos (Nº de pacientes con LPP en el día de corte x100 / Nº pacientes internados en el día de corte).



Fuente: Elaboración propia.

Se realiza la comparación estadística de la prevalencia de LPP obteniéndose una disminución del riesgo de padecer LPP estadísticamente significativa entre los periodos 2022 y 2023 (Tabla 4)

**Tabla 4.** Comparación estadística entre los periodos 2022 - 2023

Población	HNAP (2022)	HNAP (2023)	Chi 2 P	OR
Adultos	14% (2412/338)	11.4% (3082/351)	0,004	1,268 (IC:1,081-1,488)
Pediátricos	9.22% (1008/93)	3.6% (1097/43)	0,0001	2,49 (IC:1,717-3,614)

Fuente: Elaboración propia.

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

## Conclusión

En síntesis, esta iniciativa implica el compromiso en todos los niveles de atención de la institución lo que hizo posible que las implementaciones realizadas se reproduzcan entre los agentes, los pacientes y familiares. Estas prácticas van desde las medidas de prevención en el área asistencial, pasando por la gestión de insumos, docencia con la capacitación en todas las dimensiones explicadas a lo largo de este trabajo e investigación con una innovación dada por el circuito entre la donación de placentas y el implante de hAM-pe. Todo esto es además motivador para el conjunto de la comunidad hospitalaria y sin dudas incide sobre la cultura organizacional y en lo específico en la cultura de seguridad del paciente.

La iniciativa de colocar al equipo transdisciplinario de LPP en el centro de transformación de la cultura, persigue el objetivo de guiar a la organización hacia las buenas prácticas, no sólo realizando actividades propias del equipo de mejoramiento de calidad, ya que las LPP son producidas en la institución, sino además permite que sea reproducido en otros equipos replicando el modelo de trabajo a otras líneas de seguridad.

Algunos factores de resistencia al cambio son fragmentación del sistema, modelo médico hegemónico, medicalización excesiva, velocidad de progreso tecnológico, mecanización de prácticas y mercantilización de la salud. En todo proceso de cambio es posible encontrar resistencia que genera dificultades para adaptarse a nuevas habilidades requeridas y ejercitar el trabajo en equipo, centrar la asistencia en las personas y humanizar las prácticas.

Ligados a la atención de las LPP estos procesos permanecen arraigados en la cultura institucional, ya que son generados por los mismos agentes que los reproducen en lo cotidiano. Para modificar el comportamiento se requiere potenciar liderazgos, motivar a los equipos y ofrecer herramientas de comunicación efectiva para proyectar la necesidad de cambio. Es necesario por ello crear un grupo comprometido que lidere y guíe el cambio de la cultura, que genere resultados, consolide los procesos, verifique los cambios y practique la devolución de los resultados dando paso a un nuevo ciclo en la mejora de cada análisis. Este

---

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

modelo de mejora ha demostrado ser beneficioso no sólo para evitar daños a los usuarios, sino también en sustentabilidad y financiamiento.

### **Bibliografía**

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre prevención de las úlceras por presión. 2003. Logroño. Disponible en:  
<https://gneaupp.info/seccion/biblioteca-alhambra/guias-biblioteca-alhambra/guias-de-ulceras-por-presion/>
2. Baharestani M, Black J, Carville K, et al. International Review: Pressure Ulcer Prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. Wounds International. London: Wounds International;2010. Disponible en:  
<https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/5a517b64dacfb4fee06c221412f0b4e9.pdf>
3. González Méndez MI. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla; 2016. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/55995>
4. García-Fernández F, Soldevilla-Agreda J, Pancorbo-Hidalgo P, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Disponible en: <https://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>
5. Hospital Nacional Alejandro Posadas. Manual de Prevención y Tratamiento de Lesiones por Presión. 2022. Disponible en:  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/manual\\_lpp\\_2022\\_v.3\\_final.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/manual_lpp_2022_v.3_final.pdf)
- 6 Costamagna LB. Estrategias de intervención para la disminución de Úlceras por Presión en unidades de Terapia Intensiva e Intermedia (pediátrica y adultos) de un hospital público de agudos basados en el análisis de los factores de riesgo. Estudio prospectivo descriptivo Antes- Después. *Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia"*. 2015.
7. Ministerio de Salud de la República Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. 2019. Disponible en:  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>
8. Plan estratégico 2022-2025. Disponible en:  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/05/pei2022-2025.pdf>

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

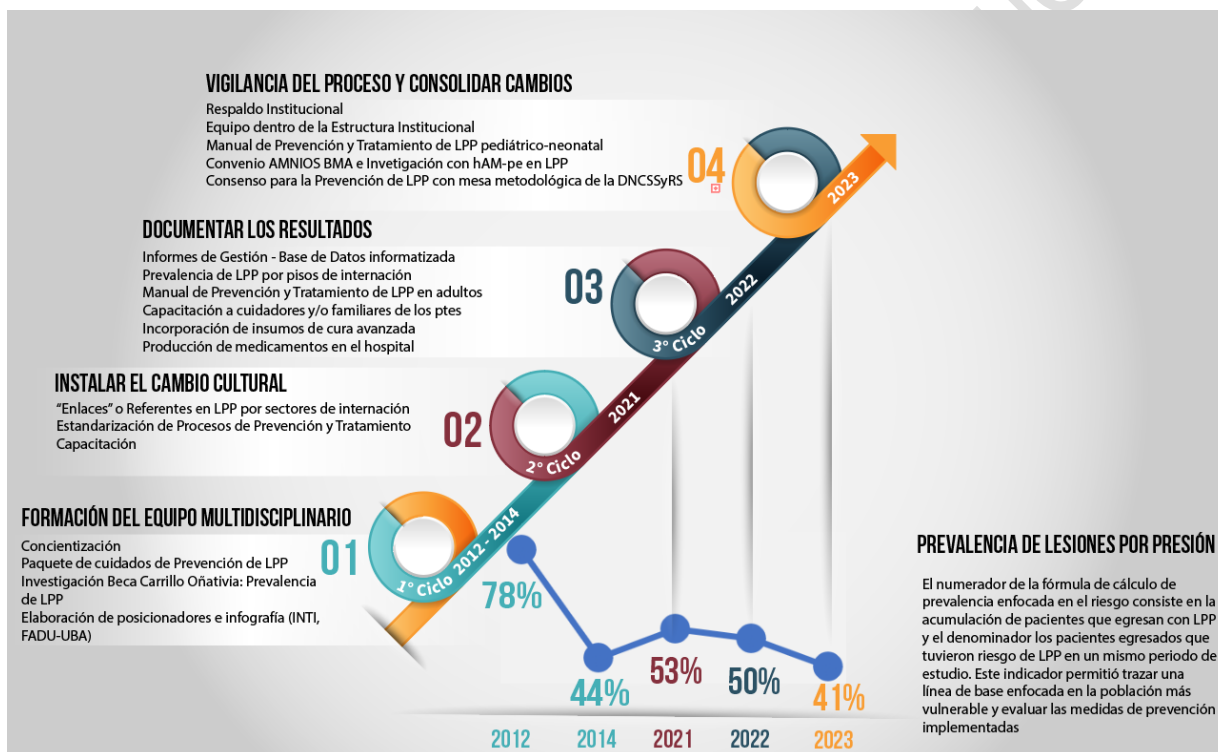
b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

**Anexo:**

**Ciclos de Mejora.** Población alcanzada por los ciclos de mejora: pacientes internados en áreas abiertas y cerradas con LPP o en riesgo a desarrollarlas; equipo de salud interdisciplinario involucrado en la atención de pacientes; cuidadores de pacientes internados que deseen participar; la comunidad hospitalaria involucrada en las diferentes etapas del proceso administrativo y organizaciones del sistema de salud.



Fuente: elaboración propia

Forma de citar: Quiroga C, Vidal N, Zerbo C. Plan de mejora continúa 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 Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2024;66 (292):48-61.

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

b. Licenciado en Enfermería. Diplomado en Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

c. Médica Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein", Hospital Nacional A. Posadas

d. Médica. Dirección de Procesos Asistenciales y Calidad. Hospital Nacional A. Posadas

## **Relatos históricos**

Sección a cargo de Viviana G. Bologna<sup>a</sup>, Domingo Cialzeta<sup>b</sup> y Mónica García Barthe<sup>c</sup>

### **Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Orígenes de la residencia en pediatría**

*Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Origins of pediatric internship*

Jorge Fiorentino<sup>d</sup>

La actividad docente nos permite tratar de mantener frescos el espíritu y el intelecto, pero en especial el corazón que siempre necesita sentirse joven. Ese es el valor agregado que ha permitido ejercer la docencia a pesar de las malas remuneraciones o cualquier otra circunstancia adversa y quienes son maestros comprenderán claramente el contenido de este mensaje.

No hay acto más valioso que enseñar, porque enseñando se aprende y aprendiendo se madura. El contacto con superiores o pares y en especial con los jóvenes médicos es un bálsamo que reconforta, anima y rejuvenece al cerebro tonificando nuestro cuerpo.

Año tras año, las nuevas camadas de residentes nos retan a brindar mucho más, ya que es este un desafío hermoso porque, a decir verdad, son quienes nos inoculan la savia del aprendizaje para que, en un proceso de retroalimentación, sean ellos sabios y nosotros renovados profesionales y mejores personas.

Formar buenos médicos, valiosos, valientes y comprometidos, implica aplicar entre otras tantas estrategias innovar y para ello también es necesario conocer la historia. Recordar el viejo aforismo de "quien no conoce la historia está condenado a repetirla" es tan sabio como cierto y nos ayuda a comprender que quien no conoce la historia deja de aprender aspectos maravillosos de las ciencias, de las artes y de las humanidades.

Quienes no lo hacen, le estarán dando la espalda a sus propios orígenes y a un mundo de realidades que le servirán no sólo para aprender sino para entender los fracasos y los aciertos de quienes nos han precedido.

Es justamente a partir de allí donde nosotros empezamos a aportar todo lo que sabemos, en el preciso momento en que logramos entender que los buenos resultados son fruto de la experiencia y la experiencia de los buenos.... pero fundamentalmente de los malos resultados...

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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

## **Breve historia y antecedentes de las residencias médicas**

La residencia hospitalaria es un entrenamiento de posgrado a médicos recién recibidos, trabajo a tiempo completo y exclusivo, con residencia dentro del hospital (de ahí su denominación ya que en sus comienzos los jóvenes profesionales vivían en el mismo hospital). Este sistema de enseñanza fue ideado e iniciado por el gran cirujano austríaco Theodor Billroth, profesor y jefe de cirugía en el Allgemeine Krakenhouse de Viena durante la segunda mitad del siglo XIX.<sup>1</sup>

La calidad de sus médicos residentes fue superlativa y solo por nombrar algunos remarcamos a los más destacados: Theodor Kocher, Wilhelm Krause, Johann Von Mickulickz, Anton Von Eiselberg, Vicent Czerny, George Polya, etc. y otros muchos de similares condiciones. Fue así que sus discípulos poblaron las cátedras austríacas, alemanas, húngaras, holandesas y belgas, así como suizas, polacas y escandinavas, inclusive en universidades islámicas como Alejandría y Constantinopla.<sup>1</sup>

Por esos tiempos, Viena se había convertido en el foco más luminoso de la cirugía europea debido a que la magnitud de esa práctica —especialmente abdominal— se desarrollaba mediante un programa de entrenamiento quirúrgico de posgrado ideado por Teodoro Billroth.<sup>1</sup>

Williams Steward Halstead (1852 – 1922), otro excelente cirujano estadounidense, atraído por el renombre y los resultados publicados, visitó el servicio de cirugía del Prof. Billroth comprobando que todo lo que se hablaba no hacía más que honrar a la verdad. A su regreso a los Estados Unidos, Halsted fue nombrado jefe de Cirugía en el Hospital John Hopkins de Baltimore y desde 1889 puso en marcha esta experiencia de entrenamiento quirúrgico, primera residencia médica iniciada en 1890.<sup>1</sup>

## **Las residencias en la Argentina**

En la Argentina la primera experiencia conocida data de 1944, cuando el Dr. Tiburcio Padilla (Titular de la Cátedra de Semiología y Clínica Propedéutica del Hospital de Clínicas José de San Martín), crea los cargos de médicos residentes con la finalidad de continuar la observación clínica y el accionar terapéutico de los pacientes durante las 24 horas del día. Esta residencia continuó funcionando bajo la jefatura del Prof. Osvaldo Fustinoni, quien lo sucedió en su cargo asumiendo el mismo compromiso que su antecesor.<sup>2</sup>

En ese mismo Hospital se puso en marcha la primera residencia de pediatría que estuvo a cargo del Dr. Juan Garrahan en 1957, año en el que el Dr. Carlos Gianantonio viajó con una

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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

beca a Estados Unidos para desempeñarse como asistente del Jefe de Residentes de Pediatría del St. Christopher's Hospital for Children (Universidad de Temple, Pensylvania) bajo la dirección del Prof. Waldo Nelson.<sup>2</sup>

A su regreso, introdujo la idea de implementar las residencias en nuestro medio y poco tiempo después el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) se convirtió en la primera institución municipal en poner en marcha las residencias médicas dentro del ámbito del Ministerio de Salud Pública. El 10 de octubre de 1958 se inicia un programa pediátrico, desarrollado en la Sala 1 de clínica bajo la jefatura del Dr. Raúl Maggi y la supervisión directa de su inspirador, el Dr. Carlos Arturo Gianantonio, quien cumplía funciones similares a un jefe de residentes.<sup>3</sup>



Foto N° 1: Dr. Carlos Gianantonio  
Instructor de Residentes

En noviembre de 1959 se organizaron las Primeras Jornadas de Residencias Hospitalarias; al término de las mismas se propuso a la Asociación Médica Argentina la creación de un Subcomité de Residencias Hospitalarias, constituido oficialmente el 30 de mayo de 1960 siendo sus primeros integrantes los Dres. G. di Paola, J. Firmat, C. Gianantonio, E. Holberg, J. Manrique y A. Mendizábal, presididos por el Profesor Dr. Mario Brea.<sup>3,4</sup>

En un primer momento los médicos residentes no tenían estructura en el organigrama hospitalario y dependían de los jefes de salas que los habían incorporado. Sus actividades se desarrollaban solamente allí y recién en 1963 comenzaron a depender del Comité de Docencia Central y trabajar en las diferentes salas del hospital.

Este sistema no era remunerado y el régimen horario de cumplimiento no tenía imposición. Los médicos residentes se retiraban cuando terminaban sus labores asistenciales y docentes. La capacitación comprendía además realizar 2 guardias semanales de 16 horas y 1 domingo cada 3 por 24 horas. A partir de 1964 el sistema fue remunerado y las guardias de 24 horas.

*"...Hasta aquel entonces (con algunas excepciones), el Hospital era una confederación de unidades más o menos feudales, con una densa actividad concentrada en las horas de la mañana. Como leí alguna vez por ahí, era un lugar limpio y ordenado, con los niños en sus*

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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

*camas y los padres afuera...*" (Parafraseando al Dr. Gianantonio, escribe José Eskenazy, médico del HNRG e integrante de la primera camada de residentes).<sup>3</sup>

Luego del mediodía, los médicos de staff se retiraban y durante el resto de la jornada los pacientes eran controlados por los estudiantes de medicina (practicantes), con todas sus falencias, sus entendibles limitaciones y sus buenas intenciones. Con variadas exigencias y motivaciones fue precisamente allí, entre los egresados del practicantado, donde se plasmó la idea de la residencia, aprobada y apoyada por algunos profesionales, ante la decidida hostilidad de unos pocos y la indiferencia de muchos.<sup>5,6</sup>

Sin proponérselo, la residencia confrontó dos sistemas, uno tradicional con una dinámica de cuatro o cinco horas de trabajo diario, contra otro que requería un hospital más dinámico y funcionando las 24 horas del día. Justificaba la búsqueda de nuevas soluciones la necesidad de dar respuesta a los adelantos terapéuticos que ejercían una fuerte tracción para mantener los controles durante todo el día.

Por aquellos tiempos soplaban vientos de renovación y progreso en donde muchos referentes de nuestro Hospital inspiraron a otros para que instituciones hospitalarias no pediátricas adoptaran el programa de residencias médicas o al menos consideraran los potenciales beneficios de instalarla .



Foto N° 2. Dr. Raúl Maggi  
Jefe de Sala 1

Es de destacar la perseverancia y el tesón de un grupo de grandes maestros, José E. Rivarola, Florencio Escardó, Rodolfo Kreutzer, Arturo M. Sáenz y Enrique Carrea que apoyaron desde nuestro Hospital el renacimiento de la Salud Pública, fortaleciendo y entendiendo que no hay buena medicina si no se realiza una fuerte inversión en educación médica.

### **La sala escuela**

La residencia de pediatría del HNRG –como ya se mencionó- nació en la Sala 1, de Clínica Pediátrica en octubre de 1958. Si bien era ésta una sala común, con 30 camas y algunas dependencias, había concentrado ciertos elementos muy particulares. Su jefe, el Prof. Dr. Raúl Maggi, era un clínico excelente, con una personalidad madura y abierta a la emoción de lo nuevo. Visualizó de inmediato las posibilidades de lo que se le proponía, hizo suyo el proyecto,

- 
- 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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

lo orientó, lo protegió en los difíciles momentos iniciales y con sabiduría y bonhomía, lo acompañó y lo gozó hasta el momento de su muerte. Su trabajo no fue en vano, la trascendencia de los excelentes resultados obtenidos con este novedoso sistema de formación profesional hizo que el 2 de noviembre de 1962 por Ordenanza Municipal se crearan definitivamente las Residencias Médicas en los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.<sup>7</sup>

En poco tiempo, la Sala 1 se convirtió en un crisol, donde comenzó a gestarse una sección relevante de la "Nueva Pediatría" incorporando diferentes especialistas como la Dra. Berta Metz (cardióloga) y el Dr. Juan Augusto Bardi (primer jefe del servicio de radiología). Sus médicos de staff colaboradores fueron el Dr. Jorge Capurro (subjefe), Héctor Vecchio, Horacio Valente, Alberto Dimenna, Carlos J. García Díaz, Fernando Matera, Mario Roccatagliata, Alberto Álvarez, Ángel Plaza, Adolfo Tose, S. Llusti, Canesa, Cordi, Ruíz y Faveiro entre otros, hicieron posible que por esos tiempos esa sala reciba el nombre de *sala escuela*. Queda claro entonces por qué la residencia y sus jóvenes profesionales encontraron allí tierra fértil para su rápida consolidación.<sup>8</sup>

La querida Sala 1 estaba situada donde hoy se encuentra la Unidad de Oncohematología en el extremo norte del Pabellón Ignacio Pirovano y durante años fue, junto a la sala 3 del Dr. Alfredo Casaubón y la 17 del Dr. Florencio Escardó, una de las preferidas de los jóvenes médicos residentes. Los primeros residentes fueron los Doctores: Pedro Bustelo (foto N°3), José Eskenazi (foto N°4), Carlos Marcos Urcovich (foto N°5), Javier Mendilaharsu (foto N°6), Elba Izarduy, Horacio R. Pereyra, Horacio H. Quintana, y como jefe de residentes Carlos Gianantonio.

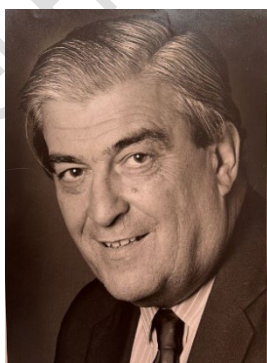


Foto N° 3: Dr. Pedro Bustelo



Foto N°4: Dr. Eduardo Eskenasy

- 
- 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.
  - Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

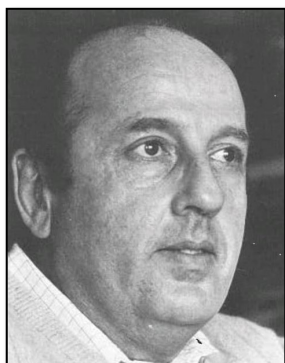


Foto N° 5: Dr. Marcos Urkovich



Foto N° 6: Dr. Javier Mendilaharsu

El programa se desarrollaba por tramos de un año de duración renovables y pese a no disponer de retribuciones dinerarias ni de recursos económicos individuales, todos los residentes cumplían un horario de aproximadamente 50 horas semanales, realizando los estudios radiológicos y exámenes de sangre y orina en un laboratorio propio creado en base a donaciones.<sup>4</sup>

Se desarrolló y homologó una historia clínica impresa y se comenzaron a realizar las actividades docentes propias de la residencia (clases, ateneos bibliográficos, etc.) junto con un consultorio de seguimiento de ex internados y un modesto rincón donde incorporaba su saber la moderna psiquiatría.

El seguimiento longitudinal de pacientes ambulatorios en el consultorio de niños sanos impulsado, dinamizado y sostenido por el Dr. Mario Roccatagliata, se instaló desde su inicio como un ámbito indispensable para la formación de residentes donde se ponen en juego conocimientos esenciales referidos a puericultura, crecimiento y desarrollo, alimentación y familia. La enfermería se modernizó e integró a la residencia médica. Su jefa Josefina Arias, junto a las hermanas Gianellinas hijas de María Santísima del Huerto, acompañaron todo este proceso siendo muy importante su apoyo y participación.

La historia cuenta que rápidamente la residencia se propagó a la sala XVII, la cátedra de Pediatría se convirtió en una verdadera usina de fomento a favor y con el tiempo todo el hospital terminó adherido. Los resultados fueron tan alentadores que finalmente y en pocos años se instituyó en múltiples centros pediátricos del país, muy especialmente cuando el Dr. José Raúl Vázquez asume como jefe sucesor del Dr. Maggi. Neuquén y luego Jujuy fueron las

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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

primeras provincias en incorporar este novedoso plan educativo con el apoyo incondicional del HNRG y su Comité de Docencia.<sup>5</sup>

Raúl Maggi falleció repentinamente el 24 de enero de 1959 dejando un gratísimo recuerdo como uno de los más grandes impulsores y defensor del sistema de residencias. Su sala fue una verdadera unidad docente mucho antes de que el Dr. Gianantonio desarrolle este novedoso programa educativo. Fue un verdadero maestro que transmitió una experiencia muy enriquecedora y el placer por la docencia. Pero su legado fue más allá de la enseñanza, orientó y liberó también la idea de profundizar la medicina interna por especialidades. Fue así que poco tiempo después, médicos jóvenes como Alberto R. Álvarez se dedican a la investigación y desarrollo de la neumonología, Pedro Bustelo en hematología, José Castaños en neonatología, Estela Giménez en toxicología, Horacio R. Pereyra en hepatología y Marcos Urcovich en medicina ambulatoria.

No es casualidad que la Unidad Académica Docente Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, dependiente del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA creada como Segunda Cátedra de Pediatría por Florencio Escardó en 1956, haya sido dirigida consecutivamente por los Profesores Titulares José Raúl Vásquez y Mario Roccatagliata (ambos médicos de la Sala 1).

Al hablar de la residencia es imposible no detenerse y hacer una pequeña semblanza del Dr. Maggi tan fecundo y necesario como el mismísimo Dr Gianantonio y sus colaboradores directos: Marcelo Abel, José Liapchuc y su esposa S.G. de Liapchuc, N. Mettler, y A. Swartz. El Dr. Raúl Maggi llegó al HNRG en 1916, cuando el Dr. Eliseo Ortiz era su director. Trabajó ininterrumpidamente por 42 años. Pasó desde practicante a Jefe de Sala y su indiscutible prestigio lo llevó a integrar la primera comisión directiva de la Asociación Médica del hospital como presidente, junto al Dr. Rodolfo Kreuzer como vicepresidente, José M. Pelliza secretario de actas e Ignacio Díaz Bobillo como director de publicaciones.

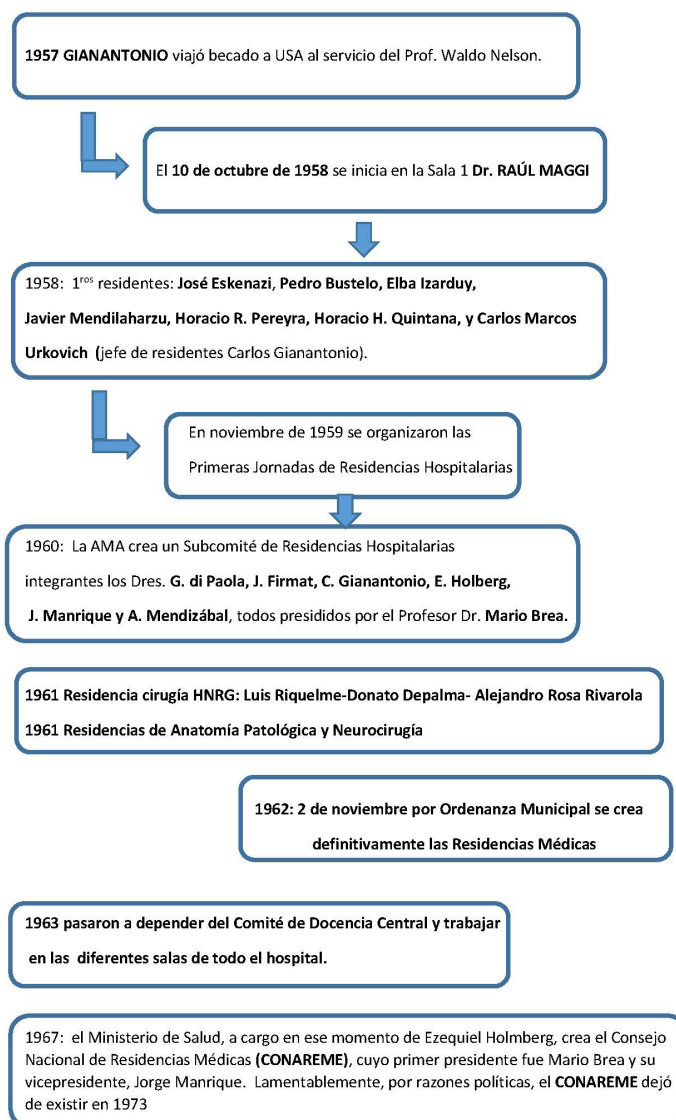
Desde allí pudo ejercer una muy interesante actividad de orden no solamente científica sino también, profesional y social. Pero no todo fue tan fácil como parece, por esos momentos el crecimiento y el desarrollo de la Residencia no fue tarea sencilla. Hubo mucha lucha, muchos obstáculos y fue necesario un compromiso total y prolongado con ella para evitar su colapso y llevarla adelante.<sup>4</sup>

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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG



Como se escribió en las mismas páginas de esta revista, hubo acusaciones de elitismo (nada más falso para el sentir de los protagonistas de esa época), de cientificismo, amiguismo etc. pero aún con todos sus defectos, la residencia dio origen a un proceso de mejoramiento profesional, donde el énfasis ha estado puesto en el amor al prójimo, la solidaridad con el niño, la ética profesional, el respeto a la verdad y al valor del conocimiento.<sup>3</sup>

Valgan estas pocas palabras en eterno agradecimiento a todos aquellos médicos que junto al Dr. Maggi defendieron el proyecto más exitoso de enseñanza médica, demostrándonos y haciendo saber -en base a resultados- que las residencias, constituyen un sistema de

- 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.
- Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

capacitación de posgrado a tiempo completo con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar un recurso humano altamente capacitado en beneficio de la comunidad.

### **La residencia de cirugía**

Promediando el año 1960 la residencia se expande y su programa de formación alcanza otras especialidades: Anatomía Patológica, Neurocirugía y Cirugía General.

El Dr. Donato Depalma, juntamente con los doctores Luis Richelme y Alejandro Rosa Rivarola, concursaron para acceder a la residencia en cirugía cuando el jefe del Departamento de Cirugía era el Dr. José E. Rivarola. Luis Richelme y Donato Depalma tuvieron el privilegio de constituir el primer eslabón de las sucesivas generaciones, pero poco tiempo después renunciaron quedando de esa primera camada sólo el Dr. Rosa Rivarola (Decano de los residentes de cirugía – camada 61-62).

Fueron sus primeros instructores los doctores Julio Rocca Rivarola y Eduardo Emilio Galíndez, dos profesionales nuestros que deberíamos tenerlos siempre muy presentes cuando se habla de la instrucción de cirujanos pediátricos.

Al año siguiente (1963) ingresaron el Dr. Delio Aguilar y Enrique Blanco Khüne. Aguilar venía del Hospital Ignacio Pirovano en donde realizaba un programa de formación en el Instituto Municipal de Cirugía Infantil dirigido por el Dr. Sebastián Rosasco al mismo tiempo que concurría al HNRG como practicante. Durante esos años sus compañeros en el instituto fueron los recordados Juan Massa y Martín Odriozola, un año después los seguía Ramón Rubio. El Dr. Aguilar se incorporó a la guardia y llegó a ser el Médico Interno de los viernes, guardia de muy solicitada participación por los profesionales del hospital que era a la vez compartida con Carlos Gianantonio como jefe de clínica. El Dr. Enrique Blanco Khüne desde muy joven ingresó como practicante integrando el grupo de colaboradores del Dr. Marcos Urcovich para pasar tiempo después a integrar la guardia, desde los sucesivos cargos jerárquicos: Menor, Mayor y Médico Interno de la guardia de los martes junto al Dr. Armando Ruty como jefe de la sección clínica. Durante estos primeros años este proceso fue apoyado y alentado por quien era el jefe del área quirúrgica, el Dr. José E. Rivarola quien fue acompañado por Horacio Aja Espil, Arturo Gambarini, Juan C. Derqui, Luis Fumagalli, Rodolfo Kreutzer y Enrique Carrea entre otros.

Este aval y aceptación fue muy importante porque las residencias quirúrgicas requieren además de claros conceptos clínicos, la adquisición de destrezas y habilidades que deben ser

- 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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

aprendidas con supervisión estricta a medida que se avanza en complejidad y estos verdaderos maestros aseguraron que todo se cumpliera según las normas que establecían los estándares de procedimientos.

Había mucho por aprender y los años 60 abrieron caminos muy valiosos para el desarrollo de la medicina infantil. La creación de la Unidad de Metabolismo y Nefrología fue un faro que iluminó e hizo visible el camino para el aprendizaje del manejo del medio interno. Los avances anestesiológicos, la intubación orotraqueal, la creación de la terapia intensiva, la alimentación parenteral y la incorporación del ASTRUP (micrométodo diseñado por el danés Astrup que permitió con muy pequeñas cantidades de sangre capilar, efectuar una determinación precisa del estado ácido-base) fueron la base de sustentación del desarrollo de la cirugía visceral en nuestro hospital, en donde un grupo brillante de jóvenes médicos colaboraron para hacer que la cirugía vaya del purgatorio al cielo.

Las primeras camadas continuaron con los Dres. Reinaldo Alencastre, Elbio Vignolo, Fermín Prieto, Carlos Arias, Agustín Herrera, Juan Carlos Aguirre, Enrique Williams, Ana Marín (primera residente mujer), Alberto Iñón, Ernesto Perazzo, Cristobal Papendieck, Osvaldo Maderna, Jorge Hauri y Alberto Balado. La lista prosigue, pero ellos han sido los primeros de una exitosa pléyade de cirujanos que en la Argentina y el mundo siempre se destacaron.

Actualmente –año 2024-, se celebran los 65 años de la creación de la primera Residencia Municipal, pudiendo afirmar que nuestro sistema ha logrado cumplir sus objetivos y ha brindado la posibilidad de capacitación profesional para un elevado número de médicos, todos brillantes profesionales.

Tenemos el orgullo de haber sido protagonistas de un proceso puramente educativo que no solamente ha logrado la formación de buenos médicos, sino que el HNRG ha demostrado ser eficaz y eficiente como agente de cambio en la institución y en todo el ámbito de la salud pública, propuesta que fuera replicada y desarrollada en otras instituciones con resultados similares.

Que estas pocas líneas sean un testimonio duradero de la valiosa contribución que la residencia del HNRG ha incorporado a la medicina pediátrica y un recordatorio de que su trabajo ha marcado una diferencia significativa en esta “tierra santa” que conocemos con el nombre de Hospital de Niños.

- 
- 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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

Por el orgullo que significa haber participado, hoy festejamos y agradecemos la posibilidad que nos concedió el destino de ser parte de este selecto grupo de médicos, llamados *residentes*.

#### **Agradecimientos:**

A los bibliotecarios de nuestra querida Biblioteca Laureano Rivas Míguez, Lic. Arnaldo Alcides González y Alejandra Cao.

#### **Bibliografía:**

1. Quijano Pitman F. Historia y Filosofía de la Medicina. Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. Gac Méd Méx 1999; 135 (1): 73-76.
2. Sociedad Argentina de Pediatría. La enseñanza de la pediatría. Los comienzos de la enseñanza de la Pediatría en nuestro País. Cap.9: 237-249. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_libro-100-anos-cap9\\_1530644042.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_libro-100-anos-cap9_1530644042.pdf)
3. Eskenasi J. La primera Residencia en Pediatría. En: Academia Nacional de Medicina. 40º Aniversario de la Primera Jornada de las Residencias Médicas, 19 noviembre 1959. CABA: Academia Nacional de Medicina; 1999: 29-35.
4. Silberman FS. Educación médica de posgrado. Residencias Médicas. Rev. Asoc. Arg. Ortop. Traumatol. 2010; 75 (1): 88-96.
5. Aldeghe Firenze ML. Monografía: Orígenes de la Residencia de Pediatría del Hospital de Niños. Carrera Docente. Cátedra: Historia de la Medicina Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 2015
6. Gianantonio C. La Residencia y el Hospital de Niños. Rev Hosp Niños BAires 1983; 25 (120):120-121.
7. Giannantonio C. Residencias en Pediatría. Rev. Asociación Médica Argentina 1964; 78 (7):396-398.
8. Cucullú LM. Residencias Hospitalarias. Rev Hosp Niños BAires. 1961; 3 (8): 5-6.

Forma de citar: Fiorentino J. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.  
Orígenes de la residencia en pediatría Rev. Hosp. Niños (B. Aires)  
2024;66 (292):62-72.

N del E. Además de las residencias de pediatría, cirugía y especialidades pediátricas, el HNRG ha sido pionero en otras residencias de profesiones del equipo de salud, como por ejemplo la de psicología en 1967

- 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. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

## Noticias

Sección a Cargo de Paola Viola<sup>a</sup> y Sandra Sagradini<sup>b</sup>

### 24 de marzo: Día mundial de la tuberculosis

La tuberculosis es un grave problema de salud pública tanto en el mundo como en la Argentina. A pesar de los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento, la situación socioeconómica y la pandemia de Covid-19 han llevado a un franco aumento de esta enfermedad, sobre todo en niños y adolescentes.

El 24 de marzo de 1882 el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo que lleva su nombre como responsable de esta enfermedad.

En el marco de la estrategia de la OMS "Alto a la Tuberculosis", llamamos a todos los involucrados en salud a pensar en ella, prevenirla, diagnosticarla y tratarla, para poder poner fin a esta pandemia que azota a la humanidad hace miles de años.



Sección de Tisiología. Infectología

Departamento de Medicina, HNRG

Contacto [tisioguti@gmail.com](mailto:tisioguti@gmail.com) - Tel: 011-49620325

### Primer estudio en el mundo que prueba la eficacia de un tratamiento corto para evitar la transmisión del Chagas en el embarazo

La enfermedad de Chagas, causada por el *Trypanosoma cruzi*, es endémica de América. En zonas donde la transmisión vectorial está bajo control, la transmisión congénita representa la principal vía de infección. La prevalencia de la enfermedad de Chagas entre mujeres embarazadas en América Latina varía de 5% a 40%, dependiendo de la ubicación geográfica.

Se estima que aproximadamente 2 millones de mujeres en edad reproductiva en las Américas están infectadas con *T. cruzi*, y entre 3 y 10% de ellas transmitirán la infección a sus fetos a través de la vía transplacentaria, lo que resulta en 9000 bebés infectados nacidos cada año. Estudios previos del grupo del Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG) y confirmados por otros centros, han demostrado la eficacia en la prevención de la transmisión transplacentaria mediante un régimen de tratamiento de 60 días con benznidazol o nifurtimox en niñas y mujeres en edad

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

fértil. Sin embargo, actualmente no se recomienda la administración del tratamiento durante el embarazo debido a la falta de datos completos sobre seguridad. Los niños infectados deben recibir tratamiento tras la confirmación de su infección.

Estudios recientes han sugerido que tratamientos más cortos, de menos de 30 días, también podrían ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Chagas. Sin embargo, existe evidencia limitada sobre la efectividad de los tratamientos de corta duración (inferiores a 30 días) en mujeres en edad fértil para prevenir la enfermedad de Chagas congénita. Por esta razón, el grupo del Servicio de Parasitología y Chagas del HNRG y del Instituto Multidisciplinario de Investigaciones en Patologías Pediátricas (IMIPP), CONICET-GCBA, llevó



a cabo una evaluación para determinar si dichos regímenes de tratamiento abreviados pueden prevenir eficazmente la transmisión transplacentaria de *T. cruzi*. Para tal fin, se estudió a hijos de mujeres con enfermedad de Chagas que recibieron tratamiento de corta duración (menos o igual a 30 días) con benznidazol o nifurtimox, atendidos entre 2003 y 2022. Estos niños debían residir

CABA, una zona sin transmisión vectorial, y no haber visitado zonas endémicas después del tratamiento. Se incluyeron en el estudio un total de 40 recién nacidos de 27 madres. Entre ellas, siete madres dieron a luz a dos hijos y tres madres dieron a luz a tres hijos. Todos los recién nacidos fueron a término y tuvieron peso adecuado para su edad gestacional.

La prueba de parasitemia directa realizada durante los primeros días de vida fue negativa en todos los casos. Se realizaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa (qPCR) en nueve de los 40 bebés antes de los 8 meses de edad y, en todos los casos, los resultados fueron negativos. A todos los lactantes se les realizaron evaluaciones serológicas (ELISA e IHA) después de cumplir los 8 meses de edad con resultados serológicos negativos en todos los casos, descartándose la infección por *T. cruzi*. Estos resultados refuerzan los beneficios del tratamiento etiológico en niñas y mujeres en edad fértil para prevenir la transmisión congénita, incluso con regímenes de corta duración. La importancia de los tratamientos de corta duración radica en un mejor cumplimiento y una



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

menor aparición de eventos adversos. En mujeres en edad reproductiva afectadas por el parásito, el impacto potencial de los tratamientos de corta duración en la prevención de la transmisión a los lactantes es sustancial.

Estudio publicado en la revista de alto impacto Plos Neglected Tropical Diseases

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011895>

### **8 de marzo. Día internacional de la Mujer**

Cada año, en diferentes partes del mundo, se celebra el Día Internacional de la Mujer. Este 8 de marzo, en nuestro hospital, se homenajeó nuevamente a las **"Mujeres que dejaron huella"** para reconocer su trayectoria y a través de ellas recordar y valorar el trabajo cotidiano de todas las mujeres de nuestra comunidad hospitalaria. Para realizar este homenaje se reunieron la Asociación de Profesionales del hospital, la Filial HNRG de la Asociación de Médicos Municipales, la Asociación Cooperadora y el Servicio de Voluntarias. En el acto se leyeron textos que fueron escritos por quienes trabajaron junto a ellas y se les hizo entrega de un diploma. Agradecemos a todos aquellos que colaboraron con las semblanzas de las agasajadas.

### **Liliana Bezrodnik**



Llegaste a nuestro Hospital el 1 de diciembre de 1989 con un grupo de colegas médicas y bioquímicas con la responsabilidad de crear un Servicio de Inmunología en un hospital pediátrico y lo crearon. En el 2004 asumiste como Jefa del Grupo de Inmunología. Junto a colegas bioquímicas idearon e instituyeron las primeras Residencias Pediátrica Posbásica y Bioquímica en Inmunología. Fuiste directora de un gran número de becas de posgrado y posdoctorales en la especialidad, docente e investigadora clínica del CONICET, miembro activo en varias sociedades científicas, acreedora de múltiples premios y partícipe de publicaciones en revistas científicas.

En 2011 fuiste designada por la Fundación Jeffrey Modell como directora del Centro Jeffrey Modell de Argentina. En 2017 dejaste el hospital y tu recorrido siguió en el Centro de Inmunología clínica del cual sos directora. En 2019 asumiste como presidenta, la primera mujer, de la Sociedad Latinoamericana de inmunodeficiencias primarias (LASID). Impulsaste conformación de AINCA (Asociación de Inmunología Clínica Argentina) de la cual

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

actualmente sos presidenta. Y también había que llegar a los pacientes más chicos y te transformaste en escritora dándole vida a "El mundo del Señor SI (Sistema Inmune)".

Nos sentimos orgullosos de que recibas este premio a la Trayectoria en el día de la Mujer. Coincidimos en que, si hay algo que te distingue, ese algo es el HACER. Más allá de los pronósticos ajenos, de los obstáculos y las adversidades. Jamás olvidaremos las experiencias compartidas, los trabajos en el laboratorio, las participaciones en congresos, las actividades sociales y todo el camino que transitamos juntos. ¡Te queremos mucho Lili!

Equipo Sección inmunología

### **Silvina Gamsie**

Si hay algo que tenemos que destacar de Silvina es su enorme generosidad en la transmisión del psicoanálisis y su tarea docente con numerosas generaciones de residentes y concurrentes de salud mental. Muchas veces la encontrábamos reunida con los profesionales en formación dando clase, supervisando y acompañando en la tarea a todo aquel que lo necesitara.



Con una sólida formación en psicoanálisis iniciada en Francia, se desempeñó en el equipo de interconsulta de la Unidad de salud mental por más de 30 años, llegando a ser su coordinadora y dándole a esta tarea su impronta personal. Recorrió las salas y pasillos del hospital llevando su modo de trabajo que incluía no sólo a los pacientes y sus familias sino a todo el equipo de salud. Esta forma de pensar su inclusión en la institución como psicoanalista trascendió las paredes del Hospital de Niños y con frecuencia era y sigue siendo convocada desde otros hospitales y centros de salud.

Desde el año 1992 edita y publica la revista Psicoanálisis y Hospital, en la que se comparten experiencias institucionales de la clínica psicoanalítica.

Un merecido reconocimiento para quien ha sido un pilar en la formación de quienes transitamos el servicio de salud mental.

### **Clara Gomez "Clarita"**



Ingresó al hospital en 1986 como enfermera auxiliar. Su primer lugar de trabajo fue la Unidad 5 y luego de un paso por urología, volvió a la Unidad 5, donde trabajó durante 25 años. Siempre con una sonrisa conquistó el corazón de muchos niños y

- a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
- b. Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

sus familias, de las cuales era su favorita. Dispuesta a aprender comenzó a trabajar en los cuidados de catéteres para alimentación parenteral, siendo una referente en la sala para médicos y pacientes.

Ya sea por la guitarra o por las nueces, por su don de gente o su simpatía, Clarita tiene amigos en toda la comunidad hospitalaria. Siendo residente te conocí como "la enfermera que mejor pone las sondas a las adolescentes con TCA", y cómo "la única que tocaba las parenterales..." y muchas cosas más, cómo tocar la guitarra al lado de la cama de pacientes a la noche para calmarlos y enseñarnos que cada uno pone su granito necesario para que a los chicos internados les vaya mejor. ¡¡¡Gracias Clarita!!!

Clarita siempre fue quien captó la esencia de cada uno de nosotros. En un grupo de trabajo tan diverso ella siempre supo mantenernos unidos pudiendo conectarse y conectarnos desde el afecto. Por todo eso y mucho más es que te admiramos y queremos muchísimo, sentimos que este es un merecido homenaje para vos.

Tus compañeros de la Unidad 5

### **Laura Gruñeiro**

Laura Gruñeiro de Papendieck fue la primera residente de la División de Endocrinología de nuestro Hospital. Egresada de la Universidad del Salvador con título de médica, accedió al doctorado ahondando en temas de endocrinología tiroidea. Desempeñó la función de jefa de residentes para luego ser médica de planta de la División. Posteriormente ejerció la jefatura del Laboratorio de Endocrinología y fue Jefa de la División hasta su retiro.



El objeto de su interés fue la patología tiroidea del niño y adolescente, siendo pionera en la instalación de los programas de pesquisa neonatal en nuestro país.

Laura puso a punto el método de sangre seca en papel de filtro y coordinó los programas de la Fundación de Endocrinología Infantil y de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de la USAL, fue profesora titular de Endocrinología. Autora de más de un centenar de trabajos en revistas extranjeras con referato, supo formar equipos de trabajo con los que recibió numerosos premios. Entre otros el "Dr. Cesar Bergadá" de la Academia Nacional de Medicina y el premio "Reina Sofía", que recibió de la mano de la reina española.

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

Madre de familia numerosa, siempre atenta a sus colegas, fue comprensiva en el trabajo diario de las mujeres que como ella ponían su esfuerzo en el hospital. De mente inquieta, pero de hacer riguroso, siempre aportó ideas y soluciones para el trabajo a realizar. Si bien ya hace unos años que se retiró, aún la extrañamos en nuestro equipo.

Ana Chiesa, médica endocrinóloga de nuestro Hospital

### Graciela Ortellao



Hablar de Graciela es hablar de una gran mujer dedicada a la pediatría con sabiduría, mucho amor, mucho compromiso con sus pacientes y las familias a las que acompañaba en todo momento, escuchándolas, preocupándose por su condición social y sus necesidades. Una trabajadora incansable con ese ojo clínico que en parte se trae y en parte se adquiere de tantos pacientes que se ven en el hospital, que cuando ingreso como residente en 1975, era el Hospital Pediátrico más importante del país.

Trabajó en la Unidad 3 y en su terapia, en la unidad 6, en consultorio externo, en el Comité de Bioética y en el de Investigación.

Fue instructora de residentes y dio clases en la cátedra de pediatría, sentía mucho placer en enseñar y lo hacía de una manera maravillosa, sencilla y práctica. Muchos residentes deben recordarla. Siempre con su bajo perfil, que solo subía cuando defendía sus ideas.

Junto con Tati dirigieron la Asociación de profesionales durante dos gestiones, una partir del año 1998 y la otra en el 2005, donde encabezaron la lucha por el Tomógrafo, junto con todos los sectores del hospital, incluida una comisión de padres y madres.

También fue clave el rol de dicha Asociación en la lucha contra la Ley 471 que empeoró las condiciones de trabajo de los profesionales. En dichas gestiones se realizaron la Jornadas Científicas del Hospital dentro del Hospital, se consiguió que el GCBA se hiciera cargo del sueldo de una de las bibliotecarias, la digitalización de la revista y la reubicación de la biblioteca en el Pabellón Pirovano. También junto con Tati y trabajadores de todos los sectores del Hospital, formaron en el 2001 parte de Autoconvocados.

Si hubiera que definirla diríamos que es una mujer enamorada de su vocación y que fue fundamental para que la Asociación de Profesionales integrara lo científico con la defensa del Hospital Público y las condiciones de trabajo de los profesionales.

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

### **Cristina Paladino**

Cristina Paladino, también conocida como Pala, inició su carrera en nuestro Hospital casi al mismo tiempo que Ricardo Gutiérrez, alrededor del año 1969. Se destacó como una compañera ejemplar y fue muy apreciada por los equipos con los que colaboró a lo largo de los años.



A lo largo de su trayectoria, desempeñó roles en diversos servicios de nuestro hospital y en los últimos años, asumió el desafío de liderar el Servicio Social. En ese tiempo, enfrentó momentos difíciles cuando el servicio contaba con sólo tres colegas.

Sin embargo, gracias a su compromiso y fortaleza, logró guiar al servicio a través de esos desafíos. Su labor en los últimos años fue fundamental para la inserción hospitalaria de un equipo de trabajo renovado.

También participó activamente en la Asociación de Profesionales de Servicio Social y en la Federación de Profesionales de la Ciudad, defendiendo los derechos tanto de los profesionales como de los usuarios. Cristina siempre demostró amor y compromiso hacia la problemática de los niños y sus familias dentro de la población usuaria. Su sonrisa y disposición permanente la destacaron. Transmitió conocimientos y pasión por la profesión, dejándonos un valioso legado.

### **Elena Pittaluga**



El 4 de julio de 1975 marcó el ingreso al Servicio de Voluntarias de una joven llamada Elena Ruiz Moreno de Pittaluga. Su inspiración surgió durante la internación de su esposo, al percatarse de la cantidad de personas solas hospitalizadas que ni siquiera tenían la posibilidad de enviar una carta de sus seres queridos distantes. A lo largo de su destacada trayectoria en el hospital, Elena contribuyó en diversos servicios y salas de internación. Comenzó en la Sala 9, ahora Unidad 15, desempeñó roles como secretaria de Quirófano y Endoscopía, trabajó en el Banco de Muestras, por entonces a cargo del Voluntariado y en los consultorios externos de Cardiología, ocupó la secretaría de Nefrología y formó parte del Comité de Gestión de Calidad.

Elena desempeñó roles clave como Subjefa, Jefa, encargada de Relaciones Institucionales y Asesora en nuestro Servicio. Sin embargo, más allá de estos roles, es una

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

mujer extraordinaria que siempre luchó por mejorar la experiencia de los niños hospitalizados y sus familias. Con claridad de conceptos y una asombrosa lucidez, sus ideas brillantes transformaron nuestro Servicio, adaptándolo constantemente a los desafíos contemporáneos, resaltando siempre la importancia de ser parte de este gran equipo de salud que representa el Hospital Gutiérrez.

Su solidaridad, su incansable dedicación, su esfuerzo, el tiempo que ha dedicado a este hospital y sus contagiosas ganas con que siempre nos anima a seguir adelante, han hecho una diferencia significativa en la vida de muchas personas y es una inspiración para todas las voluntarias y todas aquellos a los que ha tocado con su presencia. Es por eso que hoy queremos reconocerla por la huella que ha dejado en este hospital y en cada una de nosotras, las Voluntarias del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

### **Valeria Ricevuti**

Carta a Valeria. En este día especial, queremos destacar a una gran mujer, docente y colega, que ha dejado huella en nuestra escuela hospitalaria. Valeria: agradecemos tu compromiso y el amor brindado a la educación durante tantos años. Fuiste un referente para tus pares, ya que recorriste cada rincón del hospital brindando siempre tu experiencia, conocimiento y sabiduría. Fuiste un puente para la comunidad educativa y hospitalaria, uniste lazos desinteresadamente.



Tu solidaridad, generosidad, calidez y empatía son un regalo que valoramos en nuestro recorrido docente. Gracias por los memorables momentos compartidos en nuestra querida escuela. Con profundo cariño y gratitud.

Te queremos mucho. Tus compañeras.

### **Graciela Salamanca**



Graciela es médica pediatra. Ingresó en el Hospital de Niños R. Gutiérrez (HNRG) en el año 1986, al Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia (conocido aquí dentro como "Consultorio de Niño Sano") perteneciente a la División Promoción y Protección de la Salud, desempeñándose durante estos 30 años de trabajo en

- a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
- b. Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

desarrollo infantil. Sus inicios fueron a través del programa de salud escolar, que consistió en una salida a la comunidad y trabajo conjunto Salud/Educación, visualizando que los trastornos del desarrollo se pasaban por alto e impactaban en el desempeño escolar de los niños. Se ocupó desde ese entonces de la promoción del desarrollo y la detección precoz de sus alteraciones.

Trabajó en este consultorio con un rol docente/asistencial apoyando la capacitación de médicos residentes que rotan año tras año en el inicio de su formación como pediatras. Acompañó así la atención y el seguimiento de innumerables familias. Organizó durante años actividades dirigidas a los padres en sala de espera de promoción del crecimiento y desarrollo de los niños.

Formó parte del grupo de profesionales que realizó la valoración en la República Argentina de la edad de cumplimiento de pautas madurativas de los niños de 0 a 6 años, trabajo que luego desencadenó en la creación de la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) de la cual es coautora.

Siempre se destacó al promover el trabajo en equipo, con todas las disciplinas implicadas en el desarrollo infantil. Compartió su labor con colegas de los diferentes servicios del HNRG para la atención conjunta e integral del desarrollo del niño y su familia. Formó parte durante algunos años de la Unidad Docente Académica del HNRG perteneciente al Departamento de Pediatría de la U.B.A.

Fue directora del primer curso de desarrollo infantil realizado en nuestro hospital y directora de múltiples becarias coordinando diferentes trabajos en temas relacionados con el desarrollo, poniendo atención en la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de sus alteraciones. De esta manera "mentora" de pediatras especialistas en desarrollo infantil, quienes recibieron su capacitación personalizada.

A través de su práctica diaria con padres y niños y de la difusión permanente del desarrollo infantil mediante cursos, clases, informes de protocolos de investigación y presentación de ateneos, el trabajo de Graciela permitió concientizar en esta temática, y en el año 2019 llegó el momento en que se creó el Grupo de Trabajo en Desarrollo Infantil del HNRG que forma parte de la División de Promoción y Protección de la Salud con su coordinación.

Nos enorgullece haber tenido a la Dra. Graciela Salamanca trabajando 30 años en este hospital y que continúe su labor como médica consulta, pionera en la pesquisa,

---

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

evaluación y acompañamiento de niños con alteraciones del desarrollo, impulsando siempre la atención integral del niño y su familia, atención que ella brindó con calidez humana y excelencia académica.

### **Nélida "Tati" Saredi**

Hoy 8 de marzo se conmemora el día Internacional de la mujer, por lo que queremos reconocer la trayectoria de Tati Saredi. Sus compañeros de laboratorio subrayan su tenacidad en el trabajo y conocimiento en Parasitología.

Es quien desarrolló el Servicio de Parasitología de nuestro hospital, siendo una integrante fundamental para la atención de pacientes y para la formación de residentes bioquímicos y médicos.

Sus compañeros agradecen tanto su labor docente como su generosidad en la transmisión de conocimientos y su enorme compañerismo. Su actividad profesional en nuestro hospital comenzó en el año 1980, ejerciendo como bioquímica de guardia hasta el año 2013 sin dejar de trabajar en el laboratorio de Parasitología durante todos esos años hasta su jubilación en 2017.

Fue docente de la Facultad de Medicina de la UBA, coordinadora de la Red de Parasitología de los Hospitales de CABA, coordinadora docente de Parasitología para residentes bioquímicos y miembro de la Asociación Latinoamericana de Parasitología. Disertó en Congresos y Universidades de Argentina y Latinoamérica.

Es autora de diversos trabajos científicos y de estudios epidemiológicos. También escribió el Manual Práctico de Parasitología Médica, con convenio con Andrómaco, libro de distribución gratuita del que donó sus honorarios.

Con respecto a su extensa actividad en la Asociación de Profesionales de nuestro hospital, Tati presidió la Asociación en conjunto con Graciela Ortellao en los períodos 1998-2000 y 2005-2007. Fue propulsora de la independencia de la Asociación de Profesionales respecto de la Filial de AMM, dicha separación permitió dar voz y participación a todos los profesionales no médicos del hospital con sus representantes gremiales y que las asambleas y las votaciones dejaran de ser sólo de los médicos afiliados a la AMM y fuesen de todos los sectores de trabajadores del hospital.

Su perseverancia, combatividad y valentía fueron fundamentales para que, junto con la lucha del conjunto de la comunidad hospitalaria, se obtuviera el tomógrafo del hospital,



que si bien fue una concesión privada, se logró que las tomografías no tuviesen costo para los pacientes.

También se consiguió la autorización para la construcción de la guardería para los hijos del personal. Se luchó contra la Ley 471 por la que los trabajadores del GCBA empeoramos nuestras condiciones de trabajo y se realizaron las Jornadas Científicas en el hospital.

Muchos méritos para homenajear a Tati y recordarle que hoy su permanente lucha por el derecho a una salud pública de calidad está más presente que nunca.

### **Rosa "Poupée" Simsolo**



La Dra. Rosa Simsolo, más conocida como Poupeé, llegó al hospital en el año 1978, venía como residente de segundo año desde el emblemático Hospital Rawson cerrado por la dictadura. En 1981, junto a la Dra. Grunfeld inició el consultorio de hipertensión arterial, siendo el primero y el único del país.

En 1989 completo su formación en el Cedars Sinai de Los Ángeles mediante una beca de investigación clínica en lípidos, que se extendería por cuatro años

Investigadora del Conicet, formó parte de sociedades nacionales e internacionales, fue investigadora principal de sucesivos ensayos clínicos y supo darle prestigio a esa nueva especialidad que estaba naciendo con sello propio, en un ámbito difícil y hostil para aceptar la hipertensión arterial como entidad independiente.

Pero Poupeé supo hacerlo y sostenerlo contra viento y marea, durante todos los años que trabajo en nuestro hospital y además a través de congresos y múltiples publicaciones de reconocida calidad científica nacional e internacional.

Fue secretaria del comité organizador de las Jornadas del hospital en el año 2016 y 2019 y formó parte de la Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales. Trabajadora incansable, tenaz promulgadora de la prevención de las enfermedades cardiovasculares a través de la toma de la presión arterial en la infancia, comenzó a difundirlo cuando no se conocía la importancia de esta práctica. Muy querida y reconocida por sus pares y sus pacientes que recibieron su cuidado y su afecto.

Es bienvenido entonces este merecido homenaje a nuestra siempre recordada Poupeé

## Susana Toporosi

Susana es sinónimo de esfuerzo, constancia, honestidad, compromiso y valentía profesional. Entró al hospital en mayo de 1979 como visitante, continuó como concurrente, instructora de programas especiales, hasta ganar el concurso que le permitió ingresar como psicóloga de planta a la Unidad de Salud Mental. Se jubiló en el 2021, luego de 42 años de trabajo ininterrumpido en nuestro Hospital.



Desde 1994 hasta 2019, fue la coordinadora del área de Adolescencia de la Unidad de Salud Mental. Sostuvo que el hospital público era un lugar para implementar dispositivos de atención diferentes a los clásicos de la terapia individual, fomentando durante toda su gestión, el abordaje grupal. Esto se vio reflejado en su práctica, sosteniendo un equipo interdisciplinario, en el que puso énfasis en la capacitación, formación permanente de los profesionales y fomentando el intercambio con la UBA.

Se dedicó a profundizar los efectos de traumatismos sexuales durante la infancia y adolescencia relacionadas tanto con abuso sexual infantil como con adolescentes con conductas sexuales abusivas. En 2018 publicó el libro "En carne viva", Abuso sexual infanto juvenil, bibliografía obligatoria en exámenes de residencia de Salud Mental de CABA y la Provincia Bs. As.

Su permanente compromiso con la dimensión política de la práctica social de su marco referencial, el psicoanálisis, la llevó a participar de la Asociación de Profesionales del hospital. Siendo presidenta, durante dos períodos consecutivos, desde 2008 hasta 2012.

Con respecto a su participación en la Asociación de Profesionales promovió: la lucha por la casa de padres, el 82% móvil para las jubilaciones en salud, que las asambleas hospitalarias sean con todos los sectores del Hospital participando y votando por igual, la lucha por la construcción de la memoria de lo que ocurrió durante la dictadura en el Hospital Gutiérrez y su participación en los actos que se realizan en el hospital todos los 24/3 desde el año 2001, la formación de una comisión de género que denuncie los hechos de impunidad con respecto a este tema que ocurren en el hospital.

Por lo aquí enunciado es que creemos necesario este homenaje a Susana, representante de una profesional comprometida con la permanente defensa de la salud pública a través de la lucha, la denuncia y el trabajo.

- 
- a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
  - b. Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

## Gloria Zocchi



En principio gracias por invitarme a compartir el homenaje a la Dra. Zocchi. Para todos los que la conocemos Gloria ha sido en su vida profesional no sólo una buena médica sino fundamentalmente una buena persona, una gran compañera que en momentos muy difíciles de su vida nos enseñó la fortaleza moral y la capacidad de resiliencia que tiene.

A su vez se dedicó a la institución, nuestro hospital, dedicando tiempo por fuera de sus tareas habituales, ya sea a la revista, a la asociación médica o a la biblioteca. Por todo esto, estamos convencidos que este homenaje está totalmente justificado para una persona como Gloria que nos ha acompañado durante estos años y nos ha permitido conocer a un gran ser humano.

Gloria, todos aquellos que compartimos tu camino te queremos y te deseamos en este día lo mejor para vos.

Dr. Miguel del Valle



- Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
- Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

## 2 de abril, día de la concientización mundial sobre el autismo.

En 2007 la Asamblea General de la ONU designó al 2 de abril como *el día mundial de concienciación sobre el Autismo*. El objetivo de este día fue, y sigue siendo, generar acciones que motiven a reflexionar sobre el autismo, actividades de difusión sobre la importancia del diagnóstico precoz y la intervención temprana, así como estrategias para lograr la inclusión social de personas con esta condición.



En 2024, no sólo se trata de concientizar a la población, sino de generar mayor comprensión, tolerancia y respeto hacia las personas dentro del espectro autista y sus familias. Bajo esta premisa en España el lema de la campaña es "Autismo cerca de ti".

Cada 2 de abril en el mundo se iluminan de azul los edificios emblemáticos en diferentes ciudades.

Los Trastornos del Espectro Autista son alteraciones del desarrollo infantil temprano en el que se afectan las áreas de la comunicación, la interacción social y la conducta. Es importante consultar rápidamente ante la presencia de señales de alerta en el desarrollo infantil temprano.

### Algunas de ellas son:

- Que un niño/a no mire a los ojos para comunicarse a cualquier edad.
- Que permanezca irritable durante gran parte del día, no ría a carcajadas y no busque a otro que le preste atención a los 4-5 meses.
- Que no intercambie sonidos, sonrisas o gestos faciales a partir de los 9 meses.
- Que no responda a su nombre ni presente balbuceo a partir de los 12 meses.
- Que no intercambie gestos como señalar, alcanzar, mostrar o saludar con la mano a los 12 meses.
- Que no diga ninguna palabra a los 16 meses.
- Que no arme ninguna frase con sentido de 2 palabras (sin imitar o repetir) a los 2 años.
- Pérdida de lenguaje, balbuceo o habilidad social a cualquier edad.

---

La detección precoz y el tratamiento oportuno permiten mejorar el pronóstico y la calidad de vida del niño y su familia.

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez es una institución pionera en la promoción del desarrollo infantil y detección precoz de sus alteraciones. Cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales para realizar diagnóstico y tratamiento de los problemas del desarrollo, entre ellos el trastorno del espectro autista.



Dras. Natalia Regatky y Cynthia Salzberg  
Grupo de trabajo en desarrollo infantil HNRG

---

#### **Fe de erratas Volumen 65**

- Número 290. In memoriam Jorge Simon (pág. 169). Donde dice 1923-2023 debe decir 1940-2023.
- Número 291. Noticias (pág. 260). La Dra. Gabriela Szulman participó del proyecto en el factor de tabaquismo.

---

## Noticiero Farmacológico

Sección a Cargo de Patricia Cardoso<sup>a</sup> y Raúl Plager<sup>b</sup>

### Fluconazol: actualización sobre riesgos de exposición intrauterina

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) ha realizado una evaluación sobre los datos de seguridad de medicamentos que contienen fluconazol en cuanto a exposición intrauterina. El comité considera necesario actualizar la información y advierte que antes de iniciar el tratamiento en mujeres en edad fértil, se le debería informar acerca del posible riesgo para el feto:

- Luego del tratamiento con una dosis única, se recomienda un período de reposo farmacológico de una semana (que corresponde a 5-6 semividas) antes de que la paciente se quede embarazada.
- Para ciclos de tratamiento más largos, puede considerarse el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil durante todo el período de tratamiento y prolongarlo una semana después de la última dosis.

Los estudios observacionales indican un mayor riesgo de aborto espontáneo en las mujeres tratadas con fluconazol durante el primer y/o el segundo trimestre en comparación con las no tratadas con fluconazol o que recibieron azoles tópicos durante el mismo periodo. Los estudios epidemiológicos disponibles sobre malformaciones cardíacas con el uso de este fármaco durante el embarazo proporcionan resultados contradictorios. Sin embargo, un metaanálisis de 5 estudios observacionales en los que participaron varios miles de mujeres embarazadas expuestas a fluconazol durante el primer trimestre revela un riesgo de malformaciones cardíacas entre 1,8 y 2 veces mayor en comparación con las mujeres que no usaron fluconazol o emplearon azoles tópicos. Los informes de casos describen un patrón de anomalías congénitas entre los lactantes cuyas madres recibieron una dosis alta (entre 400 y 800 mg/día) de fluconazol en el embarazo durante tres meses o más, en el tratamiento de la coccidioidomicosis. Las anomalías congénitas observadas en estos lactantes comprenden braquicefalia, orejas displásicas, fontanelas anteriores gigantes, fémur arqueado y sinostosis húmero-radial. La relación causal entre el uso de fluconazol y estas anomalías congénitas es incierta. Durante el embarazo no debe utilizarse fluconazol ni en dosis habitual ni en tratamientos a corto plazo a menos que sea claramente necesario; tampoco debe indicarse a

---

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

dosis altas y/o en regímenes prolongados, excepto para las infecciones potencialmente mortales.

**Fuente:**

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/psusa/fluconazole-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00001404-202303\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/psusa/fluconazole-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00001404-202303_en.pdf)

[https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/fluconazole-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00001404-202303\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/fluconazole-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00001404-202303_es.pdf)

**Nota:**

Fluconazol es un fármaco antimicótico triazólico. Su mecanismo de acción fundamental consiste en la inhibición del citocromo P-450 fúngico mediado por la desmetilación del 14-alfa-lanosterol, paso fundamental en la biosíntesis del ergosterol. La acumulación de 14-alfa-metil esteroides se relaciona con la consiguiente pérdida de ergosterol en la membrana de la célula fúngica y puede ser responsable de la actividad de este medicamento. Es más selectivo para las enzimas del citocromo P-450 fúngico que por los sistemas enzimáticos P-450 de varios mamíferos.

**Hidrocortisona; metilprenisolona: síndrome de lisis tumoral**

Estados Unidos de América. El CDER (Center for Drug Evaluation and Research / Centro de Evaluación e Investigación de Fármacos) de la FDA (Food and Drug Administration / Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos de América ha informado que en la experiencia poscomercialización, se ha reportado al síndrome de lisis tumoral en pacientes con neoplasias malignas, incluidas neoplasias malignas hematológicas y tumores sólidos, luego del uso de corticosteroides sistémicos, solos o en combinación con otros agentes quimioterápicos. Los pacientes con alto riesgo de este síndrome de lisis tumoral, como los pacientes con tumores que tienen una elevada tasa de proliferación, una elevada carga tumoral y una alta sensibilidad a los agentes citotóxicos, deberían ser monitoreados de forma estrecha y tomar las precauciones adecuadas.

**Fuente:**

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/safetylabelingchanges/index.cfm?event=searchdetail.page&DrugNameID=401>

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/safetylabelingchanges/index.cfm?event=searchdetail.page&DrugNameID=396>

**Nota:**

En general, los glucocorticoides se difunden a través de las membranas celulares y forman complejos con receptores específicos en el citoplasma. Estos complejos se trasladan hacia el núcleo de la célula, se unen al ADN y estimulan la transcripción del ARN mensajero y la posterior síntesis de proteínas de

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

varias enzimas responsables en última instancia de los efectos observados después del uso sistémico de glucocorticoides.

### **Manganeso: toxicidad neurológica**

Estados Unidos de América. El CDER de la FDA de los Estados Unidos de América ha actualizado la información de seguridad:

- Se ha reportado acumulación de manganeso en los ganglios basales de pacientes adultos y pediátricos que reciben por un largo tiempo nutrición parenteral y que han recibido manganeso en mayor dosis que la recomendada y en asociación con enfermedad hepática colestásica. También se han observado hallazgos en la resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral y síntomas clínicos en pacientes que recibieron manganeso a la dosis recomendada o por debajo de la dosis, con concentraciones sanguíneas de manganeso normales. Algunos pacientes adultos con hallazgos en la RMN cerebral reportaron experimentar síntomas neuropsiquiátricos, incluidos cambios en el humor o en la memoria, convulsiones y/o temblores tipo Parkinson, disartria, hipomimia facial y marcha vacilante.
- Algunos pacientes pediátricos experimentaron movimientos distónicos o convulsiones. En la mayoría de ellos, la regresión de los síntomas y de los hallazgos en la RMN ocurrió luego de semanas o meses después de la suspensión del manganeso, pero no siempre se resolvieron completamente.

Se debe monitorear a los pacientes que reciben soluciones de nutrición parenteral que contienen manganeso para detectar signos y síntomas neurológicos y medir en forma rutinaria su concentración en sangre y test de función hepática. En caso de sospechar toxicidad por manganeso o nuevas manifestaciones neuropsiquiátricas, se debe suspenderlo temporariamente, chequear las concentraciones sanguíneas del mismo y considerar evaluación por RMN cerebral.

Acumulación hepática de manganeso:

El manganeso es primariamente eliminado en bilis y la excreción disminuye en pacientes con colestasis y/o cirrosis. Se ha reportado acumulación hepática de manganeso en autopsias de pacientes que recibieron por largo tiempo nutrición parenteral conteniendo manganeso a dosis mayores que las recomendadas. Los pacientes con colestasis y/o cirrosis que reciben nutrición parenteral se encuentran en un riesgo incrementado de depósito de manganeso en cerebro y neurotoxicidad. En caso de que un paciente desarrolle signos o

síntomas de enfermedad hepatobiliar durante el uso de este producto, se deben obtener concentraciones sanguíneas de manganeso y considerar suspender su suplementación hasta que se complete una evaluación clínica completa.

**Fuente:**

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/safetylabelingchanges/index.cfm?event=searchdetail.page&DrugNameID=2897>

**Nota:**

En un trabajo de 2011 los autores refirieron que la literatura médica ya señalaba de forma específica al manganeso (Mn), porque ya se había descrito su acumulación en ganglios basales en pacientes con nutrición parenteral (NP) de larga duración. Esa acumulación podía ser causa de neurotoxicidad, probablemente en relación con el estrés oxidativo. Al riesgo de acúmulo contribuían además su eliminación por la vía biliar (afectada en caso de colestasis) y la contaminación con Mn de otras soluciones empleadas en la elaboración de NP. Basándose en este último hecho algunos autores cuestionaban la necesidad de adicionarlo a las soluciones de oligoelementos para NP.

**Fuente:**

Fernández-Ferreiro A, Izquierdo-García E, Gomis Muñoz P, et al. Utilización de micronutrientes en nutrición parenteral en los hospitales españoles. Nutr Hosp. 2011; 26(3):566-571.

**Nortriptilina: Síndrome de Brugada. Hiponatremia.**

Europa. El PRAC de la EMA ha informado que, considerando los datos disponibles sobre el síndrome de Brugada, tanto en la bibliografía como en los informes espontáneos, que incluyen una estrecha relación temporal, una prueba de retirada positiva y puesto que existe un mecanismo de acción plausible, el comité considera que hay al menos una posibilidad razonable de que exista una relación causal entre nortriptilina y el síndrome de Brugada:

Con dosis altas es probable que se produzcan arritmias cardíacas, aunque también pueden aparecer en pacientes con cardiopatías preexistentes que tomen dosis normales.

Se han notificado casos de desenmascaramiento del síndrome de Brugada en pacientes tratados con nortriptilina. El síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria rara del canal de sodio cardíaco con alteraciones características del ECG (elevación del segmento ST y anomalías de la onda T en las derivaciones precordiales derechas) que pueden provocar un paro cardíaco y la muerte súbita. Por lo general, debe evitarse el uso de nortriptilina en pacientes con síndrome de Brugada o con sospecha de padecerlo. Se recomienda tener precaución en pacientes con factores de riesgo, como antecedentes familiares de paro cardíaco o muerte súbita. En sobredosis también se han notificado casos de síndrome de Brugada (desenmascaramiento) y patrón del ECG de Brugada (BEP).

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Como nueva reacción adversa, se ha descrito la hiponatremia (con una frecuencia desconocida).

**Fuente:**

[www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/nortriptyline-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00002192-202303\\_es.pdf](http://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/nortriptyline-cmdh-scientific-conclusions-and-grounds-variation-amendments-product-information-and-timetable-implementation-psusa-00002192-202303_es.pdf)

**Valproato: aumento del riesgo de trastornos del neurodesarrollo en niños y niñas cuyos padres fueron tratados con valproato**

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado los resultados de un estudio observacional retrospectivo realizado desde varios registros de países escandinavos (estudio EUPAS3401) que sugieren un aumento del riesgo de trastornos del neurodesarrollo en niños cuyos padres habían recibido valproato en los tres meses previos a la concepción, comparado con niños cuyos padres habían recibido lamotrigina o levetiracetam en monoterapia. Los datos mostraron un trastorno en alrededor del 5% de niños cuyos padres recibían valproato comparado con alrededor del 3% de niños cuyos padres recibían lamotrigina o levetiracetam.

Debe recordarse que el riesgo potencial referido anteriormente es aún mayor en niños nacidos de mujeres tratadas con valproato durante el embarazo en monoterapia, en este último caso, entre 30% y 40% pueden presentar retrasos en el desarrollo temprano.

Los profesionales de la salud deberían informar a los varones que actualmente reciben tratamiento con valproato acerca del riesgo potencial de trastornos del desarrollo neurológico en sus hijos concebidos durante el tratamiento o hasta tres meses después de interrumpirlo, por lo que deberían valorar la necesidad de implementar medidas anticonceptivas, incluso para su pareja, mientras usan valproato y durante al menos 3 meses luego de suspender el tratamiento. Además, deben considerar con su médico de cabecera si el valproato sigue siendo el tratamiento más adecuado y discutir alternativas de tratamiento si el varón planea concebir y, en este caso, antes de suspender la anticoncepción. Tampoco deberían donar esperma durante el tratamiento con valproato ni durante al menos 3 meses después de la interrupción de éste.

**Fuente:**

<https://www.ema.europa.eu/en/news/potential-risk-neurodevelopmental-disorders-children-born-men-treated-valproate-medicines-prac-recommends-precautionary-measures>

---

## **Doctor, ¿tiene cinco minutos?**

Sección a Cargo de Miriam Tonietti<sup>a</sup> y Bettina Viola<sup>b</sup>

### **Human milk miRNAs associate to maternal dietary nutrients, milk microbiota, infant gut microbiota and growth**

*Los miARNs de la leche humana asociados a los nutrientes de la dieta materna, la microbiota de la leche, la microbiota intestinal del lactante y el crecimiento*

Yeruva L, Mulakala BK, Rajasundaram D, et al.

Clin Nutr. 2023; 42(12):2528-2539. doi: 10.1016/j.clnu.2023.10.011. Epub 2023 Oct 16.

PMID: 37931372.

La leche humana (LH) es la fuente nutricional durante los estadios tempranos del desarrollo; contiene componentes bioactivos nutritivos y no nutritivos como los microARNs (miARNs). Estos compuestos bioactivos tienen probablemente el rol de programar el crecimiento y desarrollo del lactante y sus sistemas fisiológicos (sistema inmune, cerebro, hígado). Estudios previos demostraron que los miARNs dietarios son absorbidos a través del intestino vía la proteína 1 de interferencia y ejerce sus funciones biológicas en el huésped. Se ha establecido que los miARNs derivados del huésped modulan la microbiota intestinal, interactúan y modulan los transcritos bacterianos y pueden ser utilizados a través de su transporte en materia fecal apoyando la idea de que los miARNs derivados de la dieta tienen propiedades bioactivas. Estos miARNs exógenos derivados de la LH pueden ser importantes moduladores del ecosistema bacteriano postnatal temprano y del crecimiento y desarrollo infantil.

Es bien reconocido el impacto de la dieta materna sobre la composición de la LH; por ejemplo, la asociación de consumos de nueces y el contenido de zinc, hierro, vitaminas del grupo B y ácidos grasos poliinsaturados; la ingesta de polifenoles y fibra y la composición de oligosacáridos y diversidad de la microbiota; el menor contenido de proteína vegetal y fibra con menor diversidad y la abundancia microbiana con probables efectos sobre la salud futura del lactante.

Este estudio se propone examinar la asociación de miARNs con la dieta materna, la microbiota de la LH, la microbiota del lactante y su crecimiento. Para ello, se colectaron muestras de leche de 60 mujeres sanas a los 15 días post-parto; se evaluó el perfil de miARNs, la historia clínica y el patrón alimentario de las madres y el crecimiento de sus hijos hasta el año de vida. La microbiota de la LH y de los lactantes fue analizada por secuenciación genética

---

a. Ex Jefa de Sección Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

16S ARNr y se realizó un análisis integrativo multiómico para identificar asociaciones potenciales entre miARNs, dieta materna y microbiota.

Los autores demuestran que el perfil de miARNs de la LH depende de la fuente de proteína de la dieta materna; es decir, es diferente según la fuente proteica de origen vegetal o animal que recibían las madres. También, las características de miARNs se correlacionan con la ingesta de polifenoles de dietas vegetales y la microbiota de la LH. Además, demuestran que los miARNs de la LH tienen una fuerte correlación con la microbiota temprana del lactante y con su crecimiento.

### **The biological functions of maternal-derived extracellular vesicles during pregnancy and lactation and its impact on offspring health**

*Las funciones biológicas de las vesículas extracelulares de origen materno durante el embarazo y la lactancia y su impacto en la salud de la descendencia*

Chen R, Yang H, Dai J, et al.

Clin Nutr. 2023; 42(4):493-504. doi: 10.1016/j.clnu.2023.02.007. Epub 2023 Feb 16. PMID: 36857958.

Durante la gestación y la lactancia, las madres proveen a sus hijos a través de la placenta y la leche humana no sólo nutrientes sino también compuestos bioactivos que resultan esenciales para el desarrollo del lactante. Las vesículas extracelulares (VE) son nanovesículas que contienen una variedad de moléculas biológicamente activas y participan en la comunicación intercelular. Se originan de casi todos los tipos celulares y aunque anteriormente fueron consideradas material desechable, hoy se les reconoce un rol en el intercambio entre las células a través de sus componentes bioactivos (metabolitos, lípidos, proteínas y ácidos nucleicos). Existen en una variedad de fluidos corporales (sangre, saliva, orina, leche humana, líquido amniótico y líquido cerebrospinal). Hay evidencia emergente que las VE derivadas del útero y del torrente sanguíneo durante la gestación tienen influencia en la implantación, placentación y el desarrollo del embrión, así como también en el microambiente inmune materno. Las VE derivadas de la leche humana tendrían un comportamiento de "señalosomas", que continúan transmitiendo señales de la madre a la descendencia y que están relacionadas con enfermedades intestinales, el metabolismo infantil y los sistemas inmunológico y nervioso.

En esta revisión los autores resumen las características de las VE derivadas de la madre, las funciones biológicas durante el embarazo y lactancia, los factores que afectan el contenido

a. Ex Jefa de Sección Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

y bioactividad de las VE y sus aplicaciones potenciales como biomarcadores diagnósticos y estrategias terapéuticas para mejorar el éxito reproductivo y la salud del lactante.

**Associations of childhood diet quality scores with arterial stiffness and carotid artery intima-media thickness in adolescence/early adulthood: findings from the ALSPAC cohort**

*Asociaciones de las puntuaciones de la calidad nutricional infantil con la rigidez arterial y el espesor de la capa íntima-media de la arteria carótida en la adolescencia/adulthood temprana: hallazgos de la cohorte ALSPAC*

Buckland G, Northstone K, Emmett P, et al.

Br J Nutr. 2024; 131(4):720-735. doi: 10.1017/S0007114523002763. Epub 2024 Jan 5. PMID: 38178807; PMCID: PMC10803818.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte a nivel mundial. En el Reino Unido, las enfermedades cardiovasculares representan un cuarto de todas las muertes y casi un tercio de ellas son clasificadas como prematuras. Aunque normalmente las enfermedades cardiovasculares son diagnosticadas desde la mediana edad, los procesos patogénicos que la subyacen comienzan desde la vida temprana y responden al interjuego entre factores genéticos y ambientales. Las alteraciones subclínicas tempranas incluyen cambios funcionales y estructurales de las arterias, como la pérdida de la elasticidad arterial debida a pérdida de las fibras elásticas y a fibras de colágeno más rígidas en la pared arterial también asociadas a inflamación e hipertensión. Estos cambios pueden medirse de manera no invasiva a través de la velocidad de la onda del pulso.

En este estudio realizado en la Cohorte Longitudinal de Padres e Hijos de Avon (ALSPAC) se examinó la relación entre la calidad de la dieta durante la niñez (a los 7, 10 y 13 años) y la rigidez y el espesor arterial durante la adolescencia y adultez temprana (17 y/o 24 años).

La calidad de la dieta se evaluó usando 5 scores: dieta estilo mediterránea, dieta inflamatoria, dieta DASH, dieta que refleja guías alimentarias británicas y una dieta representativa de un patrón obesogénico.

De los 14 901 participantes elegibles iniciales al año, 4717 tuvieron datos disponibles de la dieta a las tres edades establecidas; de éstos, 3203 participantes tenían datos del espesor de la íntima media carotídea a los 17 años y 1382 a los 24 años mientras 2782 tenían velocidad de onda

a. Ex Jefa de Sección Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

de pulso a los 17 años y 1636, a los 24 años. Estos participantes fueron incluidos en el análisis final.

Los autores demuestran que un patrón dietario obesogénico en la niñez está relacionado al aumento de la rigidez arterial, mientras que las dietas de estilo mediterráneo y antiinflamatorias se relacionan con menor rigidez arterial en la adolescencia. Esto señala la importancia del establecimiento de hábitos dietarios saludables tempranos en la vida para proteger del daño vascular.

### **Role of diet quality in bone health in children and adolescents: a systematic review**

*Rol de la calidad de la dieta en la salud ósea en niños y adolescentes: una revisión sistemática*

Suhett LG, Filgueiras MS, de Novaes JF, et al.

Nutr Rev. 2023; 82(1):47-59. doi: 10.1093/nutrit/nuad036. PMID: 37159528.

El esqueleto es un órgano activo en constante remodelamiento que es regulado por citoquinas y hormonas tales como la parathormona y la vitamina D. La osteoporosis, que ocurre frecuentemente en adultos mayores, puede tener sus raíces en la infancia, ya que la masa ósea ganada tempranamente puede ser el determinante más importante de la salud ósea a lo largo de la vida. La infancia y la adolescencia son períodos críticos en la mineralización ósea; se estima que entre el 40-60% de la masa ósea adulta se logra en la adolescencia. El pico de acreción ósea ocurre a los 12.5 años en las mujeres y a los 14 años en los varones.

Determinantes modificables como la nutrición y la actividad física tienen efectos sinérgicos en el mantenimiento y mejora de la salud ósea en población pediátrica. En esta primera revisión sistemática que evalúa la evidencia disponible sobre la asociación entre la calidad de la dieta y marcadores de salud ósea en pediatría, los autores concluyen que patrones alimentarios saludables ricos en frutas, nueces, leche, huevos, cereales de grano entero, vegetales anaranjados y verde oscuros y tubérculos benefician la salud ósea, mientras que patrones pobres en energía y con altas ingestas de carnes rojas, cereales refinados y frituras deberían evitarse por estar ligados al desarrollo de inflamación y secreción de citoquinas pro-inflamatorias.

Estos hallazgos enfatizan la importancia de establecer políticas públicas que alienten el desarrollo de hábitos alimentarios saludables ya desde la infancia.

a. Ex Jefa de Sección Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

## Comentario de libros

Sección a cargo de Mónica García Barthe<sup>a</sup>

### Dispara, yo ya estoy muerto

Julia Navarro

Edición en formato digital: agosto de 2013

PLAZA & JANÉS. Edición de Kindle. ISBN: 978-84-01-34227-1

Marian Miller llega a la casa de la familia Zucker, en Jerusalén, en su calidad de integrante de la ONG Refugiados, con el propósito de realizar un informe sobre la situación de la población palestina en Israel. Su intención es entrevistar a Aarón, uno de los principales líderes de las políticas de asentamientos israelí, en un intento de escuchar ambas versiones del conflicto. No puede entrevistar a Aarón, pero se encuentra con su padre, Ezequiel, quien comenzará a contarle su historia familiar.



A lo largo de varios encuentros, almuerzos compartidos y largas veladas de conversación, Ezequiel irá relatando la vida de su abuelo Isaac en Polonia y las persecuciones que su familia sufrió por su condición de judíos, la juventud de su padre Samuel en Rusia, país del cual tuvo que escapar por persecuciones políticas y su llegada a tierras palestinas a principios del siglo XX (en ese momento en manos del Imperio Otomano). Cuando Samuel llega a lo que luego sería el Estado de Israel, se asienta junto a otros judíos, que, como él, buscaban establecerse en lo que consideraban su patria, dedicándose a tareas agrícolas y conformando una comunidad. La tierra era compartida con la familia Ziad, una familia palestina que habitaba el lugar desde hacía décadas. Ambos grupos comparten su amor por esa tierra, su trabajo y su vida cotidiana, forjándose fuertes lazos entre ellos a pesar de las diferencias culturales y religiosas que los atraviesan.

Pero con el tiempo esas diferencias se irán profundizando y las generaciones siguientes se verán envueltas en una espiral de violencia y conflicto de la cual les resulta imposible salir, a pesar del afecto y amistad que se profesan mutuamente. Un giro inesperado al final nos dará un cierre sorprendente de esta historia familiar de amistad y sufrimiento.

a. Psicóloga de guardia. HNRG

El conflicto en medio oriente lleva más de 100 años de existencia y lamentablemente no parece haber una solución en el mediano plazo. Territorio sagrado para las principales religiones monoteístas del planeta, espacio ocupado por diversos pueblos y culturas y que ha estado bajo la dominación de distintos imperios, ha sido el teatro de un conflicto que ha escalado con las décadas.

Las circunstancias geopolíticas e históricas del conflicto son varias y muy complejas y para su comprensión deben buscarse en bibliografía especializada. El valor del trabajo de Julia Navarro, en el marco absoluto de la ficción, es el de recrear en sus personajes la cotidianeidad de aquellos que viven el conflicto día a día, tratando de plasmar sus distintos puntos de vista, argumentos, vivencias, creencias y sentimientos.

Su lectura resulta interesante porque permite al lector ponerse en el lugar de cada uno de los actores de este drama, conociendo los argumentos y fundamentos de cada posición. Un ejercicio atractivo de comprensión y empatía.

# XXXIII JORNADAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS “RICARDO GUTIERREZ”



**17 y 18 DE OCTUBRE DE 2024 - Palais Rouge**  
**14 al 16 de octubre actividades pre-jornadas - HNRG**

**Jornadas de Inmunizaciones**  
**Jornadas de neurodesarrollo**  
**Jornadas de Bioética pediátrica**

*Presidente de las Jornadas. Lic. Adriana Copiz*

*Secretaria Comité Científico: Dra. Pilar Arias*

*Secretaria Comité Organizador: Dra. Viviana Ratto*

**Comité científico: [cientifico2024@guti.gob.ar](mailto:cientifico2024@guti.gob.ar)**

**Infomación general: [jornadas2024@guti.gob.ar](mailto:jornadas2024@guti.gob.ar)**

**Enfermería: [enfermeria2024@guti.gob.ar](mailto:enfermeria2024@guti.gob.ar)**