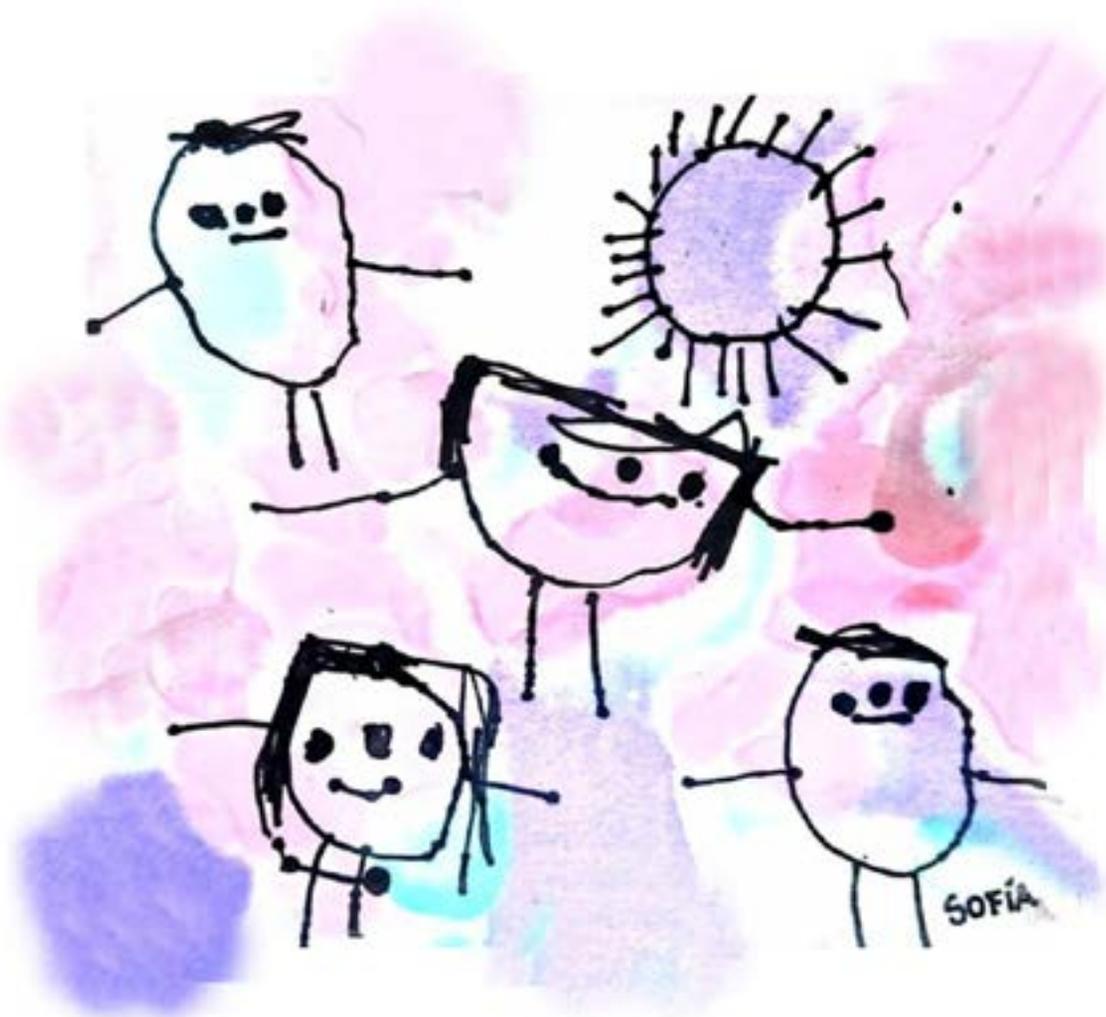


VOL 28  
**#01**

ISSN 1514-5654  
**JULIO 2025**

# Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"



## ARTÍCULOS ORIGINALES

**INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA.**

**RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA VALIDEZ DE CONTENIDO BASADA EN EL JUICIO DE EXPERTOS PARA UNA ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VINCULO MADRE-BEBE EN LACTANTES CON SÍNDROME DE DOWN.**

**ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE RAZONAMIENTO CLÍNICO MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.**

## CASO CLÍNICO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY TEMPRANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

## GUIA DE PRÁCTICA INSTITUCIONAL

**MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PEDIATRÍA.**

## COLUMNA DE RESIDENTES

**PRIMERA COHORTE DE RESIDENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL H.I.A.E.P. "SOR MARÍA LUDOVICA".**

## COLUMNA DE ENFERMERÍA

**LENGUA DE SEÑAS CON UNA MIRADA INTEGRAL A TODO EL EQUIPO DE SALUD.**

## VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA LUDOVICA 2024

**"TRANSFORMACIÓN EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN: IMPACTO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES".**

# Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

VOL 28 #01 - JULIO 2025

## SUMARIO

### 04 EDITORIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 08 INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA.**
- 17 RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA VALIDEZ DE CONTENIDO BASADA EN EL JUICIO DE EXPERTOS PARA UNA ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VINCULO MADRE-BEBE EN LACTANTES CON SÍNDROME DE DOWN.**
- 31 ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE RAZONAMIENTO CLÍNICO MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.**
- CASO CLÍNICO
- 47 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY TEMPRANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

GUIA DE PRACTICA INSTITUCIONAL

- 52 MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PEDIATRÍA.**

COLUMNA DE RESIDENTES

- 71 PRIMERA COHORTE DE RESIDENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL H.I.A.E.P. "SOR MARÍA LUDOVICA".**

COLUMNA DE ENFERMERÍA

- 73 LENGUA DE SEÑAS CON UNA MIRADA INTEGRAL A TODO EL EQUIPO DE SALUD.**

VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA LUDOVICA 2024.

- 75 "TRANSFORMACIÓN EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN: IMPACTO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES".**

- 125 REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN.**

# Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

## DIRECCIÓN EJECUTIVA

H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"

Dr. Gustavo Sastre

## DIRECCIÓN INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP)

Mg. Lic. Agustina Malpeli

(C.I.C. Provincia de Buenos Aires)

Dr. Norberto Enrique Santos

(Ministerio de Salud, Provincia de  
Buenos Aires)

## COORDINACIÓN EDITORIAL

Dr. Hugo Basílico

Mg. Bioq. Ana Varea

## COMITÉ EDITORIAL

Lic. Lucrecia Fotia Perniciaro

Dra. Silvia A. Maffia

## COMITÉ DE REVISIÓN DE ARTÍCULOS

Dra. Diana Cabanillas

Dr. Miguel Angel Clerc Berestein

Lic. Alejandra Dávila

Mg. Bioq. Liliana Disalvo

Bioq. Cecilia Girad Bosh

Mg. Lic. Martina Iribarne

Dra. Estefanía León

Dra. María Inés Martínez

Dr. Fernando Rentería

## COMITÉ CONSULTOR

Dr. Luis Fumagalli

Farm. Angélica García

Dra. Silvia González Ayala

Dr. Horacio González

Dra. Adriana Fernández

Dra. Mónica Martínez

Dr. Horacio Mosca

Dra. Mirian Perez

Dra. María Elena Ratto

Dra. Silvina Sánchez

## SECRETARÍA TÉCNICA

Bibliotecaria

María Guillermina Guidoni

## DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

DCV Natalia Aguerre

## CONTACTO

ludovicapediatrica@gmail.com

## LUDOVICA PEDIÁTRICA

Vol 28 #01 – JULIO 2025 - ISSN 1514-5654

Revista científica del Hospital de Niños de La Plata Superiora Sor María Ludovica y del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) (MS/CIC PBA). Incorporada a la base de datos LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

## FINANCIAMIENTO DE PUBLICACIÓN

Fundación Hospital de Niños de La Plata.

Calle 14 N° 1577 entre 64 y 65, La Plata (1900), Bs. As. Argentina.

www.fundacionludovica.org.ar - tel.: (0221) 451 8240

Presidente Fundación Ludovica

Dr. Juan Guillermo Salas

## REGISTRO DNDA EN TRÁMITE

Pasaron más de 10 años desde las VII Jornadas de Actualización en Clínica Pediátrica y Neonatología, de las II Jornadas de Medicina Interna en Pediatría y de las XIX Jornadas de Enfermería -realizadas en octubre del 2014 en el Edificio Dardo Rocha-. Pasó una larga pandemia que frustró la posibilidad de encuentro y pasó en el 2024, cuando nos habíamos embarcado nuevamente en el sueño y planificación de las jornadas, una doble reprogramación por coincidir con jornadas de lucha de las Universidades Nacionales en el reclamo por mejores condiciones para la educación pública, frente a un proceso de claro desfinanciamiento a la Educación Universitaria. Sin embargo, habiendo atravesado dichas vicisitudes, los días 26 y 27 de marzo de 2025 se realizaron las VIII Jornadas de Actualización en Pediatría Ludovica 2025 en el Edificio de Posgrado de la Universidad Nacional de la Plata Dr. Sergio Karakachoff. El camino para llegar a este encuentro fue muy largo y nos ha dejado aprendizajes, alegrías y nuevos desafíos, es por eso que decidimos dedicar el presente editorial a dar cuenta del mismo.

En un contexto donde la virtualidad y la distancia se han vuelto modos habituales para el encuentro académico, y en coyunturas donde el individualismo pareciera ganar protagonismo, creímos fundamental seguir generando espacios de encuentro para el análisis colectivo, cooperativo e interprofesional que nos permitan repensar nuestro hospital, con sus modos, sus procesos, sus gestiones, sus hallazgos y sus prácticas desde una perspectiva transformadora. Recuperamos la experiencia de las Jornadas de Residentes Ludovica 2022, lo virtuoso de los encuentros, la importancia de la construcción de la identidad como trabajadores del Ludovica, para diseñar las Jornadas en la búsqueda de reconocer a las prácticas de sus trabajadoras y trabajadores como el gran motor y a la garantía del derecho a la salud de las niñeces y sus familias como el deber ser de nuestra tarea.

Invitamos entonces a participar de la planificación de las jornadas a toda la comunidad del Hospital, del IDIP y a los directivos compartiendo reuniones, revisando intereses comunes, identificando posibles retos y pensado propuestas y reformas que den cuenta del lema de las jornadas: "Transformación en los modelos de atención:

impacto en niños, niñas y adolescentes". Imaginamos propuestas para la presentación de trabajos e identificamos sus posibles categorías a la vez que soñamos con la posibilidad de participación de las niñeces, ya que entendemos que sólo la escucha atenta a sus demandas es la clave para el diseño de propuestas concretas que permitan avanzar hacia un hospital más justo, accesible, de calidad y humano.

La invitación, al igual que otras ediciones fue abierta a otros centros de salud e instituciones que tuvieran interés en la pediatría y temas relacionados a la salud de (NNyA). Tomamos la decisión de acceso libre y gratuito, ya que la posibilidad de incluir a todas y todos los trabajadores del hospital fue para el equipo de gestión una política de diseño, aún asumiendo la dificultad de gestionar un encuentro académico de esta envergadura con inscripción gratuita y sin laboratorios de sponsor, la inclusión y la libertad de publicar y hablar sin conflictos éticos fueron cuasimandatos para el diseño.

Nos llevamos la enorme sorpresa de contar con la participación de 650 personas, muchos de la comunidad hospitalaria, pero otros provenientes de centros de salud y educación de La Plata, Berisso y Ensenada, de otros otros municipios como Bahía Blanca, Berazategui, Brandsen, Chascomús, Florencio Varela, Isidro Casanovas, La Matanza, Quilmes, San Justo, San Vicente e incluso de otras provincias como Mendoza y Chaco.

En nueve aulas se desarrollaron en simultáneo 31 mesas de discusión que abarcaron temas desde cuidados mínimos con "Familia y cuidados" hasta cuidados y abordajes de especialidades como "Manejo interdisciplinario de pacientes con patología intestinal compleja", tal como pretendíamos de un Hospital que se planifica y piensa desde el modelo de cuidados progresivos. En las mesas temáticas participaron 31 coordinadores de mesa y 154 disertantes de la propia comunidad hospitalaria, de otras instituciones y hospitales de la región, CAPS y APS, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Escuela de Gobierno Floreal Ferrara, Colegios profesionales de Farmacéuticos, Bioquímicos, Institutos de Formación Superior y docentes de las Facultades de Ciencias Exactas, Trabajo Social y Ciencias Médicas de la UNLP.

Ambas jornadas fueron divididas en mesas de trabajos

libres y presentación de pósters, sumando un total de 137 producciones, las cuales fueron evaluadas y revisadas por las y los compañeros del Comité Científico, distribuidos como:

- Relatos de experiencia: 50 trabajos
- Reporte o serie de casos: 39 trabajos
- Trabajos de investigación: 48 trabajos

En todas las categorías se admitieron trabajos publicados en otros eventos científicos porque el fin era poder colectivizarlos con la comunidad hospitalaria, sin embargo, sólo se premiaron los trabajos originales. Recibieron premiación los siguientes trabajos:

#### CATEGORÍA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

1° PREMIO: Aceite de cannabis: acceso, uso y composición de principios activos, en el tratamiento de niños y niñas con epilepsia refractaria.

AUTORES: Matamoros Natalia, Cassain Virginia, Frezzini Leandro, Díaz Basanta Sebastián.

2° PREMIO: Evolución de la lactancia materna durante el primer año en niños/as que asistieron al observatorio de salud materno-infantil.

AUTORES: Quarteroni Estefanía, Fotia Lucrecia, Mendez Ignacio, Sanchez Guadalupe, Kruger Ana Luz.

3° PREMIO: "Atrofia muscular espinal: características de la población atendida en el servicio de rehabilitación de un hospital pediátrico de agudos".

AUTORES: Landivar Rocío Maitén, Li Volti Fiorella, Mattioli María Paz, Maruja, Lopez Matos, Taboada Verónica.

#### CATEGORÍA RELATOS DE EXPERIENCIA

1° PREMIO: Con voz propia. Construcción de experiencias participativas para generar prácticas saludables con NNyA con enfermedades crónicas atendidas en el servicio de Nefrología.

AUTORES: Quintero María Alejandra, Zucherino Laura

2° PREMIO: Taller Educativo de Diabetes Mellitus Tipo I de Hospital Sor María Ludovica

AUTORES: Larroude Martina, Perez M, Reinoso Andrea Soledad, Francesca Jessica Sol, García Rusca Elizabeth Lorainne, Castro María Bethania, Sabino Franco, Maskevich Gimena, Cortalezzi María Julieta, Pietropaolo Guadalupe.

3° PREMIO: Revisión, cambio e implementación de un

nuevo algoritmo para el diagnóstico y seguimiento de Enfermedad Celíaca en el HIAEP "Sor María Ludovica".

#### CATEGORÍA REPORTES O SERIES DE CASOS

1° PREMIO: Intoxicación plúmbica familiar: a propósito de un caso.

AUTORES: Cassain Virginia, Disalvo Liliana, Varea Ana, Matamoros Natalia, Zabaleta Florencia.

2° PREMIO: Dermatofitosis zoofílicas emergentes, a propósito de tres casos.

AUTORES: Shepherd Safar Melanie, Guzzetti Luciana.

3° PREMIO: Neurorretinitis a Bartonella henselae; a propósito de un caso.

AUTORES: Marchionne Ezequiel, Peña Johanna, López Olivera Ayelen, Ithurralde Melissa, Pan Valentina.

En este punto, nos parece importante celebrar las inquietudes y preguntas que interpelaron a los equipos que presentaron relatos de experiencia y los queremos invitar a que tomen otro vuelo y los rediseñen para presentarlos como trabajo de investigación ya que sería valioso que muchos puedan seguir indagando sobre el tema trabajado.

Realizamos por primera vez un concurso fotográfico titulado SALUD Y BIENESTAR: PERSPECTIVAS Y RETOS CONTEMPORÁNEOS al que se presentaron 20 fotos, todas fueron imágenes muy hermosas en las que se veían representados los valores éticos y humanos de nuestras y nuestros compañeros. Los jurados del concurso fueron los reconocidos fotógrafos Eva Cabrera, Marcos Gomez y Alejo Velazquez Mosqueira que dieron como ganadoras las siguientes imágenes:



**Título: El hospital como territorio. Autora: María Belén Goyeneche. 1er premio.**



**Título:** Aprendizaje colectivo, esencia de la medicina, cuidando vidas en conjunto. **Autor:** Daniel Dozoretz. **2do premio.**



**Título:** En cada flor que brota, una sonrisa se cura. **Día de la primavera.** **Autor:** Kevin Enriquez. **3er premio.**

Finalmente, el día del cierre pudimos cumplir con el sueño de la participación de Niñas, niños y adolescentes en nuestras Jornadas con la presencia de abanderados y escoltas de la Escuela Nro 509 acompañados por sus maestras, así como del presidente y vicepresidenta en funciones del gobierno infantil de la República de los Niños que en sesiones parlamentarias decidieron discutir conceptos relativos a la salud y a la calidad de atención que las niñas esperan de nosotros. Como producto de

ese debate nos compartieron las siguientes palabras:

Discurso del Gobierno Infantil de la República de los Niños ante los Médicos:

*Queridos doctores, doctoras y todos los que trabajan acá:*

*Primero que nada, ¡gracias por todo lo que hacen por nosotros! Sabemos que ustedes son los que nos cuidan y nos ayudan a sentirnos mejor cuando estamos enfermos. Pero hoy quiero contarles cómo vivimos nosotros las visitas al médico. Así, entre todos, podemos hacer que esos momentos sean un poquito más fáciles y menos aterradores.*

*Cuando llegamos al hospital, lo primero que notamos es que esperamos demasiado, entonces nos aburrimos o nos ponemos impacientes. ¡Estaría re bueno que haya una sala de espera con cosas divertidas!*

*Cuando entramos al consultorio después de esperar, nosotros queremos hablar pero la mayor parte del tiempo los que charlan son nuestros papás. Entendemos que ellos quieren ayudarnos, pero nosotros también queremos contarles cómo nos sentimos. A veces parece que no nos escuchan, o que no se enteran de lo que realmente nos pasa, porque los grandes hablan por nosotros. Estaría bueno que nos pregunten qué sentimos porque mejor que nosotros nadie lo va a saber.*

*Sabemos que los médicos trabajan un montón y tienen muchos pacientes, pero casi siempre es más tiempo el que estamos esperando que el que tardan en revisarnos. Nos encantaría que puedan explicarnos con palabras fáciles qué nos hacen mientras nos curan porque siempre tenemos miedo de que algo nos duela. Si ustedes nos explican con calma, ya no parece tan grave.*

*Otra cosa que les quería contar es cuando nos tenemos que operar, es ahí cuando aparecen muchos más nervios y miedo porque no entendemos qué nos van a hacer. Por más tonto que parezca, siempre pensamos que es súper*

*grave. No pretendemos que nos expliquen qué nos van a hacer con lujo de detalles porque nos va a dar impresión, pero sí nos serviría mucho que nos cuenten los pasos y nos transmitan tranquilidad con paciencia.*

*Y por supuesto, algo que nunca falla es una recompensa al final... Un chupetín, una promesa de algo divertido después de la consulta o algo por el estilo. Esas pequeñas cosas nos hacen sentir más valientes.*

*Al final, sabemos que aunque ir al médico puede ser incómodo o dar un poco de miedo, es importante para estar sanos o sentirnos mejor.*

*Así que, ¡gracias! Gracias por cuidarnos, por escucharnos y por hacer que nuestra visita al médico sea cada vez mejor.*

No podemos cerrar esta editorial sin agradecer al equipo de gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (PBA) que apoyó y participó de nuestras propuestas, a la participación del Ministro Nicolás Kreplak que en sus palabras de la conferencia inaugural nos brindó la responsabilidad al Ludovica de ser el barco insignia de la Salud Pediátrica de la PBA, así como al Dr. Martín Lopez Armengol que nos prestó el edificio y a la Subsecretaría de Salud de la UNLP puso a nuestra disposición a sus trabajadores para colaborar con la organización y al equipo de gestión de nuestro Hospital que nos dejó trabajar sin límites ni ataduras para el desarrollo de la propuesta.

Sin embargo, las Jornadas Ludovica -como afectuosamente las llamamos- no hubiesen sido posibles, sin el enorme compromiso de las más de 50 personas que se sumaron a los comités de organización, al científico, al académico, a los compañeros coordinadores de mesa, de aulas, a los disertantes, a quienes presentaron trabajos y a los revisores y evaluadores, al equipo de alimentación, a los compañeros de limpieza, informática y de comunicación, a los jurados del concurso de fotos y a las

compañeras de la Sala de Docencia e Investigación que se comprometieron enormemente.

La sensación final es de alegría y orgullo por la tarea compartida, las jornadas pusieron en relieve la importancia de poder pensar juntos nuestros propios procesos de trabajo ya que la interdisciplina surge de la indisciplina de los problemas hipercomplejos que se nos presentan a diario. La salud no puede elegir los problemas, estos son como vienen y allí está nuestro mayor desafío: responder a la demanda de NNyA y sus familias en toda su complejidad con la mayor calidad posible y con toda la calidez que merecen. Esperamos recuperar fuerzas para poder embarcarnos en el sueño de las Jornadas Ludovica 2027, las y los esperamos a bordo.

**GIRARD BOSCH C ,  
IIRIBARNE M.**  
Sala de Docencia e Investigación  
H.I.A.E.P. "Sor **maría** Ludovica"

# INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA.

## RESUMEN

**Introducción:** La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye un motivo frecuente de consulta en servicios de urgencia, especialmente en la población pediátrica, debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas y al riesgo potencialmente fatal que conlleva. Suele estar relacionada con el uso de artefactos de calefacción en condiciones inadecuadas, presentándose con mayor frecuencia durante los meses fríos y en horario nocturno. **Objetivo:** Describir las características clínicas y demográficas de pacientes pediátricos y sus convivientes que sufrieron intoxicación por CO y fueron asistidos por el Servicio de Toxicología del Hospital de Niños Sor María Ludovica, entre los años 2017 y 2024, durante los períodos de otoño e invierno. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, recolectando datos sobre edad, sexo, sintomatología, fuente de exposición, niveles de carboxihemoglobina y tratamientos administrados. **Resultados:** Se evaluaron 180 casos, de los cuales el 59,4% correspondieron

---

### AUTORES:

DOZORETZ D<sup>1</sup>, 

PAUCA A<sup>1</sup>, 

TRAVERSO, C<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Servicio de Toxicología, H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", La Plata.

Correspondencia: DANIEL DOZORETZ  
E-mail: dozoretzdl@gmail.com

---

a pacientes de sexo femenino y el 42,2% eran menores de 10 años. Las manifestaciones más comunes fueron cefalea y mareos. El 92,6% presentó niveles de carboxihemoglobina superiores al 7%. El brasero fue identificado como la fuente más habitual de exposición. Todos los pacientes recibieron oxígeno normobárico y un 4,4% oxígeno hiperbárico. **Conclusión:** La mayoría de los casos de intoxicación por CO fueron niños menores de 10 años, siendo los síntomas más frecuentes cefalea, mareos, náuseas y vómitos. La frecuencia fue mayor durante los meses de invierno, en horario vespertino y nocturno, siendo el uso de braseros la primera causa.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Intoxicación por monóxido de carbono; Monóxido de carbono; Carboxihemoglobina; Toxicidad.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Carbon monoxide (CO) poisoning is a common reason for emergency department visits, especially in the pediatric population, due to the nonspecific nature of its clinical manifestations and the potentially fatal risk it entails. It is often associated with the use of heating devices under inadequate conditions, occurring more frequently during colder months and nighttime hours. **Objective:** To describe the clinical and demographic characteristics of pediatric patients and their cohabitants who suffered CO poisoning and were treated by the Toxicology Department of the Sor María Ludovica Children's Hospital between 2017 and 2024, during the autumn and winter periods. **Methodology:** A retrospective descriptive study was conducted through the review of medical records, collecting data on age, sex, symptoms, source of exposure, carboxyhemoglobin levels, and treatments administered. **Results:** A total of 180 cases were evaluated, of which 59.4% were female patients and 42.2% were under 10 years of age. The most common symptoms were headache and dizziness. In 92.6% of cases, carboxyhemoglobin levels were above 7%. The most frequently identified source of exposure was the use of charcoal braziers. All patients received normobaric oxygen therapy, and 4.4% hyperbaric oxygen. **Conclusion:** The majority of CO poisoning cases occurred in children under 10 years of age, with the most frequent symptoms being headache, dizziness, nausea, and vomiting. The incidence was higher during winter months and in the evening hours, with charcoal braziers being the primary cause.

#### **KEYWORDS:**

Carbon monoxide poisoning; Carbon monoxide; Carboxyhemoglobin; Toxicity

#### **INTRODUCCIÓN**

El monóxido de carbono (CO) es un gas más liviano que el aire, inodoro incoloro y no irritante, de gran importancia sanitaria. Es un gas asociado a la actividad humana, ya que se genera por la combustión incompleta de compuestos orgá-

nicos tales como carbón, madera e hidrocarburos, entre los que se incluyen el butano y el propano (conocidos coloquialmente como gas de red o envasado), así como el kerosene. Este proceso ocurre en ausencia de oxígeno y tiene lugar en fuentes de calefacción o generación de energía <sup>1</sup>.

La exposición a altas concentraciones puede dar lugar a un cuadro de intoxicación con signos y síntomas inespecíficos siendo una de las causas más comunes de intoxicación fatal en muchos países, lo que lo convierte en un problema de salud pública grave a nivel mundial <sup>2,3,4,5</sup>.

Es una patología que se presenta habitualmente en el ambiente hogareño siendo evidente primero en los más pequeños, con una fuerte tendencia estacional siendo más frecuente en meses fríos <sup>6,7</sup> y durante la noche <sup>8</sup>.

Según el consenso universitario sobre CO de la UBA del 2019, los cuadros se dividen en "leves", ante la presencia de cefalea, mareos y vómitos, y "moderados o graves" ante alteraciones visuales o auditivas, irritabilidad o llanto, debilidad, confusión, síncope, convulsiones, coma y alteraciones cardíacas. En lactantes se describe la presencia de cuadros inespecíficos, enmarcados en la irritabilidad, llanto persistente, rechazo al alimento, deterioro del sensorio e hipertensión de fontanela anterior. El embarazo representa un factor de riesgo, por la mayor afinidad de la hemoglobina fetal por el CO <sup>9</sup>.

Debido al escaso conocimiento, tanto de la población en general como del equipo de salud, el grado de sospecha y diagnóstico es bajo, lo que podría explicar el retraso o la ausencia de la consulta, dando lugar a latencias prolongadas <sup>1,5</sup>.

La confirmación de la intoxicación por CO se realiza por medio de la medición del porcentaje de hemoglobina unida al CO o carboxihemoglobina (COHb) por medio de métodos bioquímicos en sangre. Se considera normal hasta 3% en no fumadores y hasta 7% en fumadores <sup>1</sup>. El tratamiento consta de la administración de oxígeno suplementario al 100% normobárico (a presión atmosférica) o hiperbárico (a 2,5 atmósferas) <sup>5</sup>.

Esta intoxicación es frecuente y muchas veces no es diagnosticada durante la atención de urgencia. El conocimiento de las manifestaciones clínicas producidas por la inhalación del mismo y la posibilidad de cuantificar COHb son elementos esenciales para su correcto diagnóstico y tratamiento adecuado <sup>5</sup>.

El objetivo del presente estudio es describir las fuentes de intoxicación, las características demográficas y clínicas de pacientes expuestos a CO, asistidos de forma presencial por el Servicio de Toxicología del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría, Sor María Ludovica (HIAEP SML), centro provincial de derivación pediátrica, durante los meses de otoño e invierno, información actualmente no disponible.

## MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo a partir de historias clínicas de pacientes que ingresaron en el Servicio de emergencias del HIAEP SML y fueron atendidos por profesionales del Servicio de Toxicología,

durante el período comprendido entre los meses de otoño e invierno (abril-septiembre) de 2017 a 2024.

Se relevaron las siguientes variables: Edad (años) y sexo del paciente, artefacto que generó el CO (brasero, calefón, estufa, horno o cocina, generador eléctrico o fuente desconocida), signos y síntomas, estacionalidad (mes del año) y año, franja horaria del día en que se realizó la consulta (6 a 11 h / 12 a 18 h / 18 a 23 h / 00 a 06 h), nivel de COHb (< 3%, entre 3 y 7% y > 7%), latencia (tiempo entre la identificación del cuadro y la consulta: menor de 2 horas / entre 2 y 4 horas / > 4 horas) y medidas terapéuticas (Oxígeno suplementario al 100%, "normobárico" (por máscara con reservorio no recirculante a 10 litros por minuto durante 6 horas) o "hiperbárico" (mayor a 2,5 atmósferas de presión, por medio de una cámara hiperbárica durante 90 minutos).

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. Se utilizó el programa Microsoft Excel® versión 2021. Las variables cuantitativas se informan como medidas de tendencia central y las cualitativas se informan como frecuencia o porcentajes.

Aspectos éticos: El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) de nuestro hospital.

## RESULTADOS

Se evaluaron 180 historias clínicas, que correspondieron a 65 intoxicaciones de grupos familiares por CO. La mediana de integrantes por hogar afectados fue 3 (Rango Intercuartil: 2-4)

El 59,4% de los pacientes correspondió al sexo femenino. La distribución por edad se presenta en la Tabla 1.

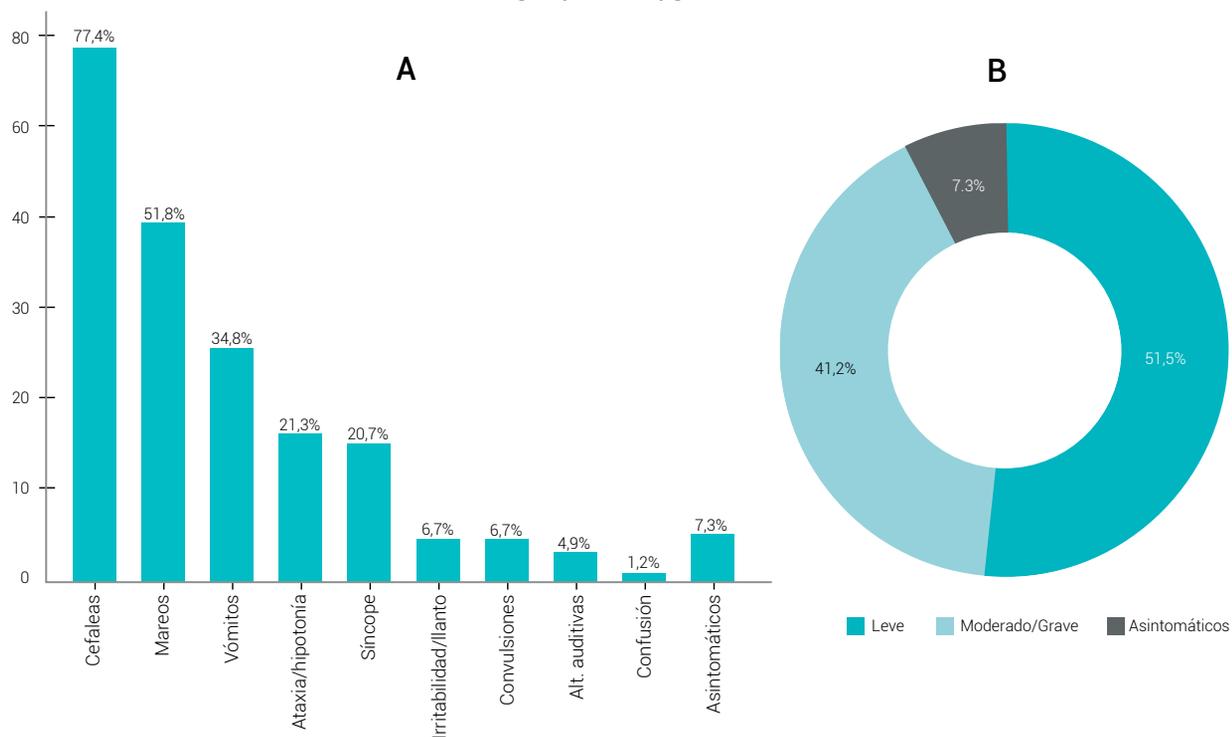
**Tabla 1: Distribución de los pacientes por grupo de edad (n=180).**

Edad (años)	Frecuencia (n)
< 10 años	42,2 % (76)
11-14	15,0 % (27)
15-20	4,4 % (8)
21-40	26,2 % (47)
>40	10,0 % (18)

\* sin datos: 2,2% (4 pacientes)

Los síntomas más frecuentes fueron la cefalea y los mareos. El 74.4% de los pacientes presentó más de un signo o síntoma. En el Gráfico 1 se presenta la frecuencia de síntomas y el nivel de gravedad.

Gráfico 1: Signos y síntomas y gravedad.

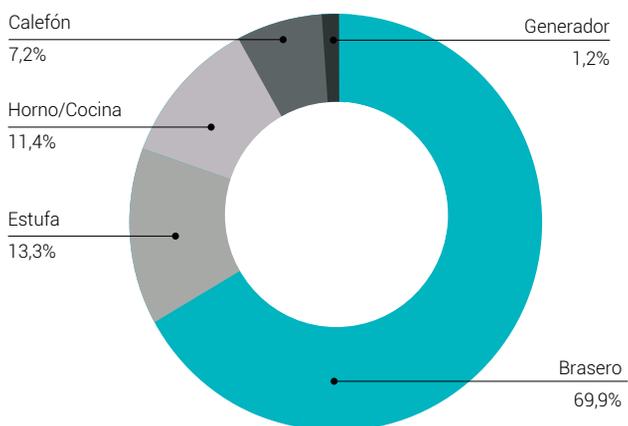


A. Frecuencia de aparición de signos y síntomas

B. Distribución porcentual según gravedad. \*Sin datos: 3 pacientes.

En el Gráfico 2 se presentan las fuentes causantes de las intoxicaciones (n=180).

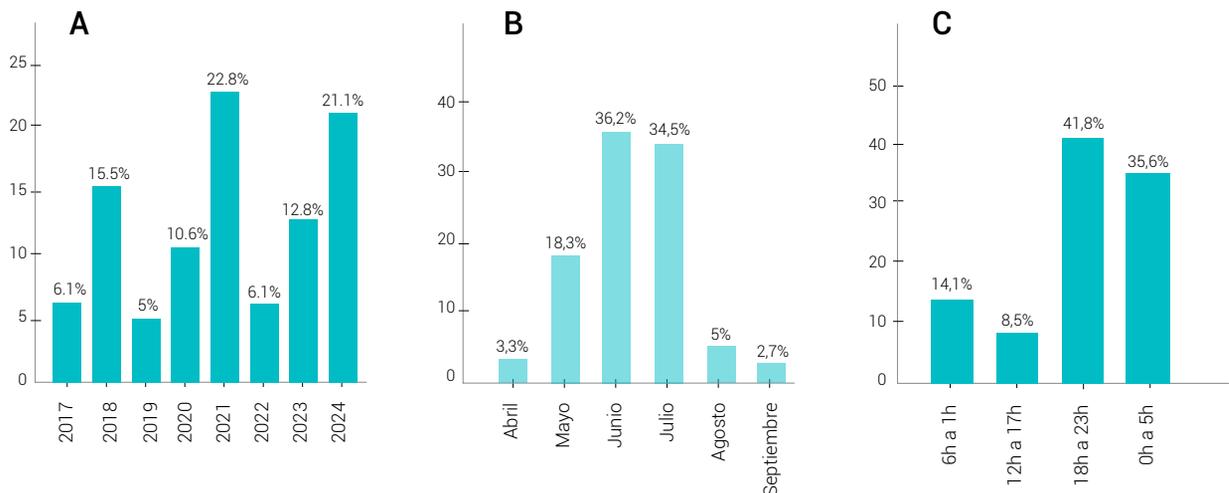
Gráfico 2: Fuentes causantes de las intoxicaciones.



\*Sin datos: 14 pacientes.

En el periodo de estudio, la distribución mostró un predominio de casos en los meses de junio y julio en todos los años. Respecto del momento de la consulta la mayoría fue durante la tarde y noche. Gráfico 3.

**Gráfico 3: Distribución de casos según año, mes y momento del día en que se realizó la consulta.**



**Gráfico 3: A. Distribución porcentual de casos según cada año, de 2017 a 2024 (n=180). B. Distribución porcentual de casos según mes, de abril a septiembre, de 2017 a 2024 (n=180). C. Distribución porcentual de casos según rango horario, de 2017 a 2024 (n=177), \* Sin datos: 1,7% (n=3).**

El 92,7% de los participantes presentó valores de COHb > 7% y el 6,3% entre 3 y 7%. Sólo en el 1% los valores fueron < 3%. La mediana fue 17,5% y el valor máximo 46%. En el 68,3% (n=110) de los casos el tiempo de latencia entre la identificación del cuadro y la consulta fue menor de 2 horas, el 26,1% (n= 42) entre 2 horas y 6 horas y el restante mayor a 6 horas.

Respecto al tratamiento, el 100% recibió O<sub>2</sub> suplementario normobárico y el 4,4% además recibió O<sub>2</sub> hiperbárico. El 2,8% (n=5) requirió derivación, 4 pacientes por aumento de enzimas cardíacas y una paciente embarazada para monitoreo fetal.

## DISCUSIÓN

La intoxicación por CO constituye un problema de salud pública prevenible. Los lactantes y los niños son un grupo de riesgo elevado y presentan mayor frecuencia de signos y síntomas de intoxicación respecto a los adultos, debido su mayor tasa metabólica y su mayor requerimiento de oxígeno <sup>11</sup>. En el presente estudio se observó un predominio de pacientes entre 1 y 10 años de edad. Cabe señalar que aunque el hospital es un centro pediátrico, el abordaje de esta intoxicación incluye a todo el grupo familiar, por lo que hubo una proporción importante de pacientes adultos (36,2%).

La sintomatología observada con más frecuencia en estos pacientes fue la presencia de cefalea, mareos y vómitos, que configuran al cuadro leve, seguido por la ataxia, la hipotonía y el síncope, que forman parte del cuadro mode-

rado y grave, en línea con lo reportado por otros autores <sup>7,9</sup>. El 74,4% presentó más de un signo o síntoma, habiéndose observado hasta 5 signos o síntomas en un mismo paciente.

El uso de braseros se describe como popular en países en desarrollo, principalmente en poblaciones de bajos recursos, como alternativa económica de calefacción y la bibliografía lo ha asociado frecuentemente a intoxicaciones por CO <sup>12</sup>. En nuestro estudio casi el 70% de los casos fue debido a esta fuente. En este tipo de artefacto se realiza la combustión de materia sólida como madera, carbón o briquetas de madera (elementos formados por la compactación de aserrín y viruta de madera) sin un sistema de ventilación al exterior. Se ha identificado que la combustión de estos elementos puede generar gran cantidad de CO, en menor cantidad de tiempo respecto a otras fuentes como kerosene, butano o propano <sup>12,13</sup>. También se ha demostrado un incremento rápido y exponencial de CO en ambientes pequeños, principalmente en los primeros 30-45 minutos de combustión en ambientes con escasa ventilación, debido a la relación inversa entre la tasa de generación de CO y la disponibilidad de O<sub>2</sub> <sup>10</sup>. En otros estudios, en población de bajos recursos, el brasero ha sido identificado como la principal fuente de exposición al CO, con cuadros de mayor gravedad <sup>8</sup>.

La mayor frecuencia de eventos fue registrada en los años 2021 y 2024 (22,8% y 21,2% respectivamente). No hemos identificado causas puntuales, como el registro de temperaturas más bajas en esos años, que puedan explicar esta distribución a lo largo del período en estudio.

Respecto de la estacionalidad, el 70,6% de los casos fueron durante los meses invernales, en nuestra región correspondientes a junio y julio, en los que se registran los días con temperaturas más bajas. Hallazgos similares fueron reportados por Vural et al en un estudio realizado en Turquía <sup>6</sup>.

La mayoría de las consultas se dieron entre las 18 horas y las 06 horas (77,4%) coincidiendo con otros estudios <sup>6,7,14</sup>. Es probable que la intoxicación con CO en este horario sea debido a la mayor presencia de personas dentro del hogar en horarios vespertinos y nocturnos, sumado, durante la época invernal, a la presencia de ambientes poco ventilados y al mayor uso de artefactos de calefacción durante los días fríos.

Si bien el diagnóstico se debe centrar en el cuadro clínico, la presencia de fuentes de CO y de cuadros clínicos de similares características en otras personas también expuestas, la confirmación se realiza por medio de la cooximetría. En nuestra población, se identificaron valores de CoHb > 7% en el 92,7%, con un promedio de CoHb de 17,3%, valores similares a los hallados por Unsal Sac et al. en 2014 <sup>8</sup>. Por otra parte, en nuestro estudio y coincidiendo con lo propuesto por Sahin et al., respecto a las intoxicaciones en pediatría, la mayor parte de las consultas se realizaron con una latencia menor a dos horas y rara vez luego de las 6 horas <sup>7</sup>. Los tiempos prolongados de latencia pueden modificar el nivel COHb, pudiendo haber un dosaje significativamente menor si el paciente permaneció respirando aire ambiente durante varias horas <sup>1</sup>.

Todos los pacientes recibieron O<sub>2</sub> al 100% de forma normobárica y solo el 4,4% recibió O<sub>2</sub> hiperbárico, no siendo utilizado en mayor cantidad de pacientes por limitaciones en la disponibilidad del recurso. El 2,8% de los pacientes, todos adultos, debió ser derivado, cuatro por alteraciones miocárdicas evidentes por cambios en el electrocardiograma o elevación de enzimas cardíacas y una paciente embarazada que fue derivada para el correspondiente monitoreo fetal<sup>1,5</sup>. La intoxicación por CO es un cuadro frecuente, potencialmente letal y con un tratamiento accesible y efectivo. Sin embargo, su diagnóstico suele demorarse debido al bajo nivel de sospecha, tanto de la población general como del equipo de salud. A esto se suma la escasez de recursos económicos, que favorece el uso de fuentes de calefacción inseguras, como los braseros, lo que incrementa el riesgo de exposición a concentraciones elevadas de CO. Contar con información actualizada sobre la situación en nuestro ámbito de atención resulta fundamental para diseñar estrategias de prevención eficaces, que incluyan campañas de concientización dirigidas a la comunidad y capacitaciones específicas para los equipos de salud, contribuyendo así a la prevención y diagnóstico oportuno.

### CONCLUSIÓN

La mayoría de los casos de intoxicación por CO fueron niños menores de 10 años, siendo los síntomas más frecuentes cefalea, mareos, náuseas y vómitos. La frecuencia fue mayor durante los meses de invierno, en horario vespertino y nocturno, siendo el uso de braseros la primera causa.

### AGRADECIMIENTOS

A Ana Varea y Lucrecia Fotia por su tiempo, colaboración, dedicación y apoyo.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Tomaszewski C. Carbon monoxide. En: Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 11ª ed. Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS, editores. McGraw-Hill Education. 2019. p. 1663-1675.
2. Long J, Sun Y, Zhao J, Liu J, Peng X. Temporal trends of carbon monoxide poisoning mortality at the global, regional and national levels: a cross-sectional study from the Global Burden of Disease study, 1990 and 2017. *BMJ Open*. 2021;11(11): e053240.
3. Dozoretz D, Zappitelli N, Popity A, Traverso C. Grado de conocimiento sobre monóxido de carbono en adultos acompañantes de pacientes internados en un hospital pediátrico. *Ludovica Pediátr*. 2024;27(1): 6-14.
4. Sayed M, Tamim H. Carbon monoxide poisoning in Beirut, Lebanon: Patient's characteristics and exposure sources. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 2014;7(4): 280-284.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por monóxido de carbono. 2a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016. Serie: Temas de Salud Ambiental N° 06. pp 62. ISBN 978- 950-38-0115-4.
6. Vural A, Dolanbay T. Early and late adverse clinical outcomes of severe carbon monoxide intoxication: A cross-sectional retrospective study. *PLoS One*. 2024;30;19(8): e0301399.
7. Sahin S, Carman KB, Dinleyici EC. Acute poisoning in children. data of a pediatric emergency unit. *Iran J Pediatr*. 2011; 21(4): 479-84.
8. Unsal Sac R, Taşar MA, Bostancı İ, Şimşek Y, Bilge Dallar Y. Characteristics of Children with Acute Carbon Monoxide Poisoning in Ankara: A Single Centre Experience. *J Korean Med Sci*. 2015: 1836-1840.
9. Cátedra de toxicología 1, Universidad de Buenos Aires. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por monóxido de carbono. 2019; pp: 52 Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-10/Consenso%20Universitario%20de%20Prevenci%C3%B3n%2C%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20las%20Intoxicaciones%20por%20Mon%C3%B3xido%20de%20Carbono.pdf>. Última consulta el 29 de mayo de 2025.
10. Thomassen Y, Brattebø G, Rostrup M. Carbon monoxide poisoning while using a small cooking stove in a tent. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2004;22(3): 204-206.
11. Kind T. Carbon monoxide. *Pediatr Rev*. 2005;26(4): 150-1.
12. Casey JG, Ortega J, Coffey E, Hannigan M. Low-cost measurement techniques to characterize the influence of home heating fuel on carbon monoxide in Navajo homes. *Sci Total Environ*. 2018;625: 608-618.
13. Winder C. Carbon monoxide-induced death and toxicity from charcoal briquettes. *Med J Aust*. 2012;197(6): 349-50.
14. Öz E, Küçükkeleşçi O, Kurt O, Vural A. Carbon monoxide poisoning: beyond survival - mortality, morbidities, and risk factors, a Turkey sample. *PeerJ*. 2023;11: e16093.

# RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA VALIDEZ DE CONTENIDO BASADA EN EL JUICIO DE EXPERTOS PARA UNA ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ EN LACTANTES CON SÍNDROME DE DOWN.

## RESUMEN

**Introducción:** El vínculo madre-lactante es el que se establece entre la madre y el bebé. Engloba a la comunicación y es el producto de un proceso comunicacional continuo. Para días sin dificultades en el desarrollo se utiliza la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé. Dado que los lactantes con Síndrome de Down (SD) presentan mayores dificultades en el desarrollo, resulta necesario contar con instrumentos específicamente adaptados. El objetivo fue analizar la validez de contenido del perfil 1 de la escala mediante el juicio de expertos, para su uso en días madre-lactante con SD entre 0 y 8 meses.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con diseño mixto. Profesionales expertos con experiencia clínica evaluaron cada ítem de la escala según los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Además, se recopilaron sugerencias cualitativas. El análisis cuantitativo incluyó el coeficiente V de Aiken por ítem y Kappa de Fleiss por criterio. Para los datos cualitativos se realizó el análisis temático de Braun y Clarke. El procesamiento estadístico se realizó con el software R versión 4.3.1 y SPSS versión 26. **Resul-**

---

## AUTORES:

---

JALIL ND<sup>1</sup>, 

JAUREGUIBERRY G<sup>2</sup>, 

FASANO MV<sup>2,3</sup>, 

CORONEL CP<sup>4</sup>, 

OIBERMAN AJ<sup>5</sup>, 

<sup>1</sup> Residencia Posbásica de Investigación en Salud Pública. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). H.I.A.E.P. "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

<sup>2</sup> Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). H.I.A.E.P. "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

<sup>3</sup> Centro de Matemática La Plata (CMA LP), Departamento de Matemática, Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

<sup>4</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT).

<sup>5</sup> Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Consejo Nacional de Investigaciones Técnicas y Científicas (CONICET). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia: NICOLÁS DAHER JALIL  
E-mail: [daherjaliloficial@gmail.com](mailto:daherjaliloficial@gmail.com)

---

**tados:** Participaron 29 profesionales de diversas disciplinas. La mayoría de los ítems de la escala obtuvieron un V de Aiken  $\geq 0,70$  con significación ( $p < 0,05$ ) para suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, excepto la función sostén ( $V = 0,59$ ;  $p = 0,229$ ). El Kappa de Fleiss indicó concordancia leve en suficiencia ( $K = 0,19$ ), moderado en claridad ( $K = 0,59$ ) y sustancial en coherencia ( $K = 0,61$ ) y relevancia ( $K = 0,70$ ). El análisis temático identificó ajustes necesarios en todas las dimensiones, especialmente para la función sostén. **Conclusión:** El análisis de la validez de contenido basado en el juicio de expertos respalda la revisión y adaptación de la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé para lactantes con Síndrome de Down.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Relaciones madre-hijo; Síndrome de Down; Estudio de validación.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The mother-infant bond refers to the relationship established between the mother and her baby. It encompasses communication and is the result of a continuous communicational process. The Mother-Infant Bond Observation Scale was originally designed for dyads without developmental difficulties. Given that infants with Down syndrome (DS) are at increased risk of developing conditions that may compromise their development, it is essential to have instruments specifically adapted to this population. The aim of this study was to analyze the content validity of profile 1 of the scale through expert judgment, for its use with mother-infant dyads with DS between 0 and 8 months. **Materials and Methods:** A descriptive study with a mixed-methods design was conducted. Professional experts with clinical experience evaluated each item of the scale according to the criteria of sufficiency, clarity, coherence, and relevance. Qualitative suggestions were also collected. Quantitative analysis included Aiken's V coefficient per item and Fleiss' Kappa per criterion. Qualitative data were analyzed using the thematic analysis approach by Braun and Clarke. Statistical processing was performed using R version 4.3.1 and SPSS version 26. **Results:** Twenty-nine professionals from various disciplines participated. Most items obtained Aiken's  $V \geq 0.70$  with statistical significance ( $p < 0.05$ ) for sufficiency, clarity, coherence, and relevance, except for the holding function ( $V = 0.59$ ;  $p = 0.229$ ). Fleiss' Kappa indicated slight agreement for sufficiency ( $K = 0.19$ ), moderate for clarity ( $K = 0.59$ ), and substantial for coherence ( $K = 0.61$ ) and relevance ( $K = 0.70$ ). Thematic analysis identified necessary adjustments in all dimensions, particularly regarding the holding function. **Conclusion:** The analysis of content validity based on expert judgment supports the revision and adaptation of the Mother-Baby Bond Observation Scale for infants with Down syndrome.

#### **KEYWORDS:**

Mother-child relations; Down Syndrome; Validation study

## INTRODUCCIÓN

El vínculo madre-lactante es el que se establece entre la madre y el bebé. Engloba a la comunicación y es el producto de un proceso comunicacional continuo, observable en distintos registros: corporal, visual y verbal <sup>1</sup>. Su conceptualización varía según el marco teórico y las técnicas empleadas para evaluarlo. En general se lo considera una relación cercana caracterizada por afecto maternal positivo, que puede desarrollarse durante la gestación o después del nacimiento <sup>2</sup>.

Dicho vínculo puede abordarse desde una dimensión cognitivo-emocional a través de cuestionarios o entrevistas o, desde su expresión comportamental, mediante técnicas de observación. Algunas herramientas con evidencias de validez para su evaluación son: Maternal Sensitivity Scale (AMSS) <sup>3</sup>, Maternal Behavior Q-Sort (MBQS) <sup>4</sup> y Attachment During Stress Scale (ADS) <sup>5</sup>. Sin embargo, ninguna cuenta con estudios que reporten su validez en población argentina. En el contexto local, se desarrolló la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé <sup>1</sup>, diseñada para díadas sin dificultades del desarrollo en consultas pediátricas.

Estudios previos han señalado relación entre las primeras interacciones madre-lactante y la maduración infantil <sup>6-10</sup>, lo cual cobra especial relevancia en lactantes con afecciones genéticas como el Síndrome de Down (SD), ya que presentan un mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo <sup>11-12</sup>.

En 2023 la prevalencia de nacimientos con SD en Argentina fue de 21,12 por cada 10.000 nacidos vivos <sup>13</sup>. Pese a ello, los estudios sobre el vínculo madre-lactante en dicha población son escasos y en general se centran en niños mayores de 16 meses, con resultados dispares debido al uso de instrumentos ad hoc y marcos teóricos diversos <sup>14</sup>. Esta limitación impide esclarecer qué comportamientos son significativos en la interacción durante el primer año de vida, etapa en la que el desarrollo de estos niños suele ser más lento que en sus pares con desarrollo típico <sup>15-19</sup>.

La ausencia de instrumentos validados para evaluar el vínculo en lactantes con discapacidad constituye un desafío para la práctica clínica y la investigación. La validez de contenido de una escala es esencial para asegurar que los ítems representen adecuadamente el constructo a evaluar y puede establecerse mediante análisis teóricos, revisión de literatura o juicio de expertos <sup>20-26</sup>. La Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé desarrollada por Oiberman <sup>1</sup> fue diseñada para su aplicación en díadas sin dificultades en el desarrollo y posee dos perfiles: perfil 1 (de 0 a 6 meses) y perfil 2 (de 7 a 15 meses). Este estudio propone analizar la validez de contenido del perfil 1 mediante el juicio de expertos, con el objetivo de adaptarla para su aplicación en díadas madre-lactante de 0 a 8 meses con diagnóstico de SD.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con diseño mixto.

Se analizó la validez de contenido del perfil 1 de la Escala de Observación del

Vínculo Madre-Bebé <sup>1</sup> para su uso en lactantes con SD mediante juicio de expertos. Este último entendido como una opinión informada de profesionales reconocidos como expertos calificados para realizar la valoración del instrumento <sup>20,22-26</sup>.

La muestra incluyó profesionales con experiencia en infancia, discapacidad y SD. La selección se realizó por conveniencia, considerando el acceso a dichos profesionales, quienes desarrollaban sus actividades en la institución participante o en ámbitos de salud similares.

Luego de firmar el consentimiento informado, se les entregó la escala junto con una encuesta basada en Escobar Pérez y Cuervo Martínez <sup>20</sup>, que evalúa cuatro criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Cada criterio fue calificado como "1: No cumple" o "2: Si cumple". También se recogieron sugerencias abiertas para análisis cualitativo.

La escala de Oiberman <sup>1</sup> permite observar la relación madre-lactante sin intervenir, con mínimos materiales, y evaluar cuali-cuantitativamente la interacción durante una consulta pediátrica en cuatro dimensiones: función visual (FVI), corporal (FC), verbal (FVE) y de sostén (FS).

Los indicadores para cada dimensión en el perfil 1 (0 a 6 meses) incluyen:

**FVI:** Comportamientos visuales. Incluye 7 indicadores: 3 del lactante, 3 de la madre y 1 para ambos.

**FC:** Comportamientos táctiles, contacto corporal (caricias, besos, juegos, entre otros). Contiene 5 indicadores: 2 del lactante, 2 de la madre y 1 para ambos.

**FVE:** Comportamientos verbales o vocales. Incluye 3 indicadores: 1 del lactante, 1 de la madre y 1 para ambos.

**FS:** Modos de sostener al lactante y cómo este se acomoda. Aunque se mantiene como ítem de respuesta abierta, solo se puntúa a partir del segundo semestre por su especificidad y variaciones culturales.

Cada ítem se puntúa según presencia o ausencia de comportamiento: 0 (ausente), 1 (realizado por un miembro de la díada), 2 (realizado por ambos durante al menos 20 segundos). Las dimensiones FVI, FC y FVE se clasifican en: ausencia de comunicación, comunicación inadecuada, buena o muy buena.

**Análisis de datos:** Se utilizó el software R versión 4.3.1 y IBM SPSS Statistics versión 26.

En un primer análisis, se calculó V de Aiken <sup>27</sup> y su respectiva significancia estadística para cada ítem de la escala. Se trata de un procedimiento que se puede utilizar en una variedad de situaciones en las que interviene el juicio de varios evaluadores sobre la validez de contenido de una escala, cualquiera sea el número de categorías de clasificación, es decir, que puede utilizarse tanto sobre datos nominales como ordinales y su valor oscila entre 0 y 1.

En un segundo análisis se realizó el cálculo de Kappa de Fleiss <sup>28</sup> en general para cada criterio de evaluación (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia), el cual mide el grado de acuerdo entre más de dos evaluadores que evalúan datos nominales corrigiendo el grado de acuerdo esperado por el azar.

Los valores fueron interpretados según Landis y Koch <sup>29</sup>: Pobre (0.00), leve (0.01–0.20), justo (0.21–0.40), moderado (0.41–0.60), sustancial (0.61–0.80), y casi perfecto (0.81–1.00).

Por último, se realizó un análisis temático de las sugerencias aportadas por los encuestados siguiendo el método de Braun y Clark <sup>30</sup>.

**Aspectos éticos:** El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" (La Plata).

## RESULTADOS

Participaron un total de 29 profesionales, distribuidos de la siguiente manera: 10 psicólogos/as, 5 médicos/as genetistas, 4 pediatras, 4 fonoaudiólogos/as, 4 kinesiólogos/as, 1 nutricionista (especialista en salud materno-infantil) y 1 licenciada en educación especial. Del total, 24 eran de sexo femenino (82,8%). Todos los participantes contaban con al menos una especialización de posgrado, y la mayoría (96,6%) se desempeñaba laboralmente en el subsector público de salud.

Según el coeficiente V de Aiken, se obtuvieron valores  $\geq 0,70$  con significación estadística ( $p < 0,05$ ) en los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para los ítems correspondientes a las dimensiones de función visual (FVI), función corporal (FC) y función verbal (FVE) (Tabla 1).

**Tabla 1. Coeficiente V de Aiken para función visual, corporal y verbal**

ÍTEM	DIMENSIÓN	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA
1	FVI	0.72, $p=0,012$	0.90, $p < 0,001$	0.86, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$
2			0.86, $p < 0,001$	0.86, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$
3			0.86, $p < 0,001$	0.86, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$
4			0.93, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$
5	FC	0.83, $p < 0,001$	0.86, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$
6			0.90, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$
7			0.93, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$
8	FVE	0.79, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$	0.93, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$
9			0.90, $p < 0,001$	0.90, $p < 0,001$	0.86, $p < 0,001$

En cuanto a la suficiencia de la función sostén (FS) no hubo acuerdo, ya que se obtuvo un coeficiente V = 0,59 ( $p=0,229$ ), aunque hubo acuerdo significativo respecto a su claridad, coherencia y relevancia (Tabla 2).

**Tabla 2. Coeficiente V de Aiken para la función sostén**

ÍTEM	DIMENSIÓN	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA
10*	FS	0.59 $p=0,229$	0.76 $p=0,004$	0.76 $p=0,004$	0.83 $p < 0,001$

\*La versión original de la escala de Oiberman no incluye comportamientos para la función sostén antes de los 6 meses debido a su especificidad y diferencias culturales.

El análisis mediante Kappa de Fleiss mostró una fuerza de concordancia leve para el criterio de suficiencia ( $K = 0,19$ ,  $p = 0,011$ ), moderada para claridad ( $K = 0,59$ ,  $p = 0,000$ ), y sustancial tanto para coherencia ( $K = 0,61$ ,  $p = 0,000$ ) como para relevancia ( $K = 0,70$ ,  $p = 0,000$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3. Kappa de Fleiss**

FUERZA DE CONCORDANCIA SEGÚN KAPPA DE FLEISS		
Criterio	K	Fuerza de concordancia*
Suficiencia	0,193 $p= 0,011$	Leve
Claridad	0,593 $p= 0,000$	Moderado
Coherencia	0,609 $p= 0,000$	Sustancial
Relevancia	0,698 $p= 0,000$	Sustancial

\*Interpretación según Landis y Koch<sup>29</sup>.

### Análisis temático

El análisis temático es un procedimiento que se usa para el análisis sistemático de datos cualitativos, permitiendo identificar, organizar y brindar información sobre patrones de significados o temas en un conjunto de datos 30. Los resultados que se detallan a continuación muestran convergencia en ciertos temas emergentes en relación con las funciones de la escala y aspectos complementarios de la misma:

**FVI:** Cuatro expertos manifestaron que esta dimensión no puede ser evaluada en etapas muy tempranas del desarrollo y subrayaron la necesidad de considerar posibles dificultades visuales asociadas al SD como comorbilidades relevantes. Un evaluador señaló que los ítems asociados a esta función resultaban repetitivos.

**FC:** Dos profesionales indicaron que el contacto corporal en lactantes con SD puede desarrollarse más lentamente, por lo que sería difícil de observar antes de los cinco meses. Un experto propuso considerar lo corporal como reacción a la voz; otro sugirió su posible integración con la función sostén; y otro destacó que el discurso materno también puede observarse en el plano corporal.

**FVE:** Seis expertos coincidieron que deberían incorporarse gestos y reacciones no verbales (como gorjeos o movimientos corporales) como indicadores de reacción a la voz, entendiendo el discurso como una dimensión que involucra lo verbal y lo corporal. Además, dos evaluadores recomendaron que esta dimensión contemple los precursores del lenguaje, fundamentales para el desarrollo comunicativo.

**FS:** Doce expertos destacaron la relevancia de incluir esta dimensión en la escala. Entre los fundamentos ofrecidos, dos señalaron su importancia en el abordaje de la hipotonía característica del SD, uno mencionó su valor para el desarrollo del vínculo, y otros dos profesionales destacaron su implicancia en el desarrollo de la atención y el manejo postural del lactante. Un experto sugirió incluso su descripción cualitativa. No obstante, tres profesionales cuestiona-

ron su inclusión por considerarla difícil de evaluar, precisamente debido a la hipotonía.

**Cuidado del lactante:** Tres expertos propusieron incorporar indicadores observables relacionados con el cuidado cotidiano del lactante, como el aseo y la vestimenta.

**Lactancia:** Dos profesionales recomendaron incluir ítems vinculados a la alimentación del bebé, por considerarla una dimensión central en la interacción madre-lactante.

**Comorbilidades:** Cuatro expertos sugirieron tener en cuenta posibles comorbilidades del SD, como cardiopatías y dificultades visuales o auditivas, así como antecedentes de prematuridad. Dos evaluadores también señalaron que el momento del diagnóstico (prenatal o posnatal) podría influir en la dinámica vincular.

**Pautas de desarrollo:** Cuatro expertos destacaron la necesidad de considerar las pautas específicas de maduración en lactantes con SD, remarcando que los hitos pueden alcanzarse con un ritmo más lento que en el desarrollo típico.

**Contexto de observación:** Tres profesionales consideraron importante tener en cuenta la influencia del contexto en que se realiza la observación, señalando que puede influir en los comportamientos de la díada.

**Otros:** Se mencionaron otros elementos importantes a tener en cuenta en la observación, un profesional señaló los tiempos de reciprocidad, dos la sonrisa, dos la dimensión afectiva del vínculo, uno la interacción con otros familiares, y uno la inclusión de un ítem de apreciación clínica cualitativa.

## DISCUSIÓN

La Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé<sup>1</sup> fue diseñada originalmente para evaluar las interacciones visuales, corporales, verbales y de sostén en consultas pediátricas, en lactantes sin dificultades del desarrollo. La adaptación de este instrumento para su aplicación en población con Síndrome de Down (SD) en nuestro contexto surge de la necesidad de contar con una herramienta específica que contemple las particularidades del desarrollo en esta población, dado que dichas características podrían estar relacionadas con la calidad del vínculo.

Durante los primeros meses de vida, los comportamientos motrices pueden verse disminuidos en lactantes con SD, y se ha observado una diferencia de hasta dos meses en el desarrollo alcanzado entre los seis y doce meses, en comparación con lactantes con desarrollo típico<sup>17</sup>. La hipotonía que caracteriza a los lactantes con SD puede afectar su desarrollo desde los primeros meses de vida y dificultar las respuestas en la interacción de la díada madre-lactante, por ello es importante contar con instrumentos sensibles a esos aspectos<sup>31-32</sup>. En esa línea, una investigación reciente comparó las interacciones en díadas madre-lactante con SD versus desarrollo típico, encontrando que los cuidadores de niños con SD mostraron significativamente menor

sensibilidad y mayor directividad, y los niños con SD presentaron niveles más bajos de atención y reciprocidad durante la interacción<sup>33</sup>.

La validez de contenido es un aspecto importante en la evaluación psicométrica de los instrumentos, y puede fundamentarse a partir del diseño de ítems basados en teorías previas o revisiones de la literatura y el juicio de expertos. Sin embargo, en el caso de los instrumentos utilizados para evaluar el vínculo madre-lactante, es poco frecuente que se reporten evidencias formales de validez de contenido, especialmente aquellas basadas en juicio de expertos<sup>34-36</sup>. Por citar algunos ejemplos, la Maternal Sensitivity Scale (AMSS)<sup>3</sup> mide la sensibilidad materna entendida como aquella capacidad de la madre para responder de manera adecuada a las señales del lactante, y se utiliza en niños de 3 a 24 meses en contextos cotidianos y experimentales. Algunos estudios particulares que usaron la AMSS como herramienta de observación indicaron evidencias de confiabilidad interobservador<sup>37-38</sup>, sin embargo, la confiabilidad en la forma en que se interpreta un instrumento aumenta la confianza en los resultados, pero no garantiza que la escala mida realmente lo que pretende medir, es decir su validez.

Por su parte, el Maternal Behavior Q-Sort<sup>4</sup> también registra aspectos observables de la sensibilidad materna en la díada madre-lactante en contextos habituales. La versión original de este instrumento se construyó con base en la conceptualización de Ainsworth<sup>3</sup> sobre el apego y la sensibilidad materna, así como en la escala AMSS, e incluyó en su diseño una evaluación del instrumento a partir de expertos (psicólogos familiarizados con la teoría) a partir de lo cual se descartaron aquellos ítems poco claros o ambiguos. Esta escala cuenta con adaptación lingüística al español<sup>39</sup> y es usada en investigaciones con niños menores de un año<sup>40-42</sup>. Si bien la adaptación lingüística es un paso necesario para aplicar un instrumento en otro idioma o cultura, este proceso por sí solo no garantiza que los ítems sean adecuados para representar el constructo que se desea evaluar, como sí se hizo en el contexto tailandés donde luego de la adaptación lingüística del mismo instrumento se evaluó la validez de contenido mediante juicio de expertos<sup>43</sup>.

En toda aplicación de un instrumento hay inferencias específicas que se realizan a partir de los puntajes de la prueba, por lo que el uso para un propósito diferente al que fue desarrollado originalmente requiere examinar una vez más el contenido para su adecuación al nuevo propósito, ya que de no hacerlo se podría poner a un grupo de evaluados en ventaja o desventaja en relación con otros<sup>23</sup>.

En este sentido, herramientas que cuenten con evidencia de validez de contenido que contemplen las particularidades del desarrollo infantil y las formas específicas de interacción en díadas madre-lactante con SD resulta fundamental para fortalecer las estrategias de investigación, prevención, diagnóstico oportuno e intervención temprana<sup>44</sup>.

En nuestro estudio, según los resultados de V de Aiken los expertos que evaluaron el perfil 1 de la escala de Oiberman coincidieron en la suficiencia, claridad,

coherencia y relevancia de los ítems incluidos en la función visual (FVI), corporal (FC) y verbal (FVE). Sin embargo, que no haya habido acuerdo significativo para la suficiencia de la función sostén (FS), nos indica que los evaluadores no coincidieron en si los ítems que pertenecen a esta función bastan para obtener la medición de la misma, a pesar de que coincidieron en que su contenido es claro, coherente y relevante. En el mismo sentido, la fuerza de concordancia leve en el criterio de suficiencia obtenida para el Kappa de Fleiss, calculado en general para cada criterio, nos indica que los expertos tuvieron opiniones diferentes a la hora de valorar si los ítems agrupados bajo cada función son suficientes para dar cuenta de estas. Este análisis fortalece los resultados de V de Aiken, al evaluar la fuerza de concordancia que hubo entre las opiniones de los expertos.

En su aspecto teórico, el sostén es una de las características básicas de la función materna para Winnicott <sup>45</sup> y se relaciona con la forma de cargar al lactante y en la capacidad de la madre para identificarse con él, logrando disminuir la angustia que generaría en el niño una falla en este sentido. Para Oiberman <sup>1</sup> se trata de un constructo que se puede operacionalizar y observar en el vínculo, en las distintas modalidades de sostener al lactante en brazos y en cómo él se acomoda a los brazos de su madre.

La dimensión FS no incluía ítems con comportamientos de la díada en el perfil 1 de la escala original. Esto se debe a que, en la población sin dificultades del desarrollo y en el contexto clínico de validación original, esta dimensión presentaba una especificidad propia que la volvía difícil de observar antes de los seis meses de vida, además de estar atravesada por variaciones culturales <sup>1</sup> (como puede ser el uso del aguayo en mujeres andinas). En nuestra investigación, no se logró un acuerdo significativo respecto a la suficiencia de esta dimensión, aunque sí se obtuvo acuerdo significativo en cuanto a su claridad, coherencia y relevancia. En otras palabras, la suficiencia de FS podría operacionalizarse incluyendo comportamientos observables que den cuenta, por ejemplo, de si los miembros de la díada se muestran tranquilos y cómodos, o si, por el contrario, existe rigidez o incomodidad. Una aproximación a esta operacionalización puede hallarse en lo propuesto por la Attachment During Stress Scale (ADS)<sup>5</sup>, diseñada para evaluar la calidad de las interacciones madre-lactante en términos de apego y en situaciones no habituales, como podría ser el caso de una consulta médica. Esta escala evalúa seis dimensiones: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. Un estudio en Chile siguió un proceso de validación que incluyó revisar su contenido según juicio de expertos <sup>46</sup>.

Respecto al análisis temático de las sugerencias de los expertos, el mismo informa que la escala indaga aspectos relevantes sobre lo que se pretende evaluar, sin embargo, se sugieren varios ajustes para mejorar su especificidad, considerando las particularidades del desarrollo en los lactantes y las posibles comorbilidades del SD. Se recomendaron ajustes en la evaluación de los ítems englobados en las funciones visual, corporal y verbal y, por otro lado, se

destacó la relevancia de incluir la dimensión FS en la observación del vínculo en coincidencia con los resultados de V de Aiken y Kappa de Fleiss. Dado que el discurso materno podría observarse en lo corporal (por ejemplo, en las reacciones no verbales a la voz de la madre) y dada su estrecha relación a la hipotonía de los lactantes con SD, su registro podría ser importante para dar cuenta del establecimiento del vínculo y las características particulares del desarrollo. La revisión del instrumento de base y las sugerencias permitirán una mejor adaptación de la escala a las necesidades de la población que se pretende evaluar.

### **CONCLUSIÓN**

Los resultados del análisis de validez de contenido según el juicio de expertos, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, reflejan que la Escala de Observación del Vínculo Madre-Bebé es un instrumento que incluye aspectos relevantes para evaluar el vínculo en díadas de lactantes con Síndrome de Down (SD). Sin embargo, se identificó la necesidad de mejorar la escala en cuanto a la suficiencia de sus ítems. Además, se sugieren ajustes específicos en las funciones visual, corporal, verbal y en la inclusión de la función sostén, lo cual permitirá una mejor adaptación a las particularidades de la población que se pretende evaluar, teniendo en cuenta las características específicas del desarrollo en estos lactantes y las posibles comorbilidades del síndrome.

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al equipo del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) "Prof. Dr. Fernando E. Viteri" y a la Residencia Posbásica de Investigación en Salud Pública del Hospital Sor María Ludovica de La Plata, en particular a su Coordinadora Docente, Lic. Lucrecia Fotia Perniciaro, por el acompañamiento sostenido y permitir que este proyecto sea posible.

Extendemos nuestro agradecimiento a las y los 29 profesionales que participaron voluntariamente en la evaluación de la escala, así como a la Mg. Ana Varea, cuya colaboración fue clave para contactar a varios de ellos.

También agradecemos especialmente a la Dra. Ana Damia y a la Dra. Celeste Martinoli, médicas genetistas, y a la Dra. María Victoria Escobar y a la Dra. Mónica Sánchez, médicas neonatólogas, así como al equipo de residentes, quienes posibilitan diariamente la continuidad de este proyecto.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Oiberman A. Observando a los bebés. Estudio de una técnica de observación madre-hijo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
2. Nakić Radoš S, Hairston I, Handzelalts JE. The concept analysis of parent-infant bonding during pregnancy and infancy: A systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol*. 2024;42(2):142–165.
3. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
4. Pederson DR, Moran G, Sitko C, Campbell K, Ghesquire K, Acton H. Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Dev*. 1990;61(6):1974–1983.
5. Massie H, Campbell B. The scale of mother-infant attachment indicators during stress. In: Call J, Galenson E, Tyson R, editors. *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books; 1983. p. 394–412.
6. Soukup-Ascencao T, D'Souza D, D'Souza H, Kamiloff-Smith A. Parent-child interaction as a dynamic contributor to learning and cognitive development in typical and atypical development. *Infancia y Aprendizaje*. 2016;39(4):694–726.
7. Rocha NACF, dos Santos Silva FP, Dos Santos MM, Dusing SC. Impact of mother-infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *J Child Health Care*. 2020;24(3):365–385.
8. Le Bas GA, Youssef GJ, Macdonald JA, Mattick R, Teague SJ, Honan I, et al. Maternal bonding, negative affect, and infant social-emotional development: A prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2021;281:926–934.
9. Chaves KYDS, Campos MMMS, Nobre RA. Mother-child bonding, environment, and motor development of babies at risk accompanied by a follow-up. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2022;21:1015–1023.
10. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C, Seneviratne G, Leightley D, et al. Mother-infant interaction and infant development in women at risk of postpartum psychosis with and without a postpartum relapse. *Psychol Med*. 2024;54(4):823–834.
11. Schworer EK, Fidler DJ, Kaur M, Needham AW, Prince MA, Daunhauer LA. Infant precursors of executive function in Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2022;66(1-2):108–120.
12. Onnivello S, Schworer EK, Daunhauer LA, Fidler DJ. Acquisition of cognitive and communication milestones in infants with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2023;67(3):239–253.
13. Ministerio de Salud de la Nación. Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC): Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos, registradas durante 2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2024. Disponible en: <https://ine.gov.ar/images/docs/RepRENAC2024.pdf#page=39.89>
14. Daunhauer L, Schworer E, Howshar M. Parenting matters: Parent-child interactions in Down syndrome and recommendations for future research. *Int Rev Res Dev Disabil*. 2017;53:1–43.
15. Berger J, Cunningham C. The development of eye contact between mothers and normal versus Down's syndrome infants. *Dev Psychol*. 1981;17(5):678–689.
16. Berger J, Cunningham C. Development of early vocal behaviors and interactions in Down's syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs. *Dev Psychol*. 1983;19(3):322–331.
17. Schapira I, Ferrari A, Aspres N, Guardioli A, Antoniutti A, Bedacarratz R. Síndrome de Down: evaluación del desarrollo psicomotor en menores de dos años y el impacto hacia la integración social y familiar. *Rev Med Int Sindr Down*. 2007;11(1):2–8.
18. Rodríguez-Barrera J, Chaves Castaño L. ¿Cuál es el nivel de desarrollo esperable para un niño con síndrome de Down en sus primeros años de vida? *Univ Psychol*. 2017;16(4):259–271.
19. Baumer N, DePillis R, Pawlowski K, Zhang B, Mazumdar M. Developmental Milestones for Children With Down Syndrome. *Pediatrics*. 2024;154(4):e2023065402.
20. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Av Medición*. 2008;6(1):27–36.
21. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. International consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient reported outcomes: results of the COSMIN study. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:737–745.
22. De Vet HC, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
23. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014.
24. Tsang S, Royse C, Terkawi A. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi J Anaesth*. 2017;11(1):80–89.
25. Medrano L, Pérez E, compiladores. *Manual de psicometría y evaluación psicológica*. 2a ed. ampliada. Córdoba: Editorial Brujas; 2019.
26. Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *REIRE Rev Innov Recerca Educ*. 2024;17(2):1–19.
27. Aiken LR. Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educ Psychol Meas*. 1980;40(4):955–959.

## BIBLIOGRAFÍA:

28. Fleiss J. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull.* 1971;76(5):378–382.
29. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159–174.
30. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: Cooper H, Camic PM, Long DL, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ, editors. *APA handbook of research methods in psychology. Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.* Washington, DC: *American Psychological Association*; 2012. p. 57–71.
31. Alarcón Benítez D, Beytía Reyes MA, Escobar RG, Nuñez Farías A, López Bohner ME, Avila-Smirnow D. Síndrome hipotónico del recién nacido y lactante. *Andes Pediatr.* 2022;93(4):458–469.
32. Hidalgo Robles Á, Paleg GS, Livingstone RW. Identifying and Evaluating Young Children with Developmental Central Hypotonia: An Overview of Systematic Reviews and Tools. *Healthcare (Basel).* 2024;12(4):493.
33. Fernández AK, Aparicio A, Tenorio M. Comparative analysis of early caregiver-child interaction patterns in infants and toddlers: Evaluating Down syndrome vs. typical development. *J Intellect Disabil Res.* 2025;69(3):193–203.
34. Lotzin A, Lu X, Kriston L, Schiborr J, Musih L, Romer G, Ramsauer B. Observational tools for measuring parent–infant interaction: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015;18(2):99–132.
35. Wittkowski A, Vatter S, Muhinyi A, Garrett C, Henderson M. Measuring bonding or attachment in the parent-infant-relationship: A systematic review of parent-report assessment measures. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(3):395–412.
36. Shone I, Gregg L, Wittkowski A. Assessing the parent-infant relationship: a two-stage, COSMIN-informed systematic review evaluating clinician-rated measures. *Front Psychiatry.* 2025;16:1426198.
37. van Vliet MS, Mesman J, Schultink JM, Vereijken CMJL, Martens VEG, van der Veek SMC. Maternal sensitivity during mealtime and free play: Differences and explanatory factors. *Infancy.* 2022;27(3):630–644.
38. Fink E, Foley S, Browne W, Hughes C. Parental sensitivity and family conversation: A naturalistic longitudinal study with both mothers and fathers across three time-points in early infancy. *Infant Ment Health J.* 2024;45(4):357–368.
39. Posada G, Jacobs A, Carbonell OA, Alzate G, Bustamante MR, Arenas A. Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts. *Dev Psychol.* 1999;35(6):1379–1388.
40. Nóbrega M, Bárrig P, Conde G, Núñez del Prado J, Carbonell OA, Altmann de Litvan M, et al. Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Univ Psychol.* 2016;15(1):245–260.
41. Bárrig-Jó P, Nóbrega M, Ugarte A. Evidencias de validez convergente y de criterio del maternal Behavior Q-Sort (MBQS) 3.1 en Madres Peruanas. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol.* 2020;3(56):117.
42. Salinas-Quiroz F, Martínez Pineda A, Plata Contreras SJ, Silva Cabrera PE, Cambón Mihalfi V, Cortes Rojas W. Dimensionalidad del Maternal Behavior Q-Sort en muestras de México, Colombia y Uruguay. *Rev Iberoam Psicol.* 2020;13(3):109–118.
43. Chaimongkol NN, Flick LH. Maternal sensitivity and attachment security in Thailand: cross-cultural validation of Western measures. *J Nurs Meas.* 2006;14(1):5–17.
44. Lanfranchi S, Onnivello S, Walsh M, Colaianni S, Pinks M, Marcolin C, et al. Considerations for developing syndrome-informed early interventions for children with neurogenetic conditions. *Int Rev Res Dev Disabil.* 2024;67:45–69.
45. Winnicott DW. The relationship of a mother to her baby at the beginning. In: Caldwell L, Robinson H, editors. *The collected works of D. W. Winnicott. Vol. 1.* Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 87–92.
46. López CM, Ramírez MA. Validación de un instrumento para la evaluación del apego en lactantes chilenos. *Rev Chil Med Fam.* 2007;8(2):74–80.

ANEXO						
1. VALIDEZ DE CONTENIDO SEGÚN V DE AIKEN						
ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ (0 A 6 MESES)						
DRA. ALICIA OIBERMAN						
FUNCIÓN	ÍTEM		CRITERIO	V AIKEN	P-VALOR	
	BEBÉ	MAMÁ				
Visual	1	Mira con atención	Lo mira	Suficiencia	0,72	0,012
				Claridad	0,90	<0,001
				Coherencia	0,86	<0,001
				Relevancia	0,93	<0,001
	2	Busca que la madre lo mire	Responde	Claridad	0,86	<0,001
				Coherencia	0,86	<0,001
				Relevancia	0,93	<0,001
	3	Responde	Busca que el bebé la mire	Claridad	0,86	<0,001
				Coherencia	0,86	<0,001
				Relevancia	0,90	<0,001
	4	Se miran		Claridad	0,93	<0,001
				Coherencia	0,93	<0,001
				Relevancia	0,90	<0,001
Corporal	5	Responde	Busca acariciar al bebé	Suficiencia	0,83	<0,001
				Claridad	0,86	<0,001
				Coherencia	0,90	<0,001
	6	Busca tocar a la madre	Acepta	Relevancia	0,93	<0,001
				Claridad	0,90	<0,001
				Coherencia	0,93	<0,001
	7	Se tocan		Relevancia	0,93	<0,001
				Claridad	0,93	<0,001
				Coherencia	0,93	<0,001
	Verbal	8	Vocaliza	Le habla	Relevancia	0,90
Claridad					0,93	<0,001
Coherencia					0,93	<0,001
Suficiencia					0,79	<0,001
9		Se hablan		Claridad	0,90	<0,001
				Coherencia	0,90	<0,001
				Relevancia	0,86	<0,001
Sostén	10			Suficiencia	0,59	0,229
				Claridad	0,76	0,004
				Coherencia	0,76	0,004
				Relevancia	0,83	<0,001

ANEXO

2. ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ, PERFIL 1. (OIBERMAN, 2001).

PERFIL DE LA OBSERVACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ (0 A 6 MESES) LIC. ALICIA OIBERMAN		EDAD BEBÉ			EDAD BEBÉ			EDAD BEBÉ			EDAD BEBÉ			EDAD BEBÉ			
		1ª Observación			2ª Observación			3ª Observación			4ª Observación			5ª Observación			
	BEBÉ	MAMÁ	Bebé	Mamá	Pje	Bebé	Mamá	Pje									
Función Visual	1.Mira con atención	Lo mira															
	2.Busca que la madre lo mire	Responde															
	3.Responde	Busca que el bebé la mire															
	4.Se miran																
Función Corporal	5.Responde	Busca acariciar al bebé															
	6.Busca tocar a la madre	Acepta															
	7.Se tocan																
Función Verbal	8.Vocaliza	Le habla															
	9.Se hablan																
Función Sostén																	
Puntaje total																	

PUNTAJE:  
 2 P. AMBOS REALIZAN LA CONDUCTA  
 1P. UNO DE LOS DOS MIEMBROS LA REALIZA  
 0P. NINGUNO DE LOS DOS MIEMBROS LA REALIZA.

# ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE RAZONAMIENTO CLÍNICO MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.

## RESUMEN

**Introducción:** El entrenamiento de los estudiantes para la adquisición de las habilidades de razonamiento clínico es un propósito fundamental de la educación médica. El objetivo del presente estudio fue comparar 5 estrategias de enseñanza de razonamiento clínico, mediante una metodología de enseñanza por casos clínicos, integrada con estrategias de aprendizaje en línea a través del entorno Moodle, destinada a alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata. **Material y Métodos:** Estudio cuasi experimental, prospectivo, analítico. Todos los alumnos concurren a la actividad teórico-práctica habitual y accedieron a contenido teórico en formato PDF y Libro multimedial. Se incorporaron 5 grupos. Grupo Control. Grupo Foro estructurado (Foro de preguntas y respuestas para resolución de casos clínicos; Método de SNAPPS). Grupo Lección de Moodle (desarrollo de casos clínicos utilizando la herramienta Lección de Moodle, Método de SNAPPS). Grupo Cuestionario (estaciones de cuestionarios). Grupo Instructivo multimedial (Instructivo destinado a la generación de Scripts). Los alumnos fueron evaluados mediante un Test de opciones múltiples (TOM) y un Script Concordance Test (SCT). Para el análisis estadístico descriptivo de cada grupo se utilizó el promedio y desvío estándar. Para realizar la comparación de los diferentes grupos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) con la prueba de Tukey Post Hoc. Un índice  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** La muestra total quedó conformada por 190 alumnos. TOM: grupo Cuestionario obtuvo mejo-

---

AUTORES:

---

MAFFIA SA<sup>1</sup> 

ZANGARA A<sup>2</sup> 

DREIZZEN E<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Cátedra de Pediatría "A", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Sala de Inmunocomprometidos, H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

<sup>2</sup> Departamento Pedagógico, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.

<sup>3</sup> Cátedra de Informática Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.

Correspondencia: SILVIA MAFFIA  
E-mail: simaffia@med.unlp.edu.ar

---

res resultados que los grupos Control ( $86,6\pm 10,1$  vs  $76,3\pm 11,4$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $86,6\pm 10,1$  vs  $77,4\pm 12,4$ ;  $p = 0,003$ ) y Lección ( $86,6\pm 10,1$  vs  $79\pm 14$ ;  $p = 0,021$ ). Grupo Instructivo multimedial obtuvo mejores resultados que los grupos Control ( $89,1\pm 6,2$  vs  $76,3\pm 11,4$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $89,1\pm 6,2$  vs  $77,4\pm 12,4$ ;  $p < 0,001$ ) y Lección ( $89,1\pm 6,2$  vs  $79\pm 14$ ;  $p = 0,001$ ). SCT: grupo Instructivo multimedial obtuvo mejores resultados que los grupos Control, ( $67\pm 10,9$  vs  $55\pm 11,6$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $67\pm 10,9$  vs  $54\pm 13,5$ ;  $p < 0,001$ ) y Cuestionario ( $67\pm 10,9$  vs  $56\pm 12$ ;  $p < 0,001$ ). **Conclusión:** El aprendizaje de habilidades de razonamiento clínico es más efectivo cuando se promueve activamente la construcción de Scripts o guiones de enfermedades.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Estrategias de enseñanza; Educación médica; Herramientas digitales.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Training students to acquire clinical reasoning skills is a central goal in medical education. The overall objective of this study was to establish a method to improve clinical reasoning skills through a case-based teaching methodology, integrated with online learning strategies via the Moodle environment, aimed at medical students at the National University of La Plata. **Material and methods:** A quasi-experimental, prospective and analytical study was undertaken. Every student attended the usual theoretical-practical activity and had access to theoretical content in PDF format and multimedia book. 5 groups were incorporated. Group 1, Control or Witness. Group 2 or Structured Forum (questions and answers forum for resolution of clinical cases; SNAPPS Method). Group 3 or Moodle Lesson (development of clinical cases using the Moodle Lesson tool, SNAPPS Method). Group 4 or Questionnaire (questionnaire stations). Group 5 or Multimedia instruction (Multimedia classes aimed at the creation of Scripts). The students were evaluated by means of a Multiple-Choice Test (MCT) and a Script Concordance Test (SCT). The mean and the standard deviation were used for the descriptive statistical analysis of each group. Analysis of variance (ANOVA) with Tukey's post hoc test was used to compare the different groups. A p-value  $< 0.05$  was considered statistically significant. **Results:** The total sample consisted of 190 students. In the MCT the students in the Questionnaire group obtained better results than Control ( $86.6\pm 10.1$  vs  $76.3\pm 11.4$ ;  $p < 0.001$ ), Forum ( $86.6\pm 10.1$  vs  $77.4\pm 12.4$ ;  $p = 0.003$ ) and Lesson groups ( $86.6\pm 10.1$  vs  $79\pm 14$ ;  $p = 0.021$ ). The Instructive multimedia group obtained better results than Control ( $89.1\pm 6.2$  vs  $76.3\pm 11.4$ ;  $p < 0.001$ ), Forum ( $89.1\pm 6.2$  vs  $77.4\pm 12.4$ ;  $p < 0.001$ ) and Lesson groups ( $89.1\pm 6.2$  vs  $79\pm 14$ ;  $p = 0.001$ ). In the SCT the Instructive Multimedia group obtained better results than Control ( $67\pm 10.9$  vs  $55\pm 11.6$ ;  $p < 0.001$ ), Forum ( $67\pm 10.9$  vs  $54\pm 13.5$ ;  $p < 0.001$ ) and Questionnaire groups ( $67\pm 10.9$  vs  $56\pm 12$ ;  $p < 0.001$ ). **Conclusión:** Learning clinical reasoning skills is more effective when the construction of Scripts or disease scripts is promoted.

**KEYWORDS:**

Problem-Based Learning; Medical Education; Educational Technology.

**INTRODUCCIÓN**

El entrenamiento de los estudiantes para la adquisición de las habilidades de razonamiento clínico, esenciales para realizar diagnósticos y tratamientos oportunos de enfermedades prevalentes, es un propósito fundamental de la educación médica <sup>1,2</sup>.

La utilización del entorno virtual permite extender el aula y posibilita la presentación de múltiples escenarios clínicos de enfermedades prevalentes <sup>3</sup>. No obstante, presenta limitaciones en cuanto a la interactividad física profesor-alumno, y el uso de elementos multimedia, como el audio y el video, no puede reemplazar la vivencia que ofrece la experiencia clínica presencial <sup>2-5</sup>.

La exposición a casos clínicos permite a los estudiantes entrenarse en la identificación de las patologías a partir de signos y síntomas, formular hipótesis diagnósticas y solicitar los estudios necesarios para confirmarlas o descartarlas hasta llegar al diagnóstico definitivo. A medida que los alumnos incorporan nuevas experiencias, pueden organizar el conocimiento en scripts o guiones de enfermedades, que pueden evocar y enriquecer cada vez que se enfrenen con cuadros clínicos similares. De este modo, adquieren una base sólida de conocimiento, que les permitirá, al encontrarse frente a un paciente, arribar rápidamente al diagnóstico utilizando estrategias de razonamiento clínico no analítico, automático o inconsciente <sup>1,2,5-7</sup>.

El entorno de enseñanza y aprendizaje Moodle ofrece una amplia gama de recursos y actividades que facilitan la incorporación de herramientas digitales a la propuesta pedagógica. Esto permite a los estudiantes complementar su formación mediante el desarrollo de actividades en formato virtual, sin modificar la modalidad presencial de la asignatura, ampliando las posibilidades de interacción alumno-profesor y alumno-alumno con el propósito de fortalecer el proceso de aprendizaje <sup>2,5,8</sup>.

El objetivo del presente estudio fue comparar cinco estrategias de enseñanza de razonamiento clínico, mediante una metodología de enseñanza por casos clínicos, integrada con estrategias de aprendizaje en línea a través del entorno Moodle, destinada a alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio cuasi experimental, prospectivo, analítico. La Cátedra "A" de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata tiene cursadas bimestrales. Los alumnos cursan la materia durante 8 semanas en forma intensiva; cada año la cátedra recibe a cuatro grupos de alumnos entre los meses de marzo y noviembre. En los años 2013 y 2014, el promedio de alumnos fue de 40 por bimestre (datos de la cátedra). En el plan 2004 la materia Pediatría pertenece al 5° año de la carrera; los alumnos cursan la materia Informática Médica durante el 3° año y están familiarizados con el manejo del entorno Moodle. Encuestas realizadas en años anteriores muestra-

ron que todos los alumnos tienen acceso a Internet desde su domicilio o teléfono celular (datos propios). La población de estudio fueron los alumnos que cursaron Pediatría en la Cátedra "A" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, durante el período comprendido entre marzo de 2016 y mayo de 2019. Se evaluaron cinco grupos de alumnos; cada grupo estaba constituido por los alumnos que se inscribieron para cursar la materia Pediatría en la Cátedra "A" en un bimestre. Se trabajó con todos los alumnos de cada grupo con excepción de los alumnos recursantes y aquellos que no estaban matriculados en el entorno al momento de la prueba de evaluación al finalizar la cursada. Se generaron grupos de prueba constituidos por alumnos que cursaron la materia durante un bimestre: el primer grupo de prueba se generó para valorar el funcionamiento de los contenidos teóricos incorporados en el entorno educativo en la herramienta Libro y los test de evaluación de razonamiento clínico; luego, se generaron grupos de prueba antes de incorporar cada grupo de estudio para valorar el funcionamiento de cada método educativo. Se realizaron las modificaciones de las dificultades que surgieron. Se solicitaron los promedios con aplazos de los alumnos incorporados al estudio, a los fines de evitar el sesgo de selección y determinar si los resultados obtenidos en los test de evaluación de razonamiento clínico al final de cada ciclo de cursada se corresponden con el rendimiento general de cada grupo a lo largo de la carrera de medicina.

Los grupos se incorporaron secuencialmente: Control, Foro estructurado, Lección, Cuestionario e Instructivo multimedial sobre razonamiento clínico (Tabla 1) Todos los alumnos concurren a la actividad teórico-práctica habitual y accedieron a un módulo de contenido teórico sobre enfermedades respiratorias del lactante diseñado en formato PDF y Libro multimedia <sup>2</sup>.

**Tabla 1. Grupos de estudio**

<b>RECURSOS EDUCATIVOS COMUNES A TODOS LOS GRUPOS</b> <b>Actividad teórica – práctica habitual (método de enseñanza tradicional)</b> <b>Contenido teórico en formato PDF - Libro multimedial en Moodle</b>				
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Control o testigo	Foro estructurado	Lección de Moodle	Cuestionario	Instructivo multimedial sobre razonamiento clínico
	Foro de preguntas y respuestas para resolución de Casos clínicos Respuestas con consignas adaptadas del método SNAPPS Retroalimentación diferida	Lección de Moodle desarrollada con casos clínicos intercalados con contenido teórico y ejercicios de reflexión de razonamiento clínico Método de SNAPPS Retroalimentación inmediata	Recorrido por tres estaciones de cuestionarios con ejercicios de reflexión sobre razonamiento clínico Retroalimentaciones diferidas	Instructivo para aprendizaje de razonamiento clínico Cuestionarios de autoevaluación con retroalimentación inmediata

El **Grupo Control** concurrió a la actividad teórico-práctica habitual y tuvo acceso al módulo de contenido teórico.

En el **Grupo Foro** estructurado se utilizó un Foro de preguntas y respuestas y el Método de casos. Se implementaron estrategias de aprendizaje de razonamiento clínico a través de la resolución de casos clínicos de patologías respiratorias prevalentes durante el primer año de vida. Se presentaron dos casos de lactantes con enfermedad respiratoria, con datos de la anamnesis, el examen físico y exámenes complementarios; al final de cada presentación quedaban planteadas las consignas a las que el alumno debía responder. La presentación sucesiva de los casos seleccionados se realizó con un diseño instruccional de dificultad progresiva.

El foro de preguntas y respuestas tiene la particularidad de que los participantes no pueden ver las respuestas de sus compañeros hasta no realizar su primer aporte en el foro; en dicho aporte cada alumno debía responder a las consignas planteadas por el profesor. Asimismo, para promover la participación y el debate se repartió a los alumnos en comisiones con un número máximo de 7 en cada una.

El foro se estructuró en etapas, en las que los alumnos fueron guiados mediante consignas claras e intervenciones del moderador. Para la estructuración del foro se utilizó el método del acrónimo SNAPPS para la verbalización deliberada de los procesos de pensamiento <sup>9</sup>.

Los seis pasos que se indican en el acrónimo inglés SNAPPS son:

- *Summaryze*, resumir la historia clínica: anamnesis, examen físico y exámenes complementarios. Identificar los signos y síntomas principales para establecer las hipótesis diagnósticas.
- *Narrow*, reducir los hallazgos y establecer 2 o 3 hipótesis diagnósticas más probables.
- *Analyze*, analizar los mejores diagnósticos, comparándolos y contrastándolos, buscando evidencia de apoyo o descarte para cada uno.
- *Probe*, exploración del docente sobre las incertidumbres, dificultades, faltas de conocimiento o enfoques alternativos. Este paso permite la enseñanza personalizada, remediando y nivelando el conocimiento a los objetivos educativos propuestos.
- *Plan*, programar, después de realizar las preguntas de exploración, el alumno debe decidir sobre un plan de manejo.
- *Select*, seleccionar un tema para el aprendizaje independiente <sup>9,10</sup>.

El método SNAPPS permite al alumno ordenar los pasos a seguir en el razonamiento clínico analítico para arribar a un diagnóstico correcto; permite al docente identificar en qué paso del razonamiento clínico el alumno tiene dificultades, para poder realizar la intervención educativa adaptada a la necesidad de cada alumno <sup>2</sup>.

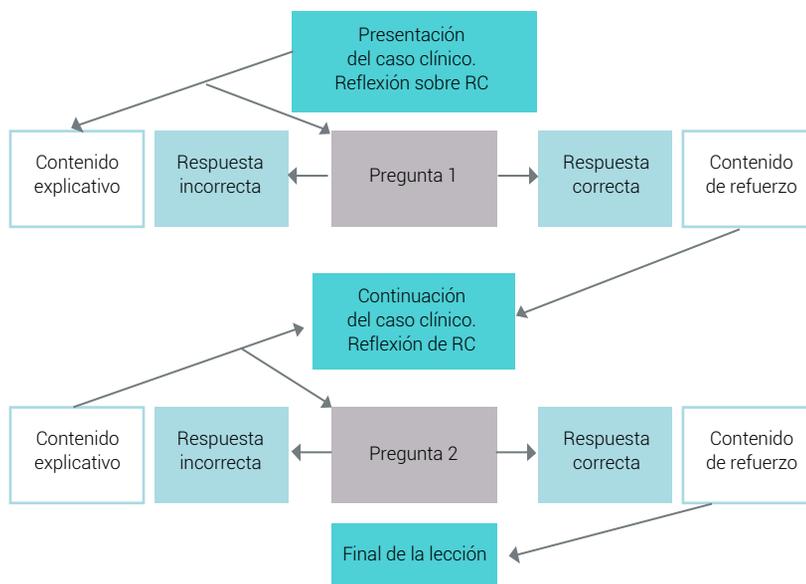
Durante este trabajo se dieron instrucciones verbales y escritas adaptadas a partir del método SNAPPS. Los alumnos debían responder las cuatro consignas que se detallan a continuación luego de planteado el caso:

- A. Resumir la historia clínica: anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.
- B. Identificar los signos y síntomas principales para establecer nuevas hipótesis diagnósticas.
- C. Reducir los hallazgos y establecer 2 o 3 hipótesis diagnósticas más probables.
- D. Analizar los diferentes diagnósticos, comparándolos y contrastándolos, buscando evidencia de apoyo o descarte para cada uno.

En este grupo el alumno recibió retroalimentaciones formativas individualizadas diferidas.

En el Grupo Lección se implementó el desarrollo de casos clínicos utilizando la herramienta Lección de Moodle como recurso complementario del método tradicional. Esta herramienta permitió incorporar actividades educativas en las que dependiendo de la respuesta elegida el alumno podía pasar la página, volver a la página anterior o dirigirse a un itinerario totalmente diferente, aunque no podía avanzar hasta el final si no llegaba a la respuesta correcta. Se promovió el aprendizaje autodirigido de los temas, con ejercicios basados en casos clínicos y toma de decisiones (Figura 1).

**Figura 1. Esquema del itinerario de desarrollo de la lección**



Los temas se desarrollaron con los mismos casos clínicos que se plantearon en el grupo Foro, con cuestionarios que seguían el método SNAPPS, incorporando contenido teórico y retroalimentaciones automáticas a las respuestas del alumno.

En el Grupo Cuestionario se implementó el desarrollo de cuestionarios basados en casos clínicos; se construyeron observando dudas y errores que se evidenciaron en los alumnos del grupo Foro.

Se utilizó la actividad Cuestionario de Moodle, se seleccionaron preguntas de tipo emparejamiento, ensayo y opción múltiple como orientación de los temas de estudio.

Se elaboraron tres cuestionarios; los alumnos disponían de una semana para resolver cada cuestionario, podían abrirlo en forma ilimitada, consultar el material de estudio, guardar las respuestas y, una vez finalizado, enviarlo. Los alumnos fueron divididos en tres grupos al azar; cada grupo resolvió los tres cuestionarios en un orden diferente; no podían saber qué compañeros tenían el mismo cuestionario por datos que surgieran del entorno.

Una vez resueltos los tres cuestionarios los alumnos tuvieron acceso a las respuestas correctas con retroalimentación diferida.

En el Grupo Instructivo multimedial sobre razonamiento clínico se implementó el desarrollo de un instructivo multimedial que consistió en una clase introductoria explicativa de los objetivos de aprendizaje y del método de enseñanza, con lineamientos sobre el uso del scripts o escenarios clínicos de enfermedades, seguido de tres clases cortas en las que se organizó la información del módulo en scripts.

Los objetivos de aprendizaje se orientaron a que los alumnos adquirieran la habilidad de desarrollar y seleccionar un guión de enfermedad o script para formular el diagnóstico más probable ante un problema clínico dado.

Se propuso tratar de construir archivos de conocimiento resaltando la importancia de comparar y contrastar las enfermedades. Para ello, se instruyó a los alumnos a no leer sobre una única enfermedad sino sobre enfermedades de presentación clínica similar, organizando el conocimiento en síndromes con tríadas diagnósticas. Al organizar el conocimiento adquirido en scripts o guiones de enfermedades podrían acceder a esa información al encontrarse con un paciente que tenga esa misma presentación clínica.

Así el estudiante lee sobre al menos tres enfermedades de presentación clínica similar, y las compara, identificando o resaltando las claves diferenciadoras que pueden estar presentes en 2 de las 3 enfermedades contrastadas.

En la construcción de los guiones de enfermedades se considera una estructura común que incluye: epidemiología; tiempo de evolución; presentación clínica y fisiopatología.

En este grupo se planeó mejorar las habilidades de razonamiento clínico incorporando guiones de enfermedades organizados en la mente de manera lógica, de modo que pudieran acceder a ellos al identificar una situación clínica de iguales características.

Al final de cada clase los alumnos accedieron a cuestionarios de autoevaluación con preguntas de tipo emparejamiento y opción múltiple con retroalimentación inmediata.

Las herramientas de evaluación de razonamiento clínico elaboradas para valorar el rendimiento de los alumnos fueron: Script Concordance Test (SCT) y Test de opciones múltiples (TOM).

El TOM se construyó con casos clínicos y proposiciones redactadas conteniendo lo estrictamente necesario para comprender el sentido de la respuesta, con una sola respuesta correcta.

Para valorar el nivel de dificultad de las preguntas de esta prueba se utilizó el coeficiente de discriminación, se desecharon las preguntas de calidad pésima o pobre, se mejoraron las preguntas con calidad regular o buena y se conservaron aquellas de excelente calidad. La prueba inicial de 24 preguntas quedó con 19 preguntas finales.

El SCT se construyó elaborando 6 casos clínicos con los diferentes temas de infección respiratoria del lactante que se desarrollaron en el módulo.

El primer paso fue desarrollar el conjunto de escenarios clínicos que se utilizaron en el SCT. Se generaron y revisaron varios borradores hasta que se llegó a la prueba final.

Cada caso consistió en el enunciado de una situación clínica referida a lactantes con enfermedad respiratoria, seguida de tres preguntas relacionadas con el diagnóstico. Las preguntas fueron escritas en formato SCT con tres columnas; en la primera columna se propuso una hipótesis diagnóstica inicial, en la segunda columna se proporcionó una nueva información clínica (un síntoma, un signo, un resultado de laboratorio, un resultado de la imagen) y en la última columna se detalló la escala de Likert de 5 puntos para juzgar el efecto de la información referida en la segunda columna sobre la hipótesis inicial (Figura 2). Los ítems de la escala de Likert (Figura 3) fueron modificados para su mejor comprensión por observación de los especialistas que participaron durante la validación de la prueba.

**Figura 2. Pregunta de Script concordance test**

<b>ENUNCIADO DE LA SITUACIÓN CLÍNICA PROBLEMA</b> <b>Soledad de 10 meses de vida es traída a la consulta con sibilancias recurrentes y desnutrición moderada</b>		
Hipótesis diagnósticas	Nueva información clínica o de exámenes complementarios	¿Cómo incide la nueva información en la hipótesis diagnóstica?
Si usted está pensando...	Y la madre de la paciente relata...	Su hipótesis se vuelve...
Fibrosis quística	Determinación del Tripsina Inmuno-reactiva en el PRODYTEC patológica.	1 2 3 4 5
Cardiopatía congénita	Sudoración profusa y palidez durante la alimentación	1 2 3 4 5
Aspiración de cuerpo extraño	Inicio de las sibilancias a los 7 meses de vida, luego de una bronquiolitis grave que requirió internación en Cuidados Intensivos	1 2 3 4 5

**Figura 3. Escala de Likert**

ESCALA DE LIKERT	
En qué medida incide la información de la columna central en la sospecha diagnóstica	Número de identificación
Descarta el diagnóstico o lo hace altamente improbable	1
Lo hace menos probable	2
No incide en el diagnóstico	3
Lo hace más probable	4
Confirma el diagnóstico o lo hace altamente probable	5

Las respuestas de estas pruebas se validaron solicitando a 15 especialistas en pediatría, con un mínimo de 10 años de experiencia, que indiquen en qué medida cada caso clínico evoca una etiología, un diagnóstico o un tratamiento determinado, otorgando un número de identificación a las respuestas de 1 a 5, donde el 1 es "Descarta el diagnóstico o lo hace totalmente improbable" y el 5 es "Confirma el diagnóstico o lo hace altamente probable". La respuesta modal se acreditó con un punto completo, mientras que se dio un crédito parcial a las otras respuestas proporcionadas por los miembros del panel de expertos. Las respuestas de los alumnos se compararon con las respuestas del grupo de expertos y se les dio el crédito en función del número de expertos que dio la misma respuesta.

Se instruyó a los alumnos en este tipo de prueba en forma presencial con preguntas tipo script de otro tema. Estas preguntas quedaron disponibles en el entorno para que pudieran visualizarlas<sup>2,5,11</sup>.

Las evaluaciones con los test de evaluación de razonamiento clínico se realizaron de manera presencial, no estuvieron sujetas al sesgo del evaluador por ser pruebas escritas con respuestas preestablecidas.

Se solicitaron los promedios de los alumnos incorporados al estudio, a los fines de determinar si los resultados obtenidos en los test de evaluación de razonamiento clínico se correlacionaban con el rendimiento general de cada grupo. Se analizó el rendimiento académico comparativo de los alumnos de los diferentes grupos, analizando el promedio general a lo largo de la carrera de medicina. Los promedios de cada alumno se registraron en una planilla de cálculo Excel®.

Para el análisis estadístico descriptivo de cada grupo se utilizó el promedio y desvío estándar. Para realizar la comparación de los diferentes grupos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) con la prueba de Tukey Post Hoc. Un valor  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre marzo de 2016 y mayo de 2019 se reunieron 219 alumnos que cursaron Pediatría en la Cátedra "A" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata; consecutivamente

transcurrieron grupos de puesta a prueba y de estudio de cada método incorporado. Fueron excluidos 19 alumnos recursantes y 10 alumnos que no estaban matriculados en el entorno al momento de la prueba de evaluación. Finalmente, la muestra total quedó conformada por 190 alumnos.

Los alumnos del grupo Foro (Promedio 6,40) presentaron el promedio general más bajo y los del grupo control (Promedio 7,29) el más elevado (Tabla 2). Se observó que sólo el Grupo Foro se diferenció del Grupo Control de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,003$ ); no se observaron diferencias en el análisis entre el resto de los grupos (Tabla 3).

**Tabla 2. Análisis de la muestra**

GRUPO	N INICIAL	CRITERIO DE EXCLUSIÓN		N FINAL	PROMEDIO CON APLAZOS (%) $\pm$ DS
TODOS los alumnos	219	Recursantes	No matriculados en el entorno	190	
Control	48	5	6	37	7,29 $\pm$ 1,07
Foro	43	7	2	34	6,40 $\pm$ 1,32
Lección	40	4	0	36	6,95 $\pm$ 0,67
Cuestionario	48	2	2	44	6,88 $\pm$ 0,47
Instructivo multimedial	40	1	0	39	6,90 $\pm$ 1,5

**Tabla 3. Análisis comparativo de los promedios con aplazos de los grupos de estudio mediante análisis de varianza con la prueba de Tukey.**

GRUPO	EN COMPARACIÓN CON	PROMEDIOS CON APLAZOS P
Control	Foro	0,003
	Lección	0,611 (NS)
	Cuestionario	0,379 (NS)
	Instructivo multimedial	0,465 (NS)
Foro	Control	0,003
	Lección	0,166 (NS)
	Cuestionario	0,240 (NS)
Lección	Instructivo multimedial	0,235 (NS)
	Control	0,611 (NS)
	Foro	0,166 (NS)
	Cuestionario	0,998 (NS)
	Instructivo multimedial	1,00 (NS)
Cuestionario	Control	0,379 (NS)
	Foro	0,240 (NS)
	Lección	0,998 (NS)
	Instructivo multimedial	1,00 (NS)
Instructivo multimedial	Control	0,465 (NS)
	Foro	0,235 (NS)
	Lección	1,00 (NS)
	Cuestionario	1,00 (NS)

NS: diferencia estadísticamente no significativa.

Se realizó el Coeficiente de correlación entre el promedio de los alumnos y las calificaciones obtenidas en el Test de opciones múltiples (TOM) y en el Script Concordance Test (SCT); los resultados obtenidos se expresan en la Tabla 4, en la que se evidencia una fuerza de correlación débil entre el promedio de los alumnos y ambas pruebas de evaluación de razonamiento clínico (TOM y SCT).

**Tabla 4. Coeficiente de correlación**

	RESULTADO	FUERZA DE CORRELACIÓN
Coeficiente de correlación entre el promedio y TOM	0,18	Débil
Coeficiente de correlación entre el promedio y SCT	0,16	Débil

Asimismo, se realizó el Coeficiente de correlación entre el promedio de cada grupo de estudio y las calificaciones obtenidas en el TOM y el SCT en el programa SPSS; los resultados obtenidos se observan en la Tabla 5.

**Tabla 5. Coeficientes de correlación entre los promedios de cada grupo y los test de evaluación de razonamiento clínico (TOM y SCT).**

	CONTROL	FORO	LECCIÓN	CUESTIONARIO	INSTRUCTIVO MULTIMEDIAL
Coeficiente de correlación entre el promedio y TOM	0,33 *p = 0,045 (Débil)	0,16 p = 0,34 (Débil)	0,49 p = 0,02 (Moderada)	0,52 p < 0,001 (Moderada)	-0,02 p = 0,84 (Nula)
Coeficiente de correlación entre el promedio y SCT	0,39 p = 0,015 (Débil)	0,13 p = 0,44 (Débil)	0,19 p = 0,24 (Débil)	0,16 p = 0,27 (Débil)	-0,08 p = 0,58 (Nula)

\*Índice de p y entre paréntesis la fuerza de correlación

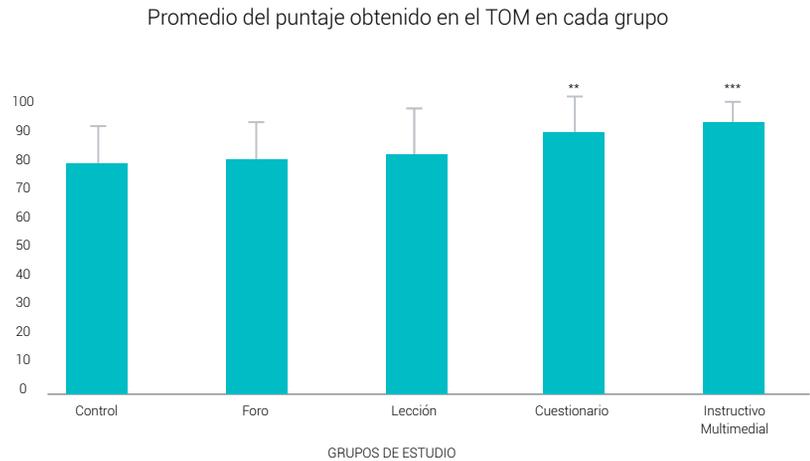
El análisis de los datos de la Tabla 5 evidencia que el coeficiente de correlación entre el promedio general de la carrera de cada grupo y el TOM reveló una fuerza de correlación moderada estadísticamente significativa en los grupos Lección ( $p = 0,02$ ) y Cuestionario ( $p < 0,001$ ). El coeficiente de correlación entre el promedio general de la carrera de cada grupo y el SCT evidenció una fuerza de correlación débil en todos los grupos, aunque estos resultados sólo fueron estadísticamente significativos en el grupo Control.

En las Figuras 4 y 5 pueden observarse los resultados de los test de evaluación en todos los grupos de estudio; en la Tabla 6 se encuentran los resultados del análisis comparativo de 5 grupos.

En el TOM las mejores calificaciones fueron de los grupos Cuestionario ( $86,6 \pm 10,1$ ) e Instructivo multimedial ( $89,1 \pm 6,2$ ). Los resultados del grupo Cuestionario fueron mejores que los grupos Control ( $86,6 \pm 10,1$  vs  $76,3 \pm 11,4$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $86,6 \pm 10,1$  vs  $77,4 \pm 12,4$ ;  $p = 0,003$ ) y Lección ( $86,6 \pm 10,1$  vs  $79 \pm 14$ ;  $p = 0,021$ ). El grupo Instructivo multimedial obtuvo mejores califica-

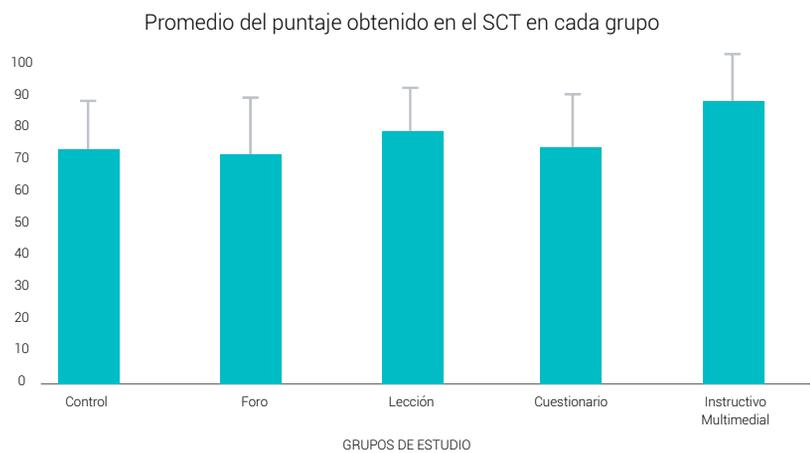
ciones respecto de los grupos Control ( $89,1 \pm 6,2$  vs  $76,3 \pm 11,4$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $89,1 \pm 6,2$  vs  $77,4 \pm 12,4$ ;  $p < 0,001$ ) y Lección ( $89,1 \pm 6,2$  vs  $79 \pm 14$ ;  $p = 0,001$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuestionario e Instructivo multimedial.

**Figura 4. Resultados obtenidos en el Test de Opciones Múltiples**



Las mejores calificaciones en el SCT fueron obtenidas por el grupo Instructivo multimedial ( $67 \pm 10,9$ ). En el análisis comparativo entre los cinco grupos de estudio se observó que el grupo Instructivo multimedial obtuvo los mejores resultados diferenciándose de los grupos Control ( $67 \pm 10,9$  vs  $55 \pm 11,6$ ;  $p < 0,001$ ), Foro ( $67 \pm 10,9$  vs  $54 \pm 13,5$ ;  $p < 0,001$ ) y Cuestionario ( $67 \pm 10,9$  vs  $56 \pm 12$ ;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Instructivo multimedial y Lección.

**Figura 5. Resultados obtenidos en el Script Concordance Test**



De esta manera el grupo Instructivo multimedial logró mejores resultados en ambas pruebas.

Tabla 6. Resultados del análisis comparativo de 5 grupos mediante ANOVA y la Prueba de Tukey.

GRUPO	EN COMPARACIÓN CON	TOM P	SCT P
Control	Foro	0,995 (NS)	0,991 (NS)
	Lección	0,835(NS)	0,473 (NS)
	Cuestionario	< 0,001	0,999 (NS)
	Instructivo multimedial	< 0,001	< 0,001
Foro	Control	0,995 (NS)	0,991 (NS)
	Lección	0,971 (NS)	0,244 (NS)
	Cuestionario	0,003	0,958 (NS)
	Instructivo multimedia	< 0,001	< 0,001
Lección	Control	0,835 (NS)	0,473 (NS)
	Foro	0,971 (NS)	0,244 (NS)
	Cuestionario	0,021	0,574 (NS)
	Instructivo multimedial	0,001	0,082 (NS)
Cuestionario	Control	< 0,001	0,999 (NS)
	Foro	0,003	0,958 (NS)
	Lección	0,021	0,574 (NS)
	Instructivo multimedial	0,851 (NS)	< 0,001
Instructivo multimedial	Control	< 0,001	< 0,001
	Foro	< 0,001	< 0,001
	Lección	0,001	0,082 (NS)
	Cuestionario	0,851 (NS)	< de 0,001

NS: diferencia estadísticamente no significativa

## DISCUSIÓN

Para este trabajo de investigación se reunieron cinco grupos de alumnos que se incorporaron al estudio de modo aleatorio; se realizó un análisis para establecer si los resultados obtenidos en los test de evaluación de razonamiento clínico podían atribuirse al método de enseñanza incorporado o se relacionaban con el rendimiento general de cada grupo a lo largo de la carrera. Se realizó el análisis comparativo de los promedios obtenidos por los alumnos de cada grupo durante la carrera y se evidenció que el grupo Control tuvo el promedio general más alto (mejor rendimiento a lo largo de la carrera), y el grupo Foro el promedio general más bajo (Tabla 2). Luego se realizó un análisis comparativo de los promedios de los grupos de estudio mediante análisis de varianza con la prueba de Tukey (Tabla 3), en el que se comprobó que sólo el grupo Foro se diferenció del grupo Control de manera estadísticamente significativa. No se encontraron diferencias entre el resto de los grupos. Luego se analizó si existía correlación entre el promedio general de los alumnos y cada uno de los test de razonamiento clínico, observándose una fuerza de correlación débil tanto para el TOM como para el SCT (Tabla 4). De estos resultados se infiere que no hubo diferencias entre los alumnos en su desempeño para resolver cada uno de los test en relación con el promedio general de la carrera. Posteriormente, se analizó si la habilidad para resolver los test de evaluación de razonamiento clínico estuvo influenciada por el rendimiento general a lo largo de la carrera, valorando a cada uno de los grupos incorporados al estudio de manera individual mediante el coeficiente de correlación; y se demostró una fuerza de correlación moderada estadísticamente significativa entre el promedio de los grupos Cuestionario y Lección y los resultados obtenidos en el TOM, pudiendo

inferirse que los alumnos de esos dos grupos podrían haber estado más entrenados para resolver este tipo de prueba. En el caso del SCT no se demostró correlación.

A lo largo de este trabajo se pusieron a prueba diferentes estrategias de enseñanza destinadas a promover el desarrollo de competencias de razonamiento clínico mediante herramientas digitales y se puso en evidencia la importancia de enseñar en un contexto clínico para facilitar los procesos de encapsulación y formación de guiones de enfermedades o scripts <sup>2</sup>.

La incorporación del método de SNAPPS en los grupos Foro y Lección como estrategia de enseñanza de habilidades de razonamiento clínico integrada a entornos virtuales de enseñanza y aprendizaje fue innovadora.

Los mejores resultados obtenidos en los grupos Lección e Instructivo multimedial podrían estar vinculados al uso de retroalimentaciones inmediatas.

El grupo Instructivo multimedial obtuvo un mejor desempeño en ambas pruebas de evaluación de razonamiento clínico; lo que sugiere que el aprendizaje de habilidades de razonamiento clínico es más efectivo cuando los estudiantes estudian las enfermedades en grupos de a 3 o 4 de presentación clínica similar, promoviendo la construcción de scripts. Además, la incorporación de actividades de refuerzo con retroalimentación inmediata potenció significativamente el aprovechamiento de los recursos educativos ofrecidos <sup>2,5</sup>.

La organización del conocimiento almacenado en la memoria facilita el recuerdo de conceptos clave para su posterior aplicación. Para optimizar esta organización y comprensión, es recomendable estudiar simultáneamente al menos dos o tres patologías con presentaciones clínicas similares, comparando y contrastando sus semejanzas y características discriminatorias.

La tarea de jerarquizar los datos resulta sumamente compleja para el alumno; por ello, es conveniente incorporar el concepto de metacognición (pensar sobre el pensamiento y el control activo de los procesos de pensamiento) al decidir la manera de enseñar los objetivos de aprendizaje. Cuando los alumnos reciben información organizada y jerarquizada por un docente experimentado, pueden comenzar a construir un marco conceptual que facilite la integración, almacenamiento y recuperación de dicha información, para aplicarla posteriormente en la resolución de situaciones clínicas <sup>5,12,13</sup>.

El rol del docente es fundamental como guía a lo largo de todo el proceso de aprendizaje. La transposición didáctica que llevan a cabo los docentes en el diseño y desarrollo de los materiales educativos contribuye con la internalización y resignificación de los contenidos y experiencias de aprendizaje por parte de los estudiantes.

La disponibilidad de una propuesta docente multimedia facilita que el estudiante pueda autorregular su aprendizaje según sus necesidades individuales, permitiéndole repetir las clases cuando lo considera necesario, resignificando e incorporando los contenidos de manera progresiva.

La importancia de hacer explícito y sistematizado el aprendizaje del razonamiento clínico, en lugar de dejarlo al azar, proporcionando al estudiante he-

herramientas para almacenar información relevante, se refleja en los resultados obtenidos por el grupo Instructivo multimedial, donde se explica de manera explícita y a través de recursos multimedia cómo organizar la información en scripts.

Las herramientas digitales integradas al proceso educativo permiten exponer a los estudiantes de manera uniforme a una variedad de casos clínicos de enfermedades prevalentes, además de facilitar la autorregulación del aprendizaje.

Esta investigación demostró que el uso de clases en línea, con contenidos organizados a partir de las manifestaciones clínicas, favorece los procesos de encapsulación y la formación de guiones de enfermedades o scripts. Estas estructuras cognitivas constituyen herramientas valiosas al momento de atender al paciente, facilitando la emisión de juicios diagnósticos más acertados con la información disponible <sup>5,14</sup>.

## CONCLUSIÓN

El método de aprendizaje implementado en el Grupo instructivo multimedial obtuvo los mejores resultados en ambas pruebas y podría ser aplicado en las asignaturas clínicas para la enseñanza de estrategias de razonamiento clínico con una expectativa de buenos resultados a corto plazo, según indica nuestra experiencia. Sin embargo, se requiere investigación empírica adicional para verificar su impacto en el aprendizaje a largo plazo entre estudiantes de medicina. La investigación cognitiva en educación médica es fundamental para optimizar tanto la instrucción médica como las teorías cognitivas relacionadas con el aprendizaje multimedia.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Eva KW. Lo que todo profesor necesita saber sobre el razonamiento clínico. *Educación Médica*. 2005;8(2):59–68.
2. Maffía SA. Modelo de enseñanza para la adquisición de competencias de razonamiento clínico mediante herramientas digitales en alumnos de la carrera de Medicina [Internet]. Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/132382%09>
3. Schmidt HG, Mamede S. How to improve the teaching of clinical reasoning: a narrative review and a proposal. *Med Educ*. 2015;49(10):961–73.
4. AAMC Institute for Improving Medical Education. Effective Use of Educational Technology in Medical Education. In: Association of American Medical Colleges, editor. Colloquium on Educational Technology: Recommendations and Guidelines for Medical Educators. 2007. p. 1–19.
5. Maffía SA, Zangara MA, Dreizen E. Enseñanza de razonamiento clínico mediante scripts en un entorno virtual de enseñanza y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología* [Internet]. 2024 Dec 31;(39):e3. Available from: <https://teyet-revista.info.unlp.edu.ar/TEyET/article/view/2984>
6. Gay S, Bartlett M, McKinley R. Teaching clinical reasoning to medical students. *Clin Teach*. 2013;10(5):308–12.
7. Modi JN, Gupta P, Singh T. Teaching and Assessing Clinical Reasoning Skills. *Indian Pediatr*. 2015;52(9):787–94.
8. Zangara A. UNLP. Dirección de educación a distancia. Argentina. 2009. Conceptos básicos de educación a distancia o " las cosas por su nombre". Available from: <https://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&q=Zangara+Alejandra+las+cosas+por+su+nombre&btnG=&lr=>
9. Wolpaw T, Papp KK, Bordage G. Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: a randomized comparison group trial. *Acad Med*. 2009;84(4):517–24.
10. Jain V, Waghmare L, Shrivastav T, Mahakalkar C. SNAPPS facilitates clinical reasoning in outpatient settings. *Education for Health: Change in Learning and Practice*. 2018.
11. Aldekhayel SA, Alselaime NA, Magzoub ME, Al-Qattan MM, Al-Namlah AM, Tamim H, et al. Constructing a question bank based on script concordance approach as a novel assessment methodology in surgical education. *BMC Med Educ*. 2012 Jan;12:100.
12. Zaidi S, Nasir M. Knowledge: Theories and Principles of Learning. In: Springer, editor. *Teaching and Learning Methods in Higher Education*. 2015. p. 1–32.
13. Delany C, Golding C. Teaching clinical reasoning by making thinking visible: an action research project with allied health clinical educators. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):20.
14. Lubarsky S, Gagnon R, Charlin B. Scoring the Script Concordance Test: not a black and white issue. *Med Educ*. 2013;47(12):1159–61.

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY TEMPRANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

## RESUMEN

La esquizofrenia de inicio muy temprano es un trastorno psiquiátrico poco frecuente. Presenta criterios diagnósticos similares a la población adulta, sin embargo los niños presentan cuadros clínicos con características particulares. El inicio es más insidioso, hay mayor sintomatología premórbida, con etapas poco diferenciadas, menor respuesta al tratamiento, más hospitalizaciones y por lo tanto, peor pronóstico. Cuando la esquizofrenia inicia antes de los 13 años de edad, se asocia con mayor carga genética que en las presentaciones que inician en la adultez y con hallazgos en neuroimágenes similares. Se presenta un caso clínico de un niño de 8 años de edad con sintomatología compatible con esquizofrenia de inicio muy temprano.

## PALABRAS CLAVES:

Esquizofrenia; Niños; Psicosis.

## ABSTRACT

Very early onset schizophrenia is a rare psychiatric disorder. It presents similar diagnostic criteria to the adult population, however, children present clinical symptoms with particular characteristics. The very early onset schizophrenia presentation is more insidious, there are greater premorbid symptoms with poorly differentiated stages, less response to treatment, more hospitalizations and, therefore, a worse prognosis. When schizophrenia begins before the age

---

## AUTORES:

---

BALLÓN MJ<sup>1</sup>, 

LUISI C<sup>1</sup>, 

MANRÍQUEZ CANALES CR<sup>1</sup>. 

<sup>1</sup>Servicio de Salud Mental. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de la Plata<sup>4</sup> Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: MARIA JOSE BALLON

E-mail: mariajoseballon@gmail.com

---

of 13, it is associated with a greater genetic load than presentations that begin in adulthood and with similar neuroimaging findings. A clinical case of an 8-year-old boy with symptoms compatible with very early onset schizophrenia is presented.

**KEYWORDS:**

Schizophrenia; Children; Psychosis.

**INTRODUCCIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza clínicamente por presentar alucinaciones, ideas delirantes, desorganización en el pensamiento y la conducta y síntomas negativos. Su prevalencia en la población general es del 1% y su diagnóstico es habitual en los servicios de salud mental que asisten a tal población. Sin embargo, cuando este trastorno inicia antes de los 13 años, presenta menor prevalencia y características clínicas particulares. En esta etapa infantil se denomina esquizofrenia de inicio muy temprano <sup>1,2</sup>.

En los niños, las etapas de este trastorno no están claramente diferenciadas. Hay importante sintomatología premórbida reportada en el 60% de los pacientes de la que se destaca retraso en la adquisición de pautas madurativas <sup>3,4</sup>, las alteraciones del lenguaje <sup>2</sup>, las alteraciones cognitivas y de las funciones ejecutivas, irritabilidad, berrinches, las conductas auto y heteroagresivas y el comportamiento bizarro <sup>5,6</sup>. También se manifiestan alteraciones en las relaciones sociales como aislamiento, desconfianza y respuestas agresivas <sup>7</sup>.

Luego, los síntomas psicóticos inician en promedio a los 6-8 años de manera insidiosa y solapándose con la sintomatología premórbida. Sus características dependen de la etapa del desarrollo del niño, siendo difícil que los identifiquen y logren comunicarlos <sup>2,3,6</sup>.

Las alucinaciones presentes en niños menores de 13 años involucran múltiples esferas sensoriales, a predominio auditivas, seguidas de las visuales. Se acompañan de intensa movilización afectiva y conductual <sup>3,8,9</sup>.

El pensamiento se presenta con discurso incoherente, confuso, sin idea directriz, poco comunicativo, en ocasiones difícil de distinguirlo de trastornos del lenguaje. Los delirios son poco frecuentes, en caso de presentarse inician alrededor de los 10 años. Poseen escasa elaboración y son poco sistematizados. Las temáticas más frecuentes son las paranoides, autorreferenciales, de pérdida de identidad o somáticos. El dibujo se caracteriza por ser poco delimitado y desorganizado. Carece de armonía, de relaciones reales, integración de objetos y su aspecto suele ser monstruoso <sup>10</sup>. En el juego predomina el componente motor, la agresividad y la poca tolerancia a la frustración <sup>11</sup>.

A su vez, los niños con esquizofrenia de inicio muy temprano presentan mayor prevalencia de familiares con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y alteraciones en las neuroimágenes compatibles con las observadas en la población adulta con este diagnóstico <sup>3,4,12,13</sup>.

La esquizofrenia de inicio muy temprano es un trastorno poco frecuente y de

difícil diagnóstico. En niños el cuadro clínico es más grave, presenta peor funcionamiento social, menor respuesta al tratamiento, más hospitalizaciones y por lo tanto peor pronóstico, respecto al inicio en edades más tardías. Se considera que su diagnóstico temprano es fundamental para poder realizar intervenciones adecuadas en el momento oportuno <sup>14,15</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se describe el caso de un paciente masculino de 8 años de edad derivado por la psicóloga tratante y que realizó tratamiento en consultorios externos del área de psiquiatría infantojuvenil del Servicio de Salud Mental del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata en el año 2022.

Como motivo de consulta se refieren conductas heteroagresivas de 4 meses de evolución, de frecuencia diaria en ámbito escolar, conductas desafiantes, agresividad verbal en su hogar e irritabilidad intermitente sin desencadenante aparente. En la primera entrevista también se destacó tendencia al aislamiento, dificultades en la interacción con pares durante el juego y retraso en la adquisición de la lectoescritura. Los síntomas conductuales tuvieron un impacto en su funcionamiento social y académico, y por tal motivo concurría a la escuela con reducción horaria. Presentaba antecedentes de trastorno del lenguaje, alteraciones en la motricidad fina y síntomas conductuales. A los 3 años de edad, realizó tratamiento por fonoaudiología y psicopedagogía.

Como antecedentes personales, durante el embarazo, su madre presentó colestasis. El niño no presentó otros antecedentes clínicos significativos. La evaluación clínica y neurológica fue dentro de parámetros normales.

Dentro de los antecedentes psiquiátricos familiares se destacó que su madre presentó al menos cuatro intentos de suicidio asociados a episodios depresivos sin diagnóstico ni tratamiento. Un tío paterno y uno materno fallecieron como consecuencia de suicidio, teniendo este último, diagnóstico de esquizofrenia.

Durante las evaluaciones psicopatológicas el paciente se presentó con textura física acorde a la edad, facies, postura y marcha sin particularidades. Vestimenta acorde a edad y clima. Vigil, colaborador, inquieto, disprosérico, verborrágico, con dislalias y neologismos durante su discurso y conductas desorganizadas. Refería y se infería de su conducta alteraciones sensorio-perceptivas que movilizaban su afecto y su conducta. A pesar de las dificultades para comunicar la sintomatología, logró mencionar alucinaciones auditivas injuriantes y de comando, visuales y táctiles. El pensamiento se mostraba incoherente y su contenido reflejaba ideas de tinte delirante paranoide y místico religioso poco sistematizadas que movilizaban su afecto y conducta. El sueño y orexia estaban conservados.

El paciente presentaba síntomas y antecedentes compatibles con esquizofrenia de inicio muy temprano.

Se realizó tratamiento psicofarmacológico con el cual se logró remisión parcial de la sintomatología.

## DISCUSIÓN

Los síntomas y antecedentes presentados por el paciente fueron compatibles con esquizofrenia de inicio muy temprano, al igual que los que se mencionan en la bibliografía revisada. El niño presentaba heteroagresividad e irritabilidad, síntomas que se mencionan como alteraciones conductuales de la etapa premórbida<sup>6</sup>. Sin embargo también es posible pensar tal sintomatología como la movilización conductual y anímica de fenómenos sensorio-perceptivos. Esta es una dificultad en la evaluación y diagnóstico en los niños, ya que los síntomas son inespecíficos y difíciles de precisar.

En la evaluación también se manifestaron alucinaciones auditivas, visuales y cenestopáticas, como muestra la bibliografía, en niños es frecuente que múltiples modalidades sensoriales estén afectadas<sup>9</sup>. Tales síntomas se presentaron de forma insidiosa y con escasa claridad del paciente para expresarlo. Las ideas delirantes se objetivaron con poca elaboración, lo cual es compatible con lo que se menciona en la literatura<sup>10</sup>.

El juego no es acorde a la edad cronológica, posee escasa interacción con pares, la temática persiste restringida a situaciones violentas, de huida y terror<sup>11</sup>. Los antecedentes personales que se destacan en el paciente, como el retraso en la adquisición de pautas madurativas motoras y cognitivas, al igual que los trastornos del lenguaje, son características del período premórbido de la esquizofrenia<sup>2,4</sup>.

Los antecedentes familiares de trastornos del espectro de la esquizofrenia y suicidios consumados son factores relevantes para pensar en una mayor carga genética, que condiciona una presentación más temprana y más grave del trastorno en este niño. Se menciona en la literatura que hay mayor prevalencia de estos antecedentes familiares en niños con esquizofrenia de inicio muy precoz en comparación a niños de la población general y presentaciones de esquizofrenia de inicio más tardío<sup>3,12</sup>.

El diagnóstico de la esquizofrenia en niños menores de 13 años es difícil por las características clínicas particulares y síntomas inespecíficos dependientes del desarrollo, asociados a dificultades de los niños para expresarlos. Además, se cuenta con bibliografía escasa, pocos estudios, muestras pequeñas y ausencia de criterios diagnósticos específicos para la población infantil.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernandez A, Drozd MM, Thümmler S, Dor E, Capovilla M, Askenazy F, Bardoni B. Childhood-onset schizophrenia: a systematic overview of its genetic heterogeneity from classical studies to the genomic era. *Frontiers in Genetics*. 2019; 10, 1137.
2. Fournere P, Georgieff N, Franck N. La schizophrénie infantile: données actuelles et principes de prise en charge thérapeutique. *Archives de pédiatrie*. 2013; 20(7), 789-799.
3. Da Fonseca D. La schizophrénie de l'enfance. *L'Encéphale*. 2009; 35, S6-S9.
4. Jaaro-Peled H, Sawa A. Neurodevelopmental factors in schizophrenia. *Psychiatric Clinics*. 2020; 43(2), 263-274.
5. Frangou S. Neurocognition in early-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013; 22(4), 715-726.
6. Eggers C, Bunk D. Frühentwicklung kindlicher Schizophrenien. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*. 2009; 77(10), 558-567.
7. Harvey PD, Isner EC. Cognition, social cognition, and functional capacity in early-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2020; 29(1), 171-182.
8. David CN, Greenstein D, Clasen L, Gochman P, Miller R, Tossell JW, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(7), 681-686.
9. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2016; 26(5), 410-427.
10. Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013; 22(4).
11. López SH, Gàmez DE, Fontcuberta SD. Niños en riesgo de psicosis. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 2019; (34), 9-22.
12. Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Reviews*. 2000; 31(2-3), 147-156.
13. McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*. 2020; 77(2), 201-210.
14. Clemmensen L, Vernal DL, Steinhausen HC. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2012; 12(1), 1-16.
15. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta analysis. *Early intervention in psychiatry*. 2017; 11(6), 453-460.

# MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PEDIATRÍA.

---

AUTORES:

---

BEGUE PONS K<sup>1</sup>,   
 ZABALETA F<sup>2</sup>,   
 CLERC BERESTEIN MA<sup>3</sup>,   
 CORIGLIANO US<sup>4</sup>,   
 PARDO A<sup>4</sup>,   
 TAPIA VEINTEMILLAS W<sup>5</sup>, 

<sup>1</sup> Residencia de Cardiología.

<sup>2</sup> Residencia de Terapia Intensiva Infantil.

<sup>3</sup> Consultorios de Pediatría Ambulatoria.

<sup>4</sup> Servicio de Cardiología Infantil.

<sup>5</sup> Servicio de Terapia Intensiva Infantil.

H.I.A.E.P. "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

Correspondencia: MIGUEL ÁNGEL CLERC  
 BERESTEIN

E-mail: miguelclerc@gmail.com

---

## INTRODUCCIÓN

Guía elaborada por un grupo de trabajo interdisciplinario del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata (HIAEP SML), integrado por médicos residentes, pediatras, especialistas en Cardiología y en Cuidados Intensivos Pediátricos con la intención de brindar una orientación clara y precisa a pediatras de la institución en el manejo la insuficiencia cardíaca (IC) en niños.

## ALCANCES Y METODOLOGÍAS

### Objetivo general

- Proveer recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con insuficiencia cardíaca asistidos en el HIAEP SML.

### Alcance

- Población: niños y adolescentes con insuficiencia cardíaca asistidos en el HIAEP SML.

- Profesionales: pediatras y residentes de pediatría y especialidades básicas y articuladas del HIAEP SML.

## DEFINICIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico y fisiopatológico resultado de una compleja interacción entre alteraciones circulatorias, neurohormonales y moleculares. Puede ser definida como la falla del corazón en proveer un flujo adecuado de sangre a la circulación pulmonar o sistémica, o la falla en recibir retorno venoso a una presión de llenado adecuada <sup>1</sup>.

Los síntomas y signos característicos de la insuficiencia cardíaca incluyen falla de medro, dificultad respiratoria e intolerancia al ejercicio <sup>2</sup>.

Entre los determinantes inmediatos, se destacan la absorción intestinal de hierro que está influenciada por factores alimenticios (hierro hemo o no hemo) y el consumo de inhibidores o potenciadores de la absorción. Además, las parasitosis pueden producir pérdida de apetito, incremento del metabolismo, malabsorción intestinal y lesiones en la mucosa intestinal<sup>3</sup>. La alergia a la proteína de leche de vaca, como forma poco frecuente de presentación, puede producir anemia ferropénica relacionada a la malabsorción de nutrientes o secundaria al sangrado intestinal, con escasa respuesta al tratamiento con hierro <sup>3</sup>.

Los determinantes intermedios muestran como el bajo contenido de hierro en la dieta, el consumo predominante de hierro no hemo, de inhibidores de la absorción (cereales, granos) resultan en una ingesta inadecuada del mismo. Por otra parte, las infecciones bacterianas y las parasitosis tienen mayor impacto en poblaciones vulnerables. Todos estos factores están influenciados por determinantes subyacentes, entre ellos, la forma y distribución en la producción de alimentos, las circunstancias socioeconómicas regionales, el bienestar, la educación, la equidad, las políticas sanitarias, las políticas específicas de control de la anemia, fortificación, etc. Por último los determinantes fundamentales incluyen las condiciones económicas, políticas y ambientales imperantes en las diferentes regiones geográficas que condicionan los modelos de producción y determinación social de los procesos de salud y enfermedad de las personas<sup>4</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍAS

Las cardiopatías congénitas (CC) se constituyen como la principal causa de IC en pediatría. Las CC pueden presentarse en hasta 8 por cada 1000 nacimientos. De cada 10 pacientes con CC, 2 presentarán IC, los cuales representarán del 61 al 82% del total de los casos en pediatría <sup>3</sup>.

La segunda causa son las miocardiopatías, que llegan a presentarse en 0.8 a 1.3 por cada 100.000 niños, presentando su pico en el grupo de 0 a 1 años.

En países con altos niveles de pobreza, las causas predominantes de IC son las infecciones parasitarias, déficits nutricionales y la cardiopatía reumática <sup>1</sup>.

A continuación en la Tabla 1 se describen las principales etiologías de IC en pediatría según la presencia de CC previa y edad de presentación sintomática

**Tabla 1: Principales etiologías de Insuficiencia Cardíaca en pediatría según la presencia de Cardiopatía Congénita (CC) previa y edad de presentación sintomática.**

	SIN CC PREVIA	CON CC PREVIA
Recien nacido	Policitemia, hipoglucemia, anemia, miocarditis, sepsis precoz	Hipoplasia de ventrículo izquierdo, anomalía total del retorno venoso obstructiva.
Primeras Semanas	Asfisia neonatal, sepsis tardía, errores congénitos del metabolismo.	Hipoplasia de ventrículo izq, transposición de grandes vasos, coartación/interrupción de aorta, estenosis aórtica severa, grandes cortocircuitos de izquierda a derecha, origen anómalo de la coronaria izquierda en la arteria pulmonar (ALCAPA), anomalía total del retorno venoso no obstructiva.
Lactantes	Miocarditis, endocarditis, sepsis, SIRS, Kawasaki, miocardiopatía	Coartación de aorta, estenosis aórtica, cortocircuitos de izquierda a derecha, anomalía total del retorno venoso no obstructiva.
Niños mayores	Miocarditis, endocarditis, sepsis, SIRS, Kawasaki, miocardiopatía, arritmias, enfermedades renales.	Niños operados de cardiopatías complejas y defectos residuales.

Fuente: Información adaptada y modificada a partir del Manual de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos de 2018 <sup>3</sup>.

## CLASIFICACIÓN

La diversidad de etiologías y presentaciones de IC en el ámbito pediátrico hacen que existan varias clasificaciones útiles para su estudio. En esta guía se clasifican según su fisiopatología en:

- IC con disfunción ventricular
- IC con sobrecarga de presión
- IC con sobrecarga de volumen

Es importante reconocer que esta clasificación puede, en algunos casos, superponerse.

### ***IC con disfunción ventricular***

La IC por disfunción ventricular comprende aquellas etiologías en las que se compromete el volumen sistólico. A menos que se aclare, el término disfunción ventricular hará referencia a la disfunción sistólica, resultante de la contractilidad ventricular disminuida. En contraposición, la disfunción diastólica es un defecto en el llenado ventricular por caída de la complacencia, derivando en presiones de llenado anormalmente elevadas, lo cual en segunda instancia también compromete al volumen sistólico.

La IC por disfunción ventricular puede ser clasificada, a su vez, en corazones estructuralmente normales y corazones estructuralmente anormales (cardiopatías congénitas) <sup>4</sup>.

### Corazones estructuralmente normales

**Cardiomiopatías:** La causa más común de IC en niños con corazones estructuralmente normales. Presentan una incidencia de 1 cada 100.000 niños por año. Incluye enfermedades en las que se detecta alteración en la estructura y función cardíaca, en ausencia de una causa conocida que la pueda justificar. De ellas el 50 - 60% de los casos son dilatadas, el 25 - 40% son hipertróficas, el 9% son ventrículo izquierdo no compactado y el 3% restrictivas u otros tipos. Los pacientes con cardiomiopatías que se presentan con IC tienen una alta mortalidad.

Frente a las cardiomiopatías dilatadas, dada su alta incidencia y etiología heterogénea, resulta prioritario, junto con la estabilización inicial del paciente, la realización de un diagnóstico etiológico, ya que un tratamiento específico y oportuno (por ejemplo taquiarritmias) puede cambiar radicalmente el pronóstico.

**Miocarditis:** Enfermedad caracterizada por infiltración inflamatoria del miocardio, con o sin necrosis y degeneración celular, sin causa isquémica y de probable etiología infecciosa, aunque puede tener otras causas (toxinas, enfermedades del colágeno, etc.). Los virus son el agente más frecuente, y dentro de éstos, los Coxsackie. El daño celular puede ser producido directamente por el agente infeccioso, o mediado por reacción autoinmune.

La presentación característica es la de un niño previamente sano, que debuta con cuadro de insuficiencia cardíaca aguda desde leve hasta con shock cardiogénico, en el contexto de una infección viral en los días o semanas previas. Este antecedente, sumado a la sintomatología inespecífica inicial, puede enmascarar el diagnóstico bajo la sospecha de cuadro respiratorio.

La evolución puede llevar a una recuperación completa, o resultar en miocardiopatía dilatada (20 a 30%), cuando el daño celular es significativo. Raramente tiene un curso fulminante.

**Isquemia miocárdica:** En pediatría, es una causa poco común de IC. Sin embargo, puede darse en:

- Vasculitis coronaria: secundaria a la enfermedad de Kawasaki, en extraños casos se presenta con isquemia e IC secundaria.
- Aterosclerosis: extremadamente rara, puede darse en casos de hipercolesterolemia familiar.

**Arritmias:** Las siguientes arritmias pueden conducir a IC:

- Bloqueo AV completo: puede llevar a IC si el ritmo de escape de la unión no es lo suficientemente rápido.
- Arritmias supraventriculares y ventriculares: flutter auricular, fibrilación auricular, reentrada tipo Coumel, taquicardia auricular automática y taquicardia automática de la unión AV; pueden llevar a IC si no son reconocidas a tiempo y

no cesan. Lo mismo ocurre con las arritmias ventriculares.

El diagnóstico de IC en estos casos suele ser difícil, siendo retrospectivo a medida que evoluciona el cuadro.

El control de la arritmia con medicación o ablación suele mejorar la función ventricular.

**Drogas:** los pacientes oncológicos pediátricos que reciben antraciclinas (doxorubicina, daunorrubicina) tienen riesgo a largo plazo de presentar disfunción ventricular e IC.

#### **Causas no cardíacas:**

- Sepsis
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades respiratorias: síndrome de apnea obstructiva del sueño, broncodisplasia, fibrosis quística y otras que llevan a hipertensión pulmonar con disfunción ventricular derecha.
- VIH
- LES

#### Corazones estructuralmente anormales

Comprende a todos los pacientes con cardiopatías congénitas que se someten a cirugías correctoras o paliativas. La disfunción ventricular suele aparecer en la adolescencia o adultez joven, aunque también puede aparecer en la primera década de la vida. Con el aumento en la supervivencia a procedimientos quirúrgicos, se espera que este grupo sea cada vez más numeroso.

#### **Sobrecarga de volumen sin disfunción ventricular (Fracción de eyección conservada)**

##### **Causas cardíacas**

- Comunicación interventricular (CIV)
- Comunicación interauricular (CIA)
- Ductus arterioso persistente (DAP)
- Ventana aortopulmonar
- Canal auriculoventricular
- Fisiología ventricular única sin obstrucción al flujo pulmonar

La sobrecarga de volumen se produce a través de shunts (cortocircuitos) que permiten el flujo anómalo desde zonas de mayor presión hacia aquellas de menor presión a través de comunicaciones inusuales entre ellas. Durante un breve período de la etapa neonatal los pacientes con estos defectos no suelen tener shunt de izquierda a derecha debido a la alta resistencia vascular pulmonar (RVP) neonatal fisiológica. Superando la primera semana de vida, y progresivamente hasta la semana sexta a octava, la RVP baja y el shunt de izquierda a derecha aumenta significativamente, generando sobrecarga de

volumen pulmonar con el consiguiente aumento de la precarga del ventrículo izquierdo (VI) e IC.

La sobrecarga de volumen también puede ocurrir, aunque menos frecuentemente, en insuficiencias valvulares como: Insuficiencia aórtica (en niños con válvulas aórticas bicúspides), insuficiencia mitral o insuficiencia pulmonar (como complicación de la cirugía reparadora de la Tetralogía de Fallot)

### **Causas no cardíacas**

Las causas no cardíacas de IC por sobrecarga de volumen sin disfunción ventricular incluyen:

- Malformación arteriovenosa (shunt extracardíaco)
- Sobrecarga hídrica: falla renal oligúrica, síndrome nefrítico, sobrecarga hídrica iatrogénica.

### ***Sobrecarga de presión sin disfunción ventricular sistólica (Fracción de eyección conservada)***

La sobrecarga de presión en pediatría es frecuentemente causada por cardiopatías congénitas con obstrucción severa al flujo de salida, resultando en bajo volumen minuto y/o altas presiones de llenado. Las obstrucciones moderadas suelen ser asintomáticas, sin embargo, las obstrucciones severas suelen presentarse con IC (bajo volumen minuto) en la infancia temprana.

Asimismo, las obstrucciones moderadas y las severas pueden llevar a IC crónica. Dependiendo de la severidad y de la cronicidad, la sobrecarga de presión conduce a disfunción ventricular sistólica o disfunción ventricular diastólica.

Las cardiopatías congénitas que se manifiestan con sobrecarga de presión son: estenosis aórtica, coartación de la aorta y estenosis pulmonar.

La hipertensión arterial sistémica (HTA) también puede llevar a sobrecarga de presión. Normalmente, la función ventricular se encuentra preservada, pero en casos severos puede llevar a IC. De manera similar, la hipertensión pulmonar (HTP) puede generar sobrecarga de presión de las cavidades derechas con IC.

## **FISIOPATOLOGÍA**

La IC es la incapacidad del corazón de aportar el volumen de sangre suficiente para cumplir con las necesidades del organismo, llegando a producirse cuando las demandas del gasto cardíaco superan la capacidad de respuesta del corazón.

Toman trascendencia ciertas variables fisiológicas, cuyas alteraciones van a ser los desencadenantes de la IC y sobre las que también van a actuar los mecanismos compensadores en su intento por restituir la homeostasis:

**Volumen sistólico (VS):** Volumen de sangre eyectada en cada ciclo cardíaco.

**Volumen minuto (VM):** Resulta del VS multiplicado por la frecuencia cardíaca (FC)

**Precarga:** Se define como la presión que ejerce el volumen de sangre sobre las paredes del ventrículo previo a su contracción ("volumen al final de diástole").

Según la ley de Frank Starling, al aumentar el volumen de llenado ventricular también aumenta la longitud que adquieren las fibras de la estructura sarcomérica del músculo cardíaco, llevando a una mayor fuerza de la bomba cardíaca, y por lo tanto mayor VS. Se puede aproximar la magnitud de la precarga mediante la medición de la presión venosa central (para el VD) y de la presión pulmonar capilar (para el VI).

**Poscarga:** Es la resistencia que le ofrece cada lecho vascular a su respectivo ventrículo durante la eyección, así como también tiene en cuenta obstrucciones estructurales a la salida. Aumentos en la poscarga impactan de forma directa e inversa sobre el VS. En corazones estructuralmente sanos se puede pensar en la tensión arterial como una aproximación de la poscarga que enfrenta el ventrículo izquierdo.

**Contractilidad:** Es la fuerza de contracción intrínseca del miocardio ventricular (inotropismo), y por lo tanto de su unidad estructural, el sarcómero. Depende directamente de la integridad de la estructura proteica del sarcómero, la capacidad para la célula de disponer del calcio almacenado en el retículo sarcoplásmico, actividad simpática y catecolaminas circundantes. Es independiente de las condiciones de carga. Puede estar condicionado por factores sistémicos depresores como la hipoxia, acidosis, sepsis, etc.

**Frecuencia cardíaca (FC):** La variación de la frecuencia cardíaca como medio fisiológico de regular el VM constituye una de las respuestas adaptativas más inmediatas. Sin embargo el alcance de este recurso es limitado (más aún en recién nacidos y lactantes), ya que aumentos progresivos por encima de 180 latidos/minuto conducen a la disminución del VM; esto se debe a que durante la diástole se produce tanto el llenado ventricular como la perfusión coronaria (el aumento de la FC se hace a expensas de la diástole ya que la duración de la sístole es constante), por lo que la taquicardia extrema impacta negativamente sobre la precarga y la contractilidad respectivamente.

Figura 1: Flujograma de causalidad de las variables fisiológicas cardíacas.



Fuente: Elaboración propia

## CLÍNICA

La diversidad de etiologías y presentaciones de IC en el ámbito pediátrico hacen que existan varias

La anamnesis cumple un rol primordial en la identificación temprana de la insuficiencia cardíaca en niños. Preguntas sobre el desarrollo y crecimiento, la presencia de dificultad respiratoria durante la alimentación o el sueño, tolerancia al ejercicio y antecedentes de infecciones recurrentes, deben considerarse ante una problemática de salud compatible con patología cardíaca. Es esencial recabar antecedentes familiares de enfermedades cardíacas. Es necesario tener en cuenta que los signos y síntomas pueden haberse manifestado de manera gradual, pasando desapercibidos, por lo que podrían no ser tenidos en cuenta a no ser que se indague por ellos <sup>4</sup>.

Los signos y síntomas de IC pueden ser secundarios al bajo gasto cardíaco o a la sobrecarga hídrica sistémica o pulmonar, a la vez que varían con la edad del niño.

### Síntomas

**Lactantes:** Los más frecuentes son taquipnea y diaforesis durante las tomas, irritabilidad, bajo volumen de tomas y escasa ganancia ponderal. La desnutrición resultante puede llevar a retraso en la adquisición de las pautas madurativas.

**Preescolares:** Síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos y bajo apetito), baja ganancia de peso, fatigabilidad y sibilancias recurrentes o crónicas. **Escolares y adolescentes:** Intolerancia al ejercicio, anorexia, dolor abdominal, sibilancias, disnea, edema, palpitaciones, dolor precordial y síncope.

### Signos

- Taquicardia.
- Síntomas de baja perfusión: manifestada mediante extremidades frías, relleno capilar lento, pulsos periféricos débiles e hipotensión.
- Ritmo de galope: se presenta en niños con gasto cardíaco disminuido y sobrecarga hídrica.
- Hallazgos pulmonares. Son secundarios a la congestión pulmonar:
  - Taquipnea (el más frecuente)
  - Uso de músculos accesorios
  - Sibilancias y rales crepitantes (más frecuente en escolares y adolescentes)
- Signos de congestión sistémica:
  - Hepatomegalia (el hallazgo más común)
  - Edema periférico
  - Ascitis y esplenomegalia: principalmente en IC derecha severa
  - Distensión venosa yugular (más frecuente en escolares y adolescentes)<sup>4</sup>

En la Tabla 2 se presenta la estratificación mediante clase funcional de los sín-

tomas de IC elaborada por Ross y ampliamente utilizada en la práctica habitual<sup>5</sup>

**Tabla 2: Cuadro basado en la Clasificación de Ross modificada para estratificar mediante la clase funcional, en diferentes grados el nivel de compromiso hemodinámico.**

CLASE FUNCIONAL	SÍNTOMAS
I	Asintomático
II	<b>Lactantes:</b> Taquipnea o diaforesis durante la alimentación, sin estancamiento ponderal. <b>Niños mayores:</b> Disnea ante el ejercicio de mediana intensidad.
III	<b>Lactantes:</b> Marcada taquipnea o diaforesis durante la alimentación, con estancamiento ponderal. Tiempo de tomas prolongado. <b>Niños mayores:</b> Disnea ante ejercicio mínimo.
IV	Disnea, taquipnea y/o diaforesis en reposo

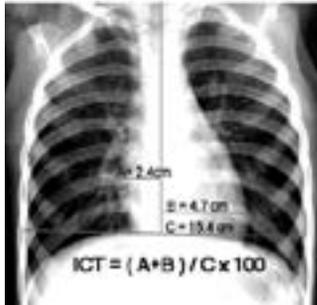
### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Al avanzar sobre la sospecha de insuficiencia cardíaca, se debe tener en cuenta una tríada de evaluación complementaria inicial que incluye radiografía, análisis de laboratorio y electrocardiograma (ECG). Dependiendo de los hallazgos que surjan se puede orientar el manejo inicial, realizar la derivación oportuna al especialista y programar la realización del ecocardiograma como el método complementario de mayor valor diagnóstico.

**Radiografía de tórax:** Útil para detectar cardiomegalia y congestión pulmonar. Es un estudio altamente sensible para determinar si existe cardiomegalia. La especificidad para dicho fin es relativamente menor, en parte por posibles errores en la técnica de adquisición de la imagen y también al existir otras patologías que emulen aumento de la silueta mediastinal como cardiopatías congénitas con shunts de izquierda a derecha, miocardiopatías (dilatada, arritmogénica del ventrículo derecho y restrictiva), miocarditis y derrame pericárdico. También permite valorar el flujo pulmonar y descartar diagnósticos diferenciales, como infecciones respiratorias, hernias diafragmáticas, etc. El índice cardiotorácico (ICT) (Figura 2) sólo debería ser tenido en cuenta en una Rx de tórax realizada adecuadamente (incidencia postero-anterior, paciente de pie o sentado, con foco torácico, en inspiración), para así evitar incurrir en el erróneo diagnóstico de cardiomegalia. Valores de ICT que indican cardiomegalia para menores de 1 año serían > 65 %, durante el 1er año de vida > 60%, entre el 2do y el 6to año > 52%, y a partir del 7mo año de vida y durante la edad adulta > 50%<sup>6</sup>.

**Electrocardiograma:** La taquicardia sinusal es el hallazgo más frecuente y no es específico. En algunos casos, el ECG puede sugerir una etiología, como en: miocarditis, miocardiopatías, derrame pericárdico, ALCAPA, bloqueo AV, taquiarritmias, sobrecarga o agrandamiento de cavidades 4.

Figura 2: Radiografía posteroanterior de tórax normal e índice cardiotorácico (ICT).



#### Laboratorio:

• **Pro BNP (péptido natriurético)**. Sus valores presentan un adecuado paralelismo con los del BNP (péptido natriurético tipo B), pero presenta la ventaja de tener una mayor vida media y estabilidad. Ambos son péptidos liberados por el corazón ante situaciones de mayor exigencia. Su accionar influye en la homeostasis del riñón y sobre la vasculatura de los vasos sanguíneos, por esto es un marcador de enfermedad estructural y funcional cardíaca.

En pediatría, es de gran utilidad para diferenciar entre enfermedades pulmonares (CBO, crisis asmática) e IC con predominio de signo sintomatología respiratoria.

En cardiopatías con shunt de I a D, el BNP se correlaciona de manera directa con el grado de shunt. En disfunción ventricular, se correlaciona de forma indirecta con la fracción de eyección.

Aunque aún no se cuenta con datos concluyentes que respalden una terapéutica guiada únicamente por la curva de ProBNP durante el seguimiento, es de utilidad para objetivar la respuesta a las medidas implementadas, a su vez que los valores muestran una adecuada correlación con el estado clínico del niño y su pronóstico <sup>7,8</sup>.

#### Valores de referencia:

0 -1 mes: 250 - 3987 pg/mL

1 mes - 1 año: 20 - 532 pg/mL

>1 año - 4 años: 20 - 324 pg/mL

>4 años - 7 años: 20 - 374 pg/mL

>7 años - 10 años: 20 - 163 pg/mL

>10 años - 13 años: 20 - 296 pg/mL

>13 años - 18 años: 20 - 145 pg/mL

**Troponinas:** las troponinas I y T son marcadores de injuria miocárdica. Sus valores se encuentran elevados en pacientes con miocarditis y con isquemia cardíaca <sup>9</sup>.

**Hemograma:** la anemia puede contribuir a la IC en pacientes predispuestos o exacerbar la severidad de los síntomas. Su causa más común en IC es la ferropenia <sup>9</sup>.

**Química sanguínea y medio interno:** Estado ácido base, ionograma, lactato, glucemia, función renal y función hepática. Algunos hallazgos frecuentes son:

- Medición de electrolitos basales, previo iniciar terapia con diuréticos o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) para evitar posibles efectos adversos.
- Hiponatremia: niños en IC severa, con importante sobrecarga hídrica.
- Injuria renal: puede ser un factor predisponente o exacerbar la IC preexistente.
- Enzimas hepáticas elevadas: por congestión hepática en IC derecha <sup>9</sup>.

Si los hallazgos clínicos y los resultados de los métodos complementarios apoyan la sospecha de IC, es esencial que se realice una evaluación por parte de un cardiólogo pediátrico. Podría ser necesario realizar un ecocardiograma para confirmar y definir el diagnóstico.

### **Ecocardiograma**

Es un método de imagen sumamente útil ya que permite evaluar el tamaño y función del corazón en niños con signos y síntomas de IC, descartar CC o hacer el diagnóstico de certeza de la mayoría de éstas, sin necesidad de irradiar o invadir al paciente <sup>10</sup>.

Provee mediciones que requieren de una adecuada interpretación. Los hallazgos más significativos y sugerentes son:

#### **• Disfunción ventricular**

- Fracción de eyección (Fey) menor a 55% y/o fracción de acortamiento (FAC) menor 25% (hombres) y 27% (mujeres).

- Excursión sistólica del anillo tricúspide (TAPSE), excursión sistólica del anillo mitral (MAPSE), que refleja de forma indirecta la función del ventrículo respectivo.

- Agrandamiento o dilatación ventricular

#### **• Sobrecarga hídrica**

- Ventriculos y/o aurículas agrandados

- Defectos del septum con shunts significativos

- Insuficiencia valvular severa

- Aumento del flujo de las venas pulmonares en la aurícula izquierda

#### **• Sobrecarga de presión:**

- Hipertrofia ventricular

- Obstrucción al flujo de salida (estenosis subvalvular, valvular o supra valvular aórtica o estenosis pulmonar)

Otros estudios necesarios pueden ser Resonancia Magnética (RMN), cateterismo diagnóstico y biopsia, y su indicación estará determinada por la sospecha diagnóstica.

### AngioTAC y Angio RNM

Estudios complementarios al ecocardiograma, especialmente cuando este último presenta limitaciones técnicas para su realización. La RMN está ampliamente validada para la estimación de la morfología y función cardíaca, área en la que es comparable, e incluso superior que el ecocardiograma transtorácico. Además permite aproximaciones diagnósticas ante sospecha de miocarditis, miocardiopatías primarias e identificación de secuelas isquémicas <sup>11</sup>.

### MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Una vez dilucidado el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, es pertinente iniciar las medidas generales a la brevedad. Para ello es necesario clasificar la situación clínica en alguna de 4 posibles situaciones, las cuales derivan de las siguientes preguntas. "¿Tiene compromiso de la perfusión?" y "¿Tiene signos de congestión?". Según la respuesta a ambas preguntas el paciente se encontrará en 4 posibles estados: **A**: es decir caliente y seco, **B**: caliente y húmedo, **C**: frío y húmedo y **D**: frío y seco.(Figura 3 y Figura 4)

La hipoperfusión y la congestión pueden ser condiciones tanto excluyentes como coincidentes en el cuadro de IC, y su tratamiento tendrá consideraciones específicas, ya que por ejemplo, un paciente con sintomatología compatible de congestión se vería perjudicado de una reanimación con fluidos agresiva, comprometiendo el pronóstico <sup>1</sup>.

**Figura 3: Patrones clínicos de presentación de la IC aguda.**

		¿Tiene signos de congestión?	
		NO	SI
Sintomatología de hipoperfusión	NO	A "caliente y seco"	B "caliente y húmedo"
	SI	D "frío y seco"	C "frío y húmedo"

Fuente: Elaboración propia

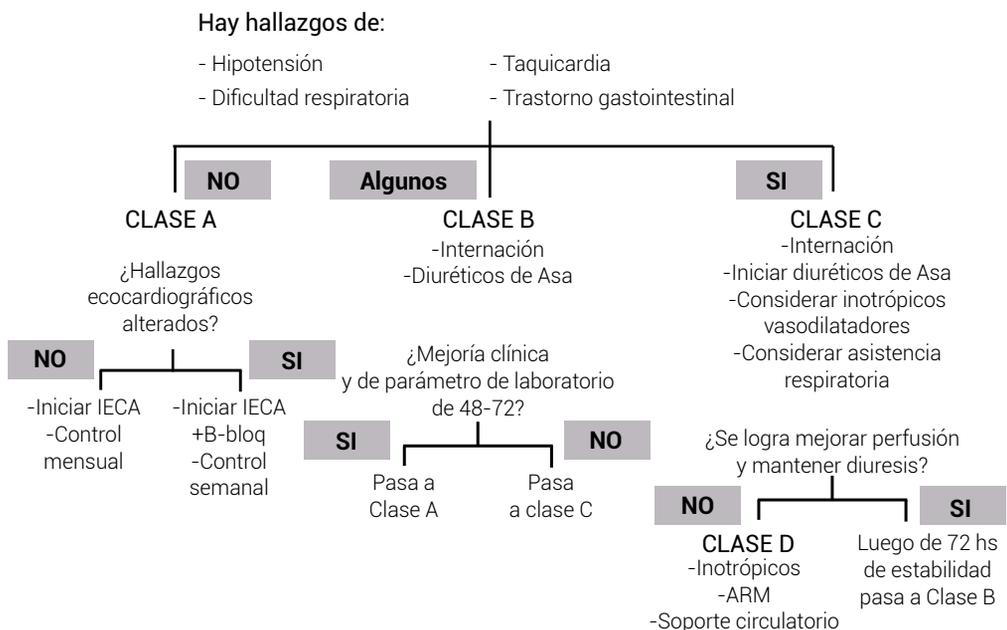
**Estado A:** Paciente estable clínicamente, con escasa o nula sintomatología. Debe ser derivado al especialista para definir diagnóstico, determinar la necesidad de tratamiento e instaurarlo. Suelen ser tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona, con la finalidad de evitar hipertrofia y remodelación del miocardio.

**Estado B:** Presentación frecuente en la edad pediátrica, acompañando a CC con grandes cortocircuitos de I-D o patologías sistémicas que cursen con hipervolemia. Se debe restringir el balance hídrico, y recurrir a diuréticos de asa o tiazídicos, prefiriendo la vía oral si el estado clínico lo permite.

**Estado C:** El manejo clínico en este estado es complejo, ya que pese a los signos de hipoperfusión no se debe administrar agresivamente líquidos, por el riesgo a descompensar aún más el cuadro. El paciente debe ser internado, adecuadamente monitorizado, con balance estricto de ingresos y egresos, administración endovenosa de diuréticos, y podría considerarse la introducción temprana de inotrópicos y/o la ventilación no invasiva (VNI) para disminuir el gasto metabólico. El aporte de oxígeno debe ser una indicación individualizada a cada paciente, ya que su efecto vasodilatador sobre la circulación pulmonar puede derivar en edema pulmonar intersticial y empeorar la situación respiratoria. Tener en cuenta además que las reposiciones rápidas de fluidos y las transfusiones de hemoderivados deben ser analizadas desde el riesgo-beneficio esperado, y controlar estrictamente su respuesta.

**Estado D:** El manejo inicial es muy similar al del estadio C, aunque el efecto logrado por los diuréticos no será determinante. Considerar la introducción temprana de un inotrópico, especialmente con propiedad vasodilatadora (Milrinona) para bajar la poscarga sistémica. El soporte ventilatorio es de gran ayuda para disminuir el gasto metabólico. La falta de respuesta a la administración de inotrópicos luego de las primeras 48-72 horas sugiere la necesidad de estrategias de soporte circulatorio, asistencia ventricular o incluso de trasplante cardiaco (solo disponibles en centros de alta complejidad) <sup>12,13</sup>.

Figura 4. Algoritmo para la toma de decisiones en el manejo del paciente con IC aguda sintomática.



Fuente: Elaboración propia basado en los lineamientos de "Presentation, Diagnosis, and Medical Management of Heart Failure in Children: Canadian Cardiovascular Society Guidelines" <sup>1</sup>.

## FÁRMACOS EN EL MANEJO DE LA IC.

**IECA:** Fármaco de primera línea ante la detección de alteraciones funcionales o estructurales cardíacas, incluso en estadios subclínicos. Han demostrado reducir la progresión y aumentar la sobrevida. La dosis inicial de enalapril es 0.08 mg/kg/día c/24 hs; dosis máxima 40 mg/día. En combinación con antagonistas de la aldosterona puede causar hiperkalemia. Puede ocasionar tos seca como efecto adverso frecuente. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA 2) son una alternativa válida en caso de intolerancia.

**Betabloqueantes:** Son un pilar en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en adultos. Se les atribuye el beneficio a la regulación de la respuesta inadecuada del sistema simpático, así como también por la disminución de la frecuencia cardíaca y la mejora del llenado ventricular durante la diástole. Es adecuado discontinuarlos durante intercorrenencias de descompensación hemodinámica. Uno de los fármacos con mayor experiencia en pediatría es el carvedilol, dosis inicial en niños: 0.08 mg/kg/dosis c/12 hs. Dosis de mantenimiento en niños: 0.3 a 0.7 mg/kg/día.

**Diuréticos:** Los diuréticos de asa (ej. furosemida) son de gran utilidad al disminuir la congestión venosa pulmonar y sistémica, y por lo tanto la precarga; recordar monitorizar sus efectos adversos más frecuentes, tales como hiponatremia, hipocloremia, hipokalemia, alcalosis metabólica e injuria renal. Los diuréticos tiazídicos (ej. hidroclorotiazida) son de mayor utilidad que los de asa en el manejo crónico, siendo además útiles para contrarrestar la hipokalemia e hipocalcemia generado por la furosemida.

**Espironolactona:** Actúa inhibiendo el efecto de la aldosterona, es un diurético débil por lo que suele usarse en asociación con otros, pudiendo equilibrar su efecto ahorrador de potasio con los diuréticos de asa. Tiene su utilidad en el manejo crónico por disminuir el remodelado del miocardio. Precaución de hiperkalemia en terapia conjunta con IECA. Ha demostrado disminuir la mortalidad en adultos con IC. Dosis inicial: 1 mg/kg/día c/12-24 hs. Dosis máxima: 3.3 mg/kg/día  
Efectos adversos frecuentes: hiperkalemia, ginecomastia en varones.

**Digoxina:** De la familia de los digitálicos, es útil por sus propiedades inotrópicas positivas, cronotrópica negativa y antiarrítmicas. En estudios realizados en adultos su uso crónico ha mejorado la capacidad de ejercicio, disminuyendo las internaciones y sintomatología, pero no modificó la sobrevida. De segunda línea en niños con sintomatología refractaria al uso de otros fármacos. Requiere un riguroso seguimiento por su estrecho margen de seguridad. Sin evidencia concluyente en pediatría.

**Agentes vasodilatadores sistémicos** (Nitroprusiato de Sodio, Nitroglicerina): Han sido utilizados ocasionalmente en insuficiencia cardíaca descompensada,

con el objetivo del descenso de la poscarga, al igual que la milrinona, aunque el mayor beneficio se observó en adultos con HTA coexistente.

**Corticoesteroides e Inmunoglobulina humana:** Clásicamente han tenido un rol en el tratamiento de pacientes con miocarditis, sin embargo la escasa evidencia con la que se cuenta actualmente no respalda su uso, ya que no se ha demostrado beneficios.

**Inotrópicos y vasopresores:** Son utilizados en el síndrome de bajo volumen minuto cardíaco. Los inotrópicos y los vasopresores aumentan la contractilidad miocárdica y alteran el tono vascular a través de la activación de vías adrenérgicas <sup>3,14,15</sup>. (Tabla 3)

**Tabla 3: Tipo de receptor, localización y respuesta a la activación de inotrópicos y vasopresores**

RECEPTOR	LOCALIZACIÓN	RESPUESTA A LA ACTIVACIÓN
Beta-1	Corazón	Inotrópico, cronotrópico y dromotrópico positivo.
Beta-2	Músculo liso (vascular, bronquial)	Relajación
Alfa-1	Músculo liso vascular Corazón	Contracción Inotrópico positivo
Alfa-2	Músculo liso vascular	Contracción
Dopaminérgico-1	Músculo liso vascular (renal)	Relajación

Adaptado del Manual de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos <sup>3</sup>.

- **Adrenalina:** es un potente agonista de receptores alfa y beta adrenérgicos. Su dosis es 0.01 a 0.3 ug/kg/min.
- **Dopamina:** en dosis bajas (menores a 2 ug/kg/min) genera vasodilatación; en dosis intermedias (2-5 ug/kg/min) genera inotropismo; en dosis altas (5-15 ug/kg/min) genera vasoconstricción.
- **Dobutamina:** es una medicación predominantemente agonista beta 1 con actividad débil beta 2 y alfa 1. Su dosis varía de 2 a 15 ug/kg/min.
- **Milrinona:** Es un inhibidor de la fosfodiesterasa III que aumenta la disponibilidad de calcio en el cardiomiocito, promoviendo la contractilidad (inotropismo). También produce vasodilatación arterial y venosa, por lo que se lo conoce como inodilatador. Su dosis es 0.375 a 0.75 ug/kg/min. Ajustar en insuficiencia renal.
- **Levosimendan:** es un sensibilizador de calcio. Como milrinona, es inotrópico y vasodilatador, aunque más caro. La dosis recomendada es de 0.05 a 0.2 ug/kg/min.

En la Tabla 4 se resumen las funciones de los principales fármacos inotrópicos y vasopresores.

**Tabla 4. Funciones de los principales fármacos inotrópicos y vasopresores**

Fármaco Inotrópico	ALFA-1	BETA-1	BETA-2	DAR	T 1/2	GC	FC	TAS	PCP	CONSUMO DE OXÍGENO MIOCÁRDICO
Adrenalina	+++++	++++	+++	-	2-7'	↑	↑	↑	-	↑
Dopamina	+++	++++	++	+++++	2-20'	↑	↑	↑	-	↑
Dobutamina	+	+++++	+++	-	2-3'	↑	↑	-	↓	-
Milrinona	-	-	-	-	1-4 hs	↑	↑	↓	↓	-
Levosimendán	-	-	-	-	1-1.5 hs	↑	↑	↓	↓	-

Adaptado de: ISHLT Guidelines for management of pediatric<sup>18</sup>.

DAR: receptor dopaminérgico, T ½: tiempo de vida media, GC: Gasto cardíaco, FR: Frecuencia cardíaca, TAS: Tensión arterial sistólica, PCP: Presión capilar pulmonar

#### Nuevas drogas <sup>4</sup>

**Ivabradina:** Inhibidor selectivo de la corriente sinoauricular I funny y, por lo tanto, un cronotrópico negativo. Es eficaz para reducir la frecuencia cardíaca en niños con IC crónica con fracción de eyección reducida que continúan teniendo FC elevada pese al tratamiento estándar. No indicado en IC descompensada.

**Sacubitril - valsartán:** Combinación de un ARA II con un inhibidor de la neprilisina que ha demostrado en adultos con IC reducir la mortalidad comparado con enalapril. Se encuentra en curso un ensayo prospectivo que busca evaluar la eficacia en pacientes pediátricos con IC, y en base a sus resultados preliminares, ya se encuentra aprobado para su uso por la FDA <sup>16</sup>.

**Dapaglifozina:** Pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores del cotransportador de sodio glucosa <sup>2</sup> (SGLT2), clásicamente utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus II. Ha ganado un rol destacado en el tratamiento de la IC crónica en adultos. Actualmente se dispone de pocos trabajos que avalen su indicación en niños, aunque las primeras pruebas son prometedoras <sup>17</sup>.

#### Intervenciones no farmacológicas

**Ventilación a presión positiva (VPP):** La VPP, tanto en formas de ventilación invasiva y no invasiva, puede ser efectiva en aliviar el distrés respiratorio ocasionado por el edema pulmonar. Asimismo, provee asistencia al ventrículo izquierdo al disminuir la postcarga del mismo.

**Soporte circulatorio mecánico (SCM):** En niños con IC descompensada con bajo volumen minuto cardíaco el SCM puede salvar la vida y funcionar como puente a la recuperación o al trasplante cardíaco. Existen dos formas:

- **Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO):** es un dispositivo de bypass cardiopulmonar total utilizado en paro cardíaco inminente o actual, uti-

lizado en situaciones como miocarditis aguda o shock post cardiotoromía. El ECMO puede proveer soporte vital por algunos días a semanas.

• **Dispositivo de asistencia ventricular (DAV):** es un dispositivo de asistencia cardíaca que puede ofrecer soporte uni o biventricular. Es utilizado principalmente en pacientes aguardando trasplante cardíaco.

**Trasplante cardíaco:** Recomendado en pacientes con IC terminal refractaria al tratamiento médico. También puede considerarse en IC estadio C asociada a severa limitación de la actividad, falla de medro significativa, arritmias intratables o cardiomiopatía restrictiva.

### Otros tratamientos

Los pacientes con IC pueden tener comorbilidades que contribuyan a la enfermedad. Entre las frecuentes podemos mencionar la anemia ferropénica, hipertensión, falla renal, obesidad, desnutrición, trastornos respiratorios y enfermedades de la tiroides. Todos estos problemas deberán ser abordados para no contribuir en el desarrollo de la IC <sup>4</sup>.

**Nutrición:** Los niños con IC tienen un gasto calórico basal elevado, por lo que pueden requerir ingestas mayores a 120 kcal/kg. A la vez, tienen indicación de restricción hídrica y dieta sin sal. Es por ello que, en muchos casos, está indicada la nutrición mediante fórmulas concentradas, a través de sonda nasogástrica o gastrostomía.

La desnutrición es común en este grupo, lo cual se asocia con una mayor mortalidad.

**Inmunizaciones:** Los niños con IC deberán tener el calendario de vacunación completo, con vacuna antineumocócica <sup>23</sup> valente para los mayores de 2 años e influenza anual. A su vez, es importante consultar sobre el beneficio en recibir palivizumab dependiendo de la causa y estadio de IC (consultar con Cardiología).

**Profilaxis antibiótica:** Todos los pacientes con CC cianóticas deben recibir profilaxis para endocarditis infecciosa.

**Tratamiento antiagregante y anticoagulante:** Los niños con IC y disfunción ventricular tienen un riesgo aumentado de trombos intracardiacos, por lo que deberán recibir tratamiento antiagregante (aspirina) o anticoagulante (warfarina o heparina). La estrategia óptima para la prevención del tromboembolismo en niños no está totalmente establecida.

**Tratamiento de las arritmias:** Los pacientes con IC y disfunción ventricular pueden padecer arritmias auriculares y ventriculares que comprometan rápidamente la estabilidad hemodinámica. El tratamiento específico dependerá de

la arritmia identificada, y puede incluir cardioversión, desfibrilación, antiarrítmicos y terapia de ablación.

**Cardiodesfibrilador implantable (CDI):** La colocación de un CDI está recomendada en pacientes en alto riesgo de muerte súbita, como pacientes con miocardiopatías con antecedentes de síncope o arritmias ventriculares y en pacientes con IC que han sobrevivido al paro cardiorrespiratorio súbito.

La decisión de colocar un CDI debe ser individualizada, ya que existe poca evidencia en pediatría para guiar esta decisión.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Kantor PF et al. Presentation, Diagnosis, and Medical Management of Heart Failure in Children: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Canadian Journal of Cardiology*. 2013;29:1535-1552.
2. Hsu DT, Pearson GD. Heart Failure in Children. Part II: Diagnosis, Treatment and Future Directions. *Circ Heart Fail*. 2009; 2:490-498.
3. Camacho GV, Salazar FG. Insuficiencia cardíaca diastólica y sistólica en niños. Manual de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2018. Disponible en: <https://slacip.org/slacip2/manuales/>
4. Sinch RK. Heart failure in children: Etiology, clinical manifestation and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-in-children-etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis#H23884658>
5. Ross R. The Ross Classification for Heart Failure in Children After 25 Years: A Review and an Age-Stratified Revision. *Pediatr Cardiol*. 2012;33:1295-1300.
6. Maresh MM, Washburn AH. Size of the heart in healthy children. *Am J Dis Child*. 1938;56:33.
7. Favilli S et. al. The use of B-type natriuretic peptide in paediatric patients: a review of literature. *Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2009;10(4):298-302.
8. Li S, Xiao Z, Li L, Hu B, Zhou Z, Yi S. Establishment of normal reference values of NT-proBNP and its application in diagnosing acute heart failure in children with severe hand food and mouth disease. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(36): e12218.
8. Soongswang J et. al. Cardiac troponin T: a marker in the diagnosis of acute myocarditis in children. *Pediatr Cardiol*. 2005;26(1):45-49.
9. Lang RM et. al. Recommendations for chamber quantification: a report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, developed in conjunction with the European Association of Echocardiography, a branch of the European Society of Cardiology. *J Am Soc Echocardiogr*. 2005;18(12):1440-1463
10. Attili AK, Parish V, Valverde I, Greil G, Baker E, Beerbaum P. Cardiovascular MRI in childhood. *Arch Dis Child*. 2011;96(12):1147-1155.
11. Cuffe MS et. al. Short-term intravenous milrinone for acute exacerbation of chronic heart failure: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;287:1541-1547
12. O'Connor CM et. al. Continuous intravenous dobutamine is associated with an increased risk of death in patients with advanced heart failure: insights from the Flolan International Randomized Survival Trial (FIRST). *Am Heart J*. 1999;138:78-86
13. Hospital de Pediatría Garrahan. Formulario Farmacoterapéutico [Internet]. Citado, 01/12/2024 Disponible en:<https://farmacia.garrahan.gov.ar/Vademecum/Busqueda>
14. Asociación Española de Pediatría. Comité de Medicamentos. Pediamecum [Internet]. Citado, 01/12/2024. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum>
15. Shaddy R et. al. Design for the sacubitril/valsartan (LCZ696) compared with enalapril study of pediatric patients with heart failure due to systemic left ventricle systolic dysfunction (PANORAMA-HF study). *American Heart Journal*. 2017;193:23-24.
16. Lava SAG Laurence C, Di Deo A, Sekarski N, Burch M, Della Pasqua O. Dapagliflozin and Empagliflozin in Paediatric Indications: A Systematic Review. *Paediatr Drugs*. 2024;26(3):229-243.
17. Kirk RM et al. The International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the management of pediatric heart failure: Executive summary. *ISHLT Guidelines*. 2014(33);9:888-909.

# PRIMERA COHORTE DE RESIDENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL H.I.A.E.P. “SOR MARÍA LUDOVICA”.

El presente escrito busca compartir la experiencia de ser la primera cohorte de la residencia de Terapia Ocupacional (TO) en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” (HIAEP SML), un proceso tan inédito como desafiante, que comenzó en octubre del 2022. Impulsada y creada con el entusiasmo de las Terapistas ocupacionales de planta: Paula Rodríguez y Eleonora Peña. Esta residencia se integra al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, un espacio de trabajo interdisciplinario conformado por médicos fisiatras, fonoaudiólogas, enfermería de rehabilitación, técnico ortopedista, y que en los últimos años incorporó a profesionales del área de psicología y la psicopedagogía.

Durante los primeros dos años, la residencia tuvo un carácter mixto, con rotaciones compartidas entre nuestro hospital y el Hospital Rossi de La Plata. En este último, nos encontramos Terapistas ocupacionales con residencia completa y referentes con muchas ganas de enseñar y de que habitemos ese espacio.

Ser la primera cohorte implicó un fuerte compromiso con la profesión, no solo desde lo asistencial y académico, sino también desde un lugar pionero: sin residentes superiores ni antecedentes dentro de la institución, nos tocó abrir camino. Al mismo tiempo que transitábamos nuestra formación, éramos quie-

---

#### AUTORES:

---

PELLI V<sup>1</sup>   
PÉREZ CF<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Residencia de Terapia Ocupacional del HIAEP  
“sor María Ludovica”.

Correspondencia: VALENTINA PELLI  
E-mail: valen.pelli@gmail.com

---

nes representábamos y dábamos a conocer la disciplina en un hospital donde la TO aún no tenía un lugar consolidado. Esto implicó aprendizajes, tensiones y una profunda entrega.

A lo largo de estos tres años, el programa fue adecuándose y reconfigurándose en diálogo constante con las necesidades del hospital y las potencialidades de nuestra disciplina. Así, la TO fue llegando a nuevos espacios institucionales: Salud Mental, el Servicio de Área Programática, Ortopedia y Traumatología, Cuidados Paliativos, Consultorios de Pediatría del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP).

Por primera vez, con el acompañamiento de los profesionales del IDIP pudimos ir más allá de lo asistencial y presentamos varias experiencias del desarrollo del rol como en la sala de nutrición en el Congreso Nacional de TO, en el CoSaPro contando el trabajo en la sala de quemados, de neonatología y de la experiencia por la rotación el Servicio de Salud Mental del hospital. Las residentes, entonces, fuimos las exploradoras que demostraron que la TO no sólo es posible, sino necesaria en diversos sectores del hospital.

La TO es una profesión de salud centrada en la persona, que se ocupa de promover la salud y el bienestar, a través de la ocupación. Su objetivo principal es permitir que las personas participen de sus actividades significativas (World Federation of Occupational Therapists, 2012) <sup>1</sup>. Desde esta perspectiva, comprendemos que nuestra profesión puede aportar significativamente a la justicia ocupacional de niñas, niños y adolescentes internados o en tratamiento en el HIAEP SML facilitando un ambiente propicio y acompañando a que participen en actividades lúdicas, de alimentación e higiene, entre otras.

Nuestra formación inicial estuvo marcada por el entusiasmo y el esfuerzo: dos residentes, sin estructura formal, en una especialidad no hegemónica y poco conocida. No fue sencillo, pero fue profundamente transformador. Con la incorporación de nuevas cohortes, comenzamos a conformar una verdadera unidad de residencia, donde el intercambio, la organización y el sostén mutuo nos permitieron fortalecer tanto la actividad asistencial como la académica. Todo esto acompañado siempre con compromiso y entusiasmo por parte de nuestra coordinadora docente y actualmente somos seis residentes de esta hermosa profesión en el hospital.

Hoy, habiendo transitado este camino, podemos afirmar que nos enamoramos del hospital, de sus luchas, de sus posibilidades y, sobre todo, de cada espacio donde una necesidad se convierte en derecho. La TO en su concepción más integral, tiene mucho para aportar en cada rincón del HIAEP SML.

<sup>1</sup>World Federation of Occupational Therapists. (2012). Definición de Terapia Ocupacional. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

# LENGUA DE SEÑAS CON UNA MIRADA INTEGRAL A TODO EL EQUIPO DE SALUD.

Las personas con capacidades diferentes tienen derecho a una vida digna y a formar parte de la sociedad, en sentido pleno y activo accediendo a la educación, la salud, a poder trasladarse libremente, a informarse y a participar tal como lo indica la Convención sobre el derecho de las personas con capacidades diferentes anexada a la ley nacional 26378/2008. En ella se señala que la discapacidad es un fenómeno y un problema que se plantea a nivel público, de un modo transicional. No es algo individual de las personas, sino que emerge cada vez que un sujeto encuentra una barrera física o simbólica para el ejercicio pleno de sus derechos.

La lengua de señas es un lenguaje propio de la comunidad sorda, con la cual logran comunicarse entre sí. Se basa en una lengua de expresión que se genera a partir de los gestos y movimientos corporales, señas y percepción visual. Está en constante evolución ya que es una lengua no universal.

En el Marco General de la Política Curricular de la Provincia de Buenos Aires, (Resolución N° 3655/07), se expresa que: "La política lingüística y educativa de la Provincia de Buenos Aires establece el reconocimiento y la promoción de la lengua de señas argentina (LSA) como primera lengua de la comunidad sorda. Como miembros de un grupo minoritario las personas sordas no deben ser marginadas, tienen derecho a que se respete la vida cultural y la lengua natural propia de su comunidad: LSA".

---

AUTORES:

---

URQUIZO MR. 

VILLALBA MR. 

Correspondencia: MARIA ROXANA URQUIZO

E-mail: roxyarteaga75@gmail.com

---

La cultura sorda a pesar de sus limitaciones comunicacionales, puede llevar una vida plena, sin embargo las barreras que más condicionan son las originadas e impuestas por la sociedad en sus distintos ámbitos, la ausencia de intérpretes o en su defecto de personas capacitadas en LSA en lugares e instituciones públicas hacen que necesiten de un familiar que los acompañe para facilitar la comunicación.

La Ley de Educación Nacional N° 26.206 (capítulo I, Artículo 3°) manifiesta que la educación es una prioridad nacional y se constituye en política de Estado para construir una sociedad justa, reafirmar la soberanía e identidad nacional, profundizar el ejercicio de la ciudadanía democrática, respetar los derechos humanos, a la salud ya que consideramos que el colectivo enfermero tiene que tener como herramienta de inclusión la LSA, ya que eso permitirá una comunicación efectiva con el sujeto de atención, entendiendo al Estado como principal garante del mismo.

En agosto de 2023 comenzó en nuestro Hospital un proyecto que contempla un problema real en la comunidad sorda, surgiendo la necesidad de dar respuesta a esta problemática, postergada e invisibilizada por años como ser la inclusión de personas sordas. La comunidad hospitalaria (pacientes, padres, empleados) también precisa dar una respuesta eficaz a esta necesidad comunicativa, para lo cual brindar las herramientas de comunicación básicas, demostrando el máximo respeto hacia la Cultura e Identidad sorda.

En marzo de 2025 inició, a cargo de Enfermería, el dictado del tercer curso destinado a estudiantes del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", cuyo propósito fue:

- Concientizar a todo el personal del equipo de salud sobre la importancia de la LSA, como puente de comunicación entre ambas comunidades (oyentes y sordas)
- Conocer las características propias de la comunidad sorda.
- Transmitir conocimientos básicos de LSA.
- Brindar herramientas y técnicas en LSA necesarias para una mejor atención
- Mejorar la calidad de los cuidados y la inclusión de las personas hipoacúsicas.
- Incrementar, desarrollar vocabulario contextualizado en LSA.
- Reconocer los usos más frecuentes de la LSA para la comunicación.

# VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA LUDOVICA 2024

## “TRANSFORMACIÓN EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN: IMPACTO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”

### TRABAJOS ORIGINALES

ORDEN	TIPO	TÍTULO
RE01	Relato de experiencia	Las incubadoras neonatales como posibles reservorios de bacterias portadoras de carbapenemasas.
RE02	Relato de experiencia	Experiencia de implementación de un centro de testeo rápido en el hospital de niños sor maría ludovica
RE03	Relato de experiencia	Atención odontopediátrica de pacientes oncohematológicos destacando la interdisciplina.
RE04	Relato de experiencia	El juego como antesala a la consulta pediátrica.
RE05	Relato de experiencia	Pase de guardia digital: prueba piloto en Hospital de día (Sala 29).
RE06	Relato de experiencia	El Rol de la Enfermera Neonatal en la recepción de recién nacido con gastrosquisis en la UCIN.
RE07	Relato de experiencia	Reorganización de los consultorios de pediatría del IDIP en el hospital de niños "sor María Ludovica" de la plata. Nuevas perspectivas
RE08	Relato de experiencia	Trabajo en red que garantiza el acceso a la salud bucal. Experiencia interinstitucional del Hospital local especializado en discapacidad San Lucas y el Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado en Pediatría Sor María Ludovica.
RE09	Relato de experiencia	Taller Educativo de Diabetes Mellitus Tipo I del Hospital Sor María Ludovica
RE10	Relato de experiencia	Curso presencial y gratuito de LSA en el H.I.A.E.P, destinado a los trabajadores en salud, con una mirada integral e inclusiva.
RE11	Relato de experiencia	Desarrollo e Implementación de Dietas de Textura Modificada en el H.I.A.E.P "Sor María Ludovica" para pacientes con trastornos de la deglución
RE12	Relato de experiencia	Importancia de la participación gremial dentro de los comités institucionales.
RE13	Relato de experiencia	La multidisciplina como experiencia en los equipos de salud
RE14	Relato de experiencia	¿Cómo pensar la urgencia en la guardia de salud mental de un hospital infanto-juvenil? De la urgencia generalizada, a la urgencia subjetiva
RE15	Relato de experiencia	Consideraciones en torno al pedido en la práctica de la interconsulta en Salud Mental en el HIAEP Sor María Ludovica
RE16	Relato de experiencia	Rol del residente de enfermería neonatal en los cuidados de la postura del recién nacido y su impacto.
RE17	Relato de experiencia	Desafíos de la actividad territorial en un hospital pediátrico de alta complejidad.
RE18	Relato de experiencia	Rehabilitación comunitaria en niñeces con la implementación de un abordaje en red y transdisciplinario, desde la promoción y prevención en la localidad de Poblet.
RE19	Relato de experiencia	Hospital de día del servicio de medicina física y rehabilitación. Atención del paciente pediátrico con alteración del desarrollo en periodo subagudo.
RE20	Relato de experiencia	Programa para adolescentes con disfunciones en su desempeño cuya problemática impacta en el proceso de búsqueda de su identidad y en el desarrollo de su personalidad.
RE21	Relato de experiencia	Impacto de la contingencia por virus dengue temporada 2023 -2024 en la atención ambulatoria en el Hospital de Niños Sor María Ludovica.
RE22	Relato de experiencia	El juego como posibilidad de participación en niños, niñas y adolescentes (NNyA). Experiencias lúdicas en H.I.A.E.P "Sor María Ludovica" de La Plata.
RE23	Relato de experiencia	Buscando a hospital de día.
RE24	Relato de experiencia	"NANEAS": niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Nuevo modelo de atención ambulatoria Hospital De Niños "Sor María Ludovica de La Plata".
RE25	Relato de experiencia	Transición a la adultez de adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Nutrición parenteral domiciliaria en el Hospital de Niños de La Plata
RE26	Relato de experiencia	Pasado, presente y futuro.
RE27	Relato de experiencia	El rol del Trabajo Social en el equipo de salud: Repensando los modelos de atención ambulatoria en un hospital de alta complejidad de NNyA.

ORDEN	TIPO	TÍTULO
RE28	Relato de experiencia	Enfoque integral del paciente desde una mirada fonoaudiológica.
RE 29	Relato de experiencia	Experiencia de abordajes del Servicio de Trabajo Social en problemáticas de salud Hemato-oncopediátricas. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".
RE30	Relato de experiencia	Puesta a punto y Validación de un Método UFLC UV para la Determinación de Voriconazol en Muestras de Suero. Experiencia con pacientes.
RE31	Relato de experiencia	Experiencia de abordaje psicológico de pacientes con falla intestinal, una estrategia posible de trabajo para la atención de niños con patologías crónicas
RE32	Relato de experiencia	Implementación de un programa interdisciplinario en el abordaje de lesiones por presión en salas de cuidados críticos en pediatría.
RE33	Relato de experiencia	Revisión, cambio e implementación de un nuevo algoritmo para el diagnóstico y seguimiento de Enfermedad Celíaca en el HIAEP "Sor María Ludovica
RE34	Relato de experiencia	Neoplasias del Adulto: Citogenética y FISH
RE35	Relato de experiencia	Importancia del trato humanizado al paciente pediátrico quirúrgico y la familia.
RE36	Relato de experiencia	Manejo multidisciplinario en paciente con patología intestinal compleja: un enfoque integral.
RE37	Relato de experiencia	Recomendaciones para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de neurofibromatosis tipo I
RE38	Relato de experiencia	Con voz propia. Construcción de experiencias participativas para generar prácticas saludables con NNyA con enfermedades crónicas atendidos en el servicio de Nefrología
RE39	Relato de experiencia	Jugando para sanar: Experiencias lúdicas durante la hospitalización en el HIAEP Sor María Ludovica.
RC/SC01	Reporte de caso/ serie de casos	Dermatofitosis zoonóticas emergentes, a propósito de tres casos.
RC/SC02	Reporte de caso/ serie de casos	Encefalitis Autoinmune, a propósito de un caso.
RC/SC03	Reporte de caso/ serie de casos	Desafíos diagnósticos de cefalea en pediatría: a propósito de un caso.
RC/SC04	Reporte de caso/ serie de casos	A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME): de la sospecha clínica a la confirmación diagnóstica.
RC/SC05	Reporte de caso/ serie de casos	Sífilis adquirida desde una perspectiva social: A propósito de un caso.
RC/SC06	Reporte de caso/ serie de casos	Estatus convulsivo secundario a hiponatremia por polidipsia psicógena en pediatría, a propósito de un caso.
RC/SC07	Reporte de caso/ serie de casos	Tos crónica como forma de presentación de Inmunodeficiencia Común Variable: a propósito de un caso.
RC/SC08	Reporte de caso/ serie de casos	A propósito de un caso: inmunoterapia con veneno de himenópteros.
RC/SC09	Reporte de caso/ serie de casos	Volver a pensar en el virus de la inmunodeficiencia en pediatría (VIH), a propósito de un caso.
RC/SC10	Reporte de caso/ serie de casos	A propósito de un caso de meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> en la era postvacunal en el H.I.A.E.P Sor María Ludovica.
RC/SC11	Reporte de caso/ serie de casos	Anomalía total del retorno venoso pulmonar. Reporte de un caso con resolución quirúrgica a una edad inusual
RC/SC12	Reporte de caso/ serie de casos	¿Qué pensar ante una tumoración de cuero cabelludo? A propósito de tres casos.
RC/SC13	Reporte de caso/ serie de casos	Hallazgo de desbalance genómico infrecuente heredado vía materna en paciente con talla baja, involucrando los cromosomas X y 16.
RC/SC14	Reporte de caso/ serie de casos	Lesión ocupante de sistema nervioso central (SNC), a propósito de 5 casos.
RC/SC15	Reporte de caso/ serie de casos	A propósito de un caso de fisura submucosa: la importancia de la intervención fonoaudiológica en su evaluación y tratamiento para la toma de decisiones.
RC/SC16	Reporte de caso/ serie de casos	Proptosis unilateral en Oncología Pediátrica, serie de casos.
RC/SC17	Reporte de caso/ serie de casos	Presentación temprana de la enfermedad inflamatoria intestinal en Hospital Sor María Ludovica, La Plata.
RC/SC18	Reporte de caso/ serie de casos	La importancia de la anamnesis en las Inmunodeficiencias Primarias Ligadas al Cromosoma X: a propósito de un caso de Síndrome de Wiskott Aldrich.

ORDEN	TIPO	TÍTULO
RC/SC19	Reporte de caso/ serie de casos	Glucósidos cianogénicos: a propósito de un caso.
RC/SC20	Reporte de caso/ serie de casos	Intoxicación plúmbica familiar: a propósito de un caso.
RC/SC21	Reporte de caso/ serie de casos	Estudio Citogenético y FISH (Fluorescence in situ Hybridization) en un caso de leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA-T) en pediatría.
RC/SC22	Reporte de caso/ serie de casos	Gastroenteritis aguda como forma de presentación de tuberculosis intestinal: a propósito de un caso.
RC/SC23	Reporte de caso/ serie de casos	Encefalopatía hipertensiva como complicación de síndrome nefrítico en edad pediátrica: A propósito de un caso.
RC/SC24	Reporte de caso/ serie de casos	La importancia de la consulta genética en cáncer pediátrico. A propósito de 4 casos con Síndromes de cáncer hereditario (SCH) evaluados en la Sala de Genética Médica.
RC/SC25	Reporte de caso/ serie de casos	Gastroenteritis aguda como forma de presentación de tuberculosis intestinal: a propósito de un caso.
RC/SC26	Reporte de caso/ serie de casos	Síndrome nefrítico atípico: a propósito de un caso.
RC/SC27	Reporte de caso/ serie de casos	La importancia de la consulta genética en los trastornos del neurodesarrollo, a propósito de 3 casos evaluados en la Sala de Genética Médica del HIAEP Sor María Ludovica.
RC/SC28	Reporte de caso/ serie de casos	Importancia de sospecha clínica de Hantavirus en áreas endémicas ante Síndrome Febril Prolongado en pediatría. A propósito de un caso.
RC/SC29	Reporte de caso/ serie de casos	Meningoencefalitis por reactivación de VHS secundario a neurocirugía: un caso inusual.
RC/SC30	Reporte de caso/ serie de casos	Aciduria glutárica tipo I en pediatría: serie de casos.
RC/SC31	Trabajo de investigación	Dolor abdominal en una niña de 7 años: un desafío diagnóstico entre infección y tumor abdominal.
RC/SC32	Trabajo de investigación	Pubertad precoz y patología tumoral: a propósito de un caso clínico.
RC/SC33	Trabajo de investigación	Nefroblastoma y su presentación clínica con hematuria, a propósito de un caso.
RC/SC34	Trabajo de investigación	Neurorretinitis a Bartonella henselae: a propósito de un caso.
RC/SC35	Trabajo de investigación	Megacolon en población pediátrica, un signo con muchas caras. A propósito de 5 casos.
RC/SC36	Trabajo de investigación	A propósito de un caso de Hipercalcemia Maligna.
RC/SC37	Trabajo de investigación	Tumor Germinal Maligno como causa de SVCS: reporte de un caso.
T101	Trabajo de investigación	Utilidad del reactivo FlashPrep en la detección de virus respiratorios por RT-PCRA
T102	Trabajo de investigación	Prevalencia y caracterización de anticuerpos antinucleares en una población pediátrica
T103	Trabajo de investigación	Evaluación de alteraciones metabólicas en pacientes pediátricos ambulatorios con diagnóstico de sobrepeso u obesidad
T104	Trabajo de investigación	Alteraciones de la función tiroidea en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica
T105	Trabajo de investigación	Evolución de la lactancia materna durante el primer año en niños/as que asistieron al observatorio de salud materno-infantil.
T106	Trabajo de investigación	El laboratorio de Biología Molecular en la Leucemia Promielocítica Aguda (LPA). Diagnóstico y descripción en pediatría
T107	Trabajo de investigación	Actualización en la circulación de virus respiratorios en pacientes internados en el HIAEP Sor María Ludovica
T108	Trabajo de investigación	Epidemiología de las candidemias en población pediátrica: 7 años de estudio
T109	Trabajo de investigación	Análisis sobre el rol de un Hospital Pediátrico provincial de nivel III B en el Sistema de la Salud Bonaerense y propuestas para su optimización.
T110	Trabajo de investigación	Relevamiento de vacunación en el personal de salud del Hospital Sor María Ludovica.
T111	Trabajo de investigación	Sensibilización a aeroalérgenos en pacientes de la sala de alergia del hospital Sor María Ludovica
T112	Trabajo de investigación	Estudio de la circulación de Encefalitis de San Luis, Equina del Oeste y Fiebre del Nilo Occidental en el HIAEP "Sor María Ludovica" durante el brote de Dengue del 2024
T113	Trabajo de investigación	Utilización de la herramienta de tamizaje nutricional StrongKids en salas de internación polivalentes en un Hospital pediátrico de tercer nivel de la ciudad de La Plata.
T114	Trabajo de investigación	Enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes en un hospital pediátrico de alta complejidad.
T115	Trabajo de investigación	Utilidad del ensayo de Dihidrorodamina por Citometría de Flujo en pacientes con sospecha de Enfermedad Granulomatosa Crónica.

ORDEN	TIPO	TÍTULO
TI16	Trabajo de investigación	Aceite de cannabis: acceso, uso y composición de principios activos, en el tratamiento de niños y niñas con epilepsia refractaria
TI17	Trabajo de investigación	Programa de cirugía mayor ambulatoria pediátrica, una mirada hacia el futuro.
TI18	Trabajo de investigación	Prevención de accidentes domésticos: ¿Cuánto saben los cuidadores de los niños menores de 5 años?
TI19	Trabajo de investigación	Dengue: descripción del comportamiento clínico y epidemiológico en pacientes pediátricos en un hospital especializado de 3º nivel del municipio de La Plata
TI20	Trabajo de investigación	Internaciones por crisis asmática en niños mayores de 6 años antes, durante y después de la pandemia por Covid19
TI21	Trabajo de investigación	Inserción laboral de médicos pediatras formados en la residencia de un hospital pediátrico de La Plata, egresados en el período 2015-2023".
TI22	Trabajo de investigación	Atrofia muscular espinal: características de la población atendida en el servicio de rehabilitación de un hospital pediátrico de agudos
TI23	Trabajo de investigación	Impacto de la Pandemia por COVID 19 en el Diagnóstico Oportuno de Pacientes Pediátricos con Tumores Sólidos Malignos.
TI24	Trabajo de investigación	Características clínicas e imagenológicas de los tumores de fosa posterior en pediatría.
TI25	Trabajo de investigación	Nutrición Parenteral Domiciliaria en el Hospital de Niños de La Plata. Evolución de los pacientes.

[LINK PARA RESÚMENES DE TRABAJOS NO ORIGINALES](#)

## RE01

### Las incubadoras neonatales como posibles reservorios de bacterias portadoras de carbapenemasas.

Autoría: Constanza Marilina Gómez<sup>1</sup>, Virginia Letché<sup>1</sup>, Alejandra Bani<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Farmacia. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCINs) las infecciones asociadas a microorganismos multirresistentes constituyen un grave problema. Los recién nacidos son más susceptibles a la adquisición de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) y a otros factores de riesgo que afectan la morbimortalidad de forma significativa. Recientemente, en la UCIN del hospital se detectó un brote de enterobacterias productoras de carbapenemasa, en particular una cepa de *Klebsiella pneumoniae* portadora de carbapenemasa tipo NDM (Nueva Delhi metalo-β-lactamasa), KPC, asociada a betalactamasa de espectro extendido (BLEE). Las incubadoras, dispositivos médicos utilizados en recién nacidos, podrían ser un reservorio para el crecimiento de diferentes tipos de microorganismos.

**PROPÓSITOS:** El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia del procedimiento de limpieza y desinfección de las incubadoras protocolizado en la unidad y establecer controles microbiológicos para evaluar la calidad del método.

**DESARROLLO:** Desde la Central de Esterilización (CE), se realizó una búsqueda bibliográfica en los buscadores Google académico y Pubmed con palabras claves como "neonatal", "desinfección", "incubators", "hands", con fecha de publicación en los últimos 5 años, para identificar posibles fuentes de contaminación de los microorganismos multirresistentes en neonatos y cómo realizar la limpieza y desinfección de los dispositivos. Se observó directamente el método de limpieza y desinfección terminal de las incubadoras realizado por el personal de enfermería del Pañol y se analizaron los procedimientos de limpieza de las mismas dentro de las salas de neonatología. Éstos se hacen en más de 2 pasos.

Se identificó que el personal de enfermería no cumple adecuadamente con la desinfección de los dispositivos dentro de las salas debido a la falta de personal. En el sector de pañol, no se utiliza toda la protección personal correspondiente, los desinfectantes no se conservan apropiadamente, no se realiza el procedimiento en igual forma y tiempo. No cuentan con un cuarto para almacenar las incubadoras limpias y desinfectadas.

**RESULTADOS:** Teniendo en cuenta lo observado y encontrado en la búsqueda bibliográfica, se sugirió al Comité de Infecciones reevaluar el protocolo ya que fue confeccionado por los profesionales de la unidad hace 10 años, de modo que podría actualizarse según trabajos científicos publicados en los que se utilizan productos de última generación, que limpian y desinfectan en un solo paso. No especifica cómo proceder en el caso de la contaminación por los microorganismos antes mencionado. Se recomendó mantener una higiene adecuada en la sala y el sector de pañol, así como un correcto lavado de manos para prevenir la transferencia de patógenos, y buscar un lugar específico para el almacenamiento de los dispositivos.

Se contactó al Área de Microbiología del nosocomio para indagar la posibilidad de realizar pruebas microbiológicas en las incubadoras en puntos específicos según bibliografía encontrada. Sin embargo, se identificaron limitaciones para su obtención debido a la falta de cumplimiento del personal en el proceso, lle-

vando así más tiempo la recolección de muestras para detectar la presencia o no de estos patógenos.

**REFLEXIÓN FINAL:** Quedará para otro trabajo la ejecución de los ensayos como método de control, en colaboración con bioquímicos del establecimiento.

Es fundamental mejorar y mantener actualizados los procedimientos de limpieza y desinfección de las incubadoras neonatales para prevenir la propagación de bacterias multirresistentes. Se solicita una mayor adherencia del personal de enfermería y un seguimiento riguroso de los protocolos de limpieza para garantizar la seguridad y bienestar de los recién nacidos.

## RE02

### Experiencia de implementación de un centro de testeo rápido en el hospital de niños sor maría ludovica

Autoría: María Victoria Cabassi<sup>1</sup>, Paula Gelpi<sup>1</sup>, María Belén Alcalde<sup>1</sup>, Luis Ignacio Laurito<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio Central, Enfermedades Infecciosas. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los principales indicadores para medir el progreso de la respuesta nacional al VIH es la oportunidad del diagnóstico. En la provincia de Buenos Aires se estima que un 32.4% de personas fueron diagnosticadas en forma tardía durante el bienio 2020-2021, evidenciando la necesidad de promover y facilitar el acceso al diagnóstico.

**PROPÓSITOS:** Ampliar el acceso de la comunidad al diagnóstico, prevención y asesoramiento en VIH y enfermedades de transmisión sexual.

**DESARROLLO:** Mediante la participación de nuestra Sala en campañas de testeo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pudimos advertir la gran demanda e interés de la población en participar y, con ello, la necesidad de acercarse a la comunidad nuestra tarea diaria en el laboratorio de una manera accesible y rápida. Así fue como, desde el año 2018, comenzamos a sentar las bases para poder llevar a cabo en principio nuestra propia jornada de testeo de VIH en el marco del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, con la intención de que la actividad evolucione paulatinamente a lo que hoy constituye un Centro de testeo de periodicidad semanal, que funciona en la Sala de Admisión y Egresos del Laboratorio Central del Hospital. Cada miércoles brindamos acceso a asesoramiento, prevención y diagnóstico para VIH y Sífilis a todo aquel que decida acercarse de manera voluntaria, confidencial y gratuita.

**RESULTADOS:** Durante el período 2022-2023 fueron testeados 177 consultantes, entre los cuales se diagnosticaron 11 casos de sífilis y 2 de VIH, quienes fueron asesorados por infectólogos en cuanto a la continuación del proceso diagnóstico e intervenciones terapéuticas. Tanto para quienes brindamos este servicio como para las personas que concurren, esta experiencia resulta un aprendizaje continuo. Desde nuestro lugar como profesionales de laboratorio, creemos sumamente necesaria y enriquecedora la oportunidad de interactuar con el paciente, detectar dudas y situaciones de riesgo, ofrecer respuestas e intervenir más allá de la entrega del resultado, contribuyendo a la promoción y prevención en salud.

**REFLEXIÓN FINAL:** A más de un año del inicio de la actividad, somos conscientes del camino que resta recorrer. Entendemos que potencialmente podemos lograr un alcance mayor en cuanto a número de personas testeadas y que existen defectos en lo que respecta a organización. Sin embargo, creemos que la gran

voluntad del equipo de trabajo y el apoyo ministerial a las políticas de salud pública de prevención y promoción de la salud, permitirán el crecimiento y la optimización de nuestro centro.

#### RE03

##### Atención odontopediátrica de pacientes oncohematológicos destacando la interdisciplina.

**Autoría:** Levy Ana Florencia<sup>1</sup>, Punter Mónica<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Odontología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"

**INTRODUCCIÓN:** Las complicaciones orales en pacientes oncohematológicos/inmunosuprimidos representan uno de los mayores desafíos para la odontopediatría.

La cavidad bucal es muy susceptible a los efectos de la quimioterapia y la radioterapia desarrollando efectos secundarios a nivel bucodental siendo las más prevalentes las mucositis, estomatitis, hemorragia gingival entre otras. Ante la recomendación de no realizar cepillado dental en pacientes inmunosuprimidos y por falta de información para su reemplazo se pueden observar caries dental que, en estadios avanzados, podría causar infecciones agravando el cuadro general del paciente.

**PROPÓSITOS:** El trabajo en interdisciplina permite mejorar la calidad de vida del paciente e incluso permitir que el mismo presente un referente en sus consultas intrahospitalarias.

Desde nuestra visión como odontopediatras, nos permite tener un seguimiento de su salud bucodental, pudiendo trabajar desde la prevención.

**DESARROLLO:** La incidencia de complicaciones orales puede reducirse mediante la realización de evaluaciones de la cavidad oral antes de iniciar la terapia, la eliminación de posibles focos de infección o irritación, y la implementación de medidas preventivas durante todo el tratamiento oncohematológico, mejorando significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

Una dificultad existente y que no debemos pasar por alto en dichos pacientes es la valoración y comprensión de un hemograma completo en donde podemos constatar que el paciente se encuentra apto para realizar las prácticas odontológicas previo al inicio de la inmunosupresión.

**RESULTADOS:** La atención en interdisciplina con el servicio de oncohematología para dichos pacientes ya ha sido instaurada en el servicio de odontopediatría. Los mismos ni bien son diagnosticados concurren con una hoja de evaluación en donde el profesional médico solicita una valoración del estado actual de la boca del paciente y el odontólogo determinara la necesidad de tratamiento, siempre que sea posible y si el hemograma lo permite, previo a la inmunosupresión.

**REFLEXIÓN FINAL:** Ante lo anteriormente expuesto queremos remarcar la importancia y el valor que presenta la formación del equipo interdisciplinario entre los profesionales de los servicios de oncohematología y odontología del HIAEP SOR MARIA LUDOVICA en donde los mismos trabajan en conjunto y comprenden la relevancia de la derivación temprana de los pacientes pediátricos al servicio de odontología una vez reconocido el diagnóstico del paciente.

#### RE04

##### El juego como antesala a la consulta pediátrica.

**Autoría:** Noemí Casana<sup>1</sup>, María Guadalupe Sisu<sup>1</sup>, Pamela Pelití<sup>1</sup>, Norberto Santos<sup>1,2</sup> y Mariana Domínguez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Sala de Docencia e Investigación (Sbarra) - Cátedra de Pediatría B, Facultad de Ciencias Médicas UNLP.

##### <sup>2</sup> Hospital Noel H. Sbarra- Cátedra de Pediatría B, Facultad de Ciencias Médicas UNLP.

**INTRODUCCIÓN:** El encuentro entre los profesionales de la salud en pediatría y niñeces presentan miedos y tensiones sobre las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud, por tal motivo en la antesala a la atención estudiantil de la Cátedra B de Pediatría en forma lúdica a través de actividades de simulación, roles, cuentos, buscan que los NNyA participen en forma proactiva y dialogada en la consulta.

**PROPÓSITOS:** Desarrollar estrategias de comunicación y aprendizaje que permitan a los niños y niñas interactuar desde el juego y empatizar con el equipo de salud, familiarizarlos durante el proceso de atención y cuidado de la salud integral.

**DESARROLLO:** Como diagnóstico previo, se observó que las niñeces actúan con desconfianza al no estar familiarizados con la atención médica, muchos salen corriendo del vacunatorio, no quieren pesarse miedo al otoscopio, baja lengua, al control bucodental etc. La Población que asistió a la consulta externa el año 2023 fue más de 150.000 prestaciones, se suministraron más de 80.000 vacunas y en odontopediatría más de 10.000. Los destinatarios son niños/as y bebés que vienen con referentes afectivos a cargo y aguardan a ser atendidos en los consultorios Externos. La mayoría provienen de la zona Este de la periferia platense sin cobertura social en situación de vulnerabilidad. Los estudiantes realizan con docentes en forma interprofesional y apoyo didáctico, encuentros de aprestamiento a la consulta, estudios complementarios, laboratorio, odontológicos y vacunación con las niñeces por medio de juegos, simulacros música etc. anticipándose al proceso real desarrollando habilidades de cooperación.

**RESULTADOS:** Luego de los encuentros se realizó una encuesta donde se consultó a madres y/o padres que aguardaban ser atendidos con sus hijos/as el grado de aceptación de las actividades realizadas. El propósito fue determinar el grado de aceptación de los receptores de las intervenciones. De los encuestados el 92% eran madres, mientras que sólo el 8% padres. Los usuarios entrevistados consideraron que las intervenciones realizadas fueron positivas, el mensaje transmitido y la metodología utilizada. Las intervenciones en su mayoría fueron calificadas como buena y muy buena (31% y 69%, respectivamente). Asimismo, el 97% consideró que el mensaje que se buscaba comunicar era entendible para las niñeces.

**REFLEXIÓN FINAL:** Olivares (2015) destaca que el juego, es una estrategia para el desarrollo de habilidades sociales, del niño/a es una forma divertida de apropiarse y anticiparse a la realidad, es esperar turnos, mejora y regula las emociones, crean vínculos afectivos que generan seguridad. Es fundamental en la formación médica que los estudiantes formen parte de la antesala a la consulta-juego, es transmutar el quehacer extensionista a un compromiso social por el derecho al futuro saludable de las infancias.

#### RE05

##### Pase de guardia digital: prueba piloto en Hospital de día (Sala 29).

**Autoría:** Anabel Gervasini<sup>1</sup>, Karina Arteaga<sup>1</sup>, Alejandra Moring<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Coordinación y sala 29. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La importancia de la implementación del pase de guardia digital para la carga y lectura de datos, genera una mejora en la comunicación y continuidad de los cuidados para

garantizar la seguridad del paciente. La definición de pase de guardia según la Australian commission on safety and quality in heart care "es la transferencia profesional de responsabilidad y rendición de cuentas de parte o la totalidad de aspectos de la atención de un paciente"

La digitalización de las prácticas realizadas por parte del personal de enfermería en los diferentes servicios del hospital nos permite actualizar, cuali y cuantificar el índice de atención de enfermería en pediatría.-

Actualmente nos encontramos realizando una prueba piloto en hospital de día utilizando la herramienta digital DRIVE y el modelo de pase de guardia SBAR.-

PROPÓSITOS: Mantener la información actualizada, entre el personal de enfermería y el equipo interdisciplinario. Para mantener altos estándares de cuidados para la población pediátrica

Dada la implementación del pase de guardia digital hemos podido evidenciar y registrar de un total de 12 días laborales con un total de 144 pacientes atendidos iniciando el 26/3 al 16/4; de la siguiente manera. Área de sillones 90 pacientes representando el 62,5 %. Área de habitaciones 29 pacientes siendo el 20,1 %. Área de habitaciones para cirugías de baja complejidad 17 son el 11,8 %. Pruebas funcionales 8 pacientes 8,55%.

DESARROLLO: Optimizar la utilización del pase de guardia de enfermería basado en el modelo SBAR mediante la herramienta digital DRIVE, al fin de reflejar los cuidados, evolución, necesidad requerida por los pacientes y familia, basados en los cuidados progresivos, disminuyendo el impacto ambiental (eliminado el uso del papel) mantener la información actualizada, obtener datos estadísticos, agilizar la carga de datos en el servicio de hospital de día sala 29.

RESULTADOS: El uso del drive nos permite una mejor comunicación, incorporando las herramientas digitales con el fin de lograr igualdad en los estándares informáticos con otras instituciones tanto públicas como privadas, manteniéndonos a la vanguardia de las actualizaciones, impulsando la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente

REFLEXIÓN FINAL: Disminuir el impacto medio ambiental (eliminando el uso del papel). Mantener información actualizada. Obtener datos estadísticos. Compromiso del personal en su utilización. Agilizar carga de datos.

---

#### RE06

**El Rol de la Enfermera Neonatal en la recepción de recién nacido con gastrosquisis en la UCIN.**

**Autoría: Mendoza Ortiz Pamela<sup>1</sup>, Reyes Cynthia<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Enfermería Neonatal. HIAEP Sor María Ludovica**

INTRODUCCIÓN: La Gastrosquisis es una anomalía congénita de la pared abdominal, asociada a evisceración del contenido abdominal a través del cual se hernia contenido como puede ser intestino delgado y parte del intestino grueso, desprovisto de cualquier tipo de envoltura. En los últimos 2 años, se han contabilizado alrededor de 20 casos que han llegado a nuestra institución para resolución quirúrgica.

PROPÓSITOS: Describir la tarea asistencial que se le realiza a este paciente con patología de abordaje quirúrgico, desde el rol de la Enfermera Neonatal en el Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata.

DESARROLLO: Si el paciente no recibe la intervención oportuna y de personal idóneo se provoca un desequilibrio en su estabilidad cardiorrespiratoria, nutricional, hidroelectrolítica y térmica.

Los cuidados integrales en la recepción y en el período preoperatorio hacen a la diferencia en la morbimortalidad y en la calidad de vida futura.

Para la recepción del RN con esta patología se debe tener en cuenta los siguientes cuidados: Observar tamaño y estado de las vísceras expuestas, colocar SOGK9, colocar acceso venoso periférico y colocación de acceso venoso central, brindar tratamiento del dolor como sedo analgesia, procurar colocación de sonda vesical para el conteo estricto de egresos, evaluar estado de termorregulación debido a las asas intestinales expuestas esta situación se ve comprometida. Sugerir administración de ATB para cubrir al paciente de futuras complicaciones. Colocar la paciente en decúbito lateral apoyando por debajo del defecto un realce.

RESULTADOS: En base a nuestra experiencia vemos la necesidad de compartir el conocimiento, fomentar el trabajo interdisciplinario, buscar mejorar nuestras prácticas con el fin de reducir las complicaciones. El rol de enfermería en la recepción del RN con gastrosquisis es fundamental para garantizar un cuidado oportuno. Sus intervenciones, con el equipo interdisciplinario se llevarán a cabo con dos consignas: la comunicación efectiva y anticiparse a cualquier eventualidad que pudiese ocurrir. Proporcionar una atención de enfermería especializada y centrada en la familia, contribuye a mejorar los resultados de los pacientes con este tipo de patologías, garantizando una atención integral y de calidad.

REFLEXIÓN FINAL: Lograr brindar una atención adecuada reduce las posibles complicaciones que pueden llegar a presentarse tal como perforación o necrosis intestinal. Se sugiere simulacros, con el propósito de que el personal implicado en el cuidado de este paciente conozca y entienda mejor sus funciones, lo cual redundara en un mejor resultado con el paciente futuro, pudiendo detectar posibles errores, deficiencias y proponer medidas correctivas para que la atención del paciente en el momento real sea exitosa.

---

#### RE07

**Reorganización de los consultorios de pediatría del IDIP en el hospital de niños "sor María Ludovica" de la plata. Nuevas perspectivas**

**Autoría: Clerc Berestein Miguel Angel<sup>1</sup>, Ferrer María Luz<sup>1</sup>, Kalle Angelillo Ana Belén<sup>1</sup>, Castillo Marcos Adrian<sup>1</sup>, Sala Marisa<sup>1</sup>, Moles María Paula<sup>1</sup>, Ramos Yesica<sup>1</sup>.**

**<sup>1</sup> Consultorios de Pediatría - IDIP-H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

PROPÓSITOS: Describir la experiencia de reorganización asistencial y formativa sucedida en los consultorios de pediatría del IDIP en el último año.

DESARROLLO: En los consultorios de pediatría del IDIP, tradicionalmente llamados consultorios de "Niño Sano" se brindaron, hasta 2019, más de 10.000 prestaciones por año a usuarixs de La Plata y la región. En 2022 y 2023, debido a redistribución de fuerza laboral dentro del hospital y a la disminución en el número de residentes de pediatría, la respuesta asistencial había caído por debajo de la mitad de consultas resueltas y se había limitado la posibilidad de un acompañamiento académico adecuado para lxs residentes.

En septiembre de 2023 se conformó un nuevo equipo de trabajo con la intención de reorganizar y jerarquizar la consulta de salud pediátrica y de re encauzar la formación profesional.

RESULTADOS: En el breve período transcurrido de reorganización se destacan los siguientes resultados:

- Incremento en el número de turnos y la franja horaria de atención.
- Turnera digital vía WhatsApp y/o por la Historia de Salud Integrada (HSI) con turnos fijos programados, evitando largas demoras en la atención.
- Historia clínica completamente digital a través de la HSI.
- Acompañamiento asistencial organizado y supervisado de residentes de disciplinas pediátricas y de estudiantes de grado.
- Oportunidad de extensión del horario de funcionamiento del vacunatorio del IDIP por presencia extendida de pediatras.
- Dispositivo comunitario de controles de salud pre escolares para 425 niños realizado en Febrero de 2024.

REFLEXIÓN FINAL: La atención se reorganizó con un nuevo equipo profesional, con perspectiva de derecho, género e interculturalidad, brindando asistencia en consultas de salud y cuidados de calidad a más niños y familias, a la vez que se fortaleció la formación en servicio de lxs residentes y estudiantes de grado.

#### RE08

**Trabajo en red que garantiza el acceso a la salud bucal. Experiencia interinstitucional del Hospital local especializado en discapacidad San Lucas y el Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado en Pediatría Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Laura Cretacotta<sup>1</sup>, José María Ramassotti<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Odontopediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

INTRODUCCIÓN: El Hospital Local especializado en discapacidad (HLESL), dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ubicado en Olmos, ofrece atención, cuidados y apoyos a la población pediátrica con multidiscapacidad (modalidad de internación crónica convivencial). Para intervenciones de mayor complejidad se acude a establecimientos de la red provincial de salud. Ante la demanda de atención odontológica, desde el HLESL, surgió la necesidad de resolver esta problemática de los niños y niñas internados, reconociendo la dificultad que implican estos abordajes.

PROPÓSITOS: Este trabajo relata la experiencia compartida entre los profesionales en la red establecida entre el Hospital Local Especializado San Lucas (HLESL) con el Servicio de Odontología del Hospital Interzonal Especializado en Pediatría Sor María Ludovica (HIAEP SML) para la atención de la salud bucal de niños y niñas institucionalizados, proceso co- construido en la crisis sanitaria transitada.

DESARROLLO: Las relaciones interpersonales preexistentes, facilitaron el intercambio con profesionales del servicio de odontología agilizando orientaciones y prácticas. Resultó indispensable encontrar un equipo que reuniera, no sólo condiciones profesionales sino, cualidades personales asegurando un vínculo amoroso a partir del cual se iniciaron los tratamientos. El servicio de Odontología inició el relevamiento y resolución de urgencias, continuando posteriormente con la atención programada de acuerdo a los factores de riesgo médico/odontológicos de los niños y niñas del HLESL.

RESULTADOS: En la actualidad se continúa con la atención de pacientes, sin haber concluido el relevamiento total de la población. Se facilitan charlas, en conjunto con la Residencia del Servicio de Odontología, para el personal asistente de los niños y niñas a fin de promover la higiene bucal, ayudando con las dificultades que se presentan, como así también el asesoramiento dietético, fomentando el trabajo en equipo.

REFLEXIÓN FINAL: Concluimos la vital importancia del trabajo colaborativo en red que permitió dar solución a las demandas planteadas. Proponemos continuar con el lazo establecido, con posibilidad de constituir un programa de atención odontológica que ofrezca abordajes focalizados en prevención y promoción de la salud, además de la rehabilitación.

#### RE09

**Taller Educativo de Diabetes Mellitus Tipo I del Hospital Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Larroude, Martina; Pérez, María Claudia; Reinoso, Andrea Soledad; Francesca, Jesica Sol; García Rusca, Elizabeth Loraine; Castro, María Bethania; Sabino, Franco; Maskevich, Gimena Giselle; Cortalezzi, María Julieta; Pietropaolo, Guadalupe.

**Servicio de Alimentación y Dietética. Sala de Endocrinología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: Las familias enfrentan desafíos en el manejo de la diabetes infantil, adaptándose a cambios en el estilo de vida y la alimentación. La educación integral facilita conocimientos, habilidades y apoyo emocional. El Hospital Sor María Ludovica ofrece talleres mensuales dirigidos por un equipo interdisciplinario, fortaleciendo la capacitación de niños con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y sus familias.

PROPÓSITO DE EXPERIENCIA: Empoderar a los participantes en el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar efectivamente la diabetes, promoviendo un estilo de vida saludable y fomentando el autocuidado de la salud con supervisión familiar.

DESARROLLO: En el periodo de marzo a junio de 2024, se organizaron talleres dirigidos a pacientes con DM1 y sus familias, con un total de 57 participantes. Estos talleres abordaron diversos temas: identificación de alimentos con y sin carbohidratos, hábitos saludables, estrategias para el manejo de la glucemia en el ejercicio y el abordaje de episodios de hipoglucemia. Cada sesión se estructuró en tres partes: presentación inicial, desarrollo y cierre. La presentación inicial promovió el intercambio y la confianza a través de actividades de presentación y se realizaron encuestas para valorar conocimientos previos. En la fase de desarrollo, se utilizaron juegos didácticos para fomentar el conocimiento y fortalecer vínculos, facilitando un aprendizaje participativo y divertido. El cierre del taller se realizó con un juego de preguntas con opción múltiple sobre los temas tratados durante el desarrollo. Posteriormente se realizaron las mismas encuestas para valorar la variación del conocimiento.

RESULTADOS: Las encuestas realizadas fueron divididas en 4 tópicos: valores normales de glucemia, tratamiento de hipoglucemia, automonitoreo y alimentación. Se compararon los resultados de estos tópicos en las encuestas pre y post taller. En valores normales de glucemia el porcentaje de respuestas correctas aumentó de un 65% a un 83%. En tratamiento de hipoglucemia dicho porcentaje varió de 72% a 80%. En automonitoreo de 48% a 61% y en el tópico de alimentación la variación fue de 64,75% a 77,5%. En términos generales el porcentaje de respuestas correctas varió de un 62,4% en las encuestas pretaller a 75,4% en las posteriores. Las familias expresan sentirse más apoyadas y conectadas entre sí.

REFLEXIÓN FINAL: El taller educativo dirigido por un equipo interdisciplinario demuestra un impacto positivo en la calidad de vida de pacientes con DM1 y sus familias. Es fundamental que todas las personas con diabetes reciban educación terapéutica centrada en el autocuidado, evaluada regularmente en términos

de su efectividad. La modalidad de taller favorece que las familias consigan una mejor gestión emocional y apoyo mutuo en el manejo de la enfermedad.

---

#### RE10

**Curso presencial y gratuito de LSA en el H.I.A.E.P, destinado a los trabajadores en salud, con una mirada integral e inclusiva.**

**Autoría: Villalba Miriam, Urquiza Roxana.**

**Enfermería, Coordinación. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La lengua de señas es propia de la comunidad sorda, se basa en gestos, movimientos corporales, señas y percepción visual y no es universal. Los principales objetivos de este curso es capacitar a toda la comunidad en salud, con una mirada inclusiva sustentado LSA, concientizar sobre la importancia de la misma como puente de comunicación entre ambas comunidades y así mejorar la calidad de atención.

**PROPÓSITOS:** El propósito de este curso es generar personal capacitado en conocimientos básicos, conocer las características propias e incrementar vocabulario contextualizado en LSA. En el proceso se reflejó interés y participación de todos.

**DESARROLLO:** Este proyecto surge a través de la observación de una problemática real, que visibiliza una barrera entre la comunidad sorda y el personal de salud en el ámbito hospitalario. La ausencia de intérpretes o en su defecto de personas capacitadas en LSA impide una comunicación efectiva. Este curso nivel 1 se desarrolló en un periodo de 4 meses, con 1 encuentro semanal de 2 hs, asincrónico, con 4 módulos teórico/ práctico, con evaluación continua, examen final, individual y grupal, donde se puso en práctica la enseñanza de LSA. Los cupos fueron destinados a 25 participantes de distintos sectores, siendo que se inscribieron 205 en 24hs. Esta experiencia demostró que el colectivo hospitalario necesitaba esta preparación y así poder abordar con el mayor de los respetos a la comunidad sorda, incluyéndolos de manera integral en el sistema de salud. Como fortaleza visualizamos el trabajo en equipo, la construcción de una comunicación efectiva y la capacidad de adaptación.

**RESULTADOS:** El resultado de este curso fue muy productivo para todo el equipo de salud, se generó herramientas básicas para una comunicación efectiva y un desempeño eficaz, en escenarios comunicativos con la comunidad sorda. Hoy más que nunca es necesario y de vital importancia el aprendizaje de LSA. Se adquiere un nuevo código lingüístico y se accede a la cultura sorda siendo rica y diversa que tiene su propia historia, valores y tradiciones. Este proyecto fue fundamental y de interés ya que contribuye al sistema de salud con una mirada integral, inclusiva e igualitaria al sujeto de atención.

**REFLEXIÓN FINAL:** Aprender LSA es una oportunidad para crecer personal y profesionalmente, además contribuye a crear una sociedad más inclusiva e igualitaria para la comunidad en general. Esta lengua está reconocida por la ley como parte del legado histórico de las personas sordas en argentina y garantizar su participación e inclusión plena, es un desafío que vale la pena asumir. Se comenzó con muchas expectativas y predisposición al aprendizaje y compromiso, teniendo en cuenta que es un instrumento para mejorar la comunicación y calidad al sujeto de atención, fue una sorpresa gratificante al observar el interés y ganas por aprender. Creemos en una visión de adaptación de la cultura sorda en el ámbito de salud.

#### RE11

**Desarrollo e Implementación de Dietas de Textura Modificada en el H.I.A.E.P "Sor María Ludovica" para pacientes con trastornos de la deglución.**

**Autoría: Ageitos Gabriela, Leticia Barcellini; Cielo Deltell Servicio de Alimentación y Dietética-Unidad de Fonoaudiología. HIAEP Sor María Ludovica.**

**INTRODUCCIÓN:** Las dietas de textura modificada (DTM) son fundamentales para garantizar la seguridad alimentaria y nutrición en niños con dificultades de deglución. La evaluación fonoaudiológica desempeña un papel crucial en la intervención temprana. Se identificó la necesidad de unificar criterios dentro del equipo interdisciplinario respecto a los distintos tipos de consistencia indicadas.

**PROPÓSITOS:** Desarrollar e implementar DTM para mejorar la seguridad y eficiencia alimentaria, reduciendo el riesgo de aspiración y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de niños hospitalizados con trastornos de la deglución.

**DESARROLLO:** Según las evaluaciones instrumentales y no instrumentales para determinar el trastorno deglutorio, y basándonos en guías de DTM utilizadas en hospitales pediátricos y en los estándares de consistencias establecidos por IDDSI (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), desarrollamos cuatro niveles de consistencia para alimentos sólidos. Los cuatro niveles son: Licuado espeso o Sólido 1 (S1), Puré homogéneo o Sólido 2 (S2), Picado Hidratado o Sólido 3 (S3) y Blando hidratado o sólido 4 (S4). Estos fueron consensuados entre Licenciadas en Fonoaudiología y en Nutrición, adecuándolos según las necesidades individuales. Para diversificar el menú diario se utilizó la variedad de alimentos disponibles en la institución, logrando una densidad energética promedio de 1.4 kcal/g y 14 g de proteína por porción. Además, se capacitó al personal responsable de la elaboración de DTM en la cocina hospitalaria, garantizando así que cumplieran con las especificaciones necesarias.

**RESULTADOS:** Diariamente, el equipo de cocina especializado prepara de 2 a 5 porciones completas de DTM. La introducción de las DTM ha ampliado notablemente la diversidad alimentaria para los niños hospitalizados con trastornos de la deglución, garantizando consistencias más seguras y nutritivas, y disminuyendo el riesgo de aspiración. Esta iniciativa ha establecido un vocabulario unificado en relación a los tipos de consistencia, esencial para abordar estas problemáticas de manera efectiva y ha mejorado la comunicación entre los diferentes servicios, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario.

**REFLEXIÓN FINAL:** La implementación de DTM no solo ha optimizado la alimentación de los pacientes con trastornos de la deglución, sino que también ha demostrado el valor del trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria en entornos hospitalarios. No basta con protocolos precisos y capacitación del personal, también es necesaria la evaluación continua y ajustes según las necesidades individuales de cada paciente.

---

#### RE12

**Importancia de la participación gremial dentro de los comités institucionales.**

**Autoría: Gonzalez Andres Ignacio, Castro Sandra.**

**Gremio. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Desde nuestra organización queremos contar que la participación activa del gremio dentro de los comités es

beneficiosa para la comunidad hospitalaria, así como para poder asesorar de forma correcta con temas validados por los propios compañeros y compañeras al equipo de gestión institucional y poder proponer posibles soluciones para la resolución conjunta de los diferentes problemas que surgen dentro de la institución.

**PROPÓSITOS:** El propósito de nuestra organización es poder lograr arribar a las diferentes situaciones que se presentan dentro y fuera de los comités institucionales.

**DESARROLLO:** Nuestra organización realiza aportes semanalmente en los diferentes comités institucionales. Los aportes que se realizan desde el gremio dentro de los comités permiten la participación sindical como la interacción entre los trabajadores, los participantes del comité y la dirección fomentando la participación activa.

El objetivo principal de nuestra organización es poder lograr arribar las diferentes situaciones que se presentan dentro y fuera de los comités, hacia las mejoras dentro de la institución, para que cada uno de los trabajadores se sienta bien en su ámbito laboral y para que cada paciente sea atendido con la mejor calidad de atención posible.

**RESULTADOS:** Se evidencia a diario la credibilidad e importancia de la participación gremial dentro de los comités ya que impulsa respuestas positivas de mejora en los espacios de trabajo y en el clima laboral.

**REFLEXIÓN FINAL:** Es significativo que los responsables de la gestión comprendan que resulta beneficiosa la construcción colectiva dentro de los comités institucionales que benefician a las y los compañeros en cada espacio de trabajo por lo tanto también mejora la calidad de atención.

---

### RE13

#### **La multidisciplinaria como experiencia en los equipos de salud.**

**Autoría:** González Andres, Galván Darío, Maxiliano Gagliardini, Erica Vidarte, María Valdez, Monica Saracho, Cancina Griselda, Elvira Elizabeth, Oliver Soledad, Olle Alejandra, Rozadilla Rocio, Arellano Camila, y Caceres Pablo.

**Equipo de Guardia Interna. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** En el marco de la Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, se conformó un equipo de trabajo interdisciplinario que planifica su proceso de atención mediante los cuidados progresivos, generando estrategias e indicaciones conjuntas, con el fin de que las internaciones y los cuidados sean en el lugar y en el momento adecuado a las necesidades de cada paciente con una mirada holística. Está conformado por Médicos internos, Residentes, Enfermeros y kinesiólogos. De esta manera se fortalece el trabajo en equipo mejorando la calidad de atención de los pacientes con un enfoque interdisciplinario, planteando estrategias de acciones interdisciplinarias conjuntas en el momento y lugar oportuno.

**PROPÓSITOS:** Nuestro propósito es dar a conocer el equipo y la modalidad de trabajo.

**DESARROLLO:** Es necesario dejar expresado que no es para sustituir a ningún profesional médico, sino que, por el contrario, está destinado a complementarlo, además de contribuir en la atención de los niños internados.

Los residentes médicos (en formación) deben promover la disposición al aprendizaje continuo, la educación permanente, la reflexión sobre las prácticas, la formación interprofesional y el trabajo en equipo. Participar en los Trayectos Interprofesionales, estos trayectos pueden ser acompañados por la disciplina

enfermera, trabajando en equipo multidisciplinario, el proyecto incorpora además de enfermería a personal de kinesiólogía. La intervención en la resolución de conflictos, puede mejorar ante la visión de enfermería con el paciente y el familiar. Propiciar un ambiente formativo inclusivo, libre de violencias y discriminación de todo tipo, manteniendo vínculos cordiales, colaborativos, solidarios y de respeto para con los/as otros/as médicos internos, residentes y el personal del establecimiento y los/las usuarios/as del sistema de salud.

En general, las funciones o roles más avanzados para enfermería se han implementado en los países para mejorar y maximizar el acceso y la atención en salud, y permitir un mejor monitoreo de los pacientes internados.

El empleo de enfermera/os, la reasignación de tareas y la combinación de competencias en el personal de salud ofrecen la posibilidad de poner en marcha una nueva iniciativa, ante la cobertura de atención en nuestro hospital.

El rol de la enfermera y enfermero en los equipos de médicos internistas y residentes, puede significar una nueva dirección para la atención de la salud hospitalaria.

Reconocer, valorar y ampliar el rol de las enfermeras y enfermeros en la atención diagnóstica, debe ser un trabajo integrado y en conjunto.

El equipo interdisciplinario de guardia interna debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud.

**RESULTADOS:** Coincidimos en lo auspicioso que resulta este proyecto para el sistema de salud de la Provincia ya que viene a quebrar una linealidad y a convivir al mismo tiempo también, en el cambio de un modelo anterior (centrado en la enfermedad, la especialidad, caracterizado por la falta y falla en la comunicación en detrimento de la atención del paciente y de los recursos del Estado) por uno innovador como lo es la combinación de la atención basada en cuidados progresivos y el trabajo interdisciplinario.

**REFLEXIÓN FINAL:** Hemos aprendido a que siempre prime el trabajo en equipo e interdisciplinario, desarrollando y fortaleciendo las competencias conjuntas. Les recomendamos que puedan generar estos equipos en cada institución ya que es beneficioso para el equipo de trabajo y para los pacientes estén atendidos desde una mirada integral.

---

### RE14

#### **¿Cómo pensar la urgencia en la guardia de salud mental de un hospital infanto-juvenil? De la urgencia generalizada, a la urgencia subjetiva.**

**Autoría:** Garritano Camila, Manzur Carolina, Fiorella Pinedo, Alani Castillo Julieta, Vigier Catalina, Nicolás Senise.

**Servicio de Salud Mental H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Problematicamos el sintagma Urgencias en Salud Mental. Al abordar la temática corremos el riesgo de posicionarnos desde el paradigma de la urgencia generalizada (Belaga, 2004). Es preciso distanciarse de la noción de emergencia en salud y no caer en la voracidad de la época, para entender que conviene tomar a cada urgencia en singular, y así leer las coordenadas del padecimiento de quien consulta.

**PROPÓSITOS:** Distinguir las nociones de urgencia generalizada, emergencia en salud, urgencia psiquiátrica y urgencia subjetiva,

desde el marco psicoanalítico, para pensar el posicionamiento del psicólogo clínico en la guardia.

**DESARROLLO:** El funcionamiento del dispositivo de guardia en HIAEP Sor María Ludovica porta su particularidad. Se caracteriza por ser la única guardia infantojuvenil en la Pcia. de Bs As que funciona todos los días, las 24 hs del día. La misma recepciona las consultas de niños/as y adolescentes hasta los 15 años de edad, dando lugar tanto a demandas espontáneas que llegan a la guardia central y aquellas provenientes de las salas de internación del hospital, incluida la de salud mental. El equipo se conforma por una dupla de psiquiatra y psicólogo que oficiaron como referentes de cada disciplina, a la que acompañamos como residentes. Dentro de las modalidades más usuales de presentaciones de la urgencia hoy en la guardia, encontramos descompensaciones psicóticas, manifestaciones de la angustia desde el pasaje al acto y acting out, episodios de excitación psicomotriz. En definitiva, diversas nominaciones que comprometen al cuerpo: cuerpos agitados, fragmentados, excitados, desregulados.

**RESULTADOS:** En nuestra residencia nos posicionamos desde la orientación psicoanalítica, por lo que adherimos a pensar las presentaciones dentro de lo que se considera urgencia subjetiva. Entendiendo a la misma como una ruptura aguda de la cadena significativa, es decir un corte de la trama donde la vivencia subjetiva es la de "no hay tiempo" y donde los recursos con que contaba ese sujeto para sostenerse en su existencia comienzan a trastabillar o ya no son suficientes (Sotelo, 2020). En este sentido, asistimos a presentaciones, que, en consonancia con la época, ponen en jaque la idea del "tiempo".

**REFLEXIÓN FINAL:** La guardia nos confronta con la demanda de respuestas inmediatas, un no-tiempo, por lo que en las urgencias este factor se hace esencial: la pausa, la espera, que hacen contrapunto con el campo médico donde en la urgencia "el tiempo es oro". De esta manera apostamos a que el dispositivo tenga como propósito producir una torsión de la urgencia generalizada, a la subjetivación de la misma, del "para todos" al "uno por uno", leer el acontecimiento que se presenta como único y singular.

---

#### RE15

**Consideraciones en torno al pedido en la práctica de la interconsulta en Salud Mental en el HIAEP Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Chaco Gigena María Luz, Capuzzi Florencia, De Lillo Lucía.

**Servicio de Salud Mental. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La práctica de la interconsulta es un lugar de discursos diversos que conviven dentro de un hospital general (Coronel, 2015). Desde la residencia, intentamos poner en forma el discurso del psicoanálisis en torno a las prácticas biomédicas actuales. Éste nos permite intervenir frente al pedido de los médicos cuando surge una pregunta que no tiene respuesta desde su saber disciplinar.

**PROPÓSITOS:** El escrito tiene como fin, reflexionar desde el psicoanálisis los pedidos médicos a profesionales de la Salud Mental.

**DESARROLLO:** El presente escrito decanta de la experiencia durante la rotación por Interconsulta enmarcada en el 3er año de la residencia. Ésta tuvo lugar en las salas 3 y 9 del HIAEP Sor María Ludovica. Durante la práctica pudimos vislumbrar los tres momentos que caracterizan a la interconsulta: el pedido, la entrevista al paciente y la devolución (Coronel, 2015).

Aquí, nos abocaremos al primer momento: el pedido del médico a los profesionales de Salud Mental.

En los intersticios de la práctica médica surgen distintos tipos de pedidos hacia profesionales de Salud Mental, vinculados con lo que resulta enigmático desde el paradigma científico: dolores que no se corresponden con lo orgánico, cuerpos indóciles que no responden a los tratamientos, pacientes que no quieren curarse, padres que se angustian o no cuidan de sus hijos, entre otros.

Seleccionamos dos viñetas clínicas para ilustrar el trabajo de formalización que realizamos sobre el pedido que nos dirigen los médicos.

**RESULTADOS:** A la hora de sistematizar los pedidos nos encontramos con varios puntos a tener en cuenta: quien pidió, por qué pidió, para quién pidió (Coronel, 2015). Es así como se pueden distinguir dos tipos de pedidos: el que solicita el paciente, el solicitado por el médico (Coronel, 2015). Estas preguntas nos permiten formalizar el pedido y evaluar con quien intervenir -con el médico o el paciente- y si corresponde responder o no a la demanda. Desde el psicoanálisis sabemos que las respuestas a las preguntas se construyen retroactivamente. Para ello, en la residencia contamos con un espacio de conversación clínica con un referente de planta del hospital.

**REFLEXIÓN FINAL:** Para finalizar, constatamos que, a partir del pedido médico, en algunas ocasiones se demandan respuestas rápidas, debido al ritmo vertiginoso que imprime la práctica de la interconsulta. Allí nuestra tarea será la de instaurar un tiempo de pausa, que nos permita leer las coordenadas del caso, y así tomar una decisión pertinente para intervenir. Llegamos a la conclusión, de que la sistematización del pedido es más fructífera cuando se dialoga con colegas.

---

#### RE16

**Rol del residente de enfermería neonatal en los cuidados de la postura del recién nacido y su impacto.**

**Autoría:** Ana Sosa, Salazar Wendy, Reyes Cynthia, Mendoza Ortiz Pamela.

**Residencia de Enfermería Neonatal. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"**

**INTRODUCCIÓN:** Los cuidados de enfermería en los cambios posturales juegan un papel crucial en la promoción y el mantenimiento de la salud. Estas intervenciones ayudan a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad, mejorar la circulación sanguínea y reducir la incidencia de úlceras por presión. Los recién nacidos prematuros debido a su débil musculatura y a la falta de tono tienden a estar en una posición de extensión que puede conllevar repercusiones a largo plazo. Mantener una buena postura en flexión por parte del personal de enfermería es fundamental para su neurodesarrollo, siendo el decúbito lateral la posición de elección. Además, los distintos métodos de contención como los nidos, facilitan el sueño y su autorregulación, favorecen una posición adecuada y ayudan a manejar el dolor durante los procedimientos.

**PROPÓSITOS:** Describir el posicionamiento más adecuado para el RN prematuro según su situación fisiológica.

Analizar los distintos métodos de contención para los RN en las unidades neonatales.

**DESARROLLO:** Cuando el feto se encuentra dentro del útero, gracias a la envoltura del líquido amniótico, este puede cambiar de posición libremente. Sin embargo, al nacer, el recién nacido que-

da privado de esta protección y se ve expuesto a la influencia de la gravedad. Debido a la debilidad de su musculatura, el recién nacido se verá impedido para adoptar la postura más adecuada para su desarrollo y comodidad.

Este hecho, sumado a nuevos estímulos como la luz o el ruido, someterá al pequeño paciente a un estado de estrés y las consecuencias de este que debe ser disminuido mediante las buenas prácticas de los profesionales sanitarios. Los cambios de posición son una práctica realizada de forma habitual en las unidades neonatales. Se aplican a todos los recién nacidos hospitalizados con el objetivo de brindar un posicionamiento fisiológico adecuado al paciente para:

Disminuir la pérdida de calor al reducir la superficie corporal expuesta; Evitar lesiones cutáneas por presión; Proporcionar descanso y comodidad; Favorecer la estimulación táctil; Estimular el sistema vestibular y propioceptivo del recién nacido; Rebajar la incidencia de apneas; Prevenir posibles deformidades.

**CAMBIOS POSTURALES EN PREMATUROS:** Sin embargo, los recién nacidos prematuros, son los pacientes más beneficiados en la aplicación de esta práctica. Los neonatos nacidos entre las 28 y 30 semanas de gestación, generalmente, carecen de tono muscular adecuado y su riesgo de desarrollar patrones de movimientos anormales y deformaciones esqueléticas es mayor que un recién nacido a término. Algunas de las deficiencias cognitivas, también, están relacionadas con problemas posturales y con una mecánica corporal incorrecta.

La postura correcta de los bebés prematuros contribuye a su correcto desarrollo motor. Además, favorece su adaptación al medio, facilita la termorregulación y, por tanto, le permite optimizar la energía que es necesaria para mantener sus funciones vitales contribuyendo como terapia no farmacológica a aliviar el dolor.

**RESULTADOS:** El posicionamiento es una de las intervenciones más estudiadas para brindar comodidad y reducir el estrés de los RN prematuros. Cuando se colocan en diferentes posturas experimentan diferentes fuerzas de presión sobre las articulaciones y músculos que influyen positivamente en el desarrollo de receptores mecánicos en la preparación para el movimiento coordinado. Los objetivos del cuidado postural del bebé prematuro son: Facilitar los movimientos de flexión de las extremidades hacia la línea media, como la interacción mano-boca; Disminuir el estrés.

Evitar las deformidades del cráneo; Favorecer el desarrollo de la postura y los movimientos; Permitir la exploración visual manteniendo la cabeza en la línea media; Brindarles un ambiente de confort y regulación;

**REFLEXIÓN FINAL:** El cuidado postural actualmente constituye una parte fundamental del manejo habitual de los neonatos dentro de las unidades neonatales por el beneficio que aporta al desarrollo neuromuscular. El decúbito lateral es la postura más adecuada ya que favorece la alineación hacia la línea media y la flexión. Encontramos que utilizar un método de contención en RN prematuros, sobre todo el uso de nidos, disminuye la aparición de alteraciones en la postura y el tono y mejora su neurodesarrollo. Además, la posición y la contención adecuada ayuda en el manejo del dolor neonatal en los procedimientos de enfermería. Teniendo en cuenta todo ello, la implementación de un protocolo sobre el posicionamiento y la contención en la unidad de neonatos debería ser una prioridad, ya que son intervenciones de bajo costo que tienen múltiples beneficios.

## RE17

### **Desafíos de la actividad territorial en un hospital pediátrico de alta complejidad.**

**Autoría:** Garmedía, Clara, Alarcon Francisca, Amado Carolina, Chiusaroli Laura, Montagna Mara, Oria Maite, Rivas Mariana.

**Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS). H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"**

**INTRODUCCIÓN:** El Servicio de Área Programática y Redes en Salud, es un equipo interdisciplinario conformado en el 2022. Tiene como objetivo lograr un acercamiento de los hospitales a la comunidad para fortalecer las políticas de promoción y prevención de la salud. Está integrado por pediatras, enfermera, odontopediatra, trabajadora social, epidemióloga y obstétrica.

**PROPÓSITOS:** Sintetizar y desarrollar el trabajo realizado por el equipo durante el segundo semestre del 2023 hasta el primer semestre del 2024.

**DESARROLLO:** Se define como territorio de desarrollo de la propuesta la localidad de Colonia Urquiza, es una zona rural con población migrante y golondrina con dificultades en el acceso por distancia geográfica a los diferentes hospitales, se encuentra entre las calle 178 a Ruta Provincial N° 36 y desde la calle 513 hasta la calle 448.

Se presenta el equipo en la mesa barrial donde participan: el Club Colonia Urquiza, Fundación Emanuel, centro de Salud n°31, EP n°57, Jardín Maternal Fundación Emanuel, Jardín de Infantes n°945, ES Agraria n°1 y n°86. De estas reuniones se desprende un análisis de situación, planificando estrategias que puedan dar respuestas a las necesidades relevadas. Se desarrollaron jornadas de salud integral y talleres en escuelas como dispositivos de trabajo articulando con otros servicios del hospital y centros de salud.

**RESULTADOS:** Se realizaron 6 jornadas de salud integral que incluyeron en total 257 controles pediátricos, 189 controles odontológicos y un promedio de 120 personas han pasado por los talleres de promoción y prevención. Se completaron planillas para el acceso a la AUH. Fueron derivados 31 pacientes a servicios especializados del hospital, realizando acompañamiento en la atención a 5 familias.

Se llevaron a cabo talleres de Salud Sexual Integral (ESI) en la Escuela Secundaria Agraria n°1 con la participación de 89 estudiantes.

**REFLEXIÓN FINAL:** La complejidad de salud de la población de Colonia Urquiza presenta diversas problemáticas que dificultan el acceso a la salud, por su ubicación geográfica, el transporte público es escaso siendo una barrera estructural de la zona, como así también las condiciones estructurales y culturales propias de su población, quienes en su mayoría son trabajadores de la tierra, peones y migrantes.

El trabajo interdisciplinario y articulado con las instituciones barriales construye un trabajo de atención, promoción y cuidado de la salud integral. En contextos de desigualdad social es nuestro objetivo fundamental promover la equidad en salud pública.

## RE18

### **Rehabilitación comunitaria en niñeces con la implementación de un abordaje en red y transdisciplinario, desde la promoción y prevención en la localidad de Poblet.**

**Autoría:** Gerónimo Cárdenas, Daniela Dangelosanto, Aldana Re; Carolina Seru; Belén Soto; Gabriela Pois; Eva Mercado HIAEP Sor María Ludovica. HLE San Lucas. UPA N°6 Los Hornos. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (HIAEP);

### Áreas de Rehabilitación y Educativa (HLE). Equipo de Niñes (UPA N° 6).

**INTRODUCCIÓN:** Entendiendo que la accesibilidad es una barrera habitual para aquellas personas con alguna condición con discapacidad, se propone un dispositivo transdisciplinario con actividades de promoción y prevención a nivel territorial.

**PROPÓSITOS:** Identificar territorialmente NNyA con desafíos en el desarrollo; Diseñar propuestas terapéuticas orientadas a dar respuesta a dichos desafíos; Generar una red de orientación entre los propios miembros de la comunidad.

**DESARROLLO:** En la localidad de Poblet, se realizan desde el año 2023 actividades de Promoción, generando encuentros con referentes de cuidados de NNyA, quienes detectan alguna dificultad en el juego, aprendizaje, comunicación o movimientos. Además, se efectúan reuniones con directivos escolares del área de concurrencia de los NNyA de dicha localidad. Respecto a las actividades de Prevención, se desarrollan evaluaciones y se definen modalidades de seguimiento, para aquellos en los que se detectaron desafíos en el desarrollo. Realizando orientaciones oportunas.

Se está implementando una red de contactos y de orientación en la propia comunidad, en la que algunas mamás se van convirtiendo en referentes de difusión del espacio y de acompañamiento a familias.

**RESULTADOS:** La visibilización progresiva de las condiciones de NNyA a nivel comunitario, con desafíos en el desarrollo, en la que se observa buena recepción a nivel comunitario y de las escuelas sobre las propuestas planteadas, que se reflejan en la participación de las cuidadoras, en la horizontalización de sus experiencias y en el aumento progresivo de las consultas respecto a la demanda de la población.

En estos escenarios en construcción, se van diseñando estrategias terapéuticas que estén dirigidas a dar respuesta a los desafíos detectados y que puedan ser aceptados y sostenibles en la dinámica de crianza.

Se realizaron 6 jornadas de salud integral que incluyeron en total 257 controles pediátricos, 189 controles odontológicos y un promedio de 120 personas han pasado por los talleres de promoción y prevención. Se completaron planillas para el acceso a la AUH. Fueron derivados 31 pacientes a servicios especializados del hospital, realizando acompañamiento en la atención a 5 familias.

Se llevaron a cabo talleres de Salud Sexual Integral (ESI) en la Escuela Secundaria Agraria n°1 con la participación de 89 estudiantes.

**REFLEXIÓN FINAL:** Consideramos importante la existencia de este tipo de dispositivos, porque permite instalar y socializar el tema de las dificultades y desafíos que presentan lxs NNyA y a su vez el de la discapacidad, para abordar una problemática que muchas veces queda invisibilizada y naturalizada por la dinámica de cuidados. Siendo un instrumento que está al alcance de las familias y las instituciones que existen en la zona.

---

### RE19

**Hospital de día del servicio de medicina física y rehabilitación. Atención del paciente pediátrico con alteración del desarrollo en periodo subagudo.**

**Autoría:** Cristina Coronel, Jorgelina Castro, Milagros Maya, Laura Fassetta, Anabela Herrera, Eleonora Peña, Silvia Ferrara, Carolina Ayllon.

### Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Trabajo Social. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es interconsultor de las diferentes especialidades médicas, es requerido cuando el niño presenta alguna disfunción en su desarrollo.

El hospital de día es uno de los niveles de atención del sistema por cuidados progresivos, permite la atención interdisciplinaria en beneficio de los niños, así como una mejor utilización de los recursos disponibles.

**PROPÓSITOS:** Brindar cuidados de manera integral a pacientes con compromiso funcional del desarrollo de distintas etiologías que requieren estrategias específicas, inmediatas y sostenidas del equipo interdisciplinario de rehabilitación.

**DESARROLLO:** El hospital de día funciona los días martes con turno. Se realiza mediante modalidad de internación en sala 24. El horario de la misma es de 8 a 12.30 horas. A la jornada asisten cuatro pacientes por encuentro.

El equipo evalúa e interviene cada disciplina según los desafíos que se presenten, se solicitan estudios complementarios y/o interconsultas. El dispositivo cuenta con Fisiatría, Trabajo Social, Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional y Estimulación Temprana.

Al alta de la internación cada profesional dará indicaciones terapéuticas por escrito o en forma oral con demostración a fin de corroborar si la indicación fue aceptada y aprehendida por el cuidador. Finalizadas las prestaciones se establece modalidad terapéutica de seguimiento: hospital de día o ingreso a tratamiento por consultorio externo específico. Por último, y a fin de mejorar el servicio, se invita a completar de manera anónima una encuesta de satisfacción.

**RESULTADOS:** Se dieron aproximadamente 100 turnos durante el primer semestre del 2024 y se logró facilitar la atención integral de la salud, promoviendo accesibilidad a derechos y oportunidades. Se abordó la reorganización terapéutica post alta, considerando cada contexto familiar, dado que, en su mayoría, presentaban dificultades para garantizar la atención de salud. Se promovió la habilitación y rehabilitación en las distintas etapas del neurodesarrollo del niño.

Se observó que el abordaje interdisciplinario permitió contener los diferentes desafíos que se presentaron en cada caso particular.

**REFLEXIÓN FINAL:** Los niños con desafíos en su desarrollo y sus familias, requieren la intervención temprana de múltiples especialidades. En ocasiones suelen presentar dificultades de acceso o han transitado una externación reciente por lo cual necesitan asistencia y acompañamiento.

La modalidad de hospital de día brinda la oportunidad de un abordaje integral, preventivo e interdisciplinario. Propicia la evaluación oportuna, dando estrategias de seguimiento a fin de evitar o disminuir potenciales secuelas.

---

### RE20

**Programa para adolescentes con disfunciones en su desempeño cuya problemática impacta en el proceso de búsqueda de su identidad y en el desarrollo de su personalidad.**

**Autoría:** Eleonora Peña, Jorgelina Castro. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Desde el servicio de Medicina Física y Reha-

bilitación se detecta la importancia de acompañar a los adolescentes de más de 15 años en tratamiento en la transición a hospitales de adultos. Esta necesidad surge a partir de los cambios propios de la edad y de la complejidad que genera vincularse con un nuevo equipo terapéutico.

**PROPÓSITOS:** Mejorar aspectos interpersonales, desarrollar roles específicos en la etapa que atraviesan, alcanzar autonomía y fortalecer capacidades para asumir una sexualidad responsable que contribuya a la promoción de la salud integral.

**DESARROLLO:** Para poder integrar el programa se incluyó adolescentes pacientes del hospital de niños con más de 15 años de edad, del equipo del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, alumnos regulares, con conducta adaptativa a su grupo de pares, habilidades de comunicación y con supervisión actualizada por médico fisiatra.

Se utilizaron estrategias terapéuticas basadas en el Modelo de la Ocupación Humana, Neurodesarrollo, PCP y Psicosocial. Se realizaron propuestas de debates y rol play.

El programa se implementó a través de 7 encuentros quincenales de 2 horas con hasta 10 concurrentes y fue coordinado por el área de Terapia Ocupacional y Psicología.

Los encuentros tuvieron los siguientes ejes temáticos:

- Nos presentamos y autodefinimos como sujetos.
- Vínculos, cuidado de sí y de los otros.
- Autogestión de la salud.
- E.S.I.
- Desempeño en la comunidad.
- Autonomía en las Actividades de la Vida Diaria.
- Actividad con propósito elegida en grupo.
- Actividad individual.

**RESULTADOS:** Al finalizar el programa se realizó revisión de los objetivos grupales e individuales con el fin de efectuar las modificaciones necesarias para el siguiente grupo.

Los indicadores de calidad que se definieron para validarlo fueron:

1. Adherencia al programa: El 70% de los participantes sostuvo los encuentros.
2. Mejorar puntaje de FIM (medida de independencia funcional): Se realizaron entrevistas grupales en las que manifestaron utilización de nuevas estrategias en lo cotidiano.
3. Participación activa: Los adolescentes manifestaron inquietudes y demandas por fuera de lo pautado en el programa. Surgieron propuestas para anexar en futuros grupos.

**REFLEXIÓN FINAL:** Se abordó la problemática planteada de manera integral. El trabajo mancomunado permitió que cada sujeto se sienta parte de una comunidad con características similares y competencias de desempeño. Los participantes lograron proyectarse y apropiarse simbólicamente del conjunto de experiencias eligiendo como seguir con su proceso de vida. Esto se logró por su participación activa y responsable gracias a las fortalezas y debilidades descubiertas en su desempeño individual, familiar y social.

---

## RE21

**Impacto de la contingencia por virus dengue temporada 2023-2024 en la atención ambulatoria en el Hospital de Niños Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Fortunato Eduardo, Alarcón Francisca, Genchi Alejandra, Cigna Laura.

**Sala de epidemiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Desde la reemergencia de la enfermedad por virus dengue en nuestro país esta arbovirosis se fue transformando en un problema relevante a la salud pública. La temporada 2023-2024 es una de las más importantes en cuanto a casuística en toda América, de la misma manera ha tenido gran impacto en nuestro país y fue el primer año que no se produjo un corte de circulación en la temporada invernal.

**PROPÓSITOS:** Evaluar la situación epidemiológica en nuestra institución analizando la estrategia de intervención y notificación elegida para el período de brote.

**DESARROLLO:** Desde el inicio de la temporada en septiembre de 2023 fueron incrementándose los casos y en la semana epidemiológica 8 del año 2024 se indica a los municipios del AMBA como zonas de brote, donde todo aquel caso que cumpla con el criterio de sospecha y provenga de localidades en brote se notifica como confirmado. Esto altera el funcionamiento de la atención de pacientes febriles, planteando un cambio de estrategia en la asistencia.

Se realizó en conjunto entre los servicios de guardia, clínica pediátrica y epidemiología la estrategia de asistencia y seguimiento para la contingencia. Durante la atención se completa una ficha mínima de información que permita la notificación oportuna y seguimiento de los casos en su evolución dentro de las 24 o 48 hs. de atención.

**RESULTADOS:** Fueron asistidos durante el brote (semana 8 a 21) 211 casos que fueron analizados con la información registrada en SIGEHOS y fue necesario comunicarse con 98 de ellos para asegurar el seguimiento correcto, ya que a las 48 hs del evento no se encontraron registros de atención.

Se detecta un aumento de la proporción de casos ambulatorios dentro del período de brote en relación a la etapa previa.

Dentro de las 48 hs fueron notificados al SNVS el 70% (oportuna) de los casos y un 90% dentro de los 4 días.

**REFLEXIÓN FINAL:** La dinámica de los eventos sanitarios suele plantear desafíos continuamente, ante los cuales se deben brindar respuestas que se puedan adaptar a las contingencias. En este caso la definición epidemiológica de caso presenta alta sensibilidad y baja especificidad, por lo que se hace necesaria una respuesta integrada entre los servicios implicados para optimizar el resultado.

---

## RE22

**El juego como posibilidad de participación en niños, niñas y adolescentes (NNyA). Experiencias lúdicas en H.I.A.E.P "Sor María Ludovica" de La Plata.**

**Autoría:** Pezzimenti Estefanía, Gómez Constanza, Graziolo Irina, Martín Victoria, De Mársico Natacha, Taddei Chiara, Renzo Juliana, Giovannone M. Belén.

**Residencia de Trabajo Social - Servicio Social H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El juego es una herramienta fundamental para la intervención profesional, ya que favorece el vínculo y nos permite aproximarnos a la vida cotidiana de NNyA. Su incorporación en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) es necesaria y es un derecho. La atención de la salud suele prescindir de la experiencia lúdica, restándole importancia y reduciéndola a decisiones individuales.

**PROPÓSITOS:** Incorporar lo lúdico en la atención pediátrica a fin de conocer la mirada, saberes y deseos de NNyA, y promover la participación desde lógicas no adulto céntricas utilizando meca-

nismos alternativos a la palabra como único recurso.

**DESARROLLO:** El juego en la institución hospitalaria permite mayor participación y un rol activo de los NNyA en los PSEAC, lo que les permite resignificar aquello que los atraviesa.

Entendemos al juego no solo como un medio que persigue un objetivo en particular sino como un fin en sí mismo. Permite que los NNyA puedan transitar otras experiencias en el marco de la atención en salud. De esta manera, el hospital se vuelve un ámbito más habitable y alojador.

En este sentido, hemos desarrollado actividades lúdicas en las salas de espera en el marco de efemérides para abordar distintas temáticas con el fin de promover los derechos de los NNyA. Las mismas se han llevado a cabo en conjunto con diversos actores del Hospital: el Servicio de Trabajo Social, Arte y Salud y la Biblioteca Ambulante.

A su vez, participamos de diferentes actividades de juego libre que se realizan cotidianamente en la sala de espera del Servicio de Trabajo Social y en salas de internación.

**RESULTADOS:** En el último año se han realizado diversas actividades en las salas de espera donde se han abordado los derechos de las niñas, prevención de la violencia por motivos de género, revalorización de la memoria colectiva y la promoción de lectura. En las mismas se utilizaron recursos lúdicos y artísticos como propuesta para trabajar dichas temáticas.

En el marco de las internaciones de NNyA, se han incorporado diversos recursos como parte de nuestra intervención profesional, entre ellos juegos y material de lectura.

Tanto en las actividades de efemérides como en las que se realizan cotidianamente se ha observado amplia participación de NNyA y sus referentes de cuidado.

**REFLEXIÓN FINAL:** Pensar a NNyA como actores sociales, con capacidad de agencia social, activos y posicionados nos invita a buscar nuevas herramientas que promuevan su participación y autonomía en los PSEAC. En este sentido, consideramos que lo lúdico se constituye como un elemento esencial en la atención pediátrica, entendiendo al juego como un derecho que permite expresar los intereses y necesidades de los NNyA, que habilita la palabra y la interacción con sus pares.

---

## RE23

**Buscando a hospital de día.**

**Autoría:** Mercado Claudia M, Perego Gabriela, Longhi Ornela, Martín Manuela, Genchi Alejandra.

**Hospital de Día. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Hospital de Día se inicia en el año 2009, basado en Cuidados Progresivos "concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento oportuno, en el sitio o área del hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que ocurre".

**PROPÓSITOS:** Comunicar nuestra metodología de trabajo, expresada en la labor asistencial, interactuando con las distintas especialidades médicas que realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos en este medio.

**DESARROLLO:** Pacientes derivados desde hematológica, reumatología, inmunología, neurología, neurocirugía, otorrinolaringología, cirugía plástica, gastroenterología, oftalmología, odontología, traumatología, urología, ingresan por el consultorio de Admisión, realizándose evaluación integradora previo a inter-

nación (examen clínico y de estudios solicitados). En sala brindamos atención por un plazo de 10 horas, con la coordinación de un médico clínico y según indicaciones de los especialistas, (procedimientos generales, infusión intravenosa de medicamentos, quimioterapia, hemoderivados; terapias que requieren equipamiento; recuperación anestésica; controles, estudios o tratamientos, con fines diagnósticos y/o terapéuticos). El paciente se reintegra en el día a su casa o egresa a sala de mayor complejidad para continuar la internación.

**RESULTADOS:** Hospital de día cuenta con espacios adecuados para las diferentes prestaciones (sillones, camas, aislamiento, sala de procedimientos), reduce la estadía hospitalaria, beneficiando de esta forma al resto de la estructura asistencial. La figura del médico clínico proporciona una visión global del paciente y de su realidad personal/familiar/social, permite una verdadera interacción interdisciplinaria, a fin de satisfacer las necesidades de los pacientes ("el paciente correcto, en la cama correcta, con los servicios correctos, en el momento correcto").

**REFLEXIÓN FINAL:** Hospital de Día es una sala asistencial donde se brinda atención diurna (lunes a viernes, de 8hs a 18hs); ofrece una alternativa al ingreso hospitalario tradicional; responde en forma rápida a las diferentes demandas, permitiendo el pronto reintegro del paciente al medio habitual y familiar con los beneficios socio-psicológicos que ello implica, favoreciendo la optimización del recurso y permitiendo una planificación adecuada de la atención.

---

## RE24

**"NANEAS": niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Nuevo modelo de atención ambulatoria Hospital De Niños "Sor María Ludovica de La Plata".**

**Autoría:** Morales Silvina, Castro María Alba, Carruitero Patricia, Genchi Alejandra, Lopez Mariela.

**Consultorios externos y Economía y Gestión. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** "NANEAS" son aquellos pacientes (0-19 años) con mayores necesidades en salud, al menos 12 meses en las siguientes áreas: Necesidad de control médico con especialistas (>12 meses, al menos 2 veces por año). Necesidad de uso crónico de medicamentos (>12 meses). Necesidad de Alimentación Especial. Necesidad de uso de tecnología médica. Necesidad de rehabilitación por discapacidad. Necesidades Educativas Especiales.

**PROPÓSITOS:** Presentar la experiencia del Consultorio de seguimiento Ambulatorio de "NANEAS" de nuestro hospital, las entidades prevalentes, la complejidad de los pacientes en distintos aspectos y la disminución del porcentaje de internación.

**DESARROLLO:** Estudio descriptivo de 1200 pacientes "NANEAS" de mediana y alta complejidad con seguimiento activo en los dos últimos años (Julio 2022-Julio 2024). Varones: 51%, mujeres 49%, promedio edad: 46 meses (rango 8 días-17 años).

**RESULTADOS:** 35% derivados de Comités y 30% de Salas Hospitalarias. Entidades más frecuentes: síndromes genéticos (26%), neuroquirúrgicas (22%), neurológicas (13%), asociaciones malformativas (10%). Padecieron Hospitalizaciones cortas: 23%, prolongadas: 45%, muy prolongadas 32%. El 82% depende de tecnologías: ortopédica (30%), sonda nasogástrica (10%), válvula de derivación ventrículo peritoneal (8%), cateterismo limpio intermitente (8%), traqueostomía (3%), gastrostomía (3%), vesicostomía (3%), colostomía (1%). El 85% padece algún tipo de

discapacidad, concurriendo a escuela especial el 60%. El 48% recibe dieta rica en fibras. El 100% ingieren medicación crónica. Esquema completo de vacunación: 96%. Certificado Único de Discapacidad: 80%.

REFLEXIÓN FINAL: Los "NANEAS" son un nuevo grupo emergente en Pediatría, con aumento de prevalencia mundial, diagnóstico complejo, múltiples comorbilidades, con tratamientos que escapan a las prácticas rutinarias y demandan gran cantidad de recursos en salud. La creación del Consultorio ha permitido la disminución de las internaciones, según la cantidad de días de internación por paciente promedio, con una disminución del gasto de internación en unidades de complejidad intermedia por día de \$65.706,93 en términos reales.

#### RE25

**Transición a la adultez de adolescentes con necesidades especiales de atención en salud.**

**Autoría: Morales Silvina, Lopez Mariela; Castro Maria Alba; Tomas Maria, Genchi Alejandra.**

**Consultorios externos. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: La transición a la adultez de los adolescentes con necesidades especiales (enfermedades crónicas-complejas) es el pasaje planificado y en forma ininterrumpida de un sistema de atención pediátrico a uno de adultos. Más del 85% de estos adolescentes llegarán a la adultez con múltiples comorbilidades. Según reportes los Pediatras atienden adolescentes que padecen enfermedades crónicas hasta los 18 años.

PROPÓSITOS: Presentar la experiencia en Transición a la Adultez del Consultorio de Adolescentes con Necesidades Especiales (NANEAS) dado que según la literatura sólo 15% de los mismos entre 13 y 17 años cuenta con un plan de transición organizado. DESARROLLO: Estudio descriptivo de 63 adolescentes de mediana y alta complejidad en diferentes etapas del proceso de transición a la adultez en los dos últimos años (Julio 2022-Julio 2024). Varones: 55%, mujeres 45%, promedio de edad al inicio de la transición 16,5 años. En una encuesta realizada a los 16 padres de pacientes que aún no han concluido la transición manifestaron: 5 Percepción de excesiva necesidad de control por parte del equipo tratante interdisciplinario del Hospital, 15 Dependencia emocional por la Pediatra, 1 Sobredimensión de la gravedad de la enfermedad, 1 falta de confianza en el nuevo equipo tratante y 9 falta de servicios adecuados para adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. La transición exitosa consta de tres pasos: Preparación-Planificación e Implementación constituyendo el Grupo 1 (G1) experimentada por 47 pacientes; mientras que 16 se encuentran en el Grupo 2(G2) en etapas previas Preparación- Planificación.

RESULTADOS: Presentamos las entidades que tenemos en ambas etapas. Mielomeningocele (G1:10-G2:2), Síndrome de Down (G1:8-G2:4), Encefalopatías crónicas no evolutivas (ECNE) (G1:5-G2:2), Cardiopatías complejas (G1:4-G2:2), Epilepsias Refractarias(G1:4-G2:2), Toxoplasmosis congénita (G1:3-G2:1), Neurofibromatosis Tipo 1 (G1:3-G2:1), Otras anomalías cromosómicas (G1:3-G2:2), Síndrome de Williams (G1:2), Síndrome de Moebius (G1:2), Linfangiectasia Intestinal (G1:1), Citomegalovirus congénita (G1:1), Craneosinostosis Síndrómica (G1:1). El 100% de los pacientes padecen discapacidad intelectual con absoluta dependencia de sus padres para sus cuidados y las actividades de la vida diaria.

REFLEXIÓN FINAL: Nos urge la necesidad de una transición

efectiva. Destacamos el rol del Pediatra y el Clínico como médicos de cabecera. Consideramos la importancia de capacitar a especialistas de adultos en patologías que en el pasado eran propias de la pediatría y hoy se ven en adolescentes gracias a los avances de la medicina y la biotecnología. Normatizar el contacto entre los profesionales, tanto el que deriva como el que recibe en el proceso, de manera de trazar una red funcional para optimizar el trabajo.

#### RE26

**Nutrición parenteral domiciliaria en el Hospital de Niños de La Plata. Pasado, presente y futuro.**

**Autoría: Martínez María Inés<sup>1</sup>, Fabeiro M<sup>1</sup>, Borrás Iglesias R<sup>1</sup>, De Cristófolo C<sup>1</sup>, Cóccaro P<sup>2</sup>, Etcheverry N<sup>1</sup>, Aguad L<sup>1</sup>, Larroulet M<sup>3</sup>, Parrandeli E<sup>4</sup>, Wrigth J<sup>4</sup>, Dalieri M<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Servicio de Nutrición - <sup>2</sup> Servicio Social - <sup>3</sup> Servicio de Alimentación - <sup>4</sup> Servicio de Farmacia Consultorio de Diversidad de género. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

INTRODUCCIÓN: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) es un tratamiento médicamente complejo y dependiente de tecnología que se indica en pacientes con falla intestinal crónica (FIC). El Hospital es pionero a nivel nacional y regional en esta práctica. En el Servicio de Nutrición se realiza la indicación, implementación, monitoreo y tratamiento de las complicaciones asociadas a la FIC y su tratamiento.

PROPÓSITOS: El objetivo de esta presentación es describir la historia y el presente de la práctica de la NPD en nuestro hospital como modelo de trabajo interdisciplinario en un hospital de alta complejidad.

DESARROLLO: Los primeros pacientes con FIC se trataron en sala 13 en la década del 80. El primer egreso en NPD ocurrió en 1985. Esto requirió que médicos, enfermeros, farmacéuticos y trabajadores sociales adquirieran experiencia en la práctica. Inicialmente la provisión de NP, bombas e insumos en internación y domicilio la realizaba el Hospital. Con el aumento de demanda asociada a la sobrevida de estos pacientes la práctica se incluyó en el Plan Médico Obligatorio, y es cubierta por obras sociales y prepagas, y provista por empresas privadas. En 2002 la FIC es reconocida como discapacidad visceral dando acceso al certificado único de discapacidad que garantizaría la cobertura de NPD. En 2007 se publicó la Guía de práctica clínica de soporte enteral y parenteral para pacientes hospitalizados y domiciliarios del Plan de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de Nación. El Hospital es reconocido como Centro especializado en FIC, y aborda todos los aspectos de la misma, excepto el trasplante intestinal.

RESULTADOS: La expansión de la práctica y la demanda de manejo especializado determinó la creación en 2011 de la Unidad de Soporte Domiciliario que sigue a pacientes con FIC. Trabaja coordinadamente con la Sala de Internación que se ocupa del abordaje inicial con rehabilitación intestinal, la capacitación de cuidadores y la gestión del financiamiento. El equipo interdisciplinario incluye médicas especialistas en nutrición, enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos, trabajadores sociales y psicólogos junto a especialistas de cirugía, gastroenterología, cuidados paliativos y hemodinamia, entre otros. Se articula la transferencia de los pacientes para el seguimiento como adultos en el HIGA Gral. San Martín.

REFLEXIÓN FINAL: El aumento de sobrevida de pacientes con FIC ha expandido la población que requiere este tratamiento. En

los últimos años se establecieron otros equipos privados y públicos que se nutrieron de nuestra experiencia al igual que otros centros latinoamericanos. Nuestros indicadores de resultado son comparables a nivel mundial. Las dificultades económicas y la crisis del sistema sanitario constituyen un desafío para la continuidad de la práctica garantizando accesibilidad, equidad y atención de calidad.

---

#### RE27

**El rol del Trabajo Social en el equipo de salud: Repensando los modelos de atención ambulatoria en un hospital de alta complejidad de NNyA.**

**Autoría: Cáceres Gisela, Colacchio Cecilia, García Ma. Sol, Niño, Mariana.**

**Servicio Social. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".**

**INTRODUCCIÓN:** Esta exposición abordará la experiencia del Equipo Ambulatorio del Servicio Social en el Hospital Pediátrico de alta complejidad "Dr. Juan P. Garrahan". Se intentará reflexionar acerca de la intervención profesional en el proceso salud - enfermedad - atención y cuidados (PSEAC) de NNyA, usuarios/as de este Hospital, provenientes de diferentes regiones del país y países limítrofes.

**PROPÓSITOS:** Reflexionar acerca de la intervención del Trabajo Social en el proceso salud - enfermedad - atención y cuidados (PSEAC) de NNyA con enfermedades crónicas, que presentan dificultades en la adherencia al tratamiento en la atención ambulatoria en un hospital pediátrico de alta complejidad.

**DESARROLLO:** El hospital SAMIC Dr. Juan Pedro Garrahan es un hospital pediátrico de alta complejidad localizado en CABA. Es un efector de referencia nacional y latinoamericana que no cuenta con área programática.

El equipo ambulatorio del servicio social acompaña a NNyA con patologías crónicas de alta y baja complejidad y a sus referentes afectivos. Se requiere nuestra intervención profesional por diferentes situaciones de vulneración de derechos que impactan en el PSEAC en relación a la adherencia al tratamiento.

**RESULTADOS:** En múltiples oportunidades los equipos de salud consideramos la adherencia al tratamiento como un "deber ser", caracterizado por una responsabilidad individual de las personas frente a su enfermedad y su resolución. Entendemos la adherencia al tratamiento como un proceso de construcción, donde acompañamos la experiencia de las NNyA y sus referentes afectivos en relación a la construcción de sentido y significación de esa enfermedad crónica y tratamiento/s, a partir de la cual se produce un impacto en la vida cotidiana.

Este proceso de construcción no lo podemos pensar de manera aislada o escindida de las políticas públicas con las que contamos, donde la responsabilidad estatal de garantizar el acceso a la salud atraviesa dicho proceso. Asimismo, es necesario evaluar dicho proceso contemplando factores culturales, simbólicos, económicos, entre otros de cada NNyA y sus referentes afectivos.

**REFLEXIÓN FINAL:** El rol del trabajo social en el abordaje de patologías crónicas, dentro de los equipos de salud, es fundamental para la construcción del proceso de adherencia al tratamiento. En este sentido, es necesaria la construcción de un vínculo entre los NNyA, referentes afectivos y el equipo de salud, promoviendo una escucha activa y empática, contemplando las subjetividades y el contexto socio-cultural, con el objetivo común de garantizar el acceso a la salud.

#### RE28

**Enfoque integral del paciente desde una mirada fonoaudiológica.**

**Autoría: Luciana Soledad Dominguez, Agustina Pilar Viggiano, Candela Pascucci, María Soledad Ojeda, Antonella Elin Gratti, Joana Ventura.**

**Servicio de Otorrinolaringología, Unidad de Fonoaudiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** En la Unidad de fonoaudiología del servicio de ORL de nuestro Hospital, resaltamos la importancia de un trabajo conjunto de las diferentes áreas de la fonoaudiología, como son la audición, comunicación y fono estomatología, en la prevención e intervención temprana de posibles patologías. Dándole un rol activo a las familias y trabajando interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud.

**PROPÓSITOS:** Detectar tempranamente a través de la pesquisa auditiva, control de la técnica deglutoria e hitos del desarrollo comunicativo posibles alteraciones a fin de abordar oportunamente en conjunto con las familias y entre profesionales.

**DESARROLLO:** Concientizar a las familias y población en general sobre los hitos esperables del desarrollo auditivo, alimentario y del lenguaje en las infancias, estableciendo un vínculo que promueva acciones y potencie las capacidades del niño; no solo con una visión integral desde el área de fonoaudiología, sino también en constante interrelación con otros servicios del hospital.

**RESULTADOS:** Nos resulta importante destacar la interrelación existente entre las áreas de intervención, tanto en la alimentación, comunicación y audición al momento del abordaje fonoaudiológico. Es condición imprescindible en este tipo de clínica el abordaje interdisciplinario como lugar de encuentros, de interconsulta permanente, de intercambios de saberes, de sostenes mutuos, pues es imposible llevar adelante esta tarea en soledad.

**REFLEXIÓN FINAL:** Un abordaje integral desde el área e interdisciplinariamente es el punto de partida para la protección y promoción de la salud de las infancias y las familias.

Al sostener vínculos sólidos y necesarios entre todos los actores que intervienen en los procesos de prevención e intervención temprana de la salud, se hace evidente que el intercambio de experiencias unifica criterios y la calidad de atención se ve favorecida.

---

#### RE29

**Experiencia de abordajes del Servicio de Trabajo Social en problemáticas de salud Hemato-oncopediátricas. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".**

**Autoría: Nadia Malecki, Luisina Corrales, Catalina Goicoechea. Servicio social- H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** En el marco de la sanción de la Ley de Oncopediatría 27.674, que crea un régimen de protección integral de los niños, niñas y adolescentes (N,N,yA) con cáncer; el Servicio de Trabajo Social del H.I.A.E.P. S.M.L. inició, en octubre de 2023, la conformación de un equipo de trabajo para el abordaje y acompañamiento de NNyA y sus familias con diagnósticos onco-hematológicos.

**PROPÓSITOS:** La conformación de un equipo de trabajo, tiene como propósito trazar líneas de intervención interdisciplinarias e interinstitucionales, a través del trabajo en red a fin de garantizar los derechos de los pacientes y la atención integral de éstos y de sus familias.

**DESARROLLO:** La experiencia se inició con la incorporación

progresiva al equipo de salud de la sala de internación de Inmunocomprometidos del Hospital. Desde allí, el equipo de trabajo del Servicio de Trabajo social comenzó las intervenciones participando de espacios de intercambio con el equipo médico; realizando entrevistas de conocimiento iniciales con los pacientes y referentes afectivos o familiares, identificando cuestiones relativas a la organización familiar en el centro de vida y en la internación, así como también de la presencia de otros NNyA en el grupo familiar de origen, conocimiento de las redes de apoyo e información disponible por parte de NNyA y sus familias respecto de la problemática de salud y perspectiva de atención de salud, sus recursos socio-económicos y afectivos. También, se lleva a cabo el asesoramiento sobre la gestión de recursos o prestaciones de las políticas socio-sanitarias. Se tiene como objetivo, la anticipación de factores conflictivos u obstaculizadores para garantizar el sostenimiento de tratamientos prolongados que incluyen largos períodos de internación y de atención ambulatoria (accesibilidad, cuidados, etc.). Así mismo, prima la identificación e intercambio con otras instituciones y organizaciones locales de referencia. Nos proponemos además generar estrategias de cuidado para cuidadores/referentes familiares, así como también valorar y promover acciones que den lugar a la dimensión vincular y emocional del NNyA.

Este trabajo incluye el acompañamiento desde la internación y durante la atención ambulatoria. Implica una labor necesaria de articulación con diversos Servicios del Hospital (Hematología, Oncología, Enfermería, Cuidados Paliativos, Salud Mental).

**RESULTADOS:** Durante este periodo (octubre 2023- agosto 2024), se realizó el abordaje y acompañamiento de sesenta y dos NNyA y sus familias con problemáticas de salud onco-hematológicas. Actualmente se encuentra conformado de manera estable el equipo de Trabajo Social para el abordaje de esas problemáticas, participando de procesos de capacitación en la temática y realizando intercambios con equipos de salud de otras instituciones.

La inserción en la sala de internación permitió lograr la realización de una valoración disciplinar al inicio y durante el proceso de atención, lo que permitió identificar y delinear situaciones de intervención en el marco de la ley de oncopediatria. Por otro lado, facilitó a pacientes y familias el acceso a prestaciones derivadas del C.U.O.P. Se observó que esta modalidad de trabajo contribuyó a anticipar posibles situaciones conflictivas y de malestar y dio lugar a espacios de mayor intercambio y escucha entre pacientes-familias-equipo de salud.

**REFLEXIÓN FINAL:** Del trabajo realizado hasta el momento, surge la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios estables y de referencia para el paciente y sus familias, entendiendo la complejidad de situaciones que se manifiestan cuando irrumpen enfermedades que amenazan o limitan la vida de NNyA, atendiendo la singularidad de las mismas.

Los aportes de cada disciplina, resultan indispensables para tener como horizonte el reconocimiento de las diversas dimensiones que atraviesan a los pacientes y sus familias cuando aparecen problemáticas de salud onco-hematológicas, a fin de garantizar procesos de atención integrales.

### RE30

**Puesta a punto y Validación de un Método UFLC UV para la Determinación de Voriconazol en Muestras de Suero. Experiencia con pacientes.**

**Autoría:** Matamoros Natalia, Cassain Virginia, Zabaleta Florencia, Mina Antonella.

**Laboratorio de Toxicología Ambiental y Nutrición. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) - H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"/ CIC-PBA; Toxicología y monitoreo de drogas. Servicio de Laboratorio Central. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El voriconazol es un antifúngico triazólico de amplio espectro utilizado en el tratamiento de las infecciones fúngicas invasoras en pacientes inmunocomprometidos. Debido a que este fármaco presenta una gran variabilidad inter e intraindividual, su monitoreo en suero es muy importante para optimizar los tratamientos, mejorar la eficacia antifúngica y evitar efectos adversos.

**PROPÓSITOS:** Validar la metodología para la determinación sérica de voriconazol mediante cromatografía líquida ultrarrápida (UFLC). Evaluar el monitoreo en los pacientes asistidos en el hospital entre noviembre de 2021 y abril de 2023.

**DESARROLLO:** Como método preanalítico se realizó la precipitación de proteínas en muestras de suero con acetonitrilo en una relación 1:1. La separación cromatográfica se realizó en un equipo UFLC Shimadzu Prominence con detector de arreglo de diodos, utilizando una columna Shim-Pack ODS II (3,0 mm x 75 mm, 2,2 µm) a una temperatura de 45°C, flujo de elución de 0,8 mL/min, con un gradiente de acetonitrilo y agua como fase móvil. Para la detección y cuantificación de Voriconazol se utilizó un patrón comercial marca Sigma- Aldrich a una longitud de onda de 254 nm.

Se realizó la validación en cuanto a linealidad, exactitud (criterio de aceptabilidad para error relativo porcentual(ER%)<15%), precisión(criterio de aceptabilidad: CV% menor a 15%), recuperación, límite de detección (LD) y límite de cuantificación (LC) según las guías de European Medicines Agency, Eurachem y Organismo Argentino de Acreditación. Se consideró como rango terapéutico una concentración sérica entre 1 y 5,5 mg/l.

**RESULTADOS:** El voriconazol eluye a 1,88 min. El ensayo mostró ser lineal en el rango de concentraciones analizadas (0,5-10 mg/L). El ER% fue de 14,12% y 13,72% para los dos niveles de concentración analizados. Se evaluó la precisión a dos niveles de concentración (2 mg/L y 4 mg/L) encontrándose un CV% 0,75 y 1,83 respectivamente. El LD fue 0,1 mg/l y el LC 0,3 mg/l. Los porcentajes de recuperación se encontraron entre 80% y 120% en los tres niveles de concentración analizados. Se analizaron 77 muestras correspondientes a 31 pacientes pediátricos. El 58% se encontraba en concentraciones subterapéuticas, el 39% dentro del rango terapéutico, y el 3% restante tenía concentraciones por encima del mismo.

**REFLEXIÓN FINAL:** Disponer de un ensayo rápido y reproducible resulta muy útil en el monitoreo de los tratamientos con voriconazol, en especial en la población pediátrica. El alto porcentaje hallado de concentraciones subterapéuticas refuerza la necesidad del monitoreo para mejorar la eficacia terapéutica.

### RE31

**Experiencia de abordaje psicológico de pacientes con falla intestinal, una estrategia posible de trabajo para la atención de niños con patologías crónicas.**

**Autoría:** Cecilia De Cristófolo, Marcela Fabeiro, María Inés Martínez, Marcela Dalieri.

**Servicio de Nutrición y Dietoterapia. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** En el Scio. de Nutrición del Hospital se lleva adelante desde hace más de 40 años el tratamiento de pacientes con falla intestinal crónica, condición que requiere un abordaje interdisciplinario. La incorporación permanente de un psicólogo al Servicio posibilita un trabajo sostenido en el tiempo cuyos efectos pueden vislumbrarse en las posibilidades de atención que se brinda a estos pacientes.

**PROPÓSITOS:** La introducción del psicólogo al abordaje fue pensada tanto en lo que respecta al tratamiento durante la internación y el domiciliario, así como también en la fase terminal en aquellos pacientes con dicho desenlace.

**DESARROLLO:** En el año 2015 se incorpora un psicólogo al Servicio de Nutrición para sumarse al abordaje de pacientes con falla intestinal crónica, insertándose tanto en la Unidad de Domicilio como en la Unidad de Internación. El trabajo comprende tanto la interlocución con el resto de los profesionales del Equipo de Salud como el diseño de estrategias de intervención con los pacientes y sus cuidadores.

Más allá de las cuestiones psicopatológicas, el profesional psicólogo interviene propiciando una subjetivación de la enfermedad, primero en el adulto que está al cuidado de ese niño (que en general es la madre). Se trata de un trabajo singular que propicia una primera elaboración de la angustia que se une a la inminencia de un diagnóstico, así como la realización de ciertas prácticas y de un tratamiento específico y que se entrelaza con los avatares de la evolución de la enfermedad, los tiempos de constitución subjetiva y las vicisitudes propias de cada grupo familiar.

**RESULTADOS:** La internación es oportunidad para la intervención con estos pacientes. Ocurre primero para la estabilización clínica y la implementación de la nutrición parenteral domiciliaria o más adelante ante eventuales complicaciones. Son dos tiempos distintos para la intervención y es clave intervenir desde el inicio.

Con los adultos se acompañan las circunstancias de la internación y el tratamiento y se abordan los emergentes: angustias, enojos, rechazos.

En el caso de los niños será a través del juego que se ofertará el acercamiento. Sea de manera individual o grupal será el recurso privilegiado siempre.

Con el equipo será desde la escucha activa y la presencia ahí que se trabajará.

**REFLEXIÓN FINAL:** Las enfermedades crónicas pediátricas suponen un desafío clínico insoslayable. Introducir un psicólogo al Equipo de Salud que atiende a estos pacientes obliga a repensar los estándares teóricos disciplinares y establecer nuevas condiciones de abordaje y tratamiento. En primer lugar, conviene servirse de la ocasión, ser dúctil al escenario frente al cual se nos solicita la intervención. Quedarán excluidos los dispositivos clásicos de atención y uno deberá apostar a poder restituir y valor de la escucha y la palabra en cada ocasión.

---

### RE32

**Implementación de un programa interdisciplinario en el abordaje de lesiones por presión en salas de cuidados críticos en pediatría.**

**Autoría:** María Patricia Osorio, Natalia Soledad Gil, Norma del Carmen Cativas, Juana Goitia, María Fernanda Rolotti, Carolina Ayllon, Virginia Elena Letche, Romina Sampietro, María Villa Enfermería, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Farmacia. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** En el marco de la Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, la OMS considera a las lesiones por presión (LPP) un indicador negativo de calidad de asistencia, constituyen un problema de salud que impacta en la calidad de vida del individuo y su familia y condiciona altos costos en salud. Las LPP son eventos adversos frecuentes durante la atención hospitalaria y en su mayoría son prevenibles.

**PROPÓSITOS:** Implementar un programa interdisciplinario de prevención, diagnóstico y tratamiento de las LPP en las salas de internación de cuidados intensivos del Hospital Sor María Ludovica.

**DESARROLLO:** El abordaje de las LPP en nuestro hospital presenta múltiples desafíos para los equipos de salud. En agosto del año 2022, se conformó el Grupo interdisciplinario para el manejo de LPP, integrado por profesionales de los servicios de Enfermería, Dermatología, Medicina Física y Rehabilitación, Farmacia y Cirugía Plástica. El objetivo principal fue protocolizar el abordaje de las LPP focalizándose en la prevención y educación de los profesionales de la salud.

Se desarrollaron capacitaciones para equipos de enfermería y comenzó la implementación del programa en las unidades de cuidado Intensivo pediátrico, neonatal, servicio de cirugía y cardiovascular, donde los pacientes ingresados son evaluados para establecer el riesgo de presentación de LPP. Se aplican las medidas preventivas de cuidado de piel y cambios de decúbito según riesgo; y en aquellos que presentan LPP se abordan de forma interdisciplinaria de acuerdo a su estadio. El seguimiento continúa hasta la resolución de la LPP.

**RESULTADOS:** En primer lugar, las actividades de capacitación de los equipos de enfermería, la facilitación de la comunicación entre profesionales y la puesta en acción de grupos interdisciplinarios de referentes ha colaborado con el monitoreo de los pacientes y prácticas, lo que propició la visibilización de la problemática y favoreció la implementación del programa.

Al analizar los resultados desde el inicio del programa hasta mayo de 2024, se registró un descenso de 24,7% en la frecuencia de presentación de LPP. De igual forma, disminuyó el grado de severidad y el tiempo de curación.

El Grupo continúa realizando capacitaciones específicas reforzando la visión preventiva de los equipos de salud.

**REFLEXIÓN FINAL:** La implementación del programa resultó beneficiosa para visibilizar la problemática de las LPP, protocolizar las intervenciones preventivas, el tratamiento y favorecer el trabajo interdisciplinario.

Además, se desataca el rol activo y compromiso del personal de enfermería en la evaluación de riesgo, intervenciones de cuidado preventivo, detección temprana de LPP, reporte y comunicación continua con el equipo de salud; ya que es el pilar fundamental para disminuir la frecuencia de estos eventos.

---

### RE33

**Revisión, cambio e implementación de un nuevo algoritmo para el diagnóstico y seguimiento de Enfermedad Celíaca en el HIAEP "Sor María Ludovica".**

**Autoría:** Gelpi Paula, Alcalde M Belen, Bautista Luciana, Dietz Mariela, Gonzalez Sandra, Laurito L Ignacio.

**Servicio de Laboratorio. Sala de Inmunoserología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inflamatoria crónica del intestino delgado, inmunomediada,

precipitada por la ingesta de gluten. Su diagnóstico se realiza en base a pruebas serológicas y biopsia intestinal. Por tratarse de un método invasivo, la tendencia de las nuevas recomendaciones internacionales es evitar la biopsia para la confirmación diagnóstica bajo ciertos requisitos.

**PROPÓSITOS:** Reevaluar y proponer un cambio en el algoritmo de diagnóstico y seguimiento de EC en concordancia con el servicio de Gastroenterología en base a la revisión bibliográfica y a los reactivos disponibles.

**DESARROLLO:** El algoritmo utilizado en nuestro hospital comprendería 3 marcadores serológicos como screening y uno como confirmación. Por un lado, se revisó el Consenso del Ministerio de Salud de la Nación del año 2017, ya que es un documento nacional constituido por un grupo interdisciplinario. Por otro lado, la Guía para el diagnóstico de celiaquía de la ESPGHAN por ser la más actualizada y especializada en población pediátrica. En ambos documentos se recomienda comenzar el algoritmo con la combinación de 2 de esos 3 marcadores por ser la combinación más precisa y rentable. Mientras que el consenso del 2017 indica la confirmación del diagnóstico con biopsia sin excepción, la ESPGHAN en la guía del año 2020 señala que puede realizarse de forma segura el diagnóstico sin biopsia en niños con valores de marcadores serológicos 10 veces por encima del valor normal, determinados mediante un test preciso y de probada calidad y con un marcador serológico confirmatorio positivo.

**RESULTADOS:** El nuevo algoritmo planteado comprende la realización de 2 marcadores serológicos como screening. Por contar con un reactivo que cumple las especificaciones de precisión y calidad, pudimos incorporar la recomendación de la ESPGHAN para realizar diagnósticos sin necesidad de biopsia en aquellos pacientes con valores de marcadores serológicos 10 veces por encima del valor normal.

Para poner en marcha el algoritmo generamos un protocolo informativo que se repartió en los distintos servicios solicitantes y se diseñó un cuestionario que debe incorporarse a la solicitud de marcadores serológicos para indicar si es una sospecha de EC o un seguimiento, información necesaria para seguir el nuevo algoritmo.

**REFLEXIÓN FINAL:** Es fundamental revisar periódicamente los consensos y/o guías nacionales e internacionales y compararlos con los algoritmos y prácticas vigentes, para asegurar la mejor forma de trabajo y a su vez el cuidado del recurso.

El nuevo algoritmo se encuentra en implementación y permitirá realizar los marcadores necesarios en función de la condición del paciente garantizando resultados eficientes, evitando la biopsia cuando sea posible y optimizando los recursos.

#### RE34

##### Neoplasias del Adulto: Citogenética y FISH.

**Autoría:** Laura Virginia Cabaleiro. Patricia, Bianco; Alejandra, Gonzalez y Mariana, Quatrin.

**Laboratorio de Genética. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", H.I.G.A. "San Martín".**

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias oncohematológicas son un grupo heterogéneo de patologías de difícil diagnóstico, que incluyen tanto las leucemias agudas de rápida progresión como las leucemias crónicas de progresión más lenta (frecuentes en el adulto), los linfomas Hodgkin (LH) y No-Hodgkin (LNH) y el Mieloma Múltiple (MM), entre otros.

**PROPÓSITOS:** Diagnóstico citogenético y por hibridación in situ

fluorescente (FISH) de las diferentes neoplasias oncohematológicas del adulto, con implicancias en el pronóstico, tratamiento y estratificación de riesgo.

**DESARROLLO:** En el laboratorio de genética se lleva a cabo el diagnóstico citogenético de las leucemias agudas y linfomas pediátricos. Desde principios del 2015 hasta la Actualidad se lleva adelante un proyecto en conjunto con el Hospital San Martín, que incluye el diagnóstico citogenético y por FISH de las neoplasias oncohematológicas del Adulto, tanto de las leucemias agudas: leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mieloblástica aguda (LMA), síndromes mielodisplásicos (SMD) y aplasia medular, así como de las leucemias crónicas: leucemia linfocítica crónica (LLC), leucemia mieloide crónica (LMC) y los síndromes mieloproliferativos PH negativos como la policitemia vera (PV), la trombocitemia esencial (TE) y la mielofibrosis primaria (MFP). También se estudian linfomas No Hodgkin (LNH) de linaje B (linfoma de células del Manto, linfoma difuso a grandes células B, linfoma de Burkitt y linfoma Folicular, dentro de los más frecuentes) como de linaje T/NK, y neoplasias de células plasmáticas como el Mieloma Múltiple (MM).

**RESULTADOS:** Hacia fines del 2023 se llevan analizadas más de 500 (n=503) muestras de médula ósea y sangre periférica del Adulto y más de 800 (n=801) determinaciones por FISH. El estudio de las neoplasias del Adulto requiere un enfoque diagnóstico que necesita múltiples determinaciones por FISH y diferentes cultivos celulares según la patología y el estado madurativo de la célula neoplásica. Tal es el caso de las LLA al diagnóstico, el citogenético y el FISH cumplen un rol fundamental para detectar las anomalías cromosómicas observables al microscopio óptico, como así también las crípticas, como el Re arreglo del gen CRLF2 de mal pronóstico, y determina el diagnóstico de LLA "Ph like".

**REFLEXIÓN FINAL:** La necesidad de formación y actualización continua es esencial y mandatorio. La importancia del trabajo interdisciplinario exhaustivo entre las diferentes áreas: hematología, citometría de flujo, biología molecular y citogenética es primordial y posibilita el arribo al diagnóstico certero y a la correcta estratificación del paciente que tiene como objetivo principal la precisión terapéutica y la salud del paciente.

#### RE35

##### Importancia del trato humanizado al paciente pediátrico quirúrgico y la familia.

**Autoría:** Hernández María, Tomas Cynthia.

**Enfermería quirúrgica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Habitualmente, los niños que concurren al quirófano para someterse a una intervención quirúrgica y sus familiares llegan con miedo y desconocimiento del proceso quirúrgico, generando estrés y ansiedad. El presente trabajo se propone dar cuenta de la importancia de brindar información necesaria del procedimiento quirúrgico al niño y la familia, y el impacto positivo que se evidencia en la recuperación post quirúrgica en el HIAEP Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

**PROPÓSITOS:** Difundir la importancia de la información y el acompañamiento que brinda el equipo de enfermería quirúrgica al niño y la familia con una perspectiva integral durante el proceso quirúrgico, articulada con el equipo interdisciplinario.

**DESARROLLO:** La experiencia surge en el contexto del Plan Maratones Quirúrgicas en el periodo septiembre-diciembre de 2023 a la actualidad con las cirugías programadas, en el H.I.A.E.P. Sor

María Ludovica de la ciudad de La Plata.

A diario en nuestra práctica asistencial, observamos que los niños que se someterán a una cirugía y su familia acuden con miedo y desconocimiento del proceso quirúrgico generando estrés y ansiedad, que se traducen en crisis de llanto y actitud negativa en el momento de ingresar a quirófano. El equipo de enfermería quirúrgica interviene desde que el paciente se encuentra en el área de ingreso a quirófanos, detectando mediante la anamnesis, las necesidades del paciente y la familia, brindando información clara y precisa, evacuando dudas y reforzando la seguridad del paciente, humanizando el proceso mediante el acompañamiento y el trato personalizado.

**RESULTADOS:** Se evaluó que, al brindar información necesaria del proceso quirúrgico al niño y la familia, se evidenció el impacto positivo en el ingreso al quirófano y en la recuperación postquirúrgica. De esta manera mejora la calidad de atención y el impacto de la internación y el proceso quirúrgico en el paciente pediátrico en el H.I.A.E.P. Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata.

**REFLEXIÓN FINAL:** El trato humanizado disminuye el impacto emocional del niño y la familia frente al proceso quirúrgico, acortando los tiempos de recuperación, brindando seguridad y acompañamiento por parte del equipo de enfermería quirúrgica, involucrando a la familia para lograr que la experiencia del niño no sea traumática.

---

### RE36

**Manejo multidisciplinario en paciente con patología intestinal compleja: un enfoque integral.**

**Autoría:** Brayan Jose Reyes Martinez, Ramiro Loaiza Hidalgo, Estela Cuenca, Lina Serrano, Daniela Camino.

**Cirugía Pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con patología intestinal compleja como síndrome de intestino corto (SIC) y la enteritis necrotizante (NEC) son siempre un reto tanto en el tratamiento quirúrgico como médico. Resalta la necesidad de su abordaje multidisciplinario y seguimiento a largo plazo para mejorar su calidad de vida.

**PROPÓSITOS:** En este trabajo queremos demostrar las estrategias y beneficios del enfoque multidisciplinario en el manejo de patologías intestinales complejas, destacando la sinergia entre las distintas disciplinas y la importancia de una comunicación y coordinación efectiva para alcanzar el éxito terapéutico. En este caso clínico fue posible el trabajo en equipo sincronizado para asegurar incluso frente a panoramas poco favorecedores, una evolución favorable de los diferentes cuadros concomitantes de nuestro paciente.

**DESARROLLO:** Paciente que ingresa a nuestro nosocomio a los 11 días de vida por hiperbilirrubinemia y se diagnostica trisomía 21 por genética. es evaluado por cardiología quienes diagnostican CIA + CIV + DAP refractaria al tratamiento médico y que requiere resolución quirúrgica con cerclaje.

Luego del mismo presenta shock séptico a punto de partida enteral, con coagulación intravascular diseminada por lo que requirió tratamiento por hematología; desarrolla posteriormente una hipoperfusión que conlleva a la NEC isquemia arterial aguda del miembro superior derecho y escara inguinal con la intervención de traumatología y cirugía plástica respectivamente; en respuesta a la enteritis necrotizante grave, se decide conducta quirúrgica realizando como primer acto una cirugía de control

del daño y requiriendo resección intestinal con múltiples anastomosis intestinales, y una yeyunostomía, que evoluciona desfavorablemente, y requiere cierre del yeyuno y gastrostomía descompresiva, se realiza un ateneo multidisciplinario frente al cuadro crítico del paciente donde intervino el comité de ética; el paciente evoluciona hasta la resolución de la mayoría de sus afecciones, y finalmente es trasladado a sala de recuperación nutricional. Durante el desarrollo de este caso intervinieron más de 15 Servicios y de tres comités en el tratamiento de nuestro paciente, quien hoy continúa bajo nuestro seguimiento, en plan de seguir mejorando su calidad de vida.

**RESULTADOS:** La implementación de un enfoque multidisciplinario en el manejo de patologías intestinales complejas presenta múltiples beneficios y desafíos, ofrece una evaluación más completa y precisa del paciente, ya que cada especialista aporta una perspectiva única que enriquece el diagnóstico y tratamiento; la integración de diferentes disciplinas permite un tratamiento más personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

**REFLEXIÓN FINAL:** La coordinación entre los equipos puede reducir el tiempo de diagnóstico y tratamiento, minimizando las complicaciones y mejorando los resultados a largo plazo. Aunque su implementación requiere una planificación cuidadosa, recursos adecuados y un compromiso fuerte por parte de todos los miembros del equipo, los beneficios potenciales para los pacientes son significativos, traduciéndose en la salud y bienestar integral de nuestros niños.

---

### RE37

**Recomendaciones para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de neurofibromatosis tipo I.**

**Autoría:** Diaz Verónica Alejandra, Giralda Rodrigo, Taffi Carolina, Quispe Cintia, Sarti Marcela, Martinoli Celeste, Hulman Celeste, Di Stefano Daniela, Curuchet Laura, Tello Brogiolo Nicolás, Moreiro Emilia, Beltrán Santiago, Bello Carolina.

**Dermatología, Genética, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Oncología, Traumatología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La Neurofibromatosis tipo I (NF1) es la enfermedad neuro cutánea más frecuente caracterizada por la presencia de máculas café con leche, pseudoefélides axilares e inguinales, nódulos de Lisch en el iris, neuro fibromas cutáneos, compromiso neurocognitivo, alteraciones esqueléticas y un riesgo superior de desarrollar tumores.

**PROPÓSITOS:** - Informar sobre la conformación y las tareas del Comité de Neurofibromatosis.

- Proporcionar herramientas para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico de NF1.  
**DESARROLLO:** El diagnóstico de NF1 se basa en la presencia de los siguientes criterios:

- Al menos 6 manchas café con leche de un diámetro superior a 5 mm en prepúberes y superior a 15 mm en los púberes.
- Pseudoefélides axilares e inguinales bilaterales.
- Dos o más nódulos de Lisch o 2 o más anomalías coroideas.
- Al menos, dos neuro fibromas de cualquier tipo o un neuro fibroma plexiforme.
- Glioma de vía óptica.
- Lesión ósea sugerente de NF1: displasia del esfenoideas, curvatura anterolateral de la tibia o pseudoartrosis de un hueso largo.
- Variante patogénica heterocigota de NF1, con una fracción de

alelo variante del 50 % en tejido aparentemente normal, como los glóbulos blancos.

- Un familiar de primer grado con NF1 definida.

Se trata de una enfermedad multisistémica que requiere la intervención de un equipo interdisciplinario formado por Pediatras, Dermatólogos, Oftalmólogos, Genetistas, Traumatólogos, Neurólogos, Neurocirujanos, Oncólogos y otros especialistas de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

RESULTADOS: Desde el año 1984 en nuestra institución se atienden pacientes con diagnóstico de NF1.

Con el fin de mejorar la calidad de atención desde el Comité de NF se organizan:

- Reuniones mensuales para presentación y discusión de casos, exposición de experiencias y definición de conductas

- Actividades formativas y educativas

- Charlas abiertas a la comunidad

El día 3 de Noviembre de 2023 se realizaron las 1° Jornadas de Neurofibromatosis Tipo I en Pediatría: ¿Qué debemos saber? Dado lo solicitado por los asistentes, se considera necesario brindar recomendaciones para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes pediátricos con sospecha o diagnóstico confirmado de NF1.

REFLEXIÓN FINAL: Los pacientes con NF1 presentan distintos tipos de afectaciones que les impide llevar adelante su actividad habitual condicionando diferentes grados de discapacidad. Esta situación se ha transformado en uno de los puntos de mayor interés del equipo de salud, siendo primordial la elaboración de estrategias para el diagnóstico temprano como también para determinar el compromiso generado por la enfermedad, controlar los síntomas y disminuir las secuelas.

---

#### RE38

**Con voz propia. Construcción de experiencias participativas para generar prácticas saludables con NNyA con enfermedades crónicas atendidos en el servicio de Nefrología.**

**Autoría: María Alejandra Quintero, Laura Zucherino.**

**Trabajo Social. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: El equipo de salud del Servicio de Nefrología está conformado por diferentes profesionales lo cual facilita el abordaje integral de las situaciones.

Pensar en experiencias participativas en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) habilita prácticas en salud que respondan a las necesidades de NNyA y los reconozcan como sujetos centrales.

PROPÓSITOS: Construir experiencias participativas para generar prácticas saludables con NNyA con enfermedades crónicas atendidos en el servicio de Nefrología a partir de habilitar su palabra y reconocimiento como sujetos protagonistas.

DESARROLLO: El reconocimiento de los NNyA como sujetos de derechos y la concepción de salud como totalidad integral, obligan a generar prácticas socio-sanitarias que redefinan las lógicas tradicionales en salud.

En el caso de quienes transitan una enfermedad crónica resulta innegable el impacto en sus vidas: los tiempos de espera, las internaciones prolongadas, las intervenciones sobre el cuerpo infantil, generan incertidumbre, temores, desarraigo, alteración de la cotidianeidad y de los vínculos afectivos. Sin embargo, no siempre esto es puesto en palabra, ni se habilitan los espacios para que estas dimensiones puedan manifestarse.

Por estos motivos, pensamos en la necesidad de construir -en

el marco de nuestras intervenciones profesionales- experiencias participativas con NNyA.

Para ello, en los últimos años se han generado diversas propuestas: talleres de radio y animación (con la Biblioteca Ambulante); talleres sobre cuidados y preparación para el momento de trasplante; talleres con familiares.

RESULTADOS: Estas experiencias habilitan que los "pacientes" cambien de "rol", que NNyA dejen de ser sujetos pasivos, intervenidos y pasen a ser sujetos activos, protagonistas.

A través de las diversas propuestas se habilita un espacio para expresar sus emociones, para tomar decisiones y participar en forma protagónica. El eje no es sólo la enfermedad sino la posibilidad de recuperar a NNyA como sujetos de derechos ejercitando los mismos en la práctica, más allá de un cuerpo enfermo a ser sanado.

Esto se vuelve un espacio de trabajo a valorar para los profesionales de la salud ya que permite generar otros encuentros, saberes e intercambios que difícilmente se producen en una consulta o entrevista individual.

REFLEXIÓN FINAL: NNyA son frecuentemente invisibilizados por la cotidianidad institucional. Sin embargo, a partir de estas iniciativas los equipos de salud logramos construir situaciones saludables dentro de la hostilidad hospitalaria.

Como profesionales de la salud y desde una perspectiva de salud integral, resulta central que seamos partícipes de la construcción de espacios que resignifiquen las prácticas instituidas, y habiliten el reconocimiento de NNyA como protagonistas.

---

#### RE39

**Jugando para sanar. Experiencias lúdicas durante la hospitalización en el HIAEP Sor María Ludovica.**

**Autoría: Chiarullo Lattaro Carolina, Lanz Florencia, Mainella Evelyn, Pelli Valentina y Pérez Carla.**

**Residencia de Terapia Ocupacional. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: La Terapia Ocupacional (TO) tiene como objetivo apoyar la participación en las ocupaciones (AOTA, 2020).

El juego es la principal ocupación del niño y debe ser considerado como un medio y como un fin en sí mismo. Este puede acompañar la adaptación a la estancia hospitalaria, facilitando tanto la preparación como la recuperación (Sandoval, 2022; Potasz et al., 2012; Zengin et. al., 2020).

PROPÓSITO DE LA EXPERIENCIA: Relatar el trabajo llevado a cabo por la Residencia de TO en las salas de internación, haciendo énfasis en las intervenciones realizadas a través del juego, como herramienta terapéutica y como un fin en sí mismo.

DESARROLLO: Para este trabajo se tomaron en cuenta todos los/as niños/as que recibieron tratamiento de Terapia Ocupacional por parte de la Residencia durante su internación en el HIAEP Sor María Ludovica, en el período comprendido entre los meses de septiembre de 2023 y marzo de 2024. En total fueron 68 pacientes que estuvieron internados en las salas de clínica médica, lactantes, nutrición, nefrología, infectología, oncología, cardiología, UTI, terapia intermedia y sala de pacientes con quemaduras. Todos ellos requirieron previa derivación a TO por presentar desafíos en su desarrollo y/o dificultades para la participación en las ocupaciones y actividades. Los principales desafíos observados fueron en relación a las habilidades motoras, cognitivas, sensoriales y sociales o de interacción, que tienen un impacto directo en la participación del niño/a en ocupaciones como: las

Actividades de la Vida Diaria- AVD (incluye Alimentación, Vestido e Higiene), el Descanso y Sueño, y el Juego, entre otras.

**RESULTADOS:** Las intervenciones se dividen en dos áreas: Salas de baja- mediana complejidad y Salas de alta complejidad.

Dentro de las primeras las intervenciones con el juego como medio se orientaron a favorecer el desarrollo acorde a edad, estimular habilidades de vinculación e interacción, sensoriales, cognitivas y motoras.

En las salas de alta complejidad los objetivos variaron ampliamente entre pacientes, algunos de los objetivos que se persiguieron al utilizar el juego como medio fueron fortalecer la motivación y el bienestar emocional, la interacción, atención conjunta, fijación y seguimiento visual y habilidades motoras como aumento de rango articular y control postural.

**REFLEXIÓN FINAL:** El juego debe ser considerado como un derecho y más en el contexto de hospitalización, la bibliografía refuerza la importancia "reducir emociones negativas relacionadas con la hospitalización, disminuyendo el estrés, el miedo, la ansiedad, los pensamientos negativos y el dolor, y mejorando la habilidad para afrontar situaciones (Ullán et. al., 2012).

La TO debe garantizar la participación en el juego, siendo intrínsecamente motivado, controlado internamente y elegido libremente por el/la niño/a.

---

#### RC/SC01

**Dermatofitosis zoofílicas emergentes, a propósito de tres casos.**

**Autoría:** Shepherd Safar, Melanie. Guzzetti, Luciana.

**Sala de Microbiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las dermatofitosis o tiñas son infecciones causadas por hongos dermatofitos que afectan a la capa córnea de la piel, pelo y uñas. Como resultado de la globalización y la creciente popularidad de mascotas atípicas, se han introducido nuevas especies zoofílicas como responsables de infecciones principalmente en niños y adolescentes.

**OBJETIVOS:** Presentar tres casos de pacientes atendidos en nuestro hospital entre el 2020 y el 2024 con micosis superficiales causadas por dermatofitos zoofílicos emergentes.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La edad de los pacientes fue entre 5 y 9 años y las lesiones de tipo descamativas se evidenciaron en piel y cuero cabelludo. Se realizó estudio micológico convencional a partir de muestras de escamas de piel, en el examen directo se observaron hifas hialinas ramificadas y tabicadas compatibles con dermatofitos. Los cultivos se realizaron en agar Sabouraud-glucosado con cloranfenicol y agar DTM (Dermatophyte Test Medium) en todos los casos se observó desarrollo de hongos miceliales. La identificación preliminar se realizó por observación de características macro y micromorfológicas, y la confirmación, por secuenciación del ADN ribosomal en el laboratorio de referencia. Dos muestras resultaron positivas para *T. benhamiae* confirmándose como nexa epidemiológico de los pacientes la tenencia de cobayos. La tercera se tipificó como *T. erinacei* en un paciente que poseía como mascota un erizo que poseía lesiones descamativas evidentes.

**DISCUSIÓN:** En los últimos años, la incidencia de *T. benhamiae* y *T. erinacei* como agentes causales de dermatofitosis en humanos está en aumento a causa del incremento de mascotas atípicas como animales de compañía. Muchas veces estos dermatofitos representan un desafío diagnóstico por la similitud de las lesiones con otras afecciones cutáneas y la dificultad de identificarlos con las herramientas convencionales.

Debido a que el diagnóstico micológico resulta esencial para encontrar la fuente de infección y lograr un abordaje terapéutico apropiado, incluyendo tanto al paciente como al animal, se recomienda una exhaustiva anamnesis, indagando sobre la tenencia de mascotas y hábitos del paciente.

---

#### RC/SC02

**Encefalitis Autoinmune, a propósito de un caso.**

**Autoría:** Rodríguez Buelvas, Wendy Janeth. Salvatierra, Jovana  
**Residencia Clínica Pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La Encefalitis Autoinmune (EA) constituye una patología inflamatoria del SNC mediada por anticuerpos contra receptores de neurotransmisores o proteínas de la superficie neuronal. La incidencia de encefalitis por anticuerpos antirreceptor de NMDA (anti-NMDAR) se estima en 2-3 casos por millón. Es la segunda encefalitis autoinmune más frecuente, después de la encefalomiелitis aguda diseminada.

**OBJETIVOS:** Reporte de caso de una paciente femenina de 10 años de edad con Encefalitis Autoinmune, su sintomatología y abordaje terapéutico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 10 años que presenta cambios en el comportamiento, crisis de agresividad, alucinaciones visuales y auditivas, asociados a movimientos estereotipados de manos y muñecas y trastornos en el habla desde hace 1 mes. Es interpretado como evento psicótico agudo con abordaje por Salud Mental. Por falta de mejoría y antecedente de faringoamigdalitis, se sospecha el Síndrome de PANDAS. Se realiza TC de encéfalo para descartar masa ocupante de espacio y punción lumbar para descartar causa infecciosa, siendo normales. Por sospecha de Encefalitis autoinmune (EA) solicitan panel de anticuerpos en LCR, dando Anti-NMDA positivo. Inicia tratamiento con pulsos de corticoides y Gammaglobulina con buena respuesta a las 2 semanas. Presenta recaída con reagudización de los síntomas al mes de su diagnóstico por lo que se inicia Rituximab y plasmaféresis. Se interpreta como EA grave por Ac anti NMDA con recaída temprana.

**DISCUSIÓN:** La encefalitis autoinmune es una inflamación del tejido cerebral causada por factores inmunológicos como anticuerpos o bien inmunidad celular contra antígenos presentes parénquima cerebral asociada a disfunción neurológica.

Es una causa importante de secuelas neurológicas, especialmente en personas jóvenes.

El cuadro clínico se desarrolla de forma predecible con afectación cognitiva, comportamental y autonómica. Los cambios de comportamiento y agitación predominan como síntomas iniciales en adultos y adolescentes, por lo que tienden a diagnosticar trastornos psiquiátricos. La encefalitis por anti-NMDAR es una entidad potencialmente tratable a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de encefalitis en pediatría. La identificación de los síntomas de forma temprana y el tratamiento oportuno puede cambiar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

---

#### RC/SC03

**Desafíos diagnósticos de cefalea en pediatría: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Andrini Lucía, Aramburu Troiani Nazarena, Alvira Camila, Amado Cattaneo Josefina, Astengo María Belén.

**Residencia de clínica pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La cefalea es un motivo de consulta frecuente en pediatría, tanto en el consultorio como en los servicios

de emergencias. El diagnóstico es clínico, siendo fundamental identificar signos de alarma sugestivos de cefalea de origen secundario. Éste constituye un desafío diagnóstico, ya que obliga a solicitar estudios complementarios para esclarecer la causa y brindar el tratamiento correspondiente.

**OBJETIVOS:** Enfatizar la relevancia que tiene la correcta caracterización del síntoma y la identificación de signos de alarma para poder solicitar los estudios pertinentes, o derivación a un centro de mayor complejidad.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 4 años, sin antecedentes de relevancia que consulta por presentar cefalea frontal de 10 días evolución, que cedía parcialmente con analgésicos, despertándolo por las noches. En los últimos 3 días, se había agregado fofobia.

Al presentar cefalea con signos de alarma, se decide su internación. Se realiza tomografía simple de encéfalo, la cual se informa dentro de parámetros normales.

Servicio de oftalmología, realiza test de agudeza visual y fondo de ojos, observándose en este último edema de papila bilateral. Se solicita valoración por servicios de neurología y neurocirugía, no pudiendo realizarse punción lumbar con manometría por dificultades del paciente.

Ante persistencia de síntomas, se realiza resonancia de encéfalo con angiografía, visualizándose lesión compatible con trombosis venosa del seno longitudinal superior.

Se indica iniciar tratamiento con enoxaparina y acenocumarol, presentando una buena evolución clínica y logrando el egreso hospitalario luego de quince días de internación.

**DISCUSIÓN:** Si bien el diagnóstico de las cefaleas es fundamentalmente clínico, continúa siendo un desafío el diagnóstico de las mismas. Por lo que es importante, durante la primer consulta, identificar la existencia o no de banderas rojas, el tiempo de evolución y su recurrencia en el tiempo, para poder clasificarlas en primarias o secundarias a otras patologías.

Al mismo tiempo, si tuviera signos de alarmas que sugieren origen secundario, comenzar el diagnóstico y tratamiento lo más rápido posible, ya que estos suelen ser los casos más graves para la vida del paciente.

Por otra parte, nos resulta relevante visibilizar a través de este caso, el rol del pediatra de cabecera en el seguimiento del proceso de salud-enfermedad de los niños, para evitar de esta manera consultas reiteradas en distintos centros de salud y diagnósticos erróneos. En el caso de este paciente, había consultado por lo menos en dos oportunidades en otros centros de salud, donde se habían indicado tratamientos analgésicos poco exitosos que interfirieron en la realización de un diagnóstico etiológico.

RC/SC04

**A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME): de la sospecha clínica a la confirmación diagnóstica.**

Fernández Mariano, Orellano Laura, Rocha Daniela, Lucero Mariela.

Laboratorio Central / Neurología H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La AME es una enfermedad genética autosómica recesiva donde el 95% de los casos se explican por delección homocigota del gen SMN1 o conversión génica. El 5% son heterocigotos compuestos. El gen SMN2 actúa como modificador de la enfermedad y se relaciona con el fenotipo. La complejidad genética determina la variedad de metodologías moleculares utilizadas para el diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de AME tipo I con clínica típica y un diagnóstico molecular complejo. Describir el algoritmo diagnóstico molecular de AME. Resaltar la importancia del diagnóstico temprano.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de un mes de edad, de padres no consanguíneos, que se presenta con hipotonía global y debilidad muscular de predominio proximal. Ante la sospecha de AME, se solicita el estudio molecular. Se obtuvo ADN genómico a partir de leucocitos de sangre periférica. Se realizó una ARMS-PCR para evaluar el exón 7 de los genes SMN1 y SMN2. Se detectó la presencia del exón 7 de ambos genes, descartando la causa más frecuente de AME. Por RQ-PCR se llevó a cabo la cuantificación relativa, detectándose una copia de SMN1 y 2 copias de SMN2. Ante la firme sospecha clínica, la muestra se secuenció. Se reportó una variante puntual c.815A>G. Dado que las secuencias de SMN1 y SMN2 son indistinguibles fuera del exón 7, con este ensayo no es posible determinar en cuál de los dos genes se encuentra la variante. Sin embargo, se espera que sea Patogénica si se encuentra en SMN1 y, en combinación con la delección heterocigota de SMN1, sería diagnóstico de AME.

Actualmente la paciente tiene 4 años, se encuentra en tratamiento intratecal con Nusinersen y con seguimiento multidisciplinario.

**DISCUSIÓN:** En la actualidad, el estudio molecular es el estándar de oro para el diagnóstico definitivo.

En este caso, se interpreta por los signos clínicos que el resultado es confirmatorio de la enfermedad con genotipo heterocigota compuesto dado por una delección del exón 7 en el gen SMN1 en un alelo y una variante puntual en el otro alelo del mismo gen.

Se destaca la importancia de los métodos de cuantificación de los genes SMN1 y SMN2. En el caso del gen SMN2 no sólo se correlaciona con el fenotipo, sino que es sobre su expresión donde actúa una de las principales medicaciones disponibles en nuestro medio, de allí la importancia de poder cuantificarlo.

La secuenciación para el diagnóstico confirmatorio de AME fue categórico, aún con sus limitaciones.

Es importante la sospecha clínica temprana de la enfermedad para arribar a un diagnóstico rápido con la finalidad de aumentar la efectividad de los tratamientos disponibles. En este caso, la paciente logró superar los dos años de vida que es la expectativa esperada para el fenotipo más severo.

El diagnóstico molecular a su vez permite brindar consejo genético a la familia; ya que éste cambia sustancialmente en el caso de que una de las mutaciones se haya generado de Novo (aproximadamente un 2% de los casos).

RC/SC05

**Sífilis adquirida desde una perspectiva social: A propósito de un caso.**

Autoría: Prandi Florencia Silvana, Quattrini Maria Alfonsina, Amado Cattáneo Josefina.

Residencia de Pediatría Clínica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La sífilis es una infección causada por *Treponema pallidum*. Se transmite por contacto sexual, vía transfusional, durante el trabajo de parto, mediante transfusiones o contacto con lesiones húmedas. La sífilis adquirida en la infancia se vincula estrechamente con violencia sexual.

No se cuenta con una estadística clara y centralizada al respecto a nivel nacional sobre violencia sexual infantil.

**OBJETIVOS:** Describir un caso de violencia sexual en la infancia

a partir del diagnóstico de sífilis adquirida.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 7 años de edad, sin antecedentes clínicos relevantes. Había permanecido al cuidado exclusivo de sus abuelos y tíos en los últimos meses debido a que su madre se ausentó por un viaje a otro país.

Consultó con su madre a los consultorios de demanda espontánea pediátrica por adenomegalias laterocervicales izquierdas de un año de evolución, con aumento sostenido de tamaño, asociado a astenia, pérdida de peso, y eventuales dolores abdominales. Al examen físico presentaba adelgazamiento, adenomegalias latero cervicales izquierdas múltiples e inguinales bilaterales blandas, levemente dolorosas, no adheridas y dolor leve a la palpación profunda en epigastrio.

Laboratorio general y ecografía abdominal: normales.

Serologías: VDRL y prueba treponémica positivas.

Ecografía de piel y partes blandas de cuello: conglomerado ganglionar izquierdo.

Con diagnóstico de sífilis secundaria adquirida y sospecha de violencia sexual crónica se vinculó con servicios de Infectología y Servicio Social. Se decidió la internación para abrigo transitorio por sospecha de abuso intrafamiliar conviviente.

**DISCUSIÓN:** Ante cuadros clínicos con la presentación mencionada se debe tener alta sospecha clínica, entre otras entidades relevantes, de abuso sexual con adquisición de infección de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual pueden detectarse en dos circunstancias: ante una situación aguda de agresión sexual o cuando la agresión sucedió hace tiempo y el paciente consulta por razones ajenas a la misma.

Se deben realizar estudios complementarios acordes y evaluar el grado de adherencia y compromiso del responsable a cargo para facilitar la continuidad de los cuidados. Ante una situación de infección de transmisión sexual adquirida en la infancia confirmada, es mandatario preservar la integridad del niño, garantizando su apartamiento del ámbito violento y trabajando de forma interdisciplinaria con Servicio Social, Servicio local de Niñez y Adolescencia, Salud Mental e Infectología.

Ante la elevada incidencia de las agresiones sexuales en la edad pediátrica es necesario que el equipo de salud tome un rol activo y comprometido en la identificación y abordaje oportunos.

La violencia trae consecuencias que afectan a todas las áreas de la vida de la víctima por lo cual debe tener un abordaje interdisciplinario situado.

---

#### RC/SC06

**Estatus convulsivo secundario a hiponatremia por polidipsia psicógena en pediatría, a propósito de un caso.**

**Autoría:** Ayllon Lauren, Astorino Sergio, Bonnin Karen, Baratucci Diego, Fabrissin Andres.

**Residencia de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La polidipsia responde a diversas etiologías, dipsógena dada por aumento de la sed debido a una alteración en los mecanismos osmorreguladores; secundaria a psicofármacos y psicógena. En esta última la ingesta de líquidos sobrepasa la capacidad renal de excreción generando hiponatremia. La evidencia de casos de polidipsia psicógena en población pediátrica es escasa.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de estatus convulsivo secundario a hiponatremia por polidipsia psicógena en un adolescente con síndrome de Tourette.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Adolescente de 14 años de sexo mas-

culino que presentó estado epiléptico establecido agudo, asociado a poliuria, polidipsia y nicturia de 2 años de evolución. En seguimiento hace 7 años por Psiquiatría y Neurología por trastorno del espectro autista y síndrome de Tourette.

Presentó hiponatremia (118 mEq/L) con natriuresis hipoosmolar (Nau <15 Osmu 89) sugestivas en primer término de síndrome pierde sal cerebral o diabetes insípida central.

Luego de controlar el episodio convulsivo se internó en sala y se realizó prueba de restricción hídrica logrando balance negativo en 12 horas de 6,032 litros y se observó disminución de la diuresis con aumento de la osmolaridad urinaria sin modificaciones de la osmolaridad plasmática.

Se orienta como polidipsia primaria o psicógena descartando síndrome pierde sal cerebral por la corrección de solución hipertónica de inicio.

Dada la buena evolución clínica, egresó del hospital con restricción hídrica los primeros días y seguimiento por equipo interdisciplinario.

**DISCUSIÓN:** El caso clínico presentó estatus epiléptico secundario a hiponatremia severa como complicaciones de la polidipsia psicógena.

Es fundamental considerar la etiología de la hiponatremia y la poliuria en el contexto de un estatus epiléptico. Para un correcto diagnóstico se requiere evaluar la ingesta de líquidos del paciente y realizar pruebas de laboratorio específicas. La prueba de restricción hídrica con balance negativo y la ausencia de cambios en la osmolaridad plasmática permiten descartar el síndrome pierde sal cerebral, mientras que la ausencia de otras causas de hiponatremia sustenta el diagnóstico de polidipsia primaria o psicógena.

Este caso resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y oportuno, junto con un manejo interdisciplinario, en pacientes pediátricos que presenten hiponatremia y trastornos de la ingesta de líquidos, especialmente aquellos con antecedentes neurológicos o psiquiátricos. Para optimizar el abordaje de la polidipsia psicógena y sus comorbilidades es necesaria la capacitación de los profesionales de la salud en el manejo de esta patología y de sus posibles complicaciones.

---

#### RC/SC07

**Tos crónica como forma de presentación de Inmunodeficiencia Común Variable: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Pan, Valentina, Sinconegui Juan Cruz, Sanchez Silvina, Silva Tatiana.

**Residencia de Clínica Pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La inmunodeficiencia común variable (IDCV), es la inmunodeficiencia primaria (IDP) más frecuente y se caracteriza por infecciones sino pulmonares y/o gastrointestinales recurrentes, asociadas a hipogammaglobulinemia IgG+IgA y/o IgM en mayores de 2 años.

Su reconocimiento y derivación oportuna al especialista son elementos clave para el pronóstico del paciente.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas, radiológicas y de laboratorio de un paciente con tos crónica y sospecha diagnóstica de inmunodeficiencia.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 10 años derivado al servicio de inmunología por neumólogo de cabecera con antecedentes de tos productiva y diurna que limitaba su actividad física, de 1 año de evolución, asociada a bronquitis bacterianas recurrentes. No presentó mejoría con fluticasona/salmeterol y montelukast.

Al examen físico presentaba xerosis, hipertrofia amigdalina y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. En estudios complementarios se constató hipogammaglobulinemia: IgG 377 mg/dl; IgM 32,9 mg/dl; IgA menor a 6,6 mg/dl, poblaciones linfocitarias normales y bronquiectasias en radiografía de tórax. En tomografía de tórax se visualiza en lóbulo superior derecho área de consolidación en vidrio esmerilado y nódulos centrolobulillares en su periferia confluyentes, con engrosamiento compatible con enfermedad inflamatoria crónica. Se diagnosticó ICDV y se inició tratamiento con gammaglobulina EV mensual y antibióticos. Se constató franca mejoría clínica y de exámenes complementarios en los primeros 11 meses de tratamiento.

**DISCUSIÓN:** Presentamos un paciente con antecedentes de tos crónica y bronquitis recurrente en quien se diagnosticó una inmunodeficiencia primaria mediante una determinación de fácil acceso como el dosaje de inmunoglobulinas. La tos crónica, definida por una duración de más de 8 semanas, se presenta en un 5-10% de la población pediátrica y es un motivo de consulta frecuente. Suele ser una expresión clínica de numerosas patologías de origen respiratorio y no respiratorio, por lo que una correcta anamnesis y examen físico son fundamentales para arribar al diagnóstico etiológico. La sospecha temprana de una inmunodeficiencia en pacientes con tos crónica e infecciones recurrentes permite un diagnóstico y tratamiento oportuno, con la consecuente mejoría de la calidad de vida. En el caso de la IDCV el tratamiento precoz con gammaglobulina disminuye el número y la gravedad de infecciones y complicaciones a largo plazo.

---

#### RC/SC08

**A propósito de un caso: inmunoterapia con veneno de himenopteros.**

**Autoría:** Aguilar Becher Bárbara, García Marcela, Rodríguez Natalia.

**Sala de Alergia. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las picaduras por insectos son frecuentes en los niños pudiendo generar reacciones tóxicas o alérgicas. La alergia al veneno de los mismos presenta riesgo de anafilaxia. Los insectos causales son abejas, avispas y hormigas. La inmunoterapia con veneno está aceptada como el tratamiento de elección para modificar la respuesta inmune ante una nueva picadura y cambiar el curso de la enfermedad.

**OBJETIVOS:** Demostrar la importancia de la inmunoterapia como una herramienta eficaz para el tratamiento de la alergia al veneno de abeja.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta un caso de un niño de 9 años que consulta a la sala de alergia en enero 2019 por antecedente de anafilaxia (urticaria generalizada, angioedema de párpados, hipotensión, síncope) posterior a picadura de abeja, que requirió adrenalina. Antecedentes personales: Asma.

**Antecedentes de la enfermedad actual:** Tres picaduras de abeja con reacciones locales. Padre apicultor. **Conducta:** Luego de la anamnesis; se solicitó laboratorio con Inmunoglobulina (Ig) E 2000 mg/dl, I g E para abeja clase 4.

Comienza en febrero del 2019 con inmunoterapia de extractos comerciales del laboratorio alergopharma acuosos específicos de veneno de abeja aumentando gradualmente la dosis según normas. Luego de 8 meses de tratamiento presentó reacción local luego de picadura. Se interrumpe 5 meses en pandemia. En abril del 2022 se reitera laboratorio con iguales resultados.

Presenta 3 picaduras de abejas sin síntomas. En febrero 2024 se indica el alta.

Nuestro paciente presentó reacciones adversas locales (eritema) en 2 ocasiones el primer año del tratamiento coincidiendo con el ascenso de dosis. Este procedimiento se efectúa en medio hospitalario controlado.

**DISCUSIÓN:** La principal indicación para recibir un tratamiento desensibilizante a venenos es la presencia de una reacción sistémica producida por un mecanismo inmunológico demostrado mediante pruebas cutáneas y/o determinación de Ig E específica. La inmunoterapia consiste en administrar cantidades gradualmente crecientes del alérgeno que ha provocado síntomas de hipersensibilidad inmediata, con el fin de lograr tolerancia clínica ante una nueva exposición al alérgeno. Constituye el único tratamiento que modifica la historia natural de la alergia.

La incidencia de reacciones alérgicas está en aumento a nivel mundial. Muchos investigadores creen que se debe al cambio climático, que conduce a la migración de especies nativas que afectan a la exposición; por lo tanto, las reacciones dependen de factores geográficos, ecológicos y del medioambiente.

La inmunoterapia con veneno a insectos es efectiva mejorando la calidad de vida de los pacientes que han tenido una reacción alérgica grave a una picadura.

---

#### RC/SC09

**Volver a pensar en el virus de la inmunodeficiencia en pediatría (VIH), a propósito de un caso.**

**Autoría:** Martín Ma. Manuela, González Cecilia, Mercado Claudia, Caracoche Pilar, Langone Clara, Beltrami Daiana Alejandra, Genchi Alejandra.

**Consultorios Externos de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El VIH sigue siendo uno de los principales problemas en salud pública que ataca al sistema inmunitario. Sin tratamiento, evoluciona hacia formas más graves como el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

La historia natural ha cambiado debido al uso de antirretrovirales más efectivos y prácticos, el inicio temprano del tratamiento en niños reduce drásticamente la posibilidad de enfermedad.

**OBJETIVOS:** Evidenciar una enfermedad prevalente.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 4 años y 10 meses que acude a consultorio externo por control de broncoespasmo. Cuadro respiratorio de varios días, con evolución tórpida. Se constata baja talla, bajo peso, sin evidencia de controles previos, distensión abdominal y muguet oral extendido, por lo que se inician estudios. En primera instancia se recibe laboratorio con eosinofilia moderada, anemia normocítica, hiperplaquetosis e hipertransaminasemia. Ecografía abdominal normal, Rx tórax sin particularidades. Primera prueba de VIH positiva, se decide su internación. Se confirma diagnóstico de VIH, con muguet esofágico como única enfermedad marcador de sida. Carga viral 32.100 copias con recuento de cd4 13 células (1%). Tomografía computada (TC) pulmonar patológica. Resto de estudios negativos. Se confirma diagnóstico de VIH en la madre (quien presentaba controles de embarazo con estudios negativos), por lo que se infiere que el contagio del niño fue a través de la lactancia materna. Fue dado de alta con buena evolución y medicación antirretroviral.

**DISCUSIÓN:** Es necesario pensar en VIH como diagnóstico en pacientes con desnutrición crónica, hipertransaminasemia e infecciones a repetición.

#### RC/SC10

**A propósito de un caso de meningitis por *Streptococcus pneumoniae* en la era postvacunal en el H.I.A.E.P Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Kressi Maite, Lopes Albarracín Julián, Etchegoyen So-fía, Spadafora Micaela, Insausti Noelia, Rodríguez Vuan Ana Clara, Zaccarello Lucía.

**Residencia de pediatría y Residencia de Bioquímica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El *S. pneumoniae* es uno de los agentes etiológicos más frecuentes de meningitis bacteriana en Pediatría. Con la incorporación de la vacuna al calendario nacional, se observó una disminución significativa en la incidencia en menores de 12 meses. Ante la presentación de un caso de meningitis por *S. pneumoniae* en nuestra institución, resulta importante estudiar y exponer sus características.

**OBJETIVOS:** Describir los antecedentes personales, presentación clínica, evolución y tratamiento de un niño sano de 4 meses, nacido a término, sin internaciones previas ni medicación habitual, con diagnóstico de meningitis por *S. pneumoniae*.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** El paciente ingresa derivado con diagnóstico de meningitis bacteriana. Había comenzado con diarrea, rechazo alimentario, palidez y sensorio alternante hace 48 hs, agregando fiebre, abombamiento de fontanela anterior y episodio de retroversión ocular. Se obtiene laboratorio con PCR de 302.8mg/l y LCR con 1600 elementos/mm<sup>3</sup> a predominio de polimorfonucleares, hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia y diplococos Gram +. Se indica ceftriaxona y vancomicina, y se solicita su derivación. A su ingreso a nuestra institución, paciente en regular estado general, afebril, con sensorio alternante y persistencia de signos meníngeos. Se constata vacunación hasta los dos meses de vida. Se suspende vancomicina, continúa ceftriaxona, la cual recibe por 10 días, y dexametasona. Intercurre con status convulsivo con evolución favorable y mejoría clínica. El cultivo de LCR resultó positivo para *S. pneumoniae* sensible a ceftriaxona y los hemocultivos x2 resultaron negativos, aunque fueron tomados con una dosis de ceftriaxona en hospital de derivación. **DISCUSIÓN:** Con diagnóstico confirmado de meningoencefalitis por *S. pneumoniae*, el paciente cumplió antibioticoterapia endovenosa por 10 días con evolución clínica favorable por lo que se decide su egreso hospitalario con seguimiento por neurología, infectología, rehabilitación e inmunología de forma ambulatoria. La meningitis bacteriana es una urgencia de pronóstico grave. Resulta de suma relevancia instaurar el tratamiento oportunamente y conocer la sensibilidad de la cepa en cuestión, ya que sigue ocasionando una importante morbimortalidad. Como hubo una sospecha clínica desde el ingreso del paciente al hospital de derivación, recibió un abordaje adecuado, se instauró el tratamiento de manera oportuna y existió una comunicación efectiva entre las dos instituciones, nuestro paciente logró una buena evolución clínica y sin secuelas neurológicas al momento del egreso.

#### RC/SC11

**Anomalía total del retorno venoso pulmonar. Reporte de un caso con resolución quirúrgica a una edad inusual.**

**Autoría:** Vattiata, Noelia, Begue Pons, Juan Pablo Kevin, Pardo, Analia.

**Cardiología Pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La Anomalía Total del Retorno Venoso (ATRVP) es una cardiopatía cianótica infrecuente, caracterizada por el

drenaje anómalo pulmonar a la aurícula derecha. Se manifiesta en las primeras semanas de vida. Sin cirugía la mortalidad llega al 80% dentro del primer año. Se presentan los hallazgos clínicos e imagenológicos de un paciente con ATRVP supra cardiaco que se sometió a cirugía a los 9 años.

**OBJETIVOS:** Reportar un caso de ATRVP, que llega a los 9 años libre de tratamiento, su presentación clínica y resultados de estudios complementarios, siendo éstos de interés.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de un niño de 9 años, oriundo de Paraguay, diagnosticado ATRVP de recién nacido. Acude para su resolución quirúrgica, la cual no se pudo llevar a cabo en su país de origen. Presentaba disnea, acropaquias y una saturación de O<sub>2</sub> de 77%. El ECG mostró un predominio derecho. La radiografía de tórax prácticamente define el diagnóstico (aumento trama vascular, ensanchamiento mediastinal con imagen en "muñeco de nieve"). El ecocardiograma confirma dilatación de las cavidades derechas, hipertensión pulmonar moderada, CIA amplia y colector de ATRVP hacia la vena cava superior. Se realizó un cateterismo diagnóstico para evaluar la anatomía y las presiones pulmonares. Posteriormente, se llevó a cabo la cirugía reparadora sin complicaciones. El ecocardiograma postoperatorio describió corrección quirúrgica exitosa, con función ventricular conservada. El paciente necesitó marcapasos transitorio por cuatro días, con mejoría en la saturación y función cardíaca en el seguimiento.

**DISCUSIÓN:** La ATRVP es un defecto congénito infrecuente (1/10000 nacidos vivos).

Los pacientes se presentan con cianosis, acidosis metabólica e insuficiencia cardíaca congestiva en diferentes grados. Tienen una mortalidad del 80% durante el primer año de vida sin operación, por lo que el tratamiento quirúrgico debe realizarse en la presentación más temprana de los síntomas.

Los pacientes que (raramente) sobreviven a la edad adulta presentan comunicación interauricular no restrictiva, flujo del retorno venoso pulmonar no obstructivo y ausencia de enfermedad vascular pulmonar significativa.

Por lo tanto, en el contexto de un tabique auricular ampliamente permeable y sin obstrucción del retorno venoso pulmonar, la sobrevida permite una reparación tardía, como es el caso de nuestro paciente.

Como conclusión, durante la revisión bibliográfica se encuentran escasos reportes de pacientes resueltos más allá de la etapa de lactante, por esta razón este caso resulta de utilidad tanto para pediatras como para cardiólogos, dada la escasa experiencia disponible.

#### RC/SC12

**¿Qué pensar ante una tumoración de cuero cabelludo? A propósito de tres casos.**

**Autoría:** Belén Lunelli, Daiana Beltrami; Ornela Longhi; Mariela Lopez; Manuela Martín; Mariana Mezzano; María Tomas.

**Consultorios Externos de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las tumoraciones de cuero cabelludo que se presentan en la edad pediátrica habitualmente suelen ser secundarias a traumatismos. Sin embargo, cabe destacar que en este grupo etario pueden ser causa de patologías menos frecuentes, cada una con implicancias y abordajes terapéuticos distintos.

**OBJETIVOS:** Evidenciar patologías de diverso origen que pueden manifestarse de inicio con signos clínicos similares.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: \*Paciente con tumoración parietal izquierda, que niega traumatismo. Rx de cráneo: fractura lineal. Seguimiento por neurocirugía, a los 3 meses control radiológico sin signos de fractura. Se otorga alta neuroquirúrgica.

\*Paciente con tumoración frontal de cuero cabelludo. Rx de cráneo: afección de tabla ósea frontal. Completo estudio con tomografía computada (TC): tumoración a nivel frontal y parietal, adenopatías generalizadas que desvían vía aérea en mediastino, lesiones nodulares en parénquima pulmonar y múltiples lesiones óseas (columna, pelvis y húmero proximal). Biopsia de hueso y ganglio: linfoma de Hodgkin, PAMO (sin infiltración). En seguimiento TC con infiltración meníngea. Inicia tratamiento quimioterápico.

\*Paciente con tumoración frontal persistente, sintomática, posterior a traumatismo. Rx cráneo: lesión lítica con componente de partes blandas en calota frontoparietal derecha. Se realiza TC, resección del componente de partes blandas y biopsia ósea. Se confirma Histiocitosis de células de Langerhans. Ecografía abdominal normal. Inicia tratamiento con indometacina.

DISCUSIÓN: La presentación de una tumoración en cuero cabelludo en pacientes pediátricos debe ser abordada a través de un enfoque exhaustivo, que incluya tanto la historia clínica detallada como la utilización de estudios de imagen. Solo mediante un proceso diagnóstico riguroso es posible identificar con precisión la patología subyacente y, en consecuencia, implementar el tratamiento adecuado para cada caso particular.

#### RC/SC13

**Hallazgo de desbalance genómico infrecuente heredado vía materna en paciente con talla baja, involucrando los cromosomas X y 16.**

**Autoría: Valeria Qualina, Martina Sadowski, Candela Narduzzi; María Celeste Martinoli.**

**Sala de Genética. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: Nuevas tecnologías, como el microarray cromosómico (aCGH), complementan el Bando G y la Hibridación In Situ Fluorescente (FISH) permitiendo detectar e identificar alteraciones cromosómicas con mayor resolución analítica, delinear y asociar características fenotípicas con el genotipo, expandiendo así el potencial diagnóstico en enfermedades constitucionales.

OBJETIVOS: Presentar una paciente con material adicional en un cromosoma X caracterizado luego por aCGH como material 16q. Destacar la importancia de los estudios citogenómicos para ayudar a establecer una correlación genotipo-fenotipo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 4 años producto de embarazo espontáneo de pareja no consanguínea; nacida por cesárea a las 36 semanas, peso 2420 g, Apgar 8/10. Antecedentes genealógicos: madre monorrena e hipotiroidea con discapacidad intelectual y antecedentes de sufrimiento fetal. Padre, tía y cuatro tíos paternos con retraso del neurodesarrollo. Antecedentes personales: infecciones urinarias a repetición con dilatación pielocalicial y reflujo vesicoureteral y OEA patológicas. Fenotipo: Retraso pondoestatural y en la adquisición de pautas madurativas. Hipotonía generalizada. Trastorno de la marcha y del lenguaje. Facies con narinas antevertidas, diastema dentario y helixes plegados, sinofris. Malformación vascular en frente y occipucio. Hipertrofia generalizada. Clinodactilia de quintos dedos. Genitales externos femeninos. Cariotipo propósito: 46,X,add(X)(p22.3)[50]. FISH: ish del(X)(p22.3)(SHOX-)

[100]. aCGH: arr[GRCh37]16q22.1q24.3(68377133\_90155062)x3,Xp22.33p22.31(168551\_7432539)x1

Cariotipo parental: madre 45,X[8]/46,X,add(X)(p22.3)[26].ish del(X)(p22.33)(SHOX-)[100]; padre 46,XY[25]

DISCUSIÓN: La niña presenta una anomalía cromosómica estructural desbalanceada con material adicional en uno de sus X. Su madre presenta un mosaico compuesto por dos líneas celulares: una con la misma anomalía estructural del X y otra monosómica para X. En ambas se confirmó por FISH la delección del gen SHOX que explicaría la baja talla. Su padre y abuelos maternos no presentan anomalías cromosómicas numéricas ni estructurales. Se asesoró con alto riesgo de recurrencia. Se recurrió a la técnica de aCGH para determinar el origen del material adicional, que evidenció dos variantes en número de copias no polimórficas: una ganancia de una copia de la región terminal del brazo largo del cromosoma 16 (trisomía parcial 16q ORPHA 96106) y la pérdida de una copia de la región del brazo corto del cromosoma X (monosomía parcial Xp ORPHA 1643). Las duplicaciones de 16q no están bien caracterizadas debido a la limitada información clínica y pronóstica disponible. Se ha documentado una penetrancia incompleta y expresividad variable dentro de estas CNVs que han mostrado variabilidad inter/intrafamiliar. La complementariedad de las técnicas permitió determinar los desbalances genómicos con mayor precisión para poder efectuar una guía de controles acorde y realizar un correcto asesoramiento genético.

#### RC/SC14

**Lesión ocupante de sistema nervioso central (SNC), a propósito de 5 casos.**

**Autoría: Mariana Mezzano, María Pilar Caracoche, María Alba Castro, Cecilia Gonzalez, Clara Langone, Ana Belen Lunelli. Consultorios externos. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: las lesiones ocupantes de snc constituyen un grupo heterogéneo de entidades con síntomas dependientes de la localización, tamaño, edad del paciente, del edema cerebral perilesional acompañante y de la existencia de una obstrucción a la circulación del líquido cefalorraquídeo (lcr) que conduzca a hidrocefalia e hipertensión intracraneal.

OBJETIVOS: evidenciar formas de presentación y diagnóstico diferencial frente a un paciente con síntomas sugestivos de lesión ocupante de espacio en snc.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: bebe de 27 días. Aumento de perímetro cefálico. Tomografía computada (tc): quiste aracnoideo de ángulo pontocerebeloso derecho. Kppt prolongado. Hemofilia a severa.

Niño de 11 años. Cambio de conducta. Temblores en miembros superiores, disminución de agudeza visual.tc y resonancia magnética nuclear (rmn): lesión supratentorial occipitoparietal derecha con colapso ventricular parcial y desviación de línea media. Exéresis tumoral parcial. Carcinoma de plexos coroideos. Radioterapia y quimioterapia

Niña de 4 años. Vómitos de 4 meses de evolución. Tc: lesión en fosa posterior, sistema ventricular dilatado. Rmn: neoformación expansiva sólida quística en hemisferio cerebeloso izquierdo, con desplazamiento de vermis y iv ventrículo. Exéresis parcial. Biopsia: astrocitoma pilocítico.

Niña de 3 años. Cefalea y convulsión. Tc: imagen hiperdensa parietal derecha sugestiva de sangrado. Arm: fístula pial. Aguarda turno quirúrgico.

Niño de 6 años. Cefalea pulsátil de dos días. Banderas rojas. Examen neurológico normal. Tc: sangrado intraparenquimatoso frontal derecho. Rmn: cavernoma. Exéresis.

DISCUSIÓN: destacar la importancia de realizar un examen físico neurológico completo y minucioso frente a la aparición en la anamnesis de síntomas sugestivos de lesión ocupante de espacio de snc.

Es mandatorio frente a estos pacientes solicitar una neuroimagen para una primera aproximación diagnóstica. La tc es la opción inicial debido a su rapidez, disponibilidad y no impasividad.

---

#### RC/SC15

**A propósito de un caso de fisura submucosa: la importancia de la intervención fonoaudiológica en su evaluación y tratamiento para la toma de decisiones.**

**Autoría:** Martínez, Guadalupe, Ortiz González, Sofía. Potente, Micaela.

**Residencia de Fonoaudiología.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

INTRODUCCIÓN: Se denomina fisura submucosa a la falta de fusión de los músculos velares a nivel de la línea media palatina. Cada día son más las derivaciones que llegan a la Unidad de Fonoaudiología de nuestro hospital.

Es importante realizar una evaluación exhaustiva para caracterizar la fisura submucosa y brindar un tratamiento oportuno. Analizando además el sellado velofaríngeo y sus posibles complicaciones.

OBJETIVOS: Visibilizar la importancia de la detección temprana de la fisura submucosa. - Fomentar una evaluación fonoaudiológica integral. - Resaltar la necesidad del trabajo interdisciplinario con el fin de intervenir de manera eficaz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 7 años de edad derivada por Servicio de ORL con diagnóstico de fisura submucosa.

Antecedentes: episodios de otitis media a repetición, cuadros respiratorios de VAS.

Ahogos con alimentos pequeños y en ocasiones con líquidos. Produce mocos durante el día. Ronca, babea la almohada y tiene apneas del sueño. Estudios previos: Radiografía de Cavum.

Evaluación clínica: Labios y lengua de características normales frenillo lingual corto, normoclusión. Paladar duro ojival, rugas palatinas marcadas, úvula bífida, rafe medio marcado y translúcido. Hipertrofia amigdalina grado II. Respiración disfuncional. Deglución disfuncional. Movilidad reducida e invaginación del velo durante la fonación de /a/ sostenida. Evaluación Instrumental: Audiometría tonal. Impedanciometría. Nasofibrolaringoscopia. Vídeo fluoroscopia de la deglución y competencia velofaríngea. Objetivos terapéuticos: Fomentar tipo y modo respiratorios adecuados. Desarrollar un patrón deglutorio maduro. Favorecer el correcto sellado velofaríngeo. Lograr una voz eufónica. Estimular una correcta coordinación fono-respiratoria.

DISCUSIÓN: A partir de los resultados obtenidos, se considera contraproducente la amigdalectomía ya que debido a la fisura submucosa podría generarse una insuficiencia velofaríngea y complicar el cuadro clínico. Conclusión: Consideramos imprescindible llevar a cabo no sólo una correcta evaluación clínica sino también estructural, para poder entrelazarlas y construir una mirada integral, a partir de la cual podamos tomar decisiones terapéuticas adecuadas.

---

#### RC/SC16

**Proptosis unilateral en Oncología Pediátrica, serie de casos.**

**Autoría:** Giralda, Rodrigo Nicolás, Pollono Agustina, Quispe Cintia Daniela, Díaz Verónica Alejandra, Taffi Carolina.

**Oncología.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

INTRODUCCIÓN: La proptosis ocular o desplazamiento anteroposterior del globo ocular, es un hallazgo relativamente poco frecuente en la práctica clínica pediátrica. Su relevancia se da en el contexto que representa una manifestación característica de los tumores orbitarios, originado por el aumento del contenido en una cavidad inextensible como la órbita.

OBJETIVOS: Describir 4 casos clínicos de pacientes pediátricos con proptosis como presentación clínica y diagnósticos disímiles. DESCRIPCIÓN DEL CASO: - Niño 4 años. Proptosis y ptosis palpebral derecha, evolución 1 mes. RM: neoformación supraocular derecha, desplazamiento caudal y compresión del globo. Disrupción del techo de la órbita, sin lesión intracraneal. Realce con contraste. Informe histopatológico: Rbdomiosarcoma embrionario.

- Niña 18 meses. Proptosis derecha, evolución 5 días. TC: neoformación sólida expansiva temporomalar derecho con compromiso óseo e intracraneal. Desplazamiento de músculo recto externo y globo ocular homolateral. TC Abdomen: masa suprarrenal derecha. Informe histopatológico: Neuroblastoma indiferenciado.

- Niño 2 años. Proptosis derecha, evolución 1 semana. RM: neoformación sólida, aplanamiento del globo ocular, desplazamiento nervio óptico y compromiso de músculo recto externo. Realce con contraste. Informe histopatológico: Histiocitosis de Células de Langerhans.

- Niño 5 meses. Proptosis derecha, evolución 12 semanas, asociada a leucocoria. TC: calcificaciones oculares bilaterales. RM caracteriza la lesión, da diagnóstico imagenológico de Retinoblastoma Bilateral.

DISCUSIÓN: La proptosis es la forma de presentación más frecuente de procesos tumorales orbitarios. A pesar de su baja frecuencia, su conocimiento es fundamental ya que la demora diagnóstica puede llevar a la necesidad de tratamientos más intensos y a mayor morbimortalidad. La RMN con gadolinio es el estudio de elección para su evaluación. Si bien la clínica y los estudios por imágenes pueden proporcionar signos de malignidad, el diagnóstico requiere de la toma de biopsia y el estudio anatomopatológico. Dada la complejidad de las intervenciones en relación con la localización se debe identificar la patología por medio de la toma de muestra de tejido (o biopsia) para definir la conducta terapéutica específica según la etiología.

La patología neoplásica infantil ocupa un pequeño espacio dentro de las afecciones pediátricas. Su diagnóstico precoz se basa en tres pilares: alto índice de sospecha, identificación y seguimiento de pacientes de riesgo y detección precoz de signos/síntomas de alarma. Todo lo anteriormente mencionado tiene importantes implicancias en el pronóstico y tratamiento.

---

#### RC/SC17

**Presentación temprana de la enfermedad inflamatoria intestinal en Hospital Sor María Ludovica, La Plata.**

**Autoría:** A. Schellnast Faure, L. Tarquini, D. Cabanillas, L. Regairaz F. Recalde; L. Menendez, P. Borobia; A. Zosi; C. Zubiri; S. Miculan; P. García; C. Otegui; C. Arregui; A. Besga; M. Fernandez Rivas; V. Bernedo; L. Guzman

**Inmunología y Gastroenterología.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (VEO-IBD) puede ser la manifestación inicial de una inmunodeficiencia primaria. Característicamente presenta un inicio antes de los 6 años de vida y suele presentar compromiso extenso y mayor severidad intestinal en comparación con niños mayores y adultos. El trabajo multidisciplinario posibilita el diagnóstico de defectos monogénicos, posibilitando un tratamiento dirigido.

**OBJETIVOS:** Describir las características de pacientes con diagnóstico de VEO-IBD en seguimiento en nuestro centro, desde enero del 2010 a enero del 2023.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Métodos: Estudio descriptivo, observacional. Los datos se recolectaron a partir de la revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EII antes de los 6 años. Se analizó el perfil epidemiológico (sexo y edad), forma de presentación clínica y tratamientos instaurados. Se utilizó la clasificación de París para definir la extensión y el comportamiento.

**Resultados:** De 68 pacientes en seguimiento con EII, el 30,8% (21) se diagnosticó antes de los 6 años (VEO-IBD), siendo más frecuente en varones (11/21). Del total de las VEO-IBD, el 66% (14/21) fueron colitis ulcerosa, con afectación pancolónica en el 80%, y actividad severa en el 35%. El resto de los pacientes (33%-7/21) presentaron diagnóstico de enfermedad de Crohn, siendo el comportamiento inflamatorio (71%) y la localización colónica (42%), la forma de presentación más frecuente. La afectación perianal se presentó en un único paciente. El 40% requirió terapia con anti-TNF. En el 23% (5/21), luego del diagnóstico de EII, se detectaron mutaciones genéticas responsables de su enfermedad. Los genes detectados fueron: NOD2-NLRP3, DOCK8, NEMO, FOXP3, TTC7A. Un paciente falleció por complicaciones de su enfermedad. El resto de los pacientes recibió tratamiento específico: dos de ellos trasplante de médula ósea y el resto tratamiento farmacológico (canakinumab en combinación con vedolizumab en un paciente y leflunomide en otro).

**DISCUSIÓN:** En nuestra experiencia la VEO-IBD se presenta de formas más agresivas, con necesidad de tratamiento con terapias anti-TNF en casi la mitad de los pacientes. Es fundamental el estudio de mutaciones genéticas en este grupo de pacientes para poder realizar tratamientos dirigidos, permitiendo de esta forma mejorar la morbimortalidad.

---

#### RC/SC18

**La importancia de la anamnesis en las Inmunodeficiencias Primarias Ligadas al Cromosoma X: a propósito de un caso de Síndrome de Wiskott Aldrich.**

**Autoría:** Lucia Tarquini, Schenallst Faure Astrid, Cabanillas Diana, Regairaz Lorena.

**Inmunología Pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son defectos genéticos que alteran el sistema inmune de herencia autosómica recesiva, dominante o ligada al cromosoma X (LX). El Síndrome de Wiskott Aldrich (WA) es una IDP combinada LX: madre sana (XX) porta el gen mutado y un 50% de sus hijos varones (XY) podrían expresarlo. Cursa con microplaquetopenia, eccema, infecciones recurrentes, autoinmunidad y neoplasias. El único tratamiento curativo es el trasplante de médula ósea (TMO). La anamnesis permite conocer los antecedentes familiares, primordial para sospechar una IDP y mejorar el pronóstico. **OBJETIVOS:** Describir las características clínicas de un paciente

con WA derivado por su pediatra de manera oportuna por sus antecedentes familiares.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón 3 meses edad, gemelar I RNT/PAEG, no BCGizado. Derivado de urgencia por petequias, eczema y antecedentes familiares: madre, abuela materna y 2 tías maternas portadoras del síndrome de WA. 4 hermanos sanos (2 varones). 4 tíos maternos; 2 fallecidos antes del año de vida y 2 diagnosticados de WAS a los 5 años edad y al nacer, ambos recibieron TMO, el primero fallecido a los 20 años por fibrosis pulmonar. Un primo materno WA, fallecido post TMO al año de vida. En los estudios de laboratorio se constata plaquetopenia con VMP normal y anemia. Linfopenia CD8 marcada, relación CD4/CD8 elevada, IgG -1DE para la edad. Por antecedentes familiares, inicia rápidamente GGEV y profilaxis antibiótica para P. Jirovecii. La secuenciación del gen WAS confirma la misma variante patogénica familiar. Recibió 4 dosis de rituximab por EBV activo y presentó infecciones respiratorias no graves. A los 18 meses de vida recibe TMO de donante no relacionado. Actualmente tiene 3 años de vida y muestra evidencia de curación de su enfermedad.

**DISCUSIÓN:** Se describe un paciente con IDP combinada LX. Conocer los antecedentes familiares a través de una adecuada anamnesis, permitió la sospecha temprana de una IDP por parte del pediatra. El diagnóstico de WA fue precoz por derivación oportuna y la instauración del tratamiento rápidamente, permitió la curación de la enfermedad.

---

#### RC/SC19

**Glucósidos cianogénicos: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Cassain Virginia, Zabaleta F, Conconi Dufour M, Zapitelli NM, Popity A; Wolcan CN, Pauca AB, Miano RL.

**Toxicología y Monitoreo de drogas-Laboratorio Central; Servicio de Toxicología Médico.**

**INTRODUCCIÓN:** Ciertas especies vegetales contienen compuestos (glucósidos cianogénicos) que, al ser hidrolizados, pueden liberar ácido cianhídrico (HCN) o su anión (CN<sup>-</sup>). La hidrólisis se produce al dañarse mecánicamente los vegetales (por masticado, procesado industrial, macerado, marchitado, etc.), o también durante la digestión, por acción de los microorganismos existentes en el tracto digestivo.

**OBJETIVOS:** Describir el hallazgo de una fuente de ácido cianhídrico en el contexto de un paciente con shock hipovolémico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 6 años que ingresa a Servicio de Emergencias por vómitos incoercibles de 48h de evolución y dificultad respiratoria de 12h. Se encontraba vigil, orientado, taquicárdico, taquipneico, con mala mecánica ventilatoria (respiración de Kussmaul) y palidez cutáneo-mucosa. Se interpreta como insuficiencia cardiopulmonar y shock hipovolémico secundario a deshidratación severa. En el examen inicial de laboratorio se constata acidosis metabólica. Ingresó a UTIP. En la anamnesis toxicológica surge como dato positivo la ingesta de infusión de ciruelas con carozo que se encontraban en conserva irregular por dos años. Entre los diagnósticos diferenciales, se sospecha exposición a glucósidos cianogénicos. Se administra hiposulfito de sodio, con mejoría de parámetros hemodinámicos al momento de la infusión. Se encuentran tiocianatos positivos en orina y HCN en el recipiente de las ciruelas. El paciente permanece en UTIP durante 4 días, 2 de los cuales estuvo en asistencia ventilatoria mecánica y con requerimiento de inotrópicos. Evolucionó favorablemente y sin secuelas.

**DISCUSIÓN:** La realización de la anamnesis detallada y en profundidad es clave para orientar el diagnóstico e intervenir precozmente, sobre todo en situaciones de intoxicación con presentaciones clínicas poco habituales.

En este caso, el paciente ingresa por un shock hipovolémico por deshidratación severa a causa de los vómitos. Con el hallazgo de tiocianatos positivos en orina y al haber confirmado una fuente de ácido cianhídrico en el hogar (ciruelas en conserva), podemos inferir que pudo haber contribuido al cuadro del paciente.

---

#### RC/SC20

##### **Intoxicación plúmbica familiar: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Cassain Virginia, Disalvo Liliana, Varea, Ana; Matamoros, Natalia; Zabaleta Florencia.

**Laboratorio de Toxicología Ambiental y Nutrición. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"/ CIC-PBA; Toxicología y monitoreo de drogas. Servicio de Laboratorio Central. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El plomo (Pb) es un metal no esencial, altamente tóxico para el ser humano, que afecta a diversos órganos y tejidos. Se estima que la exposición al plomo provoca 143.000 muertes cada año y es responsable del 0,6% de la carga de morbilidad mundial.

La exposición crónica a altos niveles de plomo durante los primeros años tiene un impacto importante en el neurodesarrollo infantil.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de intoxicación familiar crónica con plomo.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 10 meses de edad con estado convulsivo que no cede, internado en una Clínica de Quilmes requiriendo anestesia general. Se realiza consulta toxicológica al Servicio de Toxicología del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata el 18/4/2011.

**Antecedentes** Perro del hogar: convulsiones (fallecido); Padre: trabaja en fábrica de fundición de Pb; Hermana de 2 años: cambio de carácter hace 2- 3 meses, hábito de pica; Vivienda: construida sobre antigua fábrica de baterías.

Se determina Pb (77ug/dl(VR<10ug/dl)) y Enzima D-ALA (2,3UI/LGR(VR>20 UI/LGR)) confirmando el diagnóstico de Encefalopatía plúmbica. Se inicia tratamiento quelante con EDTA-Ca y BAL.

El resto de los familiares también presenta valores alterados, indicando terapia quelante también a la niña.

La familia se muda de casa y continúa su seguimiento médico por profesionales del Centro Provincial de Toxicología (CEPRO-TOX). Si bien el diagnóstico oportuno permitió una buena evolución, los niños requirieron distintas intervenciones. Actualmente, 13 años después del diagnóstico, aún presentan valores elevados de Pb en sangre.

**DISCUSIÓN:** Una anamnesis detallada del contexto socioambiental sumado a la clínica es clave para llegar a un diagnóstico correcto. Ante la sospecha de intoxicación plúmbica (clínica y antecedentes) es importante establecer precozmente el diagnóstico de certeza (laboratorio) y realizar el monitoreo a lo largo del tiempo para la evaluar la evolución. Esto requiere del trabajo en conjunto entre laboratorios especializados y la comunicación permanente con los profesionales tratantes.

---

#### RC/SC21

##### **Estudio Citogenético y FISH (Fluorescence in situ Hybridization) en un caso de leucemia linfoblástica aguda de células T**

(LLA-T) en pediatría.

**Autoría:** Molinari Gabriela, Rocha Seoane Camila, Bianco Patricia, Cabaleiro Laura, Gimenez Vanesa, Mariana Quatrin.

**Laboratorio de Genética - Servicio de Hematología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las leucemias son patologías complejas con características clínicas, genéticas y morfológicas que involucran anomalías genéticas variables y heterogéneas en las células. El diagnóstico se realiza integrando estudios clínicos, morfológicos, inmunofenotípicos, moleculares y genéticos. La leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA-T) es un subtipo de leucemia que tiene menor incidencia en niños (15%) que en adultos (25%).

**OBJETIVOS:** Caracterizar y describir las alteraciones cromosómicas mediante estudio citogenético y FISH de un paciente pediátrico con Leucemia Linfoblástica de Células T.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos un caso de un paciente pediátrico con diagnóstico presuntivo de LLA-T, el cual ingresó en diciembre del 2022 con un recuento de 250.000 glóbulos blancos. El análisis citogenético reveló alteraciones en los cromosomas 1, 5, 7 y 12 con el siguiente cariotipo:

46,XY,del(1)(p13p31),der(5)del(5)(q35)del(5)(q31q31)?inv(5)(q22q24),del(7)(q31),add(12)(p12)[20]

Mediante la técnica de FISH con sondas moleculares de Pintado cromosómico y locus específicos se confirmó pérdida de material de los cromosomas 1, 5, y 7. Además de una traslocación intersticial de material del cromosoma 7 en un derivado 12. El FISH para el gen ETV6 (12p13.2) confirmó una deleción monoalélica de este gen.

El paciente fue tratado según protocolo y presentó una recaída en junio 2024 donde se observa en 5 metafases de un total de 23 analizadas las mismas alteraciones cromosómicas que al diagnóstico.

**DISCUSIÓN:** Esta patología en pediatría se caracteriza por leucocitosis, una rápida infiltración y una edad media de 9 años con mayor predominio en el sexo masculino. Según la bibliografía, existe uno de cada cinco niños que presentan LLA-T experimentan una recaída o fallecen como consecuencia de la enfermedad. Las recaídas son el resultado de la proliferación de las células T resistentes al tratamiento.

La identificación de las alteraciones cromosómicas numéricas y estructurales mediante estudio citogenético y la técnica de FISH es de importancia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedad.

La caracterización biológica de los hallazgos en estos estudios tiene incidencia en la comprensión de la evolución de la enfermedad, de la respuesta al tratamiento, y proporciona información valiosa para el desarrollo de estrategias y blancos terapéuticos.

---

#### RC/SC22

##### **Gastroenteritis aguda como forma de presentación de tuberculosis intestinal: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Bravo Nuñez, Tatiana Anahi, Cifuentes, Florencia; Dal Mastro, Brenda; Pan, Valentina.

**Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa con afectación principalmente pulmonar y con compromiso abdominal excepcional, especialmente en pediatría, representando el 0,1-3% de los casos. Aunque infrecuente, debe considerarse en casos de mala evolución de cuadro gas-

trointestinal o dolor abdominal inexplicado, dada la situación epidemiológica actual de nuestro país.

**OBJETIVOS:** Describir una presentación clínica infrecuente de tuberculosis a través de una paciente que consulta por gastroenteritis aguda (GEA).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 16 meses de edad que ingresó al hospital por presentar gastroenteritis aguda de una semana de evolución. Se inició tratamiento sintomático sin mejoría clínica, con persistencia de fiebre y distensión abdominal. A los 7 días de internación presentó deposición melénica asociada a oliguria, motivo por el cual se realizó ecografía abdominal evidenciándose imagen de pseudoriñón compatible con invaginación intestinal. Se realizó colon por enema y video laparoscopia descartando la misma y observándose mucosa intestinal macroscópicamente compatible con TB intestinal. Se realizó catastro familiar sobre contactos epidemiológicos resultando positivos para tuberculosis. Se recibió anatomía patológica que informó proceso inflamatorio crónico granulomatoso con necrosis central y bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) positivos. Inició tratamiento con antituberculostáticos de primera línea (HRZE) evolucionó satisfactoriamente con mejoría de síntomas gastrointestinales y durante controles sin nuevos episodios de dolor abdominal o sangrado, con importante ganancia ponderal.

**DISCUSIÓN:** Se describió un caso en el cual a partir de una GEA se llega al diagnóstico de TB intestinal. La GEA es una de las infecciones más frecuentes en pediatría. Se trata de una enfermedad de diagnóstico clínico, benigna y autolimitada en la mayoría de los casos.

Por ser la TB una enfermedad endémica de nuestro país, a pesar de ser infrecuente su compromiso intestinal, creemos que debe considerarse ante cuadros clínicos gastrointestinales con mala evolución o presentaciones atípicas, siendo importante indagar sobre antecedentes epidemiológicos del paciente.

Nos resulta importante la sospecha clínica para la detección temprana ya que permite un tratamiento precoz, reduciendo la morbimortalidad.

#### RC/SC23

**Encefalopatía hipertensiva como complicación de síndrome nefrítico en edad pediátrica: A propósito de un caso.**

**Autoría:** Tasso, Melanie, Tipan Diego, Tissieres Daniel, Teodosio Mariano, Szepelek Fabian Mauricio.

**Residencia de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La glomerulonefritis posinfecciosa (GNPI) es la principal causa de síndrome nefrítico (SN) en la infancia, siendo el estreptococo B-hemolítico del grupo A el agente etiológico más frecuente. Presenta un gran rango de síntomas y puede cursar con complicaciones graves como la encefalopatía hipertensiva (EH), la cual está presente en el 1-7% de los casos.

**OBJETIVOS:** Describir las manifestaciones clínicas y de laboratorio en un paciente pediátrico con SN que intercorre con EH, como complicación.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 10 años de edad, que ingresa por presentar edema, hematuria e hipertensión arterial (HTA), interpretándose como un SN por lo que se indica restricción hídrica. Se realiza hisopado de fauces y cultivos sin rescate microbiológico. Laboratorio: C3-C4 bajos y ASTO elevado, compatible GNPI. Evolución con alteración del sensorio, HTA (173/110) y posterior convulsión tónica clónica focal. Frente a la sospecha de EH, se administra carga de levetiracetam y ante es-

casa respuesta inicial, se administra segundo anticonvulsivante, con requerimiento de asistencia ventilatoria e infusión continua de labetalol. Por caída abrupta del filtrado glomerular y ante sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) se inician pulsos de metilprednisolona y realización de biopsia renal. Ante escasa mejoría se escala tratamiento a ciclofosfamida. Presenta mejoría de parámetros viales y de función renal, con control de cuadro neurológico. Se realiza EEG sin hallazgos de relevancia, continuando en tratamiento con levetiracetam en dosis de mantenimiento, otorgándole egreso hospitalario.

**DISCUSIÓN:** Este caso, resalta la importancia de que, a pesar de contar con hisopado de fauces y cultivos negativos, no podemos descartar la presencia de una GNPI, si el antecedente infeccioso previo está presente. Si bien la encefalopatía hipertensiva es una complicación infrecuente (menos de 7% de los casos) debe tenerse en cuenta a la hora de llevar adelante una correcta anamnesis y examen físico, que permitan una sospecha diagnóstica precoz. Tener presente un enfoque interdisciplinario en el manejo inicial, es fundamental para un tratamiento favorable que reduzca las complicaciones y mejore la sobrevivencia de los pacientes.

#### RC/SC24

**La importancia de la consulta genética en cáncer pediátrico. A propósito de 4 casos con Síndromes de cáncer hereditario (SCH) evaluados en la Sala de Genética Médica.**

**Autoría:** Tommasi, María Virginia, San Rame Valeria, Kohan Ailín, Rey Viviana, Damia Ana Laura, Martinoli Celeste.

**Genética Médica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias malignas infantiles rara vez están relacionadas con exposiciones ambientales conocidas. Se ha evidenciado que factores genéticos hereditarios desempeñan un papel causal sustancial en ellas. Más del 10% de los pacientes pediátricos con cáncer, porcentaje en alza debido a avances en estudios moleculares, tienen un síndrome de predisposición conocido o variantes en genes relacionados.

**OBJETIVOS:** Dar a conocer la importancia de los factores genéticos hereditarios como causa del cáncer infantil para lograr el diagnóstico precoz de SCH y realizar un correcto asesoramiento genético oncológico (AGO).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 12 años con carcinoma de plexo corioideo. Se sospechó síndrome de Li-Fraumeni (SLF) por lo que se solicitó estudio molecular del gen TP53, detectando una variante probablemente patogénica (VPP) en heterocigosis.

Paciente de 12 años con sarcoma de Ewing y sarcoma indiferenciado de alto grado ambos en miembro superior izquierdo, con antecedentes oncológicos en varias generaciones por vía paterna. Se solicitó panel de genes para cáncer hereditario detectando una VPP en heterocigosis en el gen TP53 relacionado con SLF.

Paciente de 2 años con diagnóstico histopatológico de tumor rabdoide extrarrenal. Se solicitó secuenciación y análisis de deleciones/duplicaciones de los genes SMARCB1 y SMARCA4. Se detectó una variante patogénica en heterocigosis en el gen SMARCB1 relacionado al Síndrome de susceptibilidad a tumor rabdoide.

Paciente de 12 años con poliposis intestinal múltiple. Gastroenterología solicitó panel de genes para cáncer colorrectal hereditario que informó una VPP en heterocigosis en el gen APC relacionado con el Síndrome de poliposis adenomatosa familiar.

**DISCUSIÓN:** Los SCH son un grupo de entidades genéticas caracterizadas por un aumento de susceptibilidad a desarrollar

neoplasias. La penetrancia es incompleta y aumenta con la edad. Se deben a variantes patogénicas en genes implicados en mantener la estabilidad del ADN, supresores de tumores o protooncogenes. Se presentan cuando un alelo tiene una variante en línea germinal y el proceso de transformación maligna se da con el "segundo golpe", una inactivación somática del alelo restante que ocurre en cualquier célula.

Se sospechan ante 2 o más afectados en el mismo linaje, edad y sexo infrecuente para su tipo, tumor poco común, multifocal o bilateral, antecedentes familiares de un síndrome hereditario, patrón sugerente de herencia mendeliana o 2 cánceres en el mismo individuo.

---

#### RC/SC25.

**Gastroenteritis aguda como forma de presentación de tuberculosis intestinal: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Bravo Nuñez Tatiana Anahí, Dal Mastro Brenda, Cifuentes Florencia, Pan Valentina.

**Residencia de pediatría.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa con afectación principalmente pulmonar y con compromiso abdominal excepcional, especialmente en pediatría, representando el 0,1-3% de los casos. Aunque infrecuente, debe considerarse en casos de mala evolución de cuadro gastrointestinal o dolor abdominal inexplicado, dada la situación epidemiológica actual de nuestro país

**OBJETIVOS:** Describir una presentación clínica infrecuente de tuberculosis a través de una paciente que consulta por gastroenteritis aguda (GEA).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 16 meses de edad que ingresó al hospital por presentar gastroenteritis aguda de una semana de evolución. Se inició tratamiento sintomático sin mejoría clínica, con persistencia de fiebre y distensión abdominal. A los 7 días de internación presentó deposición melénica asociada a oliguria, motivo por el cual se realizó ecografía abdominal evidenciándose imagen de pseudoríon compatible con invaginación intestinal. Se realizó colon por enema y video laparoscopia descartando la misma y observándose mucosa intestinal macroscópicamente compatible con TB intestinal. Se realizó catastro familiar sobre contactos epidemiológicos resultando positivos para tuberculosis. Se recibió anatomía patológica que informó proceso inflamatorio crónico granulomatoso con necrosis central y bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) positivos. Inició tratamiento con antituberculostáticos de primera línea (HRZE) evolucionó satisfactoriamente con mejoría de síntomas gastrointestinales y durante controles sin nuevos episodios de dolor abdominal o sangrado, con importante ganancia ponderal.

**DISCUSIÓN:** Se describió un caso en el cual a partir de una GEA se llega al diagnóstico de TB intestinal. La GEA es una de las infecciones más frecuentes en pediatría. Se trata de una enfermedad de diagnóstico clínico, benigna y autolimitada en la mayoría de los casos.

Por ser la TB una enfermedad endémica de nuestro país, a pesar de ser infrecuente su compromiso intestinal, creemos que debe considerarse ante cuadros clínicos gastrointestinales con mala evolución o presentaciones atípicas, siendo importante indagar sobre antecedentes epidemiológicos del paciente.

Nos resulta importante la sospecha clínica para la detección temprana ya que permite un tratamiento precoz, reduciendo la morbimortalidad.

#### RC/SC26

**Síndrome nefrítico atípico: a propósito de un caso.**

**Autoría:** Medina Mleina, Nieva Giselle, Otero Temis, Amado Cattáneo Josefina.

**Residencia de Clínica Pediátrica.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome nefrítico es una enfermedad renal caracterizada por la aparición de hematuria, hipertensión arterial y edema, con caída variable de la velocidad del filtrado glomerular, secundario a la inflamación de los glomérulos. La presentación clínica es variable en intensidad y duración, sin embargo, existen muy pocos casos reportados en donde la hematuria no es parte de la tríada diagnóstica.

**OBJETIVOS:** Describir un caso clínico de síndrome nefrítico con presentación atípica, basándonos en la aparición esporádica o intermitente de la hematuria. Reforzar la importancia de la sospecha clínica incluso con presentaciones incompletas.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niña de 9 años, sin antecedentes relevantes, con síndrome febril de 5 días de evolución, asociado a dolor abdominal y edema bpalpebral. Por semiología sugestiva de neumonía se realiza radiografía de tórax y ante imagen compatible con sospecha clínica, inicia antibioticoterapia.

Durante su internación presenta aumento de edema asociado a registros de hipertensión arterial y oliguria. Ante sospecha de síndrome nefrítico, se realiza interconsulta con nefrología infantil, quienes solicitan estudios complementarios, los cuales arrojan inicialmente valores dentro de parámetros normales. Por persistencia de clínica se repiten los mismos evidenciándose hematuria, piuria y proteinuria leve, siendo la hematuria un hallazgo transitorio que no volvió a presentar en estudios posteriores. Sin embargo, ante la alta sospecha clínica se decide junto al servicio de nefrología comenzar con tratamiento específico: restricción hídrica y furosemida, obteniendo una respuesta exitosa.

**DISCUSIÓN:** En la actualidad, existe poca evidencia bibliográfica sobre casos de síndrome nefrítico sin hematuria, siendo este signo uno de los pilares fundamentales en su presentación clásica. Frente al caso clínico expuesto previamente, se hace hincapié en la importancia de reconocer presentaciones poco frecuentes del síndrome nefrítico, incluso en presencia intermitente de hematuria. Esto nos permite actuar de forma oportuna ante la sospecha clínica, aplicar medidas terapéuticas específicas y, de esa forma, mejorar el pronóstico del paciente.

---

#### RC/SC27

**La importancia de la consulta genética en los trastornos del neurodesarrollo, a propósito de 3 casos evaluados en la Sala de Genética Médica del HIAEP Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Almirón Jesús Eneas, Arena Sofía Belén, Juárez, José María, Justoni María Sol, Damia Ana Laura, Martinoli María Celeste.

**Genética Médica.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos del neurodesarrollo (TND) son un conjunto heterogéneo de entidades que se originan por alteración temprana de los procesos involucrados en el desarrollo cerebral e implican déficit de funcionamiento y de la conducta adaptativa. En su génesis participan factores genéticos. Se presentan 3 pacientes en los que se arribó a un diagnóstico etiológico mediante distintos estudios genéticos.

**OBJETIVOS:** Jerarquizar la importancia de la derivación oportuna a Genética en pacientes con TND. Describir 3 pacientes con TND y diferentes causas genéticas. Demostrar la importancia de

adecuar la solicitud de estudios genéticos a cada caso.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 4 años evaluado por presentar retraso madurativo, autismo, dismorfias y antecedentes por vía materna de familiares varones con discapacidad intelectual (DI). Por sospecha de Síndrome de X frágil (SXF) se hizo estudio molecular del gen FMR1 y se detectó mutación completa.

Niña de 12 años sin antecedentes familiares, evaluada por presentar trastorno de la conducta, DI, obesidad, macrocefalia y dismorfias. El cariotipo fue normal. Por tratarse de una paciente con retraso asociado a dismorfias, sin antecedentes familiares, se realizó estudio de hibridación genómica comparativa (Array-CGH). Se detectó una delección heterocigota intersticial de 1.7 Mb en 15q13.2q13.3.

Niña de 8 años evaluada por presentar DI, microcefalia, dismorfias, con antecedente de madre con DI y epilepsia. El cariotipo fue normal. Dado el cuadro y los antecedentes se solicitó estudio de exoma completo orientado al fenotipo. Se identificó una variante en el gen TAF4 asociado con Trastorno del Desarrollo Intelectual 73, Autosómico Dominante (OMIM#620450).

**DISCUSIÓN:** Los TND afectan a más del 3% de los niños y tienen un componente genético complejo. Se han reportado múltiples variantes genéticas causantes o de riesgo para el desarrollo de los mismos. Las técnicas de diagnóstico genético son diversas, no excluyentes entre sí y su correcta elección es fundamental. El armado de un plan diagnóstico para cada caso conjuga indicaciones precisas, disponibilidad, acceso y costo.

Los TND pueden ser aislados o sindrómicos. El 2% de los casos de DI tienen SXF y ante características sugestivas se realiza el estudio específico.

Los desbalances genómicos se encuentran en el 20% de los casos de TND y el ArrayCGH es la técnica de elección. Actualmente, con el progreso de los métodos de secuenciación masiva y análisis bioinformático, el exoma completo alcanza el diagnóstico en el 30% de los casos de TND. Conocer la etiología genética subyacente permite establecer el diagnóstico, riesgos de recurrencia, pronóstico, plan de tratamiento y seguimiento específicos.

Es competencia del médico genetista indicar el estudio pertinente, interpretar los resultados, correlacionarlos con la clínica y completar el asesoramiento familiar.

La información que surge de la genética médica tiene alcance poblacional y es importante para el desarrollo de políticas públicas en salud.

---

#### RC/SC28

**Importancia de sospecha clínica de Hantavirus en áreas endémicas ante Síndrome Febril Prolongado en pediatría. A propósito de un caso.**

**Autoría:** Patron, Sheila, Moreno Ruiz, Doris Grace, Othaz, Julieta, Fabrisin Ittig, Andrés Ivan.

**Clínica pediátrica e Infectología H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El Hantavirus es un virus que causa desde un Síndrome Febril hasta un Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). Se transmite principalmente por inhalación de excreciones de roedores infectados y es prevalente en regiones norte y centro del país. Los síntomas son inespecíficos en primera instancia, debiendo tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en zonas endémicas.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico en el que la sospecha de Hantavirus llevó al diagnóstico oportuno y acentuar la impor-

tancia del diagnóstico en zonas prevalentes para una respuesta precoz y disminuir el impacto de la enfermedad.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 6 años que ingresa por presentar cuadro de 6 días de evolución de fiebre, as-tenia, vómitos, artralgias, mialgias y plaquetopenia, por lo que se realiza prueba de Dengue, resultando negativa.

A su ingreso por estar en regular estado general y con sedimento urinario patológico se indica Ceftriaxona. Se ampliaron estudios dando como positivo las enzimas hepáticas elevadas, persistiendo la plaquetopenia y en ecografía abdominal se informó vesícula con barro biliar; con hemocultivos, urocultivo serologías Hep B, Hep C, HIV, VDRL, CMV, EBV, Bartonella, Mycoplasma y Parvovirus negativos.

Luego de haber mejorado registros febriles, al décimo día de su ingreso presenta empeoramiento de curva térmica, se reinterroga a familia, refiriendo vivir en zona con roedores, por lo que se solicita serología para Hantavirus, resultando positiva.

Con mejoría clínica y permanecer afebril, se da su egreso hospitalario con seguimiento ambulatorio por servicio de Infectología, quienes repiten serología para Dengue por resultado indeterminado, interpretándose como confección Hantavirus-Dengue.

**DISCUSIÓN:** Este caso subraya la importancia de una alta sospecha clínica en pacientes con síntomas inespecíficos y expuestos a áreas endémicas, así como la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico. La vigilancia y las medidas preventivas en áreas rurales son esenciales para reducir la incidencia y mortalidad asociadas a esta enfermedad. Además, se destaca lo esencial de la educación para la salud en estas áreas para prevenir futuras infecciones.

---

#### RC/SC29

**Meningoencefalitis por reactivación de VHS secundario a neurocirugía: un caso inusual.**

**Autoría:** Vega Jaqueline Daiana, Vidal Carla, Zamora Yanina, Zoroza María Paz.

**Residencia de Pediatría H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La encefalitis herpética es la encefalitis primaria grave más frecuente en la infancia, causante de una morbimortalidad importante y una de las pocas con tratamiento específico y efectivo. Puede ocurrir durante la primoinfección o más frecuentemente como reactivación del virus (70%). La clínica suele ser inespecífica al inicio, apareciendo fiebre, cefalea y alteración progresiva del nivel de conciencia (irritabilidad, somnolencia, confusión o coma). Las secuelas más frecuentes son desarrollo de focos epilépticos, déficit motor (espasticidad y ataxia), déficits cognitivos y en la memoria, cambios mentales y alteraciones en el comportamiento. El diagnóstico de certeza viene dado por la asociación de la reacción en cadena de la polimerasa para virus herpes, la tomografía computarizada, la resonancia magnética, el electroencefalograma y el análisis del líquido cefalorraquídeo. Ante la sospecha diagnóstica se debe iniciar tratamiento empírico con aciclovir hasta que se realice la confirmación del diagnóstico, dada su baja toxicidad y alta eficacia cuando es administrado tempranamente.

**OBJETIVOS:** Facilitar la sospecha clínica precoz y oportuna para instaurar un tratamiento que evite complicaciones irreversibles o el desenlace fatal.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 15 años en seguimiento en el Hospital de Niños Sor María Ludovica con antecedente de epilepsia refractaria secun-

daria a ACV en región occipital a los 4 años de vida, que es intervenida quirúrgicamente para lesionectomía occipital izquierda en abril de 2024. Luego de 12 días de postoperatorio, intercorre con registro de fiebre y ante sospecha de infección de sitio quirúrgico, se pancultiva y comienza terapia antibiótica empírica. A los 3 días de la misma, presenta deterioro del sensorio, por lo que se decide realizar una TC de encéfalo donde se observa imagen sugestiva de infección viral, iniciando tratamiento con aciclovir posterior a punción lumbar. En PCR FilmArray de LCR, se informa Herpes simple tipo 1. Después de 3 días de tratamiento, la paciente intercorre con clínica de hipertensión endocraneana y desviación de línea media evidenciada en nueva neuroimagen. Se decide su traslado a UCIP, con requerimiento de sensor de PIC y posterior hemicraniectomía descompresiva derecha. Se realizaron interconsultas con servicios de Fonoaudiología y Rehabilitación por trast.

**DISCUSIÓN:** • Las infecciones que ocurren más frecuentemente tras procesos neuroquirúrgicos son principalmente bacterianas, incluyendo meningitis, empiemas y abscesos. La encefalitis herpética es una complicación inusual.

• Las complicaciones severas del SNC secundarias a la reactivación del VVZ son extremadamente raras, pero estas pueden dejar secuelas significativas.

• La existencia de un fármaco antiviral específico ha mejorado el pronóstico de las infecciones graves. El retraso en el inicio del tratamiento es un factor claramente relacionado con mala evolución, por lo que es de vital importancia el reconocimiento de esta patología.

---

#### RC/SC30

**Aciduria glutárica tipo I en pediatría: serie de casos.**

**Autoría:** Jazmín Constantino, Valeria Condori, Jhonnier Dimate, Camila Di Pizio, Fabián Szepeluk.

**Residencia de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La aciduria glutárica tipo I (AG-I) es un error del metabolismo de los aminoácidos secundario a un déficit enzimático, causando la acumulación de ácidos orgánicos (AO). Se manifiesta con distonías, hipotonías y estatus convulsivo (EC), condicionando la pérdida de pautas madurativas (PM). El estudio imagenológico junto a la valoración enzimática y mutación del gen, confirma su diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Describir las presentaciones clínicas e imagenológicas en pacientes pediátricos que permiten la sospecha de una enfermedad metabólica (EM).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** P1: Femenina de 7 meses de edad, ingresa por EC, con regresión de PM y distonías. Se realiza RMN de cerebro con imágenes hiperintensas en ganglios basales (GB) y sustancia blanca periventricular biparietotemporal.

P2: Masculino de 9 meses, ingresa por irritabilidad y deshidratación grave. A la valoración, se observa macrocefalia, retraso de PM, distonías y llanto permanente. En RMN presenta cisuras silvianas prominentes con polos temporales hipoplásicos.

P3: Femenina de 7 meses, ingresa por episodios de apnea y acrocianosis, con posterior EC e hipertensión endocraneana, secundaria a colección subdural frontoparietal izquierda, requiriendo intervención quirúrgica.

P4: Masculino de 9 meses de edad, que presenta EC con post-ictal prolongado e hipotonía de hemicuerpo izquierdo. En RMN presenta alteración de la señal en los núcleos lenticulares con dilatación del espacio subaracnoideo.

Se sospecha EM, solicitándose AO en orina y perfil acilcarnitinas, que permitió el diagnóstico de AG-I. Iniciaron tratamiento con L-carnitina a 100 mg/kg/día y dieta hipoproteica, con evolución favorable.

**DISCUSIÓN:** En esta serie de pacientes, todos presentaron de manera temprana manifestaciones neurológicas comunes entre sí, asociadas a lesiones características en la RMN de encéfalo, que permitieron una sospecha precoz de EM, permitiendo un diagnóstico temprano de AG-I y una evolución clínica neurológica favorable. Incluir en la pesquisa ampliada de errores congénitos del metabolismo a este tipo de entidad, acorta los tiempos del diagnóstico y permite el consejo genético familiar.

El manejo con un enfoque interdisciplinario es fundamental para el tratamiento y sobrevida de los pacientes.

---

#### RC/SC31

**Dolor abdominal en una niña de 7 años: un desafío diagnóstico entre infección y tumor abdominal.**

**Autoría:** Boiardi María Elena, Gamarra Matias, Astengo María Belen, Ziegemann Adolfo.

**Clínica Médica - Sala 21. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos el caso de un paciente de 7 años de edad, sexo femenino, con dolor abdominal de 2 meses de evolución y tumoración en bazo. Se plantean los diferentes diagnósticos etiológicos.

**OBJETIVOS:** Plantear el manejo interdisciplinario ante pacientes complejos con patologías no habituales en Pediatría.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 7 años, de Florencio Varela, derivada por una masa abdominal en estudio. Hace 2 meses comenzó con dolor epigástrico persistente y pérdida de peso de 3 kg. Inicialmente tratada con cefalexina por una posible infección urinaria, los síntomas persistieron. La ecografía abdominal mostró una masa hipoecoica en el hilio esplénico de 3.14 x 3.6 cm, y múltiples imágenes hipoecoicas en el hilio hepático y periumbilical. La TAC abdominal reveló una masa esplénica de 3.5 x 3.2 cm, con un centro hipodenso y realce periférico en adquisiciones tardías. Se realizó una exéresis quirúrgica de la masa, con una evolución favorable y resolución de los síntomas. La anatomía patológica mostró una lesión nodular esplénica bien delimitada, constituida por numerosas luces vasculares de pequeño calibre con eritrocitos y presencia de células linfocíticas. Los hallazgos inmunohistoquímicos confirmaron la malformación vascular esplénica.

**DISCUSIÓN:** Este caso refuerza la importancia de un enfoque metódico y multidisciplinario en el diagnóstico y manejo de masas abdominales en pediatría, así como la necesidad de adaptar las estrategias de diagnóstico a las características específicas del paciente. En pediatría la detección de un tumor implica una situación inesperada y angustiante para la familia, y muchas veces también para los profesionales de la salud. Por ello, es importante trabajar en equipo para definir estudios complementarios coordinados, basados en la evidencia científica y en la prevalencia de las enfermedades. Sin embargo, ante hallazgos de difícil caracterización, como el caso presentado, el trabajo en equipo es fundamental para evitar demoras diagnósticas. El rol del médico clínico pediatra es fundamental para sintetizar las opiniones de todos los interconsultores, para que la información no se disgregue y se defina un estudio y diagnóstico lo más precoz posible, así como también definir la necesidad de búsqueda bibliográfica orientada en los casos raros o inhabituales.

## RC/SC32

### Pubertad precoz y patología tumoral: a propósito de un caso clínico.

**Autoría:** Perez Arias Camila, Piaggio Valentina, Olivero Juan Pablo, Szepeluk Fabian Mauricio.

**Residencia de Pediatría.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La pubertad precoz (PP) es la aparición de signos sexuales secundarios antes de los 8 años en niñas y 9 en varones. La causa puede ser central (98%) o periférica (2%), sin activación gonadal. Los tumores ováricos son la principal causa de pubertad precoz periférica (PPP) en niñas. Se manifiestan con signos y síntomas inespecíficos, por lo que la sospecha clínica es necesaria para su diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas y de laboratorio que permiten el diagnóstico de una patología infrecuente causante de PPP.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 3 años de edad, sin antecedentes previos, consulta por presentar telarca y pubarca de 3 meses de evolución, con menarca reciente. Al examen físico presenta masa indurada en región hipogástrica visible, dolorosa a la palpación profunda, de 15x8cm, genitales fenotípicamente femeninos, mamas Tanner 3, vello axilar y pubico Tanner 1-2, vulva con centro pálido. Antropometría: 19.6kg (P90), talla 108cm (P97). Edad ósea: 6 años para edad cronológica de 3 años y 7 meses.

Se realiza ecografía ginecológica observándose: masa abdominopelvica sólida heterogénea, de bordes definidos, 7cm DPx5cm DAP, líquido libre en FID. Útero: morfometría conservada, aumento de volumen para la edad, endometrio 0.5cm.

Niveles de gonadotrofinas suprimidos y estradiol elevado, resto de perfiles hormonales normales. Los marcadores tumorales  $\alpha$ -fetoproteína y  $\beta$ -gonadotropina coriónica humana dentro de valores normales.

Se realiza anexectomía izquierda, con informe anatomopatológico compatible con tumor de células de la granulosa de tipo juvenil funcionante.

**DISCUSIÓN:** La PPP, aunque infrecuente, debe ser considerada en niñas que presentan desarrollo sexual temprano, asociado a una edad ósea acelerada y rápida progresión de los signos puberales. Este caso resalta la importancia de realizar una evaluación exhaustiva para identificar posibles causas subyacentes, como la presencia de tumores ováricos.

El manejo temprano y un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento, son pilares fundamentales para la sobrevida y la prevención de complicaciones futuras.

## RC/SC33

### Nefroblastoma y su presentación clínica con hematuria, a propósito de un caso.

**Autoría:** Hasta Laura, Datas Florencia, Helguero Carmen, Garcia Jessica.

**Residencia de Pediatría.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** El tumor de Wilms es el 4° tumor en pediatría. Habitualmente entre los 3 y los 5 años. Generalmente el hallazgo es de una masa abdominal. La hematuria macroscópica es una forma poco común de presentación.

La presencia de sangre en orina, es motivo de consulta frecuente. Presentándose de forma variable: hematuria macroscópica hasta una microhematuria asintomática descubierta de forma incidental.

**OBJETIVOS:** Reporte de caso de una paciente con tumor de Wilms y hematuria: su abordaje y diagnóstico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 5 años, sin antecedentes familiares de interés, que acude a la guardia por presentar hematuria macroscópica de 3 meses de evolución. Al examen físico se observa hemangioma en labio mayor derecho de vulva, resto de la exploración física sin información relevante. Inicialmente se interpreta sangrado secundario a hemangioma vulvar, que se realizó tratamiento con propranolol, en seguimiento por dermatología. Durante el tratamiento presenta nuevo episodio de hematuria asintomática y en esta ocasión se realiza ecografía renal, evidenciándose formación sólida renal derecha de 75 x 49 mm. En la RM se informa tumoración renal derecha, con trombo tumoral que ingresa a vena renal derecha, vena cava inferior y aurícula derecha. Se decide realizar nefrectomía derecha y resección de tumor endovascular; confirmando el diagnóstico de Tumor de Wilms con el estudio histopatológico. Recibió quimioterapia. La paciente durante su internación presentó registros de tensión arterial elevados; con evolución favorable. Se indica egreso hospitalario y continuar tratamiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** Como mostramos en el caso de nuestra paciente, la hematuria no solo es un signo de enfermedades simples como las infecciones del tracto urinario. También puede ser la forma de presentación de enfermedades oncológicas. En este caso el nefroblastoma o tumor de Wilms. Para el diagnóstico de la etiología de la hematuria, es necesario un adecuado interrogatorio, prestando especial atención a indagar la existencia de traumatismos previos y un buen examen físico.

Las características macroscópicas de la hematuria permiten presumir su posible origen glomerular o extraglomerular. La presencia de hematíes dismórficos se asocia a enfermedad glomerular, aunque su valor como hallazgo es limitado; siempre debe tenerse en cuenta otros elementos clínicos y humorales del paciente. Con esto buscamos resaltar la importancia de un adecuado diagnóstico y seguimiento de las hematurias.

## RC/SC34

### Neurorretinitis a Bartonella henselae: a propósito de un caso.

**Autoría:** Marchionne Ezequiel, Peña Johanna, López Olivera Ayelen, Ithurralde Melissa, Pan Valentina.

**Residencia de Pediatría.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La neurorretinitis es una manifestación infrecuente de bartonelosis sistémica, encontrándose en el 1-2% de los casos. Es característica la pérdida de la agudeza visual unilateral de forma aguda y de rápida progresión asociado a papiledema. A las 2 a 3 semanas del inicio del cuadro se evidencia en el fondo de ojo exudado macular en forma de estrella, una manifestación distintiva de esta patología.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas y estudios complementarios de un paciente con disminución de agudeza visual y papiledema con sospecha diagnóstica de neurorretinitis por Bartonella henselae.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 10 años de edad que consultó por presentar síndrome febril de 72 hs de evolución y disminución de la agudeza visual con escotoma central en campo visual derecho en las últimas 24 hs. Antecedente de contacto con gatos recién nacidos un mes previo. A la evaluación oftalmológica se evidenció agudeza visual de 1/10 y edema de papila en ojo derecho, que posteriormente evolucionó a edema macular en estrella. Se realizaron laboratorios: GB:13.300 (N68%/

L17%M14%) PCR 74.3, pancultivos negativos y tomografía de encéfalo simple normal. Se realizó resonancia magnética del nervio óptico de cortes finos con contraste y potenciales visuales que informaron inflamación de nervio óptico derecho y respuesta cortical derecha retrasada respectivamente. Ante sospecha de Bartonellosis cumplió pulsos de corticoides 5 días con escasa respuesta y tratamiento con Rifampicina + Trimetoprima Sulfametoxazol endovenoso 14 días. Se obtuvieron serologías para *B. henselae* positivas (IgG IgM). En controles posteriores se evidenció inicio de recuperación de agudeza visual.

DISCUSIÓN: Ante a un paciente con disminución súbita de la agudeza visual es fundamental una correcta anamnesis y una exploración oftalmológica minuciosa y continua. La neurorretinitis por *B. henselae* es una neuropatía óptica inflamatoria y debe ser considerada en pacientes con afección ocular de causa desconocida. Es importante indagar de forma dirigida los antecedentes de contacto, arañazo o mordedura de animales, en especial gatos, el principal reservorio de la enfermedad. Debido a que, el característico exudado macular en forma de estrella es de presentación tardía, la sospecha temprana, el diagnóstico oportuno a través de las serologías y el inicio de tratamiento dirigido son claves para minimizar las complicaciones visuales a largo plazo.

#### RC/SC35

**Megacolon en población pediátrica, un signo con muchas caras. A propósito de 5 casos.**

**Autoría:** Paula Valeria García; Zosi Anabella; Zubiri Cecilia; Miculan Sandro; Guzman Luciana.

**Gastroenterología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: El megacolon se caracteriza por una dilatación anormal del colon asociado a un proceso crónico, y se manifiesta clínicamente como un trastorno persistente de la motilidad colónica, a menudo con estreñimiento intratable, dolor abdominal y distensión abdominal. Para su diagnóstico es necesaria la medición radiológica del segmento colónico comprometido, el cual debe ser >6 cm. En nuestro país el megacolon es una patología de prevalencia desconocida que afecta tanto a niños como a adultos. Según la etiología, puede ser congénito o adquirido. El megacolon congénito tiene como causa más frecuente la enfermedad de Hirschsprung. En cuanto al megacolon adquirido las causas más frecuentes en nuestro país son la idiopática y la enfermedad de Chagas, aunque se carece de registros certeros sobre su prevalencia. En el megacolon idiopático la causa y la fisiopatología son desconocidas, debe pensarse en pacientes con estreñimiento crónico resistente al tratamiento médico asociado a dilatación colónica en ausencia de otras causas.

OBJETIVO: Describir características clínicas, imagenológicas, manométricas y etiología final de pacientes con megacolon.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS: Se describen 5 pacientes pediátricos con megacolon a los cuales se le realizaron radiografía abdominal (Rx), estudios contrastados digestivos, manometría anorrectal (MAR) y en algunos casos laparotomía exploradora (LE) con biopsias. A partir de estos resultados se arribaron a diferentes etiologías:

Caso 1: Paciente masculino 13 años. Dolor abdominal y vómitos de 48 horas. Constipado crónico. colon por enema (CxE): megadolicorectosigma con abundante materia fecal. Megacolon idiopático asociado a constipación crónica.

Caso 2: Paciente masculino 7 años. Dolor abdominal y vómitos

de horas de evolución. Desnutrido.

CxE: Rectosigma redundante. Laparotomía exploradora (LE): dilatación de intestino delgado y colon. Biopsia rectal normal. Acetilcolinesterasa: descarta neuropatía. Microscopía electrónica: pendiente.

Pseudoobstrucción intestinal crónica.

Caso 3: Paciente masculino 9 años. Abdomen agudo obstructivo con aspecto tóxico y deshidratación grave. Rx: dilatación colónica con niveles hidroaéreos. LE con ileostomía y resección de rectosigmoides. MAR: RRAI ausente. Biopsia rectal: aganglianos.

Enfermedad de Hirschprung diagnosticada tardíamente. Megacolon tóxico.

Caso 4: Paciente femenina de 6 años. Distensión abdominal y dolor de 72 horas.

Rx y CxE: dólico mega recto sigma. SEG D con TI: estenosis en colon descendente.

LE con Biopsias: hipoganglionsis. Microscopía Electrónica: descarta miopatía.

DISPLASIA NEURONAL INTESTINAL TIPO B

Caso 5: Paciente masculino 14 años. Dolor abdominal agudo y mal estado general. LE: devolvulación intestinal y resección de brida congénita.

Megacolon secundario a vólvulo sigmoideo por brida congénita.

CONCLUSIÓN: El megacolon crónico causa una dismotilidad colónica grave que altera la calidad de vida y que puede generar complicaciones. Si bien en nuestro medio, las causas más frecuentes son idiopática y secundaria a enfermedad de Chagas, las prevalencias son desconocidas, y debemos continuar sospechando causas más infrecuentes para una intervención temprana.

#### RC/SC36

**A propósito de un caso de Hipercalcemia Maligna.**

**Autoría:** Taffi Carolina, Díaz Verónica, Pollono Agustina, Quispe Cintia, Montero, Elizabeth, Yafar Carina, Sarti Natalia, Zapata Verónica, Giralda Rodrigo.

**Oncología, Sala 9. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

INTRODUCCIÓN: La hipercalcemia se define como calcio sérico > 11 mg/dl o iónico > 1,4 mmol/l. Los mecanismos son: la hipercalcemia humoral (por vitamina D ectópica o péptido relacionado a PTH) y la osteólisis local (por IL-1 y TNF-alfa. A largo plazo puede causar insuficiencia renal. Se utilizan calciuréticos y antirreabsortivos. La hipercalcemia indica pronóstico grave, el tratamiento mejora los síntomas.

OBJETIVOS: Presentación de complicación metabólica infrecuente dentro de la Oncología Infantil.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 14 años con rhabdomyosarcoma alveolar en periné metastásico en pulmón, ganglios, médula ósea, mama, hígado y hueso. Consultó por adenopatías inguinales 6 meses previos al diagnóstico, a lo que se sumó constipación y dolor perineal en los últimos 2 meses. El laboratorio inicial presentaba anemia y LDH (2.040U/l) elevada, resto dentro de parámetros normales. Luego de primer ciclo de quimioterapia (IVA Do) presentó toxicidad hematológica grado 4 y complicaciones infecciosas (infección urinaria y neumonía) con buena respuesta a antimicrobianos. A las 2 semanas evidenció desmejoría clínica con íleo y pancreatitis. En el laboratorio presentó hipercalcemia con calcio sérico de 19,9 mg/dl, iónico 2,3 mmol/l, fósforo 8,9 mg/dl e insuficiencia renal con creatinina de 2,46 mg/dl. Inter-

pretándose como hipercalcemia maligna. Inició tratamiento con hiperhidratación y furosemida obteniendo buena respuesta y normalización de los parámetros de laboratorio al quinto día pudiendo continuar tratamiento pautado según protocolo.

**DISCUSIÓN:** A pesar de no ser frecuente en pediatría la hipercalcemia es una alteración que debe ser tenida en cuenta en todos los pacientes con diagnóstico de cáncer. Es importante la evaluación precoz que permita iniciar tratamiento adecuado para mejorar el pronóstico y calidad de vida.

---

#### RC/SC37

##### **Tumor Germinal Maligno como causa de SVCS: reporte de un caso.**

**Autoría:** Taffi Carolina, Díaz Verónica, Pollono Agustina, Quispe Cintia, Insaurralde Belén, Giralda Rodrigo.

**Oncología, Sala 17. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de vena cava superior (SVCS) se manifiesta a través de signos y síntomas derivados de la compresión, obstrucción o trombosis de la VCS, siendo los tumores malignos intratorácicos las causas predominantes. Se presenta en el 8-15% de los niños con masas mediastinales malignas. En ciertos casos, se requiere la instauración de un tratamiento empírico para preservar la vida del paciente.

**OBJETIVOS:** Describir la importancia de un caso de urgencia oncológica y su manejo.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 2 años con dificultad respiratoria, que inicia tratamiento broncodilatador. Radiografía de tórax muestra masa mediastinal, siendo derivado para mayor complejidad. Al ingreso presenta ingurgitación yugular, dificultad respiratoria, edema en esclavina y circulación colateral en tórax, interpretándose como SVCS. Conductas iniciales incluyen posición semisentada, oxígeno, acceso venoso y laboratorio de lisis tumoral, con resultado normal. Ecocardiograma evidencia severo derrame pericárdico y dilatación de la VCI. Oncología solicita TC de tórax y abdomen con contraste y marcadores tumorales, que muestran AFP positiva (162.066 ng/ml). TC revela masa torácica sólida de 13 x 10 x 12 cm, con compresión de estructuras cardiovasculares, diagnosticándose Tumor Germinal Maligno de Alto Riesgo. Se inicia quimioterapia con 7 ciclos prequirúrgicos, logrando respuesta positiva y disminución de AFP. Control de TAC muestra mejoría. Se realiza cirugía con resección tumoral y el informe histopatológico: 5% de células viables y cambios postratamiento. Recibe 2 ciclos Evolución favorable y control trimestral sin enfermedad

**DISCUSIÓN:** El SVCS es una urgencia oncológica que requiere un reconocimiento temprano de la sintomatología. Es crucial un manejo interdisciplinario y un buen trabajo en equipo en centros de alta complejidad. El diagnóstico debe ser clínico, realizado de manera rápida y lo menos invasiva posible, para iniciar el tratamiento específico cuanto antes, ya que esto influye en la evolución y pronóstico del paciente.

---

#### TI01

##### **Utilidad del reactivo FlashPrep en la detección de virus respiratorios por RT-PCRA**

**Autoría:** Melanie Shepherd Safar, Paula Eguiguren, Juliana Pailau, Natalia Treviño, Sebastián Oderiz, Cecilia Vescina.

**Sala de Microbiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La implementación de técnicas moleculares en la detección de virus respiratorios se ha visto limitada debido a

los costos de los reactivos y el tiempo requerido para la extracción y purificación del genoma viral. El reactivo FlashPrep (Inbio Highway) es una alternativa a los métodos de extracción y purificación convencionales que permite disminuir costos y tiempos de procesamiento.

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad del reactivo FlashPrep para la detección de Influenza A y Virus Sincicial Respiratorio (VSR) utilizando el kit Discovery SARS-Cov-2, flu(A/B) & RSV detection kit (AP-Biotech S.R.L).

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal de muestras de pacientes pediátricos internados con infección respiratoria aguda. Se procesaron 42 hisopados nasofaríngeos simultáneamente por dos metodologías: inmunofluorescencia (IF) y RT-PCR utilizando el kit Discovery SARS-Cov-2, flu (A/B) & RSV detection kit (AP-Biotech S.R.L). La extracción de ácidos nucleicos se realizó con FlashPrep (Inbio Highway). En casos de discordancia entre las dos metodologías se realizó FilmArray (BioFire) como método confirmatorio. Todas las técnicas fueron llevadas a cabo según las recomendaciones del fabricante.

**RESULTADOS:** 41/42 muestras procesadas con FlashPrep resultaron válidas (ct RNasaP $\leq$ 38) y 16/41 (39%) resultaron positivas para al menos un virus respiratorio (8 RSV y 8 fluA/B). La IF detectó 13/41 (32%) muestras positivas (8 RSV y 5 fluA/B) que coincidieron con los resultados de FlashPrep. Hubo 3 muestras discordantes: negativas por IF y positivas para fluA/B por RT-PCR que luego fueron confirmadas como positivas para fluA/B por FilmArray.

La utilización del FlashPrep junto con la RT-PCR Discovery SARS-Cov-2, flu(A/B) & RSV detection kit demostró ser de utilidad para el diagnóstico etiológico de virus respiratorios mostrando una mayor sensibilidad en la detección de FluA/B en comparación con la IF.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

---

#### TI02

##### **Prevalencia y caracterización de anticuerpos antinucleares en una población pediátrica**

**Autoría:** Alcalde María Belén, Alegre María, Cabassi M. Victoria, Gelpi Paula, González M. Sandra, Guai Valentina, Laurito Luis Ignacio.

**H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La detección de anticuerpos antinucleares (AAN) tiene un rol central en el diagnóstico de varias enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), así como en el diagnóstico de la hepatitis autoinmune y la colangitis biliar primaria. Sin embargo, los AAN se pueden encontrar con frecuencia en la población general y esto debe ser tenido en cuenta al interpretar los resultados.

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de AAN en los pacientes pediátricos con solicitud de este estudio. Evaluar los resultados de la prueba de AAN en función de los patrones, títulos y positividad de anticuerpos específicos obtenidos.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, que incluyó a los individuos de 0 a 18 años que concurren al Laboratorio Central del HIAEP "Sor María Ludovica", entre enero de 2022 y diciembre de 2023, con la solicitud de AAN.

La información se recolectó del sistema informático del laboratorio (NOBILIS, Wiener®) y solo se consideró la primera so-

licitud de AAN de cada paciente en el periodo de tiempo antes consignado. Para cada caso se registró, sexo, edad, resultados de AAN obtenidos por la técnica de inmunofluorescencia indirecta empleando improntas de células HEp-2, y de anticuerpos específicos obtenidos por enzimoimmunoensayo, inmunoensayo lineal o inmunofluorescencia indirecta según el caso. Los datos se analizaron en Microsoft Excel®.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó 752 solicitudes de AAN, de las cuales el 51,2% resultaron positivas, (títulos  $\geq 1/80$ ). Del total de pacientes con prueba de AAN positiva, el 68,4% eran de sexo femenino y la edad promedio de 9 años, con una moda de 13 años. Del total de patrones hallados, el 47,3% se encontró en un título de 1/80, el 21,5% en 1/160, el 13,3% en 1/320, el 8,3% en 1/640, el 6,8% en 1/1280 y el 3,0% en un título  $>1/1280$ . El patrón nuclear moteado fue el más frecuente (67,8%), seguido del nuclear homogéneo (18,8%), el fibrilar (5,0%) y el nucleolar (4,5%). La frecuencia relativa del patrón nuclear moteado fue mayor a títulos bajos (1/80 y 1/160), en tanto que la del nuclear homogéneo fue mayor a títulos medios y altos ( $\geq 1/320$ ).

En el 75% de los patrones con títulos  $>1/1280$  se encontró algún anticuerpo específico asociado, este porcentaje cayó al 44,4%, 30,3%, 28,3%, 10,5% y 7,4% de los patrones con títulos de 1/1280, 1/640, 1/320, 1/160 y 1/80, respectivamente.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Es sabido que la relevancia clínica de la prueba de AAN es patrón y título dependiente. Títulos altos se asocian a una mayor probabilidad de EAS y a la detección de anticuerpos específicos. Si bien el hallazgo de AAN en bajo título con patrón nuclear moteado fue frecuente en la población evaluada, la implicancia clínica de este hallazgo debería ser mejor estudiada.

COMITÉ DE ÉTICA: No.

#### TI03

##### **Evaluación de alteraciones metabólicas en pacientes pediátricos ambulatorios con diagnóstico de sobrepeso u obesidad**

**Autoría:** Montes de Oca, Celina, Balbona, Maria Belen, García, Camila Belén; Lojo, Corina Elizabeth; Mermot, Julia.

**Laboratorio Central.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más común en la niñez y adolescencia, convirtiéndose en uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel global en todas las edades, siendo considerada la "epidemia del siglo XXI". Esta condición tiene impactos significativos en la calidad de vida, morbilidad y mortalidad, asociándose a complicaciones a futuro.

**OBJETIVO:** El objetivo fue analizar el perfil lipídico (C-LDL, C-HDL, colesterol, triglicéridos), glucemia y enzimas hepáticas (TGO, TGP y GGT) en muestras sanguíneas de pacientes pediátricos con sobrepeso u obesidad según orden médica.

**METODOLOGÍA:** Este trabajo utilizó un enfoque retrospectivo y transversal, incluyendo exclusivamente pacientes ambulatorios que acudieron al Laboratorio del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" entre noviembre de 2021 y noviembre de 2022 con diagnóstico de sobrepeso u obesidad consignado en la orden médica. Se recopilaron datos del Sistema Informático del Laboratorio, incluyendo los resultados de las pruebas de perfil lipídico, glucemia y enzimas hepáticas, garantizando la confidencialidad de los datos e identidad de los pacientes. Para caracterizar la población de estudio se realizó un análisis de los datos obtenidos calculando el porcen-

taje de pacientes que presentan alteraciones según rangos de referencia correspondientes para cada variable estudiada.

**RESULTADOS:** Se encontró que para las determinaciones de TGP y triglicéridos el 22,0% y 26,7% respectivamente presentaban valores elevados. Y para C-HDL el 75,1% presentó valores bajos lo cual se vincula con mayor riesgo cardiovascular. Para las demás determinaciones se vio que la mayoría de los pacientes tenían valores dentro del rango de referencia y en cuanto a C-LDL, un bajo riesgo aterogénico.

**CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:** Los resultados subrayan la necesidad de un seguimiento continuo y un enfoque interdisciplinario. El estudio presenta limitaciones por basarse en diagnósticos preliminares y no evaluar factores socioeconómicos ni hábitos alimenticios. Los hallazgos podrían estar significativamente influenciados por la dieta y el estilo de vida de los pacientes.

COMITÉ DE ÉTICA: Si.

#### TI04

##### **Alteraciones de la función tiroidea en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica.**

**Autoría:** Corina Elizabeth Lojo, Celina Montes de Oca, Silvana Faquina, Andrea Tournier.

**Laboratorio Central.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Las alteraciones de las hormonas tiroideas son comunes en la enfermedad renal crónica (ERC). La mayoría de los estudios se centran en adultos, siendo las entidades más frecuentes el síndrome del enfermo eutiroideo e hipotiroidismo subclínico. Por su impacto en el crecimiento y desarrollo y la escasa cantidad de estudios en la población pediátrica, es esencial investigar estas alteraciones.

**OBJETIVO:** El objetivo fue determinar la frecuencia y tipo de alteraciones de la función tiroidea, determinando los niveles de TSH y T4L, en población pediátrica con diagnóstico de ERC del HIAEP Sor María Ludovica.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en pacientes menores de 16 años con ERC, mediante el análisis de los resultados de 55 muestras de 43 pacientes de TSH y T4L realizados por quimioluminiscencia en autoanalizador Access®2 de Beckman Coulter, Inc. en el Laboratorio Central del HIAEP "Sor María Ludovica" entre enero 2022 y junio 2024. Los datos se obtuvieron del Sistema Informático del Laboratorio (LIS) NOBILIS® de Wiener Laboratorios SAIC. Se consideraron los siguientes valores de referencia: TSH 0.34-5.6 uU/mL y T4L 0.58-1.24 ng/dL. Los valores fuera de este rango se consideran alterados. El análisis de datos se realizó con Microsoft Excel®, calculando el porcentaje de pacientes con alteraciones en TSH y T4L evaluando la frecuencia y tipo de alteraciones tiroideas.

**RESULTADOS:** Los resultados de TSH mostraron 43 muestras (78.18%) con valores normales y 12 (21.82%) con valores alterados. Para T4L, 54 muestras (98.18%) presentaron valores normales y 1 (1.82%) valor disminuido. El análisis conjunto reveló 42 muestras con TSH y T4L normales, 11 con TSH aumentada y T4L normal, 1 con TSH normal y T4L disminuida, y 1 con TSH disminuida y T4L normal. De los 43 pacientes, 31 (72.09%) eran eutiroideos, 7 (16.28%) presentaron hipotiroidismo subclínico, y 5 (11.63%) cambiaron su estatus tiroideo durante el estudio. De estos 5 pacientes, 3 pasaron de eutiroideos a hipotiroidismo subclínico.

**CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN:** Los resultados revelan un importan-

te número de pacientes con alteraciones tiroideas, subrayando la necesidad de un monitoreo continuo para mejorar su calidad de vida. Esta investigación resalta la importancia de comprender mejor la interacción entre ERC y función tiroidea, y de estudiar cómo influyen las terapias de reemplazo renal, debido a la escasez de estudios en esta población.

COMITÉ DE ÉTICA: Si.

#### T105

**Evolución de la lactancia materna durante el primer año en niños/as que asistieron al observatorio de salud materno-infantil.**

**Autoría:** Estefanía Quarteroni, Lucrecia Fotia, Ignacio Mendez, Guadalupe Sanchez, Ana Luz Kruger.

**Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) - H.I.A.E.P "Sor María Ludovica"/ CIC-PBA; Residencia de Epidemiología (Nivel Central).**

**INSTITUCIÓN:** Para garantizar un crecimiento físico adecuado y una buena salud general se recomienda que los niños reciban lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y continuada hasta los 2 años junto con alimentos complementarios. Aun así, la cobertura de LME es deficiente tanto a nivel mundial como nacional.

**OBJETIVOS:** Describir la evolución de la lactancia materna durante el primer año de vida de niños/as cuyas madres asistieron al observatorio de salud de la madre y el niño.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, en pacientes atendidos entre 2018-2023. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas, se incluyeron a los niños de madres que realizaron su control de salud en el consultorio materno del observatorio y que contarán con la información completa sobre la alimentación hasta año. Variables estudiadas: tipo de alimentación por mes hasta los 6 meses (LME, lactancia mixta y fórmula exclusiva) y lactancia materna sostenida hasta el año. Para el análisis se utilizó el software SPSS v.20. Las variables se informan como frecuencias y porcentajes, media  $\pm$  SD o mediana (IQR), según corresponda. Se evaluó la correlación entre el tipo de alimentación entre el nacimiento hasta los 6 meses mediante el test Tau de Kendall.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 107 niños/as, 51,4% sexo femenino, 53% nacieron por parto vaginal, la media de peso al nacer fue 3391.78  $\pm$ 505.15g y la mediana de edad gestacional 39 (38,40) semanas. Un 79.4% de los recién nacidos fue alimentado mediante LME, mientras que a los 6 meses solo el 54.2% continuó con la práctica. Se halló una correlación moderada entre el tipo de alimentación de los recién nacidos con el primer mes ( $r=0.4$   $p<0.001$ ) y baja a los 5 meses ( $r=0,33$   $p<0.001$ ), mostrando en ambos períodos una disminución en la frecuencia de LME y un aumento en la lactancia mixta. A los 2 meses se observa un aumento en la frecuencia de alimentación con fórmula exclusiva pasando de 0.9% a 6.5% respecto del primer mes. A los 12 meses el 72.9% de los niños presentan una lactancia materna sostenida.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** En esta población, la LME a los 6 meses supera las tasas nacionales. Si bien se evidencia una disminución desde el nacimiento hasta los 6 meses, aumentando la lactancia mixta, una gran proporción de niños sostiene la práctica a los 12 meses. La disminución pronunciada de la LME al 1° y 5° mes indica momentos claves para intensificar la promoción de la lactancia.

COMITÉ DE ÉTICA: Si.

#### T106

**El laboratorio de Biología Molecular en la Leucemia Promielocítica Aguda (LPA). Diagnóstico y descripción en pediatría**

**Autoría:** Flores Camila, Mazziotta Lucia, Archuby Maria Laura, Fernandez Mariano, Rocha Daniela, Orellano Laura.

**Laboratorio Central. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"**

**INTRODUCCIÓN:** La LPA se asocia en el 98% de los casos a la translocación de los cromosomas 15 y 17 [t(15;17)(q24;q21)] que codifican para los genes PML y RAR $\alpha$ , respectivamente, generando 3 transcriptos diferentes: bcr1, bcr2 y bcr3. Si bien su evolución hiperaguda es fatal por la coagulopatía inicial, los tratamientos dirigidos suelen alcanzar la curación, siendo el riesgo de recaída bajo.

**OBJETIVO:** Describir la distribución por sexo, edad y de los transcriptos.

Evaluar la asociación del sexo respecto al tipo de transcripto.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 23 pacientes pediátricos con diagnóstico de LPA derivados de hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires durante el período 2013-2024.

El estudio cualitativo del reordenamiento del gen PML-RAR $\alpha$  y la identificación de los transcriptos de fusión se realizó en base a una RT-PCR nested a partir de leucocitos obtenidos de sangre periférica o médula ósea, previa extracción de RNA.

Fueron excluidos aquellos que concurren a controles moleculares posteriores al diagnóstico, recaídos y las sospechas no confirmadas.

Los resultados fueron analizados con el programa estadístico IBM SPSS-20, utilizando el test de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y la prueba binomial, con un nivel de confianza del 95% ( $p<0.05$ ).

**RESULTADOS:** De los 23 pacientes pediátricos estudiados, 14 (60.9%) corresponden a niños y 9 (39.1%) a niñas (relación 1,5), sin diferencias significativas entre los grupos ( $p=0,405$ ). La distribución por edad de la población estudiada tiene una mediana de 10 años (rango 2-15). El 52,2% de los pacientes pediátricos poseen el transcripto bcr1, el 8,7% bcr2, y el 39,1% bcr3, sin diferencias significativas entre ellos ( $p=0,405$ ). En el grupo de niños, 7 presentan bcr1 y 6 bcr3, mientras que en las niñas 5 bcr1 y 3 bcr3. Para bcr2 se observa la misma cantidad (1) para ambos sexos. Al evaluar la existencia de asociación entre sexo y tipo de transcripto no se hallan diferencias significativas ( $p=0,879$ ).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Coincidiendo con la bibliografía, esta enfermedad es infrecuente en menores de 10 años, aumentando su incidencia a partir de esta edad, predominando en adultos jóvenes. Además, el transcripto bcr1 es el mayoritario, sin ser estadísticamente significativo.

Es vital poder confirmar el diagnóstico, como también determinar el transcripto para el correcto seguimiento de la enfermedad mínima residual.

COMITÉ DE ÉTICA: No.

#### T107

**Actualización en la circulación de virus respiratorios en pacientes internados en el HIAEP Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Spadafora Micaela, Marra Dubo Juan Manuel, Palau María Juliana.

**Servicio de Laboratorio Central: Residencia de Bioquímica Clínica y Sala de Microbiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Los virus respiratorios son los principales agentes etiológicos de las infecciones respiratorias agudas

bajas (IRAB) en la población pediátrica. Representan una importante causa de morbimortalidad, especialmente en niños menores de 2 años. Desde la pandemia de COVID, la circulación de algunos virus se ha modificado. Por lo tanto, resulta de vital importancia continuar la vigilancia epidemiológica.

**OBJETIVOS:** Estudiar la circulación de virus respiratorios y analizar el número de casos de SARS-CoV2 positivos por rango etario en pacientes internados en el HIAEP Sor María Ludovica desde enero del año 2023 hasta junio del año 2024.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre las infecciones respiratorias virales en pacientes internados en el HIAEP Sor María Ludovica durante el año 2023 y el primer semestre del año 2024. A partir de muestras de hisopado nasofaríngeo, se realizó la determinación de SARS-CoV2 mediante métodos moleculares (DisCoVery, TransGen Biotech) y el panel de virus respiratorios por inmunofluorescencia directa (D3 Ultra8 DFA Respiratory Virus, Qidel). Dicho panel incluye los siguientes virus: virus sincicial respiratorio (VSR), influenza A (FluA), influenza B (FluB), adenovirus (ADV), parainfluenza 1 (PI1), parainfluenza 2 (PI2), parainfluenza 3 (PI3) y metapneumovirus (MPV).

**RESULTADOS:** En el año 2023, se analizaron 2268 muestras para SARS-CoV2 y 2393 para panel de virus respiratorios. Resultaron positivas 659 muestras, de las cuales: 63.3% correspondió a VSR, 10.9% a SARS-CoV2, 10.2% a PI3, 8.2% a MPV, 4.4% a FluA y 3% a otros. En el primer semestre del año 2024, se analizaron 1013 muestras para SARS-CoV2 y 1103 para panel de virus respiratorios. Resultaron positivas 337, de las cuales: 45.4% VSR, 31.1% SARS-CoV2, 20.8% FluA, 1.2% MPV y 1.5% otros. Respecto a los casos positivos de SARS-CoV2, desde enero del 2023 hasta junio del 2024 se obtuvieron 177 muestras positivas. De las cuales: 59.3% corresponde a pacientes 0-2 años, 28.2% a pacientes 2-9 años y 12.5% a pacientes 10-19 años.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 20-25 del año 2023, se observó la mayor circulación viral para VSR con un pico en la SE 20 mientras que para SARS-CoV2 se observó mayor circulación viral entre las SE1-2 en 2023 y entre SE2-6 en 2024.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** El VSR continúa siendo el virus más frecuente en la población pediátrica, y mantiene el patrón estacional prepandémico, circulando principalmente en los meses invernales. El SARS-CoV2 circuló principalmente en verano y afectó en mayor medida a niños de 0-2 años. Existió una disminución de la circulación de MPV y un aumento de la de FluA respecto del año 2022, en comparación con trabajos previos.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

#### TI08

**Epidemiología de las candidemias en población pediátrica: 7 años de estudio.**

**Autoría:** Zaccarello, Lucia, Shepherd Safar, Melanie; Guzzetti, Luciana; Eguiguren, Paula; Vescina, Cecilia.

**Sala de Microbiología, laboratorio central. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de la Plata, Buenos Aires.**

**INTRODUCCIÓN:** Las candidemias son causas frecuentes de infecciones asociadas a los cuidados de la salud. La epidemiología varía según el área geográfica y el tipo de paciente, motivo por el cuál es importante estudiarla.

**OBJETIVOS:** Determinar la distribución de especies y el perfil de resistencia de los aislamientos correspondientes a los episodios de candidemias en nuestro hospital.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de las candidemias registradas entre enero del 2017 y diciembre del 2023 en un hospital pediátrico. Se utilizaron frascos de hemocultivos pediátricos (Sistema BacTAlert 3D®, Biomérieux) y tanto la identificación como la determinación de la CIM a antifúngicos fue realizada con el sistema automatizado VITEK 2 (Biomérieux) y se evaluó según los puntos de corte del CLSI y EUCAST. Los datos clínicos y microbiológicos fueron obtenidos de las historias clínicas virtuales (SIGHEOS) y del sistema informático del laboratorio (Kern-MIC) respectivamente.

**RESULTADOS:** En el período estudiado se registraron 121 episodios de candidemias. Cuarenta en terapia intensiva neonatal, 21 en terapia intensiva pediátrica, 17 en pacientes con nutrición parenteral y 10 en pacientes internados en terapia cardiovascular. El resto se presentó en pacientes internados en salas de clínica general y oncología. La distribución de especies fue: 39,7% *C. albicans*, 38,8% *C. parapsilosis*, 10,7% *C. tropicalis*, 7,4% *C. glabrata* y 3,3% especies minoritarias como *C. dublinensis* y *C. lusitanae*. El predominio entre *C. albicans* y *C. parapsilosis* alternó a lo largo de los años (2017: 60%/15%, 2018: 38,5%/46,2%, 2019: 44,4%/44,4%, 2020: 36,8%/36,8%, 2021: 28,6%/64,3%, 2022: 21%/47,4, 2023: 44,4%/27,8% respectivamente). Con respecto a la sensibilidad a los antifúngicos, sólo se observaron dos aislamientos con resistencia: Un aislamiento de *C. albicans* resistente a fluconazol y otro resistente a caspofungina.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La distribución de especies varió a lo largo de los años. Las principales especies aisladas fueron *C. albicans* y *C. parapsilosis*, observándose variación en la proporción de ambas a través del tiempo. Se observó la emergencia de aislamientos de *C. glabrata* a partir de 2020. Se observaron dos aislamientos con resistencia: Un aislamiento de *C. albicans* resistente a fluconazol y otro resistente a caspofungina.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

#### TI09

**Análisis sobre el rol de un Hospital Pediátrico provincial de nivel III B en el Sistema de la Salud Bonaerense y propuestas para su optimización.**

**Autoría:** Clerc Berestein Miguel Angel, Giralda Rodrigo Nicolas y Marín Gustavo Horacio.

**H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"**

**INTRODUCCIÓN:** El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata (HIAEP SML) es un efector de nivel III B, con función prioritaria para la atención de casos de alta complejidad del sistema de salud provincial. No obstante, relevamientos preliminares realizados por nuestro grupo, indicaban que la atención se focaliza en prestaciones de mediana y baja complejidad.

**OBJETIVOS:** Determinar el rol que cumple el HIAEP SML y proponer acciones para optimizar y reencausar el hospital hacia la función esperada dentro del sistema sanitario bonaerense.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo de corte transversal con metodologías cuantitativa y cualitativa. Se relevaron las consultas ambulatorias en el HIAEP SML por año, entre 2019 y 2022. Se realizaron 60 entrevistas a trabajadores y usuarios relacionados al HIAEP SML y 7 CAPS de la región. Se recolectó información referida a: Número, tipo, complejidad, cobertura social y georreferencia de las consultas ambulatorias en el HIAEP SML.

**Dinámica en la obtención de turnos en el HIAEP SML.**

**Modalidad de referencia y contrarreferencia hacia y desde insti-**

tuciones de menor complejidad al HIAEP SML. Percepción de la problemática por usuarios, trabajadores y directivos. Satisfacción y accesibilidad a consultas y prácticas en el HIAEP SML. Barreras a la accesibilidad en el primer nivel de atención y en el HIAEP SML. RESULTADOS: El número de consultas ambulatorias en el hospital pre y post pandemia son similares, ha decrecido la respuesta de los consultorios externos y han aumentado las consultas en guardia. La mayoría de las consultas provienen de La Plata y Gran La Plata. Existe un gran número de consultas desatendidas en guardia. El 23,9% de consultas fue de usuarios con obra social. Se hallaron múltiples inconsistencias en los registros estadísticos del hospital. En las entrevistas a trabajadores, el discurso dominante fue que la atención de situaciones de salud de baja complejidad en el HIAEP SML constituye un problema mayor e identifican al menos 3 causas comunes.

La conceptualización de los usuarios respecto al HIAEP SML subraya la fuerte inserción social del modelo médico hegemónico hospital céntrico y curativo en salud donde se jerarquiza a los servicios de salud en base a la superespecialización médica. Se hallaron barreras de acceso a las instituciones administrativas, culturales, geográficas y económicas. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: Este estudio es el primero de su tipo y ha permitido, luego de un exhaustivo análisis y comparación de datos, visualizar la carga asistencial de situaciones de salud pediátricas de baja complejidad en el HIAEP SML, y detallar la visión y propuestas de un grupo de trabajadores y usuarios, actores fundamentales del sistema. COMITÉ DE ÉTICA: Si.

#### TI10

##### **Relevamiento de vacunación en el personal de salud del Hospital Sor María Ludovica.**

**Autoría:** Coloroso Elizabeth, Galvan Santiago, Lopez Valiente Victoria, Sotelo Romina, Vinuesa Marta.

**Vacuatorio.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Los profesionales de la salud se encuentran expuestos a diferentes enfermedades muchas de las cuales son prevenibles por vacunación. Hemos notado que, a pesar de los lineamientos vigentes, un número significativo de miembros del Equipo de Salud permanecen inadecuadamente vacunados, por lo cual se decide realizar un relevamiento para identificar el problema y llegar a una intervención oportuna.

**OBJETIVO:** Determinar la cobertura de vacunación, identificar las causas probables de la no vacunación, planificar intervenciones y campañas, realizar un seguimiento y evaluar el impacto, fomentar la promoción y prevención.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio exploratorio descriptivo a través de un formulario de Google durante los meses de junio/julio del 2024 se compartió en distintos grupos de WhatsApp del Hospital, el mismo se completó de forma anónima donde el encuestado respondió sobre lugar de trabajo, área en la que se especializa, vacunas que tiene aplicadas, causas de vacunación incompleta tanto del Calendario Nacional como de vacunas COVID (eventos adversos, miedos, desconocimiento de la enfermedad prevenida por la vacunación)

Para el análisis de los datos se utilizó el programa de estadística InfoStat, versión 2008.

También se utilizaron estadísticas de años anteriores.

**RESULTADOS:** Se recabaron los siguientes datos:

La mayoría de los encuestados pertenecen al área de enfermería y médicos (69%). Casi el 85% pertenecen al género femenino.

El 67% de los encuestados refieren tener el esquema primario completo de vacunación COVID, pero 7,9% no cree necesario los refuerzos en esta vacuna y un 10,3% refiere temor a los efectos adversos.

El 8,3% del personal de salud no refiere vacunación antigripal, entre los mayores de 45 años el porcentaje de no vacunados es de 4,9% mientras que en los menores de 45 años asciende a 10,8%

**CONCLUSIÓN:** Estos datos reflejan la falta de información y desconfianza en las vacunas dentro del propio personal de salud y la necesidad de implementar acciones para revertirlo ya que son ellos quienes deben transmitir la seguridad y confianza de la vacunación en la población general.

COMITÉ DE ÉTICA: Si.

#### TI11

##### **Sensibilización a aeroalérgenos en pacientes de la sala de alergia del hospital Sor María Ludovica**

**Autoría:** Rodriguez Natalia Aguilar, Becher Barbara, Garcia Marcela.

**Sala de alergia.** H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades alérgicas son frecuentes en la población pediátrica. En Latinoamérica, aproximadamente el 20% padece alguna patología de origen alérgico y se cree que su prevalencia va en aumento, aunque existen escasas estadísticas. Las principales manifestaciones respiratorias (rinitis y asma) suelen ser causadas por alérgenos ambientales; la identificación precisa de estos permite un abordaje adecuado.

**OBJETIVOS:** Conocer el patrón de sensibilización a aeroalérgenos en los niños/as y adolescentes que asistimos en la sala de alergia de nuestro hospital para establecer un enfoque dirigido a la prevención y terapia apropiada.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población de pacientes entre 3 y 15 años que asistieron a la sala de alergia del H.I.A.E.P. SML de La Plata desde enero del 2022 hasta junio del 2024 a los que se realizaron prick test para los aeroalérgenos disponibles: ácaros (*Dermatophagoides pteronyssinus* y *farinae*); epitelios (gato, perro); hongos anemófilos (*Alternaria alternata*, *Cladosporium* sp).

**RESULTADOS:** Se revisaron 335 historias clínicas. Del total de 257 testificaciones realizadas para ácaros el 60% fueron positivas. En cuanto a epitelios: del total de 116 testificaciones para gato, el 23% fueron positivas y de 163 para perro el 20% fueron positivas; con respecto a los hongos anemófilos: de 233 pacientes testificados para *Alternaria*, el 6% fueron positivas y de 227 pacientes para *Cladosporium* el 4% fueron positivas.

**CONCLUSIÓN/DISCUSIONES:** En la población pediátrica estudiada la prevalencia de sensibilización fue mayor para ácaros (60%), principalmente para *Dermatophagoides farinae*, seguida de epitelios (20 a 23%) y menor para los hongos anemófilos disponibles (4 a 6%). Consideramos prudente asesorar a los niños y la familia sobre el control ambiental enfocados en los resultados obtenidos para mejorar los síntomas y realizar el tratamiento oportuno.

COMITÉ DE ÉTICA: No corresponde.

TI12

**Estudio de la circulación de Encefalitis de San Luis, Equina del Oeste y Fiebre del Nilo Occidental en el HIAEP "Sor María Ludovica" durante el brote de Dengue del 2024.**

**Autoría:** Julia Mermot, María Francina Bouzón, Pamela Daiana Gómez, María Victoria Cabassi.

**Servicio de Inmunoserología del Laboratorio Central. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Los Arbovirus son un grupo de virus transmitidos por artrópodos hematofagos. Si bien el Dengue es el más relevante debido a su impacto clínico y epidemiológico, se sabe que también ha existido en nuestro medio circulación confirmada de los virus de Encefalitis de San Luis (ESL), Encefalitis Equina del Oeste (EEO) y Nilo Occidental (WNV).

**OBJETIVOS:** Realizar un relevamiento de las muestras derivadas para diagnóstico etiológico de encefalitis por Arbovirus durante el primer semestre de 2024 y determinar si existió circulación de ESL, WNV y EEO.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional sobre los resultados obtenidos de la totalidad de las muestras con solicitud diagnóstica para ESL, EEO y WNV, procedentes de pacientes pediátricos que habían concurrido al HIAEP "Sor María Ludovica" con un cuadro de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y síntomas neurológicos.

Se confeccionó un registro de los casos notificados entre la semana epidemiológica (SE) 1/2024 y la 26/2024, los tipos de muestras analizadas y los métodos utilizados.

Estos datos se recolectaron a partir de las fichas epidemiológicas que acompañaban las muestras y del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

**RESULTADOS:** Durante la SE 1 y 26/2024 concurrieron a nuestro hospital 23 pacientes con sospecha clínica de encefalitis por arbovirus. De estos 23 casos notificados, se logró arribar al diagnóstico en 6 pacientes, detectándose por laboratorio ESL como agente etiológico en 3 de ellos y alcanzando la confirmación de infección por virus del género Flavivirus en los 3 restantes. Además, 4 de los 23 casos notificados fueron descartados, y los 13 restantes obtuvieron resultados no conclusivos debido a limitaciones metodológicas y dificultades operativas propias del algoritmo vigente.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Si bien se logró evidenciar la co-circulación de dengue con ESL en nuestra región, el tamaño de la muestra y el alto porcentaje de casos no conclusivos limitan la interpretación de la situación epidemiológica. Resulta necesario intensificar la vigilancia de estos virus y evaluar una posible simplificación del algoritmo diagnóstico.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

---

TI13

**Utilización de la herramienta de tamizaje nutricional Strong-Kids en salas de internación polivalentes en un Hospital pediátrico de tercer nivel de la ciudad de La Plata.**

**Autoría:** Nuccitelli Romina, Di Croce María Emilia, Hernández Cesetti Florencia, Sosa, Daniela.

**Residencia de Alimentación y Nutrición de Niños, Niñas y Adolescentes. Servicio de Nutrición y Dietoterapia y Servicio de Alimentación y Dietética. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La desnutrición hospitalaria (DH) es un desequilibrio nutricional adquirido durante la internación, tanto si existe o no desnutrición previa. Es de causa multifactorial y su

prevalencia varía entre el 8 y 12%. Se asocia con aumento de la morbimortalidad. El objetivo del tamizaje es detectar pacientes en riesgo de DH para realizar una evaluación nutricional y considerar la necesidad de una intervención.

**OBJETIVOS:** Determinar el riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario.

Difundir la herramienta "Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth o STRONGkids" (SK). Evaluar la aplicabilidad de SK a través de su puesta en práctica.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal realizado en el HIAEP Sor María Ludovica, entre noviembre de 2023 y febrero de 2024 en dos salas de clínica médica polivalentes.

Se solicitó a los cuidadores la firma de un consentimiento informado.

Para el tamizaje de DH se encuentra validada para su uso la herramienta STRONGkids, que permite estratificar a los pacientes en tres niveles de riesgo: bajo, moderado y severo, sugiriendo según el riesgo un algoritmo de actuación.

Se orientó el cuestionario al cuidador a cargo del paciente dentro de las primeras 48hs del ingreso. Se tomaron las medidas de peso y talla a aquellos que no contaran con antropometría al ingreso y presentarían riesgo moderado o alto de DH, con cálculo de P/T en menores de 2 años e IMC en mayores de 2 años.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 37 pacientes (18 masculinos, 19 femeninos), de los cuales 15/37 presentaron bajo riesgo, 15/37 mediano riesgo y 7/37 alto riesgo de DH. El 81% de los pacientes presentaron riesgo moderado o alto de DH. De estos, solo el 33% presentaba desnutrición al ingreso.

De aquellos pacientes con mediano y alto riesgo, se detectaron 6 con algún grado de desnutrición al ingreso (5 con Z score de P/T o IMC < -1 y 1 con Z score < -2), 7 con normopeso (z score entre -1 y +1) y 5 con sobrepeso/obesidad (2 con z score > +1 y 3 > a +2).

Por los datos de evaluación antropométrica se excluyeron 4 pacientes del grupo de mediano y alto riesgo que no contaban con antropometría al ingreso y en los que no pudo realizarse la misma.

Dentro de las patologías subyacentes, 7 de causa oncológica, 2 cardiológica, 1 cirugía mayor, 1 metabólica, 1 síndrome de intestino corto, 1 prematuridad, 2 otras causas no incluidas.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La mayoría de los pacientes presentaron riesgo de DH más allá del estado nutricional al ingreso. Se logró poner en práctica el instrumento, resultando fácil, rápido y factible, por lo que este podría ser utilizado al ingreso del paciente por el equipo que toma el primer contacto con el mismo. La muestra resultó pequeña, por lo que los resultados no podrían extrapolarse a la población hospitalaria general.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

---

TI14

**Enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes en un hospital pediátrico de alta complejidad.**

**Autoría:** Pichinenda Micaela, Regalado Anastasia, Ploszaj Federico, Esposto Sofía, Lagala Yanina, Zaccarello Lucia, Torre Valeria, Alancay Alejandra, Fagnani Marcio, Lovano Fiorella, Maydana Mara, Sormani María Inés, Uriarte Valeria, García Mariel, Sosa Fernanda, Vescina Cecilia, Morales Juan Carlos.

**Servicio de Microbiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad invasiva por Streptococcus

pyogenes (EISP) constituye una entidad grave en pacientes pediátricos. La Organización Mundial de la Salud comunicó en diciembre de 2022 un aumento de casos, así como de muertes relacionadas a este evento.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas, microbiológicas y tratamiento de EISP en pacientes internados en un hospital pediátrico de tercer nivel.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo de EISP en pacientes de 0 a 16 años, internados desde enero 2023 hasta enero 2024. Se evaluaron datos demográficos, patología de base, presentación clínica, estudios complementarios de laboratorio, aspectos microbiológicos, tratamiento, ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI), estadía hospitalaria y evolución.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 19 pacientes, 14 (73,7%) de sexo masculino. La mediana de edad fue de 101 meses (17-187). El 84,2% no tenía patología de base. Las presentaciones clínicas fueron: sepsis 9 (36%), celulitis/absceso 4 (16%), artritis séptica 3 (12%), supuración pleuropulmonar 3 (12%), miositis 2 (8%), meningitis 2 (8%) y síndrome de shock tóxico (SST) 2 (8%). La proteína C reactiva promedio fue de 181,6 mg/L (12,2-504,7). Se aisló *Streptococcus pyogenes* (SP) en: hemocultivos en 57,8% (11/19), secreción de absceso/tejido piel y partes blandas en 80% (4/5), líquido pleural 100% (2/2), líquido articular 50% (1/2), líquido cefalorraquídeo 33,3% (1/3) de los pacientes. Se informó sensibilidad a clindamicina en 11 de 19 muestras, ninguna resistente. Todos los pacientes recibieron tratamiento empírico adecuado. Se agregó clindamicina o penicilina posterior al aislamiento de SP en 4 (21%) casos. Requhirieron procedimientos quirúrgicos 11 (57,8%) pacientes: drenaje de absceso 5 (45,4%), artrotomía 3 (27,2%), colocación de tubo de avenamiento pleural 2 (18,1%), retiro de catéter totalmente implantable 1 (9,0%). Se administró gammaglobulina intravenosa en 2 pacientes. Ingresaron a UTI 4 (21,0%); todos requhirieron asistencia ventilatoria mecánica. El promedio de estadía hospitalaria fue de 16 (3-53) días. Fallecieron 2 pacientes, ambos con patología oncohematológica de base.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** En nuestra serie observamos la mayoría de los casos de EISP en pacientes previamente sanos, siendo presentaciones clínicas más frecuentes la sepsis e infecciones de piel y partes blandas. Todos recibieron tratamiento adecuado. Fallecieron 2 pacientes, ambos con patología oncohematológica de base.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

#### TI15

**Utilidad del ensayo de Dihidrorodamina por Citometría de Flujo en pacientes con sospecha de Enfermedad Granulomatosa Crónica.**

**Autoría:** Alcalde María Belén, Laurito Luis Ignacio, Gelpi Paula, Tarquini Lucía, Alegre María, Schellnast Faure Astrid, Cabanillas Diana, Regairaz Lorena, del Palacio María Paula.

Laboratorio Central, Unidad de Inmunología. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria que afecta la función oxidativa del fagocito. De herencia ligada al X o autosómica recesiva, se caracteriza por infecciones bacterianas y fúngicas recurrentes y formación de granulomas. El test de Dihidrorodamina (DHR) por Citometría de Flujo, disponible en centros de referencia, es la prueba de elección para su tamizaje.

**OBJETIVOS:** Reportar la cantidad de test de DHR realizados en el Laboratorio de Inmunología del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" entre enero de 2022 y junio de 2024. Caracterizar la población estudiada y reportar los resultados obtenidos.

**METODOLOGÍAS:** "Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, que incluyó a todos los pacientes, sin límite de edad, que concurren al Laboratorio de Inmunología del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" entre enero de 2022 y junio de 2024 con la solicitud de test de DHR. Se excluyeron las solicitudes reiteradas a un mismo paciente.

A partir del sistema informático del laboratorio (NOBILIS®, Wiener), se registró sexo, edad, motivo de solicitud y resultado de la prueba de DHR. Los datos se analizaron en Microsoft Excel®.

El test de DHR es una técnica que permite evaluar el estallido respiratorio en fagocitos estimulados con PMA (Phorbol 12-myristate 13-acetate) a través de la oxidación de la DHR a Rodamina, un compuesto fluorescente que es detectable por Citometría de Flujo."

**RESULTADOS:** Fueron incluidos 222 pacientes (p), 215p entre 0 y 16 años y 7p adultos derivados, de entre 22 y 70 años. El 63% fueron varones y el 51,4%, pacientes de 0 a 3 años.

Los motivos de solicitud fueron abscesos, adenitis, bogitis, enfermedad inflamatoria intestinal, meningitis, osteomielitis, sepsis, otras infecciones con evolución tórpida (mastoiditis, sinusitis, otitis media aguda, neumonía, celulitis) o causadas por microorganismos frecuentemente hallados en EGC (*Aspergillus*, *Candida*, *Nocardia*, micobacterias, *Serratia*, entre otros).

Del total de pacientes evaluados, dos de ellos tuvieron una prueba de DHR alterada. Uno mostró una actividad oxidativa nula, mientras que el otro presentó una actividad residual. Una tercera paciente fue identificada como portadora con un comportamiento bimodal en la prueba. De los restantes pacientes, 200 tuvieron una prueba con comportamiento normal y a otros 19 se les solicitó repetir el ensayo.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Si bien la EGC es una entidad poco frecuente, su amplia forma de presentación y gravedad requieren un diagnóstico precoz o su exclusión oportuna. La disponibilidad del equipamiento y el personal entrenado para realizar el test en el Laboratorio de Inmunología, ha permitido el diagnóstico de enfermedad en 2p, de portación en 1p y la exclusión de EGC en más de 200p en los últimos 2 años.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

#### TI16

**Aceite de cannabis: acceso, uso y composición de principios activos, en el tratamiento de niños y niñas con epilepsia refractaria.**

**Autoría:** Matamoros, Natalia, Cassain Virginia, Frezzini Leandro, Diaz Basanta Sebastián.

Laboratorio de Toxicología Ambiental y Nutrición. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (H.I.A.E.P) "Sor María Ludovica"/ CIC-PBA: Toxicología y monitoreo de drogas. Laboratorio Central. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica"; Servicio de Neurología. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".

**INTRODUCCIÓN:** La epilepsia refractaria (ER) es un problema de salud pública de gran impacto económico y social. El fracaso y los efectos adversos de las terapias convencionales, sumado a la evidencia científica del cannabis en ER, convierten al cannabis en una alternativa terapéutica. Aunque se dispone de aceites

comerciales, es habitual el uso de aceites artesanales en los que no puede garantizarse su calidad.

**OBJETIVOS:** Conocer el acceso, uso y composición de los aceites de cannabis utilizados en el tratamiento de niños con epilepsia refractaria.

**METODOLOGÍAS:** Estudio descriptivo de corte transversal. Participaron niños/as con ER, atendidos en el H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" durante 2023-2024. Las variables acceso (obra social), uso y tipo de cannabis (comercial, artesanal o ambos), características del niño/a y medicación concomitante, se obtuvieron a partir de historias clínicas y entrevista semiestructurada. Se determinó THC, THCA, CBN, CBD y CBDA por cromatografía líquida en los aceites artesanales. Se calculó la razón THC Total/CBD Total considerándose adecuada si  $\leq 0,04$  (concentración de CBD  $\geq 96\%$  respecto al THC). El proyecto fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional (CIRPI) y recibió financiamiento (Beca de investigación en Salud Pública "Julieta Lanteri" 2023-2024).

**Resultados:** Participaron 52 pacientes, mediana de edad 9 (5-12) años. El 67,3% (35) usaba algún tipo de aceite de cannabis: comercial (24), artesanal (19) o ambos (8). El 84,6% (44) tenían obra social. El 76,9% estaba escolarizado y la mitad asistía a una escuela de educación especial.

Entre los 52 niños participantes, 14 presentaban epilepsia focal, 11 epilepsia generalizada y 27 encefalopatía epiléptica. En cuanto a la medicación concomitante, el 38,5% de los pacientes utilizaba dos drogas, el 40,4% tres drogas y el 21,1% más de tres. Diez pacientes (19,6%) llevaban una dieta cetogénica como opción de tratamiento de la ER.

Los rangos de concentración (mg cannabinoide/g aceite) hallados en los aceites fueron: CBD: 0,077-0,587; CBDA: 0,126- 1,086; CBN: 0,055-0,264; THC: 0,358-1,757; THCA: 0,222-0,625. Sólo 2 aceites presentaron THCT/CBDT  $\leq 0,04$ .

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Dos de cada tres niños con ER usaba algún tipo de aceite de cannabis, la mayoría tenía acceso a través de su obra social. La variabilidad en la composición de los aceites artesanales fue alta. La imposibilidad técnica de asegurar una manufactura de calidad y una composición precisa del principio activo (CBD) de los aceites artesanales impide la implementación de una terapéutica eficaz y segura.

**COMITÉ DE ÉTICA:** Si.

---

#### TI17

**Programa de cirugía mayor ambulatoria pediátrica, una mirada hacia el futuro.**

**Autoría:** Camino Daniela, Cuenca Estela, Loaiza Ramiro, Lovato Nadia, Meza Angélica, Reyes Brayan, Serano, Lina.

**Cirugía pediátrica. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** En cirugía pediátrica el mayor volumen de pacientes en lista de espera está constituido por patologías que se resuelven con cirugías de baja complejidad pero que requieren de anestesia general, necesitando una internación. Proponemos la formación de un programa de cirugía mayor ambulatoria pediátrica (CMAP).

**OBJETIVOS:** Mostrar la alta demanda de dicha patología, y evidenciar lo poco que se resuelve, por factores modificables. Apuntamos a acortar el tiempo de espera y la estadía hospitalaria, disminuyendo así los costos y optimizando los recursos.

**METODOLOGÍAS:** Este es un estudio experimental, para lo cual usamos como base de datos la estadística del servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital.

La idea es analizar las patologías que llamamos "blandas": criptorquidia, hernia inguinal, hidrocele, quiste de cordón, hernia umbilical y fimosis.

Para lo cual incluimos el número de procedimientos realizados entre julio/2023 y junio/2024, discriminando el porcentaje que pertenece a cirugías programadas, y dentro de estas cuáles pertenecen a patología blanda. Excluyendo las patologías de este tipo que se complican y se resuelven por guardia.

**RESULTADOS:** Entre julio/2023 y junio/2024 en el servicio de cirugía pediátrica del HIAEP Sor María Ludovica se realizaron un total de 1367 cirugías, de las cuales 659 fueron programadas. Dentro de estas, 168 fueron cirugías blandas (un promedio de 14 cirugías mensuales).

A pesar de esto, la lista de espera, a la fecha cuenta con 437 pacientes, y va creciendo día tras día, ya que estas patologías son la consulta más frecuente por consultorio.

Para constituir un programa de CMAP debemos tener en cuenta, no solo que paciente tenemos en frente y el tipo de patología, sino el medio social de este y la distancia desde la vivienda hasta el nosocomio.

Para lograr llevar adelante este proyecto necesitamos trabajar de manera multidisciplinaria, incluyendo los servicios de cirugía pediátrica, anestesiología, pediatría y el servicio de enfermería. Además, se necesita de un hospital de día o sala acorde que cuente con camas aseguradas para estos pacientes en días quirúrgicos.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La evidencia científica y la experiencia práctica indican que la CMA seguirá en expansión. El avance de la tecnología y la necesidad de controlar el aumento de costos en salud hacen evidente que esta estrategia se convertirá en la alternativa principal para los pacientes quirúrgicos electivos. Por lo que necesitamos implementarlo para seguir avanzando y beneficiando a nuestros pacientes.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

---

#### TI18

**Prevención de accidentes domésticos: ¿Cuánto saben los cuidadores de los niños menores de 5 años?**

**Autoría:** Murray Guillermina, Narvaez Jordan Adriana, Navarro Daiana, Martinez Ana Belén, Szepeluk Fabian Mauricio, Clerc Berestein Miguel.

**Residencia de Pediatría. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** Los accidentes domésticos (AD) son una causa frecuente de consulta y pueden ser desde simples golpes hasta traumatismos graves que pueden comprometer la vida. Los más susceptibles son los menores de 5 años, especialmente aquellos que pueden deambular por distintos espacios.

Son eventos prevenibles, producidos habitualmente, por desinformación o la negligencia de los adultos.

**OBJETIVOS:** Determinar el conocimiento en prevención de AD en cuidadores de menores de 5 años que concurren al HIAEP

Indagar sobre los roles de cuidado, características sociodemográficas y la capacidad para identificar riesgos en el hogar.

**METODOLOGÍAS:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, realizado durante julio de 2024. Se utilizó como herramienta de recolección de datos una encuesta semi-estructurada confeccionada para el estudio que indagaba sobre las variables a estudiar así como datos sociodemográficos. Se usó además un recurso gráfico con situaciones potencialmente causante de lesiones con la cual se realizó una intervención sobre cuidados generales en el hogar.

**RESULTADOS:** Participaron de la encuesta un total de 53 personas, de las cuales el 76,5% eran mujeres (69% progenitoras) con una media de 27 años y solo un 49% presentaba secundario completo.

Con respecto al cuidado de los niños el 71.6% se encontraba a cargo de un familiar de segundo grado y solo el 4% acudía a guardería. La zona del hogar identificada como de mayor riesgo para el desarrollo de AD fue la cocina en un 54%, seguido por las escaleras y el baño en un 12% y 10% respectivamente.

Un 72.5% de los encuestados manifiestan haber concurrido a una guardia para valoración ante un AD. Las caídas de altura fueron el motivo de consulta más frecuente en un 57%, seguido por quemaduras (14,2%), heridas cortantes (14,2%). Otras fueron la ingesta de cuerpo extraño y caídas de su propia altura.

Ante la imagen del hogar, solo el 22% logró identificar la totalidad de las situaciones de riesgo para AD.

El 71.2% refirió nunca haber recibido información sobre prevención de lesiones.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La encuesta reveló que existe un déficit en el conocimiento sobre prevención de AD, ya que un gran porcentaje refiere que nunca recibieron información sobre el tema.

Contar con la información recabada, permite a los profesionales de la salud brindar, adaptar y reforzar conocimientos y buscar estrategias de prevención junto a la familia y la sociedad para crear un entorno seguro para las infancias.

COMITÉ DE ÉTICA: No

---

#### TI19

**Dengue: descripción del comportamiento clínico y epidemiológico en pacientes pediátricos en un hospital especializado de 3° nivel del municipio de La Plata.**

**Autoría:** Lucila Mulreedy, Pierini Macarena, Morales Daniela, Pan Valentina.

**Residencia de Clínica Pediátrica H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.**

**INTRODUCCIÓN:** El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, de comportamiento epidémico en nuestro país y puede presentarse en cualquier rango de edad. Entre las SE 31/2023 y SE 14/2024 se registraron 42244 casos en pacientes menores de 15 años. Sin embargo, la información en relación a las características clínicas y epidemiológicas en la población pediátrica es limitada.

**OBJETIVOS:** Valorar el comportamiento trimestral de los casos de dengue en la población pediátrica que consulta en HIAEP SML en relación a los casos reportados en el municipio de La Plata y describir la sintomatología prevalente.

**METODOLOGÍAS:** Estudio observacional y transversal de pacientes entre 6 meses y 14 años y 11 meses, sin patologías anatómicas, neurológicas, metabólicas u oncológicas de base, que concurren a guardia externa y consultorio por síntomas y epidemiología compatibles con dengue, en el período comprendido entre 1 de enero 2024 y 30 de marzo 2024, en el HIAEP SML de La Plata. Se excluyeron pacientes que no cumplieran con los criterios mencionados. Las definiciones utilizadas pertenecen a la guía del Ministerio de Salud de la Nación. La revisión de registros de consulta externa y ficha epidemiológica de los pacientes fue digital. Los datos recolectados se organizaron en planillas de Excel, analizados cuantitativamente a través de porcentajes, frecuencia de sintomatología, diagramas sectoriales y de barras.

**RESULTADOS:** "Se incluyeron 181 pacientes con dengue. Por gráficos de dispersión se analizaron los reportes de casos en el municipio de La Plata y en el hospital desde la SE 8 a la SE 13, evidenciando una correlación positiva entre ambas variables, teniendo un comportamiento similar (Pearson 0,92 y R<sup>2</sup> 0,84). En cuanto a la sintomatología, además de la fiebre, presente en la totalidad de los casos analizados, el 43% refirió vómitos, 44% cefalea y 32% dolor abdominal. Solo el 27% presentó exantema, y el 13,2% algún tipo de hemorragia, predominantemente epistaxis y gingivorragia. Del total, 64 pacientes (35,4%) presentaron un síntoma gastrointestinal (GI), 44 (24,3%) manifestaron dos y 15 (8,3%) tres de ellos. Los vómitos y el dolor abdominal fueron la sintomatología GI prevalente, presentes en el 45% y 32,5% de los casos, respectivamente. Entre los casos confirmados sin serotipo el 56% presentó algún tipo de clínica GI y entre los confirmados por nexo epidemiológico, el 52,6%."

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** El aumento de casos en nuestra población se correlaciona con el comportamiento municipal. Fiebre y cefalea primaron. Más de la mitad presentaron síntomas GI, y a diferencia de otros autores que han descrito la prevalencia del dolor abdominal, en nuestra población fueron los vómitos. En la bibliografía las manifestaciones cutáneas son frecuentes, pero esto no se observó en nuestro estudio.

COMITÉ DE ÉTICA: No.

---

#### TI20

**Internaciones por crisis asmática en niños mayores de 6 años antes, durante y después de la pandemia por Covid19**

**Autoría:** Juan Andrés Finocchiaro, Ayelén Rojas Raies, Constanza Scarpín, Sabrina Massa, Fernando Rentería.

**Servicio de Neumotisiología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**Introducción:** El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia y ocasiona más de 15000 hospitalizaciones por año en nuestro país. Durante 2020 y al inicio de la pandemia por Covid19, no quedaba claro si dicha enfermedad aumentaba el riesgo y/o la gravedad de las exacerbaciones por asma bronquial.

**Objetivo:** Determinar si durante o con posterioridad a la pandemia por Covid19 se produjo un aumento de internaciones por crisis asmática (CA) y/o una mayor gravedad en el curso clínico de dichas hospitalizaciones.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron historias clínicas de todos aquellos niños mayores de 6 años que fueron internados con diagnóstico de CA durante el período comprendido entre marzo y octubre desde 2019 hasta 2023 inclusive. Se registraron datos como: sexo, antecedente de tratamiento previo para el asma y seguimiento por neumonología, número total de días de internación, requerimiento de cuidados intensivos, requerimiento de administración de sulfato de magnesio, PCR para Sars Cov 2. Se clasificaron las internaciones de acuerdo a la gravedad del curso clínico en tres subgrupos: grave (requerimiento de sulfato de magnesio, oxigenoterapia con alto flujo, asistencia ventilatoria y/o cuidados intensivos), moderado (más de 48 horas de internación, pero sin requerimiento de UCI, alto flujo de oxígeno o sulfato de magnesio) y leve (menos de 48 horas de internación, sin criterios de gravedad).

**Resultados:** Se revisaron 784 historias clínicas.

Los resultados se resumen en la tabla 1.

	2019	2020	2021	2022	2023
n	170	54	123	252	186
Leve	57 (34%)	18 (33%)	22 (18%)	53 (21%)	53 (28,5%)
Moderado	94 (55%)	31 (57%)	87 (70%)	157 (62%)	100 (53,8%)
Grave	19 (11%)	5 (10%)	14 (12%)	42 (17%)	33 (17,7%)
Tto previo	54 (32%)	9 (17%)	19 (15%)	42 (17%)	25 (13,4%)
Sars Cov 2	-	1	2	1	-

**Tabla 1**

**Discusión:** Durante 2020 y coincidiendo con el período de mayor circulación comunitaria del virus Sars Cov 2 las internaciones por CA se redujeron en un 69% con respecto a igual período del año previo. Sin embargo, se mantuvo la proporción de pacientes internados con cuadros de curso clínico grave (aproximadamente 10% del total). En 2019 hubo una mayor frecuencia de internaciones en pacientes con tratamiento previo. Por el contrario, durante 2020 aumentó la frecuencia de internaciones en pacientes sin tratamiento preventivo. Se registró un pico de internaciones por crisis asmáticas en 2022, coincidiendo con el regreso a la presencialidad de la mayor parte de las actividades escolares y sociales, aunque el porcentaje de internaciones graves se mantuvo relativamente estable a lo largo de todo el período estudiado (entre 10 y 18% del total). En 2023 se registró un número y proporción de gravedad clínica de las internaciones similar a los valores pre pandemia (2019).

**Conclusión:** El aislamiento social y la ausencia de escolaridad presencial probablemente determinaron el menor número de internaciones por asma durante 2020. La menor circulación de virus respiratorios podría haber causado la reducción en el número de internaciones en pacientes con tratamiento previo. La Covid19 no parecería estar asociada con aumento de las internaciones y/o la gravedad de las mismas en pacientes con asma, aunque se requiere de estudios más complejos para determinar asociaciones estadísticas.

#### TI21

**Inserción laboral de médicos pediatras formados en la residencia de un hospital pediátrico de La Plata, egresados en el período 2015-2023".**

**Autoría:** Rodríguez Vuan Ana Clara, Astengo María Belén, Maydana Mara, Giralda Rodrigo Nicolás, Goyeneche María Belén, Clerc Berestein Miguel Ángel.

**Coordinación Docente de Pediatría H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"**

**INTRODUCCIÓN:** El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata (HIAEP SML) es un hospital público pediátrico de alta complejidad y cuenta con una larga trayectoria en la formación profesional. Conocer el desarrollo laboral de los egresados de la residencia de pediatría es necesario para el desarrollo de políticas públicas y la gestión de fuerza laboral calificada.

**OBJETIVOS:** Conocer la situación actual de los egresados de la residencia en pediatría del HIAEP SML. Describir los cambios en el ingreso al sistema público de salud después de la implementación de políticas de promoción y fortalecimiento de la especialidad.

**METODOLOGÍAS:** "Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, con metodologías cualitativas y cuantitativas.

Para la base de datos se utilizó un formulario virtual de Google realizado por la Coordinación Docente de la residencia de pediatría del HIAEP SML.

El instrumento utilizado fue denominado "Encuesta para Residentes egresados de Pediatría del HIAEP SML", contiene ítems de respuesta cerrada: datos socio-demográficos, sobre la formación de postgrado, y la condición laboral (asistencial, docente y de investigación) en que se encuentran; y respuestas abiertas: valoraciones sobre la repercusión del paso de cada uno por esta residencia.

Las encuestas fueron distribuidas a través de email y WhatsApp a cada participante, siendo confidencial la utilización de los datos, pero no anónima."

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 108 respuestas de las cuales 84,2% son mujeres, 95,4% argentinos, 38,8% de La Plata y alrededor y la mediana de edad al ingreso fue 26 años. El 92,6% se formó en universidades públicas argentinas, 5% en privadas y 3% en el exterior. El 38,9% realizó Jefatura de residentes. El 42,9% realizó subespecialización, de ellos el 31% se dedican exclusivamente a la especialidad, y el 58% se desempeña como pediatra y como especialista. Del total de egresados, 44 ingresaron a planta del hospital, el 75% luego de la implementación de políticas públicas específicas. El 52% trabaja exclusivamente en el sector público y el 11,1% viven en el exterior. Al consultar sobre docencia e investigación, el 13,9% se desempeña formalmente como docente y el 11,1% realiza investigación.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Este trabajo permitió conocer el estado laboral de los egresados de los últimos 9 años de la residencia de pediatría más numerosa de la provincia y la variación inter anual de ingresos por año al sistema público de salud en relación a los diferentes programas de promoción. Además, brinda información relevante para el diseño de futuras políticas relacionadas a una especialidad médica crítica.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No.

#### TI22

**Atrofia muscular espinal: características de la población atendida en el servicio de rehabilitación de un hospital pediátrico de agudos.**

**Autoría:** Rocío Maitén Landívar, Fiorella Li Volti María Paz, Mattioli Maruja, Lopez Matos Verónica Taboada.

**Rehabilitación. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular rara, de herencia autosómica recesiva. Se manifiesta principalmente en edad pediátrica con compromiso motor, respiratorio y deglutorio, significando una reducción en la calidad y expectativa de vida.

**OBJETIVOS:** Caracterizar el compromiso motor, respiratorio y deglutorio, así como los aspectos demográficos de la población con diagnóstico de AME que asiste al servicio de rehabilitación del HIAEP Sor María Ludovica.

**METODOLOGÍAS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes con AME evaluados en el servicio en el período 2010-24. Criterios de inclusión: diagnóstico molecular AME; edad hasta 15 años. Exclusión: diagnóstico concomitante de patología con compromiso motor, respiratorio y/o deglutorio. Variables: edad; sexo M/F; OOS Sí/ No; residencia: La Plata, conurbano o interior de la pcia; tipo de AME: 1, 2, 3; control motor en la última evaluación: sedestador, no sedestador o deambulador; compromiso deglutorio: vía oral, SNG, gastrostomía, modificación de consistencia; compromiso respiratorio: aire ambiente, oxígeno, VNI, ventilación invasiva; tratamiento modificador de enfermedad: sí/no. El análisis se

realizó a través de estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó 19 pacientes, 13 masculinos y 6 femeninos, 15 contaban con obra social y de los 4 restantes no se contó con ese dato. En cuanto al lugar de residencia 9 pertenecían a La Plata, 5 al conurbano y 5 al interior. Con respecto al diagnóstico, 6 tenían AME 1, 10 AME 2 y 3 AME 3. Los pacientes con AME 1 ingresaron al servicio entre los 1-7 meses de edad, siendo no sedestadores 5 y 1 sedestador; 5 con compromiso respiratorio y 4 presentaron trastornos deglutorios; 1 paciente falleció al año de vida; la totalidad de este grupo recibió tratamiento modificador de la enfermedad (TME). Los pacientes con AME 2, ingresaron entre los 1-13 años, 5 fueron sedestadores, 4 no sedestadores y 1 deambulador; 4 con trastornos deglutorios, 3 con compromiso respiratorio; 1 paciente falleció a los 8 años; solo 3 recibieron TME. Los pacientes con AME 3 ingresaron entre los 2-9 años, en su totalidad fueron deambuladores, sin trastorno deglutorio ni compromiso respiratorio; 1 sólo recibió TME.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** En nuestra población, el ingreso al servicio se dio entre 1 mes y 13 años, siendo más temprano en AME1. El 68,4% fueron masculinos y contaron con OOS 78,9%. El lugar de residencia fue La Plata para el 47,4%. Respecto al diagnóstico, predominó con 52% AME2. Los pacientes fueron no sedestadores en un 47,4%. Un 42,1% presentó compromiso deglutorio, y en igual proporción compromiso respiratorio. **COMITÉ DE ÉTICA:** Si.

#### TI23

##### **Impacto de la Pandemia por COVID 19 en el Diagnóstico Oportuno de Pacientes Pediátricos con Tumores Sólidos Malignos.**

**Autoría:** Quispe Cintia, Taffi Carolina, Giralda Rodrigo, Pollono Agustina, Díaz Verónica.

**Oncología. H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico oportuno representa la identificación temprana de los signos y síntomas de la enfermedad. En la pandemia por Covid 19 se tomaron diversas medidas para disminuir el riesgo de contagio, esto generó cambios en los servicios de salud.

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la pandemia en el diagnóstico oportuno de Tumores Sólidos Malignos (TSM) en pacientes pediátricos.

**OBJETIVOS:** - Explorar el impacto de la pandemia por COVID 19 en el diagnóstico oportuno de pacientes pediátricos con tumores sólidos malignos del HIAEP "Superiora Sor María Ludovica". **METODOLOGÍAS:** Estudio cuantitativo, retrospectivo, observacional.

**Criterios:** Inclusión: Ptes ingresados con diagnóstico de TSM durante: 1er año de la pandemia (mar 2020-feb 2021) y año previo (mar 2019-feb 2020). Exclusión: Edad >15 años o diagnóstico de Leucemia/Linfoma.

**Demora diagnóstica:** tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico mayor a 30 días.

**Recolección datos de historias clínicas en base dinámica de Microsoft Excel. Análisis:** Datos: software R versión 4.2.2. Edad y tiempos: el test de Shapiro-Wilk e informadas como mediana (P25; P75). Las variables cualitativas como frecuencia (%). Diferencia entre grupos: test de Mann-Whitney para variables cuantitativas y el test exacto de Fisher para variables cualitativas. OR y su intervalo de 95% de confianza. Significativo: p-valor < 0,05. **RESULTADOS:** Entre mar 2019 y feb 2021 ingresaron 64 ptes con diagnóstico de TSM, 32 prepandemia y 32 en pandemia. Media-

na edad: prepandemia 6.6 años (3,6 10,4), pandemia 9,3 años (5,0-13,3) (p 0,271). Mediana tiempo (t) inicio de los síntomas hasta diagnóstico 63,5 días (29,0-118,8) prepandemia y 52,5 días (33,0-115,2) en pandemia (p 0,957). Demora > 30 días 71,9% prepandemia y 78.1% en pandemia (p 0,774). Mediana t inicio de síntomas-1era consulta: prepandemia 14 días (3,0-31,0), pandemia 18 días (8,0-66,0) (p 0,330). Mediana t desde 1era consulta-derivación especialista: prepandemia 6,5 días (0,0-52,5), pandemia 2 días (0,0-37,0) (p 0,785). Mediana t entre la consulta oncológica-diagnóstico: prepandemia 15 días (9-22,5), pandemia 14 días (4,8-20,2) (p 0,528).

**Estatus oncológico al diagnóstico:** Prepandemia 27 ptes (84,4%) localizado y 5 ptes (15,6%) metastásico. Pandemia 18 ptes localizado (56,2%) y 14 ptes (43,8) metastásico, diferencia significativa (p 0,027) OR(IC95): 4,10 (1,14; 17,24).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Existe demora diagnóstica en el diagnóstico de TSM en pediatría independientemente del factor pandemia. Durante dicho periodo se registró un mayor porcentaje de ptes con enfermedad metastásica, lo cual puede ser atribuido a una mayor proporción de ptes con diagnóstico de sarcomas óseos y de partes blandas en este grupo.

**COMITÉ DE ÉTICA:** Si.

#### TI24

##### **Características clínicas e imagenológicas de los tumores de fosa posterior en pediatría.**

**Autoría:** Dora Gutierrez.

**H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica".**

**INTRODUCCIÓN:** El tumor cerebral es una neoplasia de tejido cuyo crecimiento no está coordinado con el de los tejidos normales, la tienda del cerebelo delimita un espacio separando los tumores en supratentoriales e infratentoriales o de fosa posterior > 50%. En los primeros 3 años de vida los tumores supratentoriales son más comunes, los infratentoriales predominan en los pacientes de 4 a 10 años de edad.

El mesencéfalo posee centros reflejos para el movimiento de los ojos, cuello y cabeza.<sup>6</sup> Si las lesiones afectan el vermis anterior los pacientes tambalean aún con los ojos abiertos.<sup>7</sup> Pueden provocar pérdida de la coordinación y ataxia si se ubica en el vermis cerebeloso.<sup>8</sup> Las convulsiones, disartria, parálisis facial son parte del cortejo sintomático que acompaña al tumor.

Si la presión intracraneana es > 20 mmhg se realiza tratamiento médico, pero si no responde se indica cirugía.

Una derivación ventricular externa es una opción que nos permitirá realizar marcadores en el LCR. Las colaboraciones de niños mayores hacen que el diagnóstico se establezca con mayor facilidad. En recién nacidos, el pronóstico sigue siendo sombrío debido a las histologías agresivas y las limitaciones del tratamiento adyuvante.

Los tumores de fosa posterior más comunes en orden decreciente son el meduloblastoma, el astrocitoma pilocítico y el ependimoma.

Casi todos aparecen de forma espontánea y son de etiología desconocida.

El tratamiento es la resección quirúrgica completa, radioterapia y quimioterapia.

La clasificación de la OMS en los tumores del SNC del niño resulta difícil dada la frecuencia de tumores constituidos por células embrionarias o poco diferenciadas no fáciles de clasificar. La OMS en el año 2016 divide los tumores del SNC de acuerdo

al tipo histológico y utiliza marcadores moleculares de citodiferenciación.

La OMS en el año 2021 introduce cambios que promueven el papel del diagnóstico molecular en la clasificación de tumores del SNC, sigue unido a la histología, la inmunohistoquímica, se introducen nuevos subtipos de tumores, algunos basados en nuevas tecnologías de diagnóstico, como el perfilado de metiloma de ADN.

Según el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino, entre los años 2000 a 2017 se registraron 24.117 niños menores de 15 años con patología oncológica.

Wilne et al. en 2010 publicaron una guía para profesionales de la salud para la evaluación de niños con posible tumor del SNC y cómo llegar al diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Este trabajo describe las características clínicas e imagenológicas de los tumores de fosa posterior, el género más afectado, la edad más prevalente, los tipos y el estudio complementario más solicitado, en plan de llegar a un diagnóstico precoz, ofrecer un tratamiento oportuno, evitando secuelas neurológicas y disminuir la morbimortalidad en los niños.

**METODOLOGÍAS:** Estudio de investigación retrospectiva, descriptiva, cuantitativa y de corte transversal realizado en el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" desde el 1 de enero de 2008 hasta el 1 de Julio de 2012, en 106 historias clínicas.

**Criterios de inclusión:** Historias clínicas de todos los pacientes de 1 a 15 años de edad con diagnóstico tumor de fosa posterior internados durante enero 2008 a Julio 2012.

**Criterios de exclusión:** Historias clínicas de los pacientes que no se encontraban dentro del rango etario, los que fueron tratados por otros tipos de tumores.

**Análisis Estadístico:** Los datos obtenidos de las Historias clínicas fueron procesados mediante la utilización del programa Microsoft Excel para la confección de las tablas y sus correspondientes gráficos, el programa Word para el posterior análisis de los datos y poder así expresar los resultados obtenidos en el cruce de datos de las variables.

**RESULTADOS:** Durante el periodo estudiado, los síntomas iniciales fueron cefalea el 67%, alteración de la visión 11%, náuseas 8%, dismetría 8% y un 6% presentó disfagia. Los signos acompañantes fueron vómitos matutinos 46 %, ataxia 24%, papiledema 12%, nistagmos 11% y tortícolis en un 7%.

El estudio más realizado fue la tomografía sin contraste y una resonancia magnética con contraste en el 42%, la ubicación más frecuente fue en el cerebelo 58%.

El 43% no tenían registro de las características, fueron de tipo quísticos un 23%, de composición mixta 21%, sólido 13%. El género masculino fue el más afectado 66% y los tipos fueron el meduloblastoma 35%, astrocitoma 33%, ependimoma 23% y finalmente a los gliomas con el 13%.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:**

En niños, las masas del SNC más frecuentes son sólidas e intratentoriales.<sup>22</sup> Un estudio de niños con cefalea, encontró que tenían valor predictivo como indicadores de proceso expansivo intracraneal.<sup>23</sup> En Colombia un trabajo mostró que los principales hallazgos clínicos fueron cefalea y las náuseas o vómitos.<sup>24</sup> En este estudio el signo más frecuente fueron los vómitos; En una investigación de Honduras predominó el síndrome de hipertensión Endo craneana, asociado a afecciones de las vías cerebrosas.<sup>25</sup>

En este trabajo las más usadas fueron la TAC y la RMN. La detección de tumores por la TAC se cifra en un 95%, siendo la RMN la técnica de elección para la detección de tumores, la extensión y recurrencia tumoral.<sup>26</sup> La RM se muestra prometedora para diferenciar tumores histológicos y sus subgrupos moleculares.<sup>27</sup>

En este estudio la localización más frecuente fue en el cerebelo, similar a otra investigación realizada en la India donde la ubicación más común fue el vermis cerebeloso.<sup>28</sup>

El sexo masculino es discretamente más afectado.<sup>29</sup> Una investigación española, también mostró que los tumores de fosa posterior son más frecuentes en varones.<sup>30</sup>

En nuestro trabajo el tumor más frecuente fue el Meduloblastoma, como un trabajo realizado en Colombia.<sup>31</sup> En China el meduloblastoma, astrocitoma y el ependimoma son tumores frecuentes en la fosa posterior de los niños.<sup>32</sup> En Shanghai fue el astrocitoma, seguido de ependimoma y luego el meduloblastoma.<sup>33</sup>

**CONCLUSIONES:** 1- En el año 2008- 2012 se diagnosticaron 106 pacientes con tumores de fosa posterior en niños de 1 a 15 años en el Hospital Juan P. Garrahan de la C.A.B.A.

2- El género más afectado fue el masculino y el grupo etario fue de 1 a 5 años..

3- Los síntomas iniciales fueron la cefalea, alteración de la visión y náuseas.

4- Los signos más frecuentes fueron los vómitos matutinos, ataxia y papiledema.

5- El estudio más utilizado fue la TAC sin contraste junto a una RMN con contraste.

6- La consistencia del tumor por imagen correspondía a lesión quística en el 25 % del total de la población analizada, el resto no tenía registros sobre esta característica.

7- Histológicamente los tumores más frecuentes fueron en orden decreciente el Meduloblastoma, seguido del Astrocitoma luego el Ependimoma y gliomas.

8- La mayoría de los tumores localizados en la fosa posterior del encéfalo, se presentan en el cerebelo.

**COMITÉ DE ÉTICA:** No corresponde.

---

## TI25

### Nutrición Parenteral Domiciliaria en el Hospital de Niños de La Plata.

#### Evolución de los pacientes.

**Autoría:** Martínez María Inés, Fabeiro Marcela<sup>1</sup>, Borrás Iglesias Romina<sup>1</sup>, De Cristófolo Cecilia<sup>1</sup>, Cocco Pablo<sup>2</sup>, Etcheverry Natalia<sup>1</sup>, Agud Laura<sup>1</sup>, Larroulet Martina<sup>3</sup>, Parrandeli Emiliano<sup>4</sup>, Wrigth Julieta<sup>4</sup>, Dalieri Marcela<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Nutrición - <sup>2</sup> Servicio Social - <sup>3</sup> Servicio de Alimentación - <sup>4</sup> Servicio de Farmacia. H.I.A.E.P "Sor María Ludovica"

**INTRODUCCIÓN:** La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) se indica en pacientes con falla intestinal crónica. En el Hospital los primeros pacientes tratados datan de la década de 80 por lo que se cuenta con la experiencia más larga en Argentina. Desde 2011 estos pacientes son asistidos en interdisciplina en la Unidad de Internación (Sala 13) y en la Unidad de Soporte Domiciliario del Servicio de Nutrición.

**OBJETIVOS:** Describir a la población de pacientes asistidos en NPD y su evolución, desde la creación de la Unidad de Soporte Domiciliario hasta la actualidad.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo sobre 99 pa-

cientes (38 mujeres) que recibieron NPD y fueron seguidos en la Unidad entre 2011 y 6/2024. 27 habían iniciado el tratamiento antes de 2010 y 72 desde la creación de la Unidad.

La NPD es un tratamiento médicamente complejo y dependiente de tecnología indicado en pacientes dependientes de NP prolongada. Implica la prescripción, elaboración y administración de bolsas de nutrición parenteral a través de catéteres venosos centrales de larga duración y el uso de bombas de infusión.

Los datos fueron recolectados en una base de datos de uso exclusivo por los investigadores teniendo como fuente de información la historia clínica. Se describen diagnósticos, edad al inicio y tiempo en NPD, procedencia, cobertura del tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Diagnósticos: síndrome de intestino corto 80, pseudobstrucción crónica intestinal 12, otros diagnósticos 6.

Domicilio: 25 La Plata, 45 Conurbano, 23 otros municipios de la provincia y 6 otras provincias.

Evolución:

-Fallecieron 14 pacientes: 9 por complicaciones de la FIC/NP (5 sepsis, 3 falta de accesos vasculares y 2 enfermedad hepática), y 5 por causas no relacionadas.

-En 32 pacientes la NPD fue suspendida electivamente por autonomía digestiva. 23 de ellos continúan en seguimiento.

-14 pacientes fueron transferidos a Servicios de adultos, 5 derivados para trasplante.

-Al corte continuaban en NPD 32 pacientes con una Mediana (M/IQR) de edad al inicio del tratamiento de 0.77 (0.62-1.27) años y un tiempo en NPD de M/IQR 6.9 (3.4-10.2) años. Al ingreso 6/32 tenían obra social. Actualmente en 31 la NP y los insumos son provistos por empresas privadas y financiadas por su obra social. El tratamiento es realizado en 18 pacientes por los padres, y por enfermería /padres en el resto. 26 de los niños están escolarizados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: El hospital cuenta con una larga y vasta experiencia en la FIC y la NPD. La indicación, implementación, monitoreo y tratamiento de complicaciones se realiza con abordaje interdisciplinario especializado. La NPD permite la reinserción en el hogar y participar en actividades propias de la edad.

En una proporción de los pacientes, similar a lo reportado por otros centros, se logra suspender el tratamiento.

COMITÉ DE ÉTICA: No.

---

# REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

**LUDOVICA PEDIÁTRICA** es una publicación científica oficial semestral con arbitraje del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Superiora "Sor María Ludovica" de La Plata. El fin de la revista es divulgar la actividad científica, docente y asistencial del hospital y la región. Se publicarán trabajos relacionados con la Salud materno-infantil, Pediatría y sus áreas específicas, y otras áreas afines de la Salud Pública.

Se seleccionarán para publicación artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, presentación de casos clínicos y otros que cumplan los criterios de solidez metodológica, originalidad y sean actuales y oportunos.

El proceso de revisión de manuscritos constará de una primera evaluación por el Comité Editorial que decidirá la aceptación del manuscrito según los criterios de selección expresados arriba y una segunda etapa que será realizada por dos revisores independientes especialistas en el tema del manuscrito y/o en metodología de la investigación. Se mantendrá en forma confidencial la identidad de autores y revisores. El dictamen podrá ser de aceptación, rechazo, o condicionamiento a las modificaciones sugeridas por los revisores. Toda decisión se comunicará a los autores en un plazo de dos meses a partir de la fecha en que se reciba el original. Si el trabajo resultase condicionado, la nueva versión deberá enviarse en un plazo máximo de treinta días.

El envío de los manuscritos deberá hacerse por correo electrónico a [ludovicapediatria@gmail.com](mailto:ludovicapediatria@gmail.com). En el "asunto" colocar la leyenda "Manuscrito para LUDOVICA PEDIATRICA". En el "cuerpo" del mensaje indicar el título del trabajo, el tipo de artículo y el nombre del primer au-

tor. Además, deberá adjuntarse necesariamente una Carta dirigida a la Coordinación Editorial con el nombre de todos los autores, número de ORCID (<https://orcid.org/signin>), correo electrónico y firma de cada uno de ellos, solicitando la evaluación del manuscrito para su eventual publicación. En la carta debe constar claramente que:

1. El trabajo remitido no ha sido publicado en ningún medio y no será enviado a otra publicación, mientras dure la evaluación en LUDOVICA PEDIÁTRICA.
2. Todos los autores manifiestan si existen conflictos de intereses. En el caso que exista conflicto de intereses, los autores deberán declararlos.
3. Se deben detallar cada una de las fuentes de financiación. Si el estudio no recibió financiación, los autores deben expresarlo claramente.
4. Se especifican las condiciones para compartir los datos.
5. Se debe señalar que se ha cumplimentado la lista de verificación antes del envío del material.
6. Se debe indicar que en el caso que el artículo sea publicado, todos los autores ceden los derechos de autor a LUDOVICA PEDIATRICA.

En la carta de remisión los autores pueden sugerir revisores aclarando la información de contacto. No se dará inicio al proceso editorial si la carta no contiene todos los puntos señalados.

## CONDICIONES GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN.

Los artículos deben ser inéditos o publicados previamente sólo en actas de congresos u otras reuniones científicas. Todos los trabajos aceptados quedarán como propiedad permanente de la revista y no podrán ser re-

producidos total o parcialmente sin permiso expreso.

Los manuscritos deben redactarse con procesador de texto (MS Word), tamaño de hoja A4, márgenes 2,5 cm, fuente Arial 12, interlineado 1,5 justificado, sin sangría ni espacios entre párrafos. La extensión de los manuscritos se indica en las condiciones particulares de cada sección. En la primera página deben constar los datos básicos del/ de los autor/es (apellido e inicial/es de nombre; número de ORCID (<https://orcid.org/>), lugar de trabajo). Además, se debe especificar el e-mail del autor responsable de la correspondencia.

Los artículos deberán ser escritos en el idioma oficial de la publicación, que es el español. El resumen y palabras claves deberán presentarse en español y en inglés.

En lo referido a gramática y estilo, es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción con un estilo apropiado para la información científica, utilizando el genérico tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones. Se debe revisar cuidadosamente la redacción y estilo antes de enviar el manuscrito.

Las notas de los artículos deberán enumerarse correlativamente al pie de página.

Las referencias bibliográficas se señalarán según el orden de aparición en el texto y deberán seguir el formato Vancouver para los trabajos clínicos. Se recomienda consultar los sitios: Citing Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. y [https://biblioteca.unizar.es/sites/biblioteca.unizar.es/files/documentos/estilo\\_vancouver\\_resumen\\_con\\_rrss.pdf](https://biblioteca.unizar.es/sites/biblioteca.unizar.es/files/documentos/estilo_vancouver_resumen_con_rrss.pdf). Las unidades de medida deberán ser expresadas según el Sistema Internacional de Unidades.

En el caso de trabajos presentados desde las Ciencias Sociales y Humanas, se podrán utilizar las normas de la American Psychological Association (APA), última versión. Toda palabra extranjera utilizada en el texto deberá ir en bastardillas.

Las siglas deberán aclararse en su primera mención en el texto. Las tablas, gráficos y figuras deberán presentarse en hojas aparte, uno por hoja y ordenados con números arábigos. Llevarán un título en la parte superior, al lado del número, y un epígrafe al pie, para asegurar que el contenido sea comprensible sin necesidad de leer el texto. Las unidades de medida deberán ser referidas en el texto y en las tablas, gráficos y figuras.

Debe evitarse la repetición de datos ya presentes en el texto. Las imágenes deben ser en formato JPG de alta resolución y deberán ser adjuntadas al cuerpo del mail.

## DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores deberán declarar todo lo referente a fuentes de financiamiento, los potenciales o reales conflictos de intereses y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación, lo cual será de presentación obligatoria para el proceso de evaluación. No se publicarán protocolos de investigación y/o resultados de estudios que estén en proceso de evaluación o que hayan sido rechazados por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI). Los trabajos de otras instituciones deberán tener la aprobación del Comité de Ética de la institución de la que provienen o del Comité que subrogó el trabajo.

En caso de incluir material de otras publicaciones, los autores serán responsables de citar la fuente correspondiente, y obtener los permisos necesarios, en caso de ser solicitados por la Coordinación Editorial.

Se considerarán autores sólo quienes hayan contribuido intelectualmente con el desarrollo del trabajo, es decir quienes hayan participado:

1- En la concepción y realización del trabajo que resulta en el artículo en cuestión;

2- En la redacción y revisiones del texto;

3- En la redacción final presentada para publicación. En la sección de agradecimientos, al final del artículo podrán incluirse:

a) Las colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican la autoría, tales como el apoyo general del jefe de Servicio, Sala o Unidad;

b) La ayuda técnica recibida;

c) El agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo;

d) Las personas que colaboraron intelectualmente pero cuya participación no justifica la autoría. Pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración. Por ejemplo, "asesor científico", "revisión crítica de la propuesta para el estudio", "recolección de datos", "participación en el ensayo clínico".

## CONDICIONES PARTICULARES PARA CADA SECCIÓN

### EDITORIAL

Espacio de reflexión y opinión del cuerpo de editores y/o de autores invitados, sobre cuestiones referentes a los trayectos formativos del Hospital como centro de referencia para la pediatría. Incluye diferentes aportes sobre

temas o problemas de actualidad. Tendrán una extensión máxima de 1300 palabras (excluyendo las referencias). Las citas bibliográficas no deberán superar las diez (10).

### ARTÍCULOS ORIGINALES

Aquí se incluyen resultados de investigaciones originales sujetas a un diseño específico tales como: estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.

Al inicio de cada trabajo se incluirán los resúmenes y las palabras clave, tanto en español como en inglés. La extensión del resumen deberá ser de hasta 300 palabras, y deberá estructurarse de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Conclusión. Las palabras clave deberán figurar al pie de cada resumen, siendo su número máximo cinco (5). Se deberán utilizar los términos que aparecen en el Medical Subject Headings, MeSH, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) o los Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS (<http://decs.bvs.br/E/ho-mepagee.htm>).

El texto deberá respetar la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. La extensión máxima del texto no deberá exceder de 3000 palabras (sin incluir el resumen, las tablas y la bibliografía). Se recomienda un número mínimo de veinte (20) citas bibliográficas actualizadas (menos de 10 años).

**Introducción:** Deberá incluir los antecedentes que fundamenten el estudio y los objetivos del trabajo.

**Material y Métodos:** Deberá incluir el diseño del estudio, la selección de la muestra y pacientes e identificación de los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle como para permitir su reproducción. Deberá señalarse los procedimientos éticos seguidos, indicar si se ha utilizado un consentimiento informado y si el protocolo fue aprobado por el CIRPI o por el Comité de Ética institucional que corresponda. Si se trata de un estudio de una intervención (medicación nueva, placebo, etc.) deberán mencionarse los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos matemáticos y los métodos estadísticos deberán describirse en detalle. **Resultados:** Se presentarán siguiendo una secuencia lógica, tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí solo se comentarán o re-

sumirán las observaciones más importantes. El número máximo de cuadros y figuras (entre ambos) es de cinco (5). **Discusión:** En esta sección se resaltarán los aspectos más novedosos e importantes del estudio. Los datos presentados en la sección de resultados deberán comentar se en forma resumida y compararse con los hallazgos de estudios similares.

**Conclusiones:** Deberán evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas por los resultados de la investigación que se presenta.

### CASOS CLÍNICOS

Se refiere a la presentación de pacientes o serie de pacientes con una enfermedad inusual o con un cuadro clínico poco frecuente, cuya descripción tenga importancia en la práctica pediátrica o de la salud materno-infantil.

**Resumen:** en castellano y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deberá incluir palabras clave (hasta cinco).

**Relato:** deberá tener una extensión máxima de 1400 palabras de texto (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras), con no más de cuatro (4) ilustraciones (tablas, gráficos o fotografías). Deberá contar con una breve introducción que destaque la importancia del tema, señalando las experiencias similares publicadas. Luego se deberá describir la observación o el cuadro clínico del paciente y finalmente se realizará una discusión o comentario.

**Bibliografía:** Se recomienda un mínimo de diez (10) citas

### REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Descripción, revisión crítica y análisis, sobre diversas experiencias de trabajo llevadas adelante por grupos de profesionales de una misma disciplina o de manera interdisciplinaria, con presentación de resultados. No es necesario que incluya un resumen, la extensión máxima deberá ser de 1500 palabras. Puede incluir citas bibliográficas.

### ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

Comprenden una amplia y completa revisión acerca de un tema de importancia incluyendo principalmente los avances de los últimos años. La estructura deberá incluir: **Resumen:** En español y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deben incluir palabras clave (hasta cinco).

**Texto:** debe incluir una introducción, el desarrollo de los

diferentes aspectos del tema y si es pertinente, incluir un apartado de discusión o comentarios de relevancia. El texto deberá tener una extensión máxima de 2700 palabras (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras). Cuando se justifique, quedará a criterio de los editores aceptar una mayor extensión.

**Bibliografía:** deberá ser lo más completa y actualizada posible, sin límite establecido para el número de referencias, siempre que las que se incluyan sean realmente importantes para quien quiera ampliar los conocimientos sobre el tema o acercarse a la experiencia de otros autores y, asimismo, que su búsqueda sea accesible.

### GUÍAS DE PRÁCTICA INSTITUCIONAL, CLÍNICA O DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

Se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, con especial interés en aspectos diagnósticos, terapéuticos o normas de procedimientos de la práctica diaria. El manuscrito deberá tener una extensión que no supere las 3500 palabras. La estructura del manuscrito deberá incluir:

**Resumen:** debe destacar aspectos relevantes del documento, con una extensión no mayor a 150 palabras, en castellano e inglés. Deberán incluir hasta 5 (cinco) palabras clave.

**Introducción:** debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

**Descripción de la metodología:** incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

**Discusión:** destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

**Bibliografía:** deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

### COLUMNA DE RESIDENTES

Comunicación de experiencias de las diversas unidades de residencia que funcionan en el Hospital. Son aplicables las mismas de la sección de Cartas al Editor.

### ARTÍCULOS ESPECIALES

Espacio reservado para trabajos de interés en pediatría y/o salud materno- infantil que no se puedan incluir en las demás secciones, como informes de comisiones y grupos de trabajo del Hospital. Son aplicables las mismas normas que la sección de Cartas al Editor. Introducción: debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

**Descripción de la metodología:** incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

**Discusión:** destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

**Bibliografía:** deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

### CARTAS AL EDITOR

Se admitirán para la discusión de trabajos publicados y la aportación de observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no deberá superar las diez (10). Se admitirá hasta una tabla y una figura.

### COLUMNA DE ENFERMERÍA

Presentación de acciones específicas del Departamento de Enfermería. Comunicación de actividades científicas y/o docentes. Son aplicables las mismas normas de la sección de Cartas al Editor.

# Entre todos lo hacemos posible



**FUNDACIÓN LUDOVICA**  
Fundación Hospital de Niños de La Plata



Teléfono: (0221) 451-8240. Dirección: calle 14 # 1577 (entre 64 y 65). La Plata.



[fundacionludovica.org.ar](http://fundacionludovica.org.ar)



Fundación Ludovica