



ARTÍCULOS ORIGINALES

PANDEMIA Y ATENCIÓN AMBULATORIA PEDIÁTRICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO. EXPERIENCIA DE UN MODELO DE ATENCIÓN CON USO DE TELEMEDICINA EN NIÑOS/AS CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

COVID-19 EN TRABAJADORES DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PLATA, ARGENTINA

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA FRAGMENTACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LAS EXPERIENCIAS DE PERSONAS GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PLATA

**CASO CLÍNICO
MIOSITIS VIRAL AGUDA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ACTUALIZACIÓN

APORTE DE FLUIDOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO

COLUMNA DE RESIDENTES

UN RECORRIDO POR LA RESIDENCIA EN BIOQUÍMICA

COLUMNA DE ENFERMERÍA

SITUACIÓN DEL COVID-19 EN EL PERSONAL DEL H.I.A.E.P. "SOR MARÍA LUDOVICA" DE LA CIUDAD DE LA PLATA DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE JUNIO DEL 2020 A SEPTIEMBRE 2022

JORNADAS DE RESIDENTES

JORNADAS DE RESIDENTES INTERDISCIPLINARIAS E INTRAHOSPITALARIAS 2022

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

VOL 25 #02 - DICIEMBRE 2022

SUMARIO

04 EDITORIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

07 PANDEMIA Y ATENCIÓN AMBULATORIA PEDIÁTRICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO. EXPERIENCIA DE UN MODELO DE ATENCIÓN CON USO DE TELEMEDICINA EN NIÑOS/AS CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA.

18 COVID-19 EN TRABAJADORES DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PLATA, ARGENTINA.

27 ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA FRAGMENTACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LAS EXPERIENCIAS DE PERSONAS GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PLATA.

CASO CLÍNICO

37 MIOSITIS VIRAL AGUDA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ACTUALIZACIÓN

41 APOORTE DE FLUIDOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO.

COLUMNA DE RESIDENTES

59 UN RECORRIDO POR LA RESIDENCIA EN BIOQUÍMICA.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

61 SITUACIÓN DEL COVID-19 EN EL PERSONAL DEL H.I.A.E.P. "SOR MARÍA LUDOVICA" DE LA CIUDAD DE LA PLATA DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE JUNIO DEL 2020 A SEPTIEMBRE 2022.

63 JORNADAS DE RESIDENTES

JORNADAS DE RESIDENTES INTERDISCIPLINARIAS E INTRAHOSPITALARIAS 2022.

78 REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

STAFF

Director Ejecutivo

Hospital de Niños Sor María Ludovica

Dr. Eduardo Pucci

Presidente de Fundación Ludovica

Dr. Juan Guillermo Salas

CUERPO EDITORIAL

Comité de Gestión Editorial

Dr. Hugo Basílico

Bioq. Cecilia Girard Bosh

Dra. Miriam Pérez

Bioq. Ana Varea

Comité de Revisión de Artículos

Dra. Diana Cabanillas

Dr. Fabricio Castellano

Lic. Alejandra Dávila

Bioq. Lilitiana Disalvo

Lic. Estefanía León

Dra. María Inés Martínez

Dra. Mónica Martínez

Dr. Fernando Rentería

Dra. María Elena Ratto

Dra. Silvina Sánchez

Comité Asesor

Dr. Luis Fumagalli

Dra. Silvia González Ayala

Dr. Horacio González

Dr. Horacio Mosca

Dra. Adriana Fernández

Farm. Angélica García

Secretaría Técnica

Bibliotecaria

María Guillermina Guidoni

Diseño y Diagramación

DCV Natalia Aguerre

CONTACTO

ludovicapediatrica@gmail.com

www.fundacionludovica.org.ar

LUDOVICA PEDIÁTRICA

Vol 25 #02 – DICIEMBRE 2022 - 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.

PROPIETARIO

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

REGISTRO DNDA EN TRÁMITE

NIÑEZ Y DISCAPACIDAD

Una institución como nuestro Hospital, dedicada a la atención y cuidados de los niños, no puede dejar de reflexionar acerca de las implicancias teóricas que conlleva nuestro sistema de atención, cuando debemos abordar a una niña, niño, o adolescente con una discapacidad. Para habitar nuevas prácticas es necesario ampliar nuestra mirada. Estas reflexiones, basadas en mi amplia trayectoria, tienen la intención de colaborar en este sentido.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) establece que; "las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas" (Carvajal Osorio, Mónica María; 2015). Constituye un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas o Derecho Internacional, destinada a proteger los derechos y dignidad de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Actualmente son 117 los estados firmantes con 96 ratificaciones, permaneciendo abierta para más firmas y revalidación de los Estados miembros.

Participaron en la formulación de la CDPCD, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dentro de las cuales se destacan las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, en concordancia con la expresión, "Nada sobre nosotros sin nosotros" lema acuñado por el movimiento, a favor de los derechos de las personas con discapacidad. La misma alude a la idea de que no puede decidirse una política, sin contar con la participación completa y directa de los miembros del grupo afectado, posicionando a las personas con discapacidad (PCD), como sujetos de derechos y actores activos de la sociedad, y no más como sujetos de cuidado. En Argentina en el año 2014, mediante la Ley 27.044, se otorga jerarquía constitucional a la CDPCD, y es a partir de dicha convención, que cambia el paradigma de la discapacidad considerándola como una interacción entre la PCD y la sociedad. (ONU; 2008.)

Desde la antigüedad y en algunas sociedades, el único destino de las (PCD) era la eutanasia o el confinamiento. Consideraban que no contribuían a las necesidades de la comunidad, que albergaban mensajes diabólicos, que eran la consecuencia del enojo de los dioses, o que sus vidas no merecían ser vividas. Como consecuencia de estas concepciones, la sociedad decide prescindir de PCD, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común, marcado por la dependencia y el sometimiento. Era el modelo caritativo tradicional o de prescindencia. (Velarde Lizama, V; 2013)

Por su parte el modelo médico o rehabilitador considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas, derivadas en deficiencias y limitaciones individuales de las personas, por lo que las soluciones las piensan "expertos" basados en diagnósticos. Las PCD ya no son consideradas inútiles o innecesarias pero siempre que sean rehabilitadas. (Palacios A; 2008).

En cambio, el modelo social de la discapacidad es aquel que considera que las causas que la originan no son ni religiosas, ni científicas, sino en gran medida atribuidas a problemas sociales, diferenciando el concepto "deficiencia" como una condición física y "discapacidad", como una elaboración socio política opresiva.

A pesar de los avances en materia teórica, el concepto de que las personas con discapacidad son diferentes al resto de la sociedad aún persiste, y esto obstaculiza la relación de la PCD con la sociedad, ya que solo se toma en cuenta su condición deficitaria. Esto genera como resultado actitudes colectivas de rechazo, basadas en prejuicios y mitos, que hacen ver a esta población como constituida por seres inferiores, incompetentes e incapaces para ser integrados a la sociedad (Victoria Maldonado, J; 2013).

El Informe Mundial sobre la Discapacidad del año 2011, indica que más de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad representando, aproximadamente, el 15% de la población mundial (Carbajal Osorio; 2015). La prevalencia de la discapacidad en los países en desarrollo expone, además, a esta población a condiciones adversas tales como condiciones socioeconómicas desfavorables, menos educación, deficientes atenciones de salud, insuficientes tasas de empleo y elevados índices de pobreza.

Como informa el Banco Mundial (BM; 2021), en América Latina, para el año 2006, las cifras de personas con algún tipo de discapacidad alcanzaban a los 85 millones, lo que implicaba que el 14,7 % de la población de esta región, vivía en uno de cada cinco hogares. Hoy se estima que el número de niñas y niños con discapacidad es de 8 millones y que, 7 de cada 10 niñas, niños y/o adolescentes con discapacidad, no asiste a la escuela, con el agravante que 50.000 de ellos, están institucionalizados. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, tal como lo indican los resultados de la Encuesta Mundial de Salud (OMS; 2010). La prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los de mayor poder adquisitivo. Como consecuencia de esto, son los pertenecientes a grupos étnicos minoritarios y los niños de las familias más pobres, los que muestran un riesgo significativamente mayor de discapacidad, transformándose en una población invisibilizada y excluida de la sociedad. Sumado a ello, barreras arquitectónicas, comunicacionales, y actitudinales que aún persisten, les agregan capas de discriminación, lo que refuerza la vulneración sistemática de sus derechos.

Para la defensa de estos derechos fue aprobada la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN el 20 de noviembre de 1989), la cual adquirió estatus de derecho humano fundamental. La recomendación de la OMS fue puesta a disposición de todos los países para ser aplicada en todo el mundo, a fin de promover y proteger los derechos de las infancias. Consta de 54 artículos y reconoce que los niños (población menor de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y que pueden expresar libremente sus opiniones. Además, la Convención es también un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana.

El Estado argentino asumió la responsabilidad de garantizar el ejercicio pleno de esta Convención. Sin embargo en nuestro contexto, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, aún son parte de los grupos sociales más invisibilizados y excluidos encontrándose en mayor riesgo de ser objeto de maltrato o negligencia, no obedeciendo esto a una sola causa sino que es un fenómeno multifactorial. Las dificultades para establecer vínculos afectivos, la imposibilidad de poder defenderse de los malos tratos, el tener que prodigar sus padres mayor tiempo y esfuerzo para sus cuidados, además de

los prejuicios que se tiene hacia la discapacidad, siguen siendo obstáculos reales. (Ley provincial 13.634, de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños y Ley nacional 26061 de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2014). Además, son limitadas las investigaciones realizadas sobre esta temática, por lo que resulta difícil contar con datos claros sobre su realidad, para desde allí definir políticas y acciones en sintonía con sus verdaderas necesidades.

Por último, es necesario reflexionar sobre el rol de las políticas de salud frente al cuidado y la atención del embarazo y parto, de una mujer con discapacidad. La mayoría de las veces, se les niega el derecho de la maternidad, siendo víctimas de esterilizaciones compulsivas, lo cual está prohibido por ley en nuestro país. Es ineludible brindar a las madres los apoyos razonables para que pueda

ejercer la maternidad; y cumplir así por lo establecido por la ley de salud mental (Ley 26657). Aún hoy es posible ver situaciones en las que el incumplimiento de esta ley, lleva a la adopción directa de sus hijos, por la mera portación de un certificado único de discapacidad, sin detenerse en las evaluaciones profesionales particulares de cada caso. Por último, ¿Cuántos niños y niñas hay en nuestro país hoy? Para el año 2021 se registró que residían 128.972.439 habitantes, de los cuales el 30.6% son niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, lo que equivale a 39.487.932. Si aún el 14,7% viven en hogares vulnerables, y 8 millones de esos niños viven además con una condición de discapacidad, es mucho lo que nos falta hacer todavía. (UNICEF; 2017).

Empezar a conocer de qué se trata, ya es un avance.

PROF. IRMA SALDUNGARAY

Directora de la Carrera de Especialización en Pediatría y Ex Titular de la Cátedra A de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata



PANDEMIA Y ATENCIÓN AMBULATORIA PEDIÁTRICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO. EXPERIENCIA DE UN MODELO DE ATENCIÓN CON USO DE TELEMEDICINA EN NIÑOS/AS CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA.

RESUMEN

Introducción: Los pacientes que reciben nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en seguimiento desde el Hospital requieren un monitoreo que debió modificarse por la pandemia por SARS-CoV-2. **Objetivo:** Valorar la utilización y el impacto en los resultados, de estrategias alternativas a la atención presencial de pacientes con NPD, empleando telemedicina, durante el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, comparándolas con las prácticas habituales previas.

Materiales y métodos: Estudio analítico descriptivo retrospectivo que analizó el monitoreo, la evolución y las complicaciones de pacientes con NPD asistidos en el Hospital en el período previo a la pandemia (1/4/2019 y 31/3/2019) y durante su primer año (1/4/2020 a 31/3/2021), basado en la revisión de historias clínicas y bases de datos de complicaciones. **Resultados:** Las características demográficas, diagnósticos, procedencia y provisión de la NPD fueron similares en los dos períodos. Durante el período de la pandemia se redujeron en forma significativa el número de controles presenciales y aumentaron los realizados por telemedicina en forma sincrónica (con una modalidad pautaada previamente), y los controles por profesionales locales. La participación de los cuidadores en los procedimientos de administración de la NPD aumentó en pandemia. Las tasas de complicaciones, re-internaciones, el número de inicios y suspensiones de tratamiento fueron similares en ambos períodos. **Conclusiones:** En pandemia fue posible implementar y monitorizar la NPD utilizando

AUTORES:

Martínez MI,
Borrás Iglesias R,
Alberti MJ,
Fabeiro M,
Dalieri M

Servicio de Nutrición y Dietoterapia. H.I.A.E.P.
"Sor María Ludovica", La Plata.

Correspondencia: MARIA INES MARTINEZ:
mainmar67@hotmail.com

telemedicina sin observar afectación significativa de la evolución, las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento. El seguimiento mediante telemedicina sincrónica resultó útil y se incorporará como una herramienta más al monitoreo habitual sin reemplazarlo.

PALABRAS CLAVES:

nutrición parenteral domiciliaria, pediatría, monitoreo, telemedicina, pandemia.

ABSTRACT

Introduction: Patients receiving home parenteral nutrition (HPN) under follow-up from the Hospital require monitoring that had to be modified due to the SARS-CoV-2 pandemic. **Objective:** To assess the use and the impact on the results of other care strategies for patients with HPN, using telemedicine, during the beginning of the SARS CoV2 pandemic, compared with previous usual practices. **Materials and methods:** Retrospective descriptive analytical study that analyzed the monitoring, evolution and complications of patients with HPN assisted in the Hospital, in the period before pandemic (4/1/2019 to 3/31/2020) and during the first year of SARS CoV-2 pandemic (4/1/2020 to 3/31/2021), according to data obtained from medical records and databases. **Results:** demographic characteristics, diagnoses, place of residence and HPN provision were similar in both periods. During the pandemic period, the number of face-to-face controls were significantly reduced and those carried out by telemedicine synchronously, and by local professionals increased. The participation of caregivers in the administration procedures of the HPN increased in the pandemic period. The rates of complications, readmissions, number of initiations and suspensions of home treatment were similar in both periods. **Conclusions:** It was possible to implement and monitor HPN during pandemic. The evolution and complications of the disease and treatment were not significantly affected. Synchronous telemedicine follow-up was successfully useful and will be incorporated as another tool to regular monitoring.

KEYWORDS:

home parenteral nutrition, pediatrics, monitoring, telemedicine, pandemic

INTRODUCCIÓN

La implementación de tratamientos domiciliarios de alta complejidad ha permitido reinsertar a niños con patologías crónicas en su ámbito familiar. La nutrición parenteral que consiste en la administración de una mezcla compleja y completa de nutrientes por vía endovenosa a través de un catéter venoso central (CVC), puede realizarse bajo determinadas condiciones en el domicilio de los pacientes. La nutrición parenteral (NPD) es el tratamiento sustitutivo de elección para pacientes con falla intestinal crónica (FIC) cuando se prevé una duración prolongada del requerimiento del soporte nutricional parenteral. Para iniciar la NPD los pacientes deben estar estables clínicamente en relación a su enfermedad de base, tener un domicilio apto para realizar la práctica, cobertura financiera del

tratamiento y el consentimiento de los padres/ cuidadores que se constituyen en parte activa fundamental del tratamiento¹. Además debe asegurarse el acceso a un seguimiento adecuado y al tratamiento oportuno de las complicaciones asociadas.

El abordaje de este grupo de pacientes requiere un seguimiento sistematizado realizado por equipos interdisciplinarios especializados en la falla intestinal y en el soporte nutricional domiciliario, ya que esto ha demostrado mejores resultados y menor morbimortalidad¹.

En el Servicio de Nutrición del Hospital se realiza la valoración y el manejo inicial médico-quirúrgico, la implementación de la NPD y el seguimiento de pacientes con esta condición, desde hace más de 30 años en una sala de internación especializada y en combinación con una Unidad de Soporte Domiciliario. Una vez iniciado el tratamiento domiciliario los pacientes son monitorizados en forma de consultas presenciales en la Unidad de Soporte Domiciliario e internados en la Sala para manejo de complicaciones e interurrencias que no puedan resolverse en el domicilio o en el centro de referencia local. Desde el área médica el monitoreo ambulatorio presencial habitual incluye aspectos relacionados con la condición que origina la falla intestinal, la nutrición parenteral y sus complicaciones, la valoración del estado nutricional y la ingesta. El abordaje también incluye la valoración específica desde el área de enfermería, de licenciadas en nutrición, y de aspectos socio-familiares y psicológicos que impactan sobre la calidad de vida y evolución de estos niños. La tasa de complicaciones y re-internaciones se evalúan anualmente mediante un registro prospectivo como control de calidad del tratamiento.

La pandemia por SARS-CoV-2 que fue declarada como tal por la OMS en marzo de 2020, constituyó un desafío en relación a mantener a este tratamiento domiciliario complejo, como un procedimiento adecuado y seguro. Las medidas de aislamiento y distanciamiento social dispuestas por el Poder Ejecutivo Nacional desde marzo de 2020² determinaron un cambio sustancial en el seguimiento de estos pacientes en el domicilio y en el consultorio de la Unidad. El Ministerio de Salud de la Nación publicó recomendaciones para el manejo durante la pandemia de pacientes electrodependientes por cuestiones de salud³ y de niño/as y adolescentes con discapacidad⁴. Los pacientes con FIC se incluyen en estas dos categorías. Las recomendaciones incluían reducir el contacto con los pacientes en domicilio para prevenir la propagación del virus, arbitrar las medidas para sostener el contacto con los pacientes y sus cuidadores mediante medios alternativos, garantizar la atención presencial ante urgencias y elaborar planes de contingencia en caso de enfermedad del cuidador. Durante los meses de marzo y abril de 2020 se diseñaron e implementaron en el Servicio distintas estrategias destinadas a sostener el tratamiento domiciliario, su monitoreo y manejo de complicaciones, con la premisa de evitar los contagios de los pacientes, su grupo familiar y el equipo de salud. El uso de la telemedicina para el seguimiento se incorporó como herramienta adicional a las previamente utilizadas.

El objetivo del estudio fue valorar la utilización y el impacto en los resultados, de las nuevas estrategias de atención de pacientes con NPD, empleando la telemedicina, durante el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, comparándolas con las prácticas habituales previas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico descriptivo retrospectivo que analizó el monitoreo, la evolución y las complicaciones en los pacientes con NPD antes (período 1/4/2019 a 31/3/2020) y durante el primer año de la pandemia por SARS-CoV-2 (período 1/4/2020 a 31/3/2021). Las fuentes de datos fueron las historias clínicas y una base de datos en la que se registra en forma prospectiva las re-internaciones y complicaciones de la NPD.

Los controles presenciales habituales se realizan en el consultorio de la Unidad, son programados, intervienen la enfermera y las médicas especialistas en nutrición. Incluyen anamnesis para valorar evolución y complicaciones de la enfermedad de base y del soporte nutricional, examen físico completo y antropometría con valoración de la composición corporal, evaluación del CVC, pruebas de laboratorio y exámenes complementarios. La participación en la consulta de otros integrantes del equipo (nutricionista, psicóloga, trabajador social, cirujanos) se realiza según el requerimiento individual.

Las consultas por telemedicina se realizaron por video llamadas de Whats App debido a que es la red social más ampliamente disponible entre la población asistida. Según las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría⁵ las consultas fueron programadas con antelación, y se enviaban previamente cuestionarios con aspectos que se consideraban más importantes para el seguimiento que se muestran en la Tabla 1. Al finalizar la consulta se remitían por escrito las indicaciones a los pacientes/cuidadores y, al igual que luego de las consultas presenciales habituales, se elaboraba un informe completo que incluía las indicaciones para los médicos locales y los profesionales de las empresas de soporte domiciliario.

VARIABLES

Se evaluaron el número de pacientes en cada período, el tiempo previo de NPD, los diagnósticos de base, el lugar de residencia de los pacientes, el origen de la provisión de NPD: hospitalaria o por Empresas Privadas de Soporte Domiciliario (EPSD), los responsables del tratamiento en el domicilio (enfermería, padres/cuidadores o ambos), el número de infusiones semanales de NP, el número y tipo de controles programados (presenciales hospitalarias, virtuales mediante videollamadas y locales), los componentes y responsables de estos controles y el registro de los mismos. Se excluyeron para el análisis a los controles no programados debidos a complicaciones e interurrencias.

En relación a la evolución se registraron los inicios y suspensiones del tratamiento, con sus motivos, las re-internaciones y sus causas, la tasa de complicaciones asociadas al CVC (infecciosas y mecánicas) y el número de recambios de CVC en

Tabla 1: Anamnesis previa a consulta virtual

ASPECTO	INCLUYE
Estado general de salud	Aspecto general, estado de hidratación, nivel de actividad, ánimo, tolerancia a la desconexión.
Catéter	Integridad, permeabilidad, estado de piel.
Infusión de la NP	Volumen total, horarios, infusión completa de la bolsa.
Síntomas/signos digestivos	Deposiciones: N°, características (volumen, consistencia, color, presencia de sangre o moco) Distensión abdominal Vómitos frecuencia y características Malestar o dolor abdominal Gases
Otras indicaciones	Medicación: marca, dosis, frecuencia Suplementos: (ejemplo vitamina D, hierro, bicarbonato de sodio) Marca, dosis y frecuencia
Dificultades con insumos y bolsas	Si/ no, cuáles
Falta de medicamentos y suplementos	Si/ no, cuáles
Presencia de complicaciones	Si/ no, cuáles
Alimentación oral	Se solicita registro de 48 hs previo a la consulta y se se envía a licenciada en nutrición.
Aspectos psicológicos	Consulta/ derivación psicóloga
Aspectos sociales (trámites, gestiones, etc)	Consulta/ derivación trabajadora social

cada período. Las complicaciones se expresaron como tasas (episodios cada 1000 días catéter)

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 25. Los resultados se expresaron como números, proporciones, medianas e intervalo intercuartil (IQR). Las complicaciones se expresaron en número absolutos y tasas (episodios cada 1000 días catéteres).

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) del Hospital con fecha 9/6/2022.

RESULTADOS

Durante el año pre-pandemia (2019) se asistieron 41 pacientes y en año posterior 37 pacientes. En la Tabla 2 se presentan las características de los pacientes y del tratamiento.

El número y tipo de controles programados en cada período difirieron, con diferencias estadísticamente significativas, con una clara disminución de los controles presenciales ($p < 0,001$) y un aumento de los virtuales ($p < 0,001$) o los realizados a nivel local ($p = 0,03$) durante la pandemia (2020). Tabla 3. En esta también se describen las características y componentes de los distintos tipos de controles.

Tabla 2: Características de los pacientes y del tratamiento

	PRE-PANDEMIA (2019)	PANDEMIA (2020)
Pacientes totales en el período (n)	41	37
Edad al inicio del período (años)*	5,66(1,99-10,4)	6,5 (2,49-7,87)
Pacientes que iniciaron NPD (n)	7	5
Pacientes que continuaban NPD (n)	33	32
Tiempo previo de NPD (años)*	4,33 (0,56-6,74)	4,91 (0,74-6,53)
Diagnósticos de base (n)		
SIC	34	30
PSOIC	6	5
Otros	1	2
Domicilio (n)		
La Plata	10	10
Resto del AMBA	20	18
Resto pcia. Buenos Aires	7	5
Otras provincias	4	4
Infusiones semanales NP	7 (6-7)	7 (6-7)
Provisión bolsas e insumos		
EPSD /Hospital	33/9	30/7

n: número; SIC: síndrome de intestino corto, PSOIC: pseudobstrucción crónica intestinal; AMBA: área metropolitana de Buenos Aires; EPSD: empresa privada soporte domiciliario, Mediana (Intervalo intercuartil)

Durante la etapa de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y de Distanciamiento Social preventivo Obligatorio (DISPO) se redujeron la frecuencia de evaluaciones de laboratorio y los otros exámenes complementarios e interconsultas se reservaron a lo estrictamente necesario, difiriendo los considerados no urgentes. Las muestras de sangre y orina fueron extraídas en su mayoría en el domicilio y procesadas en laboratorios privados o en el hospital.

En la Tabla 4 se describe la evolución de los pacientes, el número y motivo de las re- internaciones, las tasas de complicaciones infecciosas y mecánicas asociadas al CVC y la evolución de los pacientes en cada período. Se observó que en el período de la pandemia los padres/cuidadores fueron, en un mayor porcentaje que en el período previo, los responsables de la administración de la NP solos o en forma combinada con enfermeros domiciliarios especializados.

No se encontraron diferencias significativas en estos indicadores.

DISCUSIÓN

El monitoreo de la NPD domiciliaria tiene como objetivos valorar el adecuado cumplimiento de las indicaciones, la tolerancia a los aportes y forma de administración indicados; prevenir, detectar precozmente y tratar las complicaciones asociadas, y evaluar la eficacia del soporte nutricional. El inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 y las medidas de ASPO2 establecidas por el Poder Ejecutivo

Tabla 3: Descripción del monitoreo

	PRE-PANDEMIA (2019)	PANDEMIA (2020)
Controles programados (n)		
Totales	154	116
Presenciales hospitalarias*	144	48
Virtuales (videollamada)*	0	42
Locales**	10	26
Examen físico	Completo en consultorio	Videollamada: inspección por médicos locales
Antropometría	Completa con perímetros y pliegues	Peso en domicilio Peso/talla locales
Monitoreo del catéter	Enfermera Unidad	Cuidadores / enfermeros de EPSD Videos, fotos
Cálculo requerimientos y ajuste de prescripción	Según GMB por ecuación Schofield/ recomendaciones Pérdidas (digestivas/diuresis) Laboratorios	Igual pero con menor frecuencia
Atención por resto del equipo	Presencial	Virtual (menor frecuencia)
Laboratorios Hospital/privado	Extrae Enfermera Unidad	Extrae enfermera EPSD/ cuidador en domicilio
Imágenes	Radiografías Ecografías Estudios contrastados	Solo ante complicaciones o interurrencias
Recetas/ pedidos de medicación, traslados, resúmenes de HC	Durante la consulta	Enviadas por correo electrónico
Informe de la consulta, laboratorios e indicaciones	Al cuidador en la consulta Correo electrónico a ESPD y/o médico local	Idem

n: número EPSD empresas privadas de soporte domiciliario; GMB: gasto metabólico basal; *p<0,001, **p=0,03

para evitar la propagación del virus determinaron cambios drásticos en la organización del sistema de salud. Fue necesario modificar prácticas, funciones de profesionales, funcionamiento de las salas de internación y consultorios. Mantener tratamientos domiciliarios complejos como la NPD, sostener el seguimiento y acompañar a los pacientes y sus cuidadores, que en una alta proporción viven en condiciones socioeconómicas desfavorables⁶, constituyeron desafíos para el equipo de salud. En el Servicio de Nutrición del Hospital se elaboró una Guía de atención de los pacientes que se basó en recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y en publicaciones internacionales.

Los países del hemisferio norte experimentaron las consecuencias de la pandemia unos meses antes que nuestra región y rápidamente generaron y publicaron la evidencia que adquirirían con la práctica, además de distintas recomendaciones de manejo. El grupo de trabajo sobre NPD del ESPEN (European Society

Tabla 4: Evolución y complicaciones

	PRE-PANDEMIA (2019)	PANDEMIA (2020)
Pacientes asistidos en el período (n)	42	37
Procedimientos realizados por		
Enfermería de ESD	15	11
Cuidadores	16	19
Cuidadores/ enfermería de ESD	11	7
Evolución		
Iniciaron NPD	8	5
Continúan NPD (inicio previo)	32	34
Suspendieron /transición	3/3	3/0
Fallecidos	1	0
Pérdida de seguimiento	0	0
Internaciones (n)*		
-Totales	99	73
-Por complicaciones	59	56
-PCR SARS-CoV-2 positiva	No	0
-Con infecciones respiratorias no COVID	10	0
-Pacientes sin internaciones totales	6	7
-Pacientes sin internaciones por complicaciones	16	1
Complicaciones infecciosas (n)		
-Infección relacionada al catéter	34	41
Tasa IRC* (media \pm DS),	2,59 \pm 3,7	3,11 \pm 4,1
-Tunelitis	3	5
Tasa Tunelitis	0,24	0,41
-Secreción entrada	4	0
Tasa secreción entrada	0,30	0
-Pacientes sin complicaciones	21	19
Complicaciones mecánicas (n)	23	15
Tasa complicaciones mecánicas*	2,6 \pm 3,4	1,78 \pm 4,4
-Pacientes sin complicaciones	28	26
Recambios de catéter	21	29
Tasa recambios de catéter*	1,59	2,42
-Pacientes sin recambios	27	26

EPSD: empresas privadas de soporte domiciliario; n: Número; *expresado como tasa (episodios cada 1000 días catéter)

of Parenteral and Enteral Nutrition) publicó en mayo de 2020 un documento con recomendaciones en relación a la implementación, la continuidad del tratamiento y el monitoreo de pacientes adultos con NPD que incluía al uso de telemedicina y el empoderamiento de los efectores de salud local en el manejo de los pacientes ante complicaciones durante la pandemia ⁷. En mayo de 2020 el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de Gran Bretaña publicó una Guía rápida sobre COVID-19 para niños y jóvenes inmunocomprometidos, que incluía a pacientes con falla de órganos, en las que se recomendaban evitar o

reducir las citas presenciales buscando vías alternativas de atención, limitar la realización de estudios complementarios y asegurar la provisión de medicamentos e insumos necesarios para continuar los tratamientos ⁸.

En nuestra experiencia, desde el inicio de la pandemia la proporción de pacientes en que la infusión de la nutrición parenteral la realizaban los padres o cuidadores aumentó, tanto en forma exclusiva como alternando con enfermería. Esto se debió a que los padres optaron por la modalidad de autocuidado para evitar el contacto con enfermeros que circulaban entre distintos domicilios y a que la disponibilidad de enfermeros domiciliarios especializados se redujo por contraer la enfermedad o estar exentos de cumplir su tarea por ser población de riesgo. Estos padres o cuidadores habían sido entrenados y evaluados en la técnica en la sala de internación previamente a la implementación de la NPD. En los casos en que fue necesario se realizó un re entrenamiento.

En Argentina, el Ministerio de Salud de Nación había aprobado previamente, en septiembre de 2019, las recomendaciones para el uso de la telemedicina en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024 ⁹. La comunicación a través de medios electrónicos en pediatría había sido abordada en una publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría del año 2019 ⁵. En ella se describen los distintos canales de comunicación disponibles, sus ventajas y desventajas y también se mencionan aspectos legales. Estos dos documentos sirvieron como marco de referencia para planificar nuestra práctica. Además en una publicación posterior de la Sociedad Argentina de Pediatría se enumeraron recomendaciones prácticas en relación al marco y forma en que se deberían realizar las videoconsultas sincrónicas ^{10,11}. En nuestra práctica la comunicación por vía telefónica, mensajes de texto o audio de Whats App y correo electrónico se venían realizando con frecuencia creciente previamente a la pandemia. Sin embargo, la modalidad de videoconsultas sincrónicas recién se inició y se mantuvo durante los períodos de ASPO y DISPO, permitiendo cumplir con el objetivo de mantener un contacto individualizado con los pacientes y sus cuidadores fuera de las consultas por complicaciones. Las principales limitaciones de esta modalidad de consulta fueron la imposibilidad de realizar un examen físico completo y una antropometría adecuada.

El rol del equipo de salud local fue dispar, en algunos casos realizaron controles presenciales en el Centro local de referencia en forma programada para evitar los viajes hasta el Hospital, en otros casos las familias aceptaron los controles en el domicilio por los médicos de seguimiento. Ciertos Centros de Salud Local no realizaron controles programados locales y limitaron la asistencia de pacientes con condiciones no relacionadas con el COVID-19 durante las urgencias o requerimientos no programados, lo fue un inconveniente para la atención inicial ante complicaciones.

Los controles de laboratorio se realizaron en intervalos mayores a los habituales, y los otros estudios complementarios se reservaron sólo para situaciones de urgencia. Una dificultad no menor en relación a las videollamadas fue la calidad de la conectividad con la que contaban algunos pacientes que motivó

que las consultas se iniciaran con videollamada y en ocasiones terminaran como llamadas sin video. Esto también se ha reportado en la literatura ¹². La cantidad total de controles programados disminuyó en relación al año previo. Durante el segundo semestre del período de la pandemia se retomaron controles presenciales con una frecuencia todavía menor a la pre-pandemia y manteniendo estrictas medidas para evitar los contagios ¹³. También se redujo la asistencia por otros miembros de la Unidad (enfermera, psicóloga, nutricionista, trabajadores sociales), limitándose a casos puntuales y separados de las consultas médicas. En forma similar, dos encuestas realizadas en Europa y Norteamérica en pacientes adultos y pediátricos mostraron una menor frecuencia de controles presenciales y mayor de virtuales, una reducción de los controles de laboratorio y por imágenes y una tendencia a mantener las indicaciones en el tiempo sin modificaciones ^{12,14}. La tasa de complicaciones asociadas al catéter y las re-internaciones no fueron significativamente diferentes entre el año previo y el posterior al inicio de la pandemia. Durante el período estudiado en pandemia (año 2020) se realizaron PCR para SARS-CoV-2 a los pacientes que se internaban por fiebre u otros síntomas de COVID-19 y todos fueron negativos. Una sola paciente cursó infección confirmada con síntomas leves en forma ambulatoria, otros dos desarrollaron la enfermedad durante una internación con un compromiso leve. La tasa de re-internaciones se redujo aunque no de forma significativa. Concordantemente con lo que se observó en los consultorios y salas de internación y de guardia, no hubo aislamientos de virus respiratorios en pacientes que ingresaron por fiebre, a diferencia de lo que había ocurrido el año previo.

En cuanto a la evolución de los pacientes, no ocurrieron fallecimientos durante el primer año de la pandemia y pudieron implementarse cinco tratamientos de NPD, a pesar de las dificultades que implicaban en relación al entrenamiento de los cuidadores y la disponibilidad de enfermería domiciliaria. No hubo pérdidas de seguimiento y no se realizaron procesos de transición hacia el cuidado por equipos de adultos. En tres pacientes se suspendió electivamente la NPD y se continuó su seguimiento en forma mixta (virtual/presencial).

Las principales limitaciones del presente estudio son su naturaleza retrospectiva y el número reducido de pacientes seguidos en un único centro.

CONCLUSIONES

Pese a las limitaciones impuestas por la pandemia y el aislamiento social preventivo fue posible implementar y monitorizar la NPD. La evolución y las complicaciones de la enfermedad y el tratamiento no se vieron afectados significativamente. El seguimiento mediante telemedicina sincrónica resultó de utilidad y se incorporó como una herramienta al monitoreo habitual de los pacientes, especialmente aquellos que viven en regiones más alejadas o en situaciones críticas, pero no debería reemplazar a la consulta presencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández A, Desantadina V y col. Guía clínica para el manejo de la falla intestinal secundaria a síndrome de intestino corto en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(5);e441-e472.
2. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto Nacional Único 297/2020 Aislamiento social preventivo. Argentina 2020
3. Ministerio de Salud. Argentina. COVID-19 Recomendaciones para el manejo de pacientes electrodependientes por cuestiones de salud en el contexto de la pandemia. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid19_manejo-pacientes-electrodependientes-cuestiones-de-salud-contexto-epidemia.pdf
4. Ministerio de Salud. Argentina COVID-19 Niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el contexto de la pandemia Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/covid19-niños-adolescentes-con-discapacidad-contexto-pandemia.pdf>
5. Krynski L, Ghersun S, Del valle M, Cardigni G. Comunicación a través de medios electrónicos en pediatría. Recomendaciones de uso. *Arch Argent Pediatr*, 2019;117 Supl4:S175-S179
6. Fabeiro M, Dalieri M, Martínez MI y col. Nutrición Parenteral Domiciliaria: Factibilidad de implementación desde un hospital público. *Nutrición Hospitalaria* 2011;26(5):1446
7. Lal S, Van Gossum A, Joly F, Bozzetti F, Cuerda , ;Lamprecht G. Considerations for the management of Home Parenteral Nutrition during the SARS- CoV-2 pandemic: A position paper from the Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN. *Clinical Nutrition* 2020 (39):1988-1991
8. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: children and young people who are immunocompromised (NG174). 2020 Disponible en www.nice.org.uk/guidance/ng174
9. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Recomendación para el Uso de la Telemedicina. Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendaciones_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf.
10. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación. Recomendaciones para efectuar una videoconsulta. Definiciones. *Arch Argent Pediatr* 2020 Suplemento COVID: c137-c138
11. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación Telemedicina y COVID-19. *Arch Argent Pediatr* 2020 Suplemento COVID: c139-c141
12. Galloway DP, Mathus MS, Wilkinson LT; Venick RS; Wendel D; Cole CR. Effect of the COVID-19 Pandemia on Pediatric Intestinal Failure Healthcare Delivery. *J Parenter Enteral Nutr* *JPEN* 2021;45(1):50-56
13. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Recomendaciones para la atención del paciente pediátrico con infección por SARS- CoV-2 *Arch Argent Pediatr* 2020 Suplemento COVID c49-c63
14. Allan PJ, Pironi L, Joly F, Lal S, Van Gossum A. Survey of clinician's experience caring for patients on home parenteral nutrition for chronic intestinal failure during the COVID-19 pandemic. The Home Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN. *JPEN* 2021;45(1):43-49

AGRADECIMIENTOS

Al resto de los integrantes de la Unidad de Soporte Domiciliario del Servicio de Nutrición: Lic. en Psicología Cecilia De Cristofolo, Lic. en Trabajo Social Martina Iribarne y Pablo Cóccharo, Lic. en Enfermería Angélica Chalier, Lic. en Nutrición Rocía Viollaz, Farmacéuticos Ana Gnius, Julieta Wrigth y Emiliano Parrandeli

COVID-19 EN TRABAJADORES DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PLATA, ARGENTINA.

RESUMEN

Introducción: Los trabajadores de la salud (TS) poseen la mayor exposición laboral al contagio SARS-CoV-2. Los residentes forman parte fundamental de los servicios de salud por lo que no se encuentran exentos del impacto físico, psíquico, social y económico negativo producido por la pandemia por COVID-19. **Objetivo:** Describir el impacto epidemiológico de la enfermedad profesional por COVID-19 en médicos residentes de pediatría. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal en médicos residentes de pediatría del H.I.A.E.P "Sor María Ludovica". El período comprendido en el estudio fue del 01/10/2020 al 30/09/2021. Se evaluaron los siguientes datos: género, edad, antecedentes personales, vacunación, cuadro clínico, métodos diagnósticos, aislamientos epidemiológicos, evolución y licencias tramitadas. Los datos fueron registrados por la jefatura de residentes. **Resultados:** 143 casos sospechosos de COVID-19, de ellos 30 resultaron confirmados de COVID-19. La edad media de los enfermos fue de 31 años (26-46 años) de los cuales 14 (47%) no estaban vacunados contra SARS COV-2, 11 (36%) estaban completamente inmunizados y 5 (17%) tenían calendario incompleto. 2 casos (6,6%) reportaron comorbilidad previa. Se realizaron pruebas de laboratorio en 130 de los 143 casos. 13 casos se descartaron por criterio clínico. La tasa

AUTORES:

CLERC BERESTEIN MA¹,
FERRER ML¹.

¹ Servicio de Emergencias, ex Jefes de residentes de Clínica Pediátrica H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"

Correspondencia:

:MIGUEL ÁNGEL CLERC BERESTEIN:
miguelclerc@gmail.com

de positividad fue 23,1%. 26 casos fueron confirmados por laboratorio y 4 casos mediante criterio clínico epidemiológico. Todos los casos fueron leves y evolucionaron favorablemente. Fueron gestionadas 326 licencias relacionadas a la pandemia por COVID-19 que significaron la pérdida de 2.830 días laborales. **Conclusión:** En el presente estudio se evidenció una alta tasa de incidencia de COVID-19 en residentes de pediatría en un año: 23,1%.

PALABRAS CLAVES:

COVID-19, fuerza laboral, residencia médica, Argentina

ABSTRACT

Introduction: Health workers (HCWs) have the highest occupational exposure to SARS-CoV-2 contagion. Residents are a fundamental part of health services, so they are not exempt from the negative physical, psychological, social and economic impact caused by the COVID-19 pandemic. **Objectives:** To describe the epidemiological impact of the occupational disease by COVID-19 in resident pediatricians. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional study in pediatric residents of the H.I.A.E.P "Sor María Ludovica". The period covered by the study was from 10/01/2020 to 09/30/2021. The following data were evaluated: gender, age, personal history, vaccination, clinical picture, diagnostic methods, epidemiological isolates, evolution and licenses processed. The data was recorded by the head of residents. **Results:** 143 suspected cases of COVID-19, of which 30 were confirmed to be COVID-19. The mean age of the patients was 31 years (26-46 years), of which 14 (47%) were not vaccinated against SARS COV.-2, 11 (36%) were fully immunized and 5 (17%) had an incomplete schedule. 2 cases (6.6%) reported previous comorbidity. Laboratory tests were performed in 130 of the 143 cases. 13 cases were ruled out based on clinical criteria. The positivity rate was 23.1%. 26 cases were confirmed by laboratory and 4 cases by clinical epidemiological criteria. All cases were mild and evolved favorably. 326 licenses related to the COVID-19 pandemic were managed, which meant the loss of 2,830 working days. **Conclusion:** In the present study, a high rate of incidence of COVID-19 was evidenced in pediatric residents in one year: 23.1%.

KEYWORDS:

COVID-19, workforce, medical residency, Argentina

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia sanitaria a nivel mundial frente a la preocupación por el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) resultante de la infección por el SARS-COV-2 el 30 de enero de 2020 y lo elevó a nivel de pandemia el 11 de marzo de 2020 ¹.

En Argentina, la pandemia por COVID-19 constituyó una carga sustancial sobre los servicios de salud y para los trabajadores de la salud (TS) de forma directa por el incremento en la demanda asistencial, e indirectamente por la elevada inasistencia laboral de TS secundario a licencias por enfermedad,

aislamientos epidemiológicos, cuidado de familiares enfermos, entre otras, causadas por el impacto propio de la enfermedad en los diferentes ámbitos de la vida de los TS ^{2,3,4}.

Desde el principio de la pandemia, los TS sufrieron presiones físicas y mentales: en general debieron brindar atención a los pacientes a pesar del agotamiento, el riesgo personal de infección y el miedo a la transmisión de la enfermedad a miembros de la familia. También enfrentaron muchas fuentes adicionales de estrés y ansiedad como la enfermedad o muerte de amigos y colegas y la pérdida de muchos pacientes, así como largos turnos laborales. Todo ello, unido al confinamiento impuesto por el gobierno a toda la población, constituyó una situación sin precedentes.

Por la situación mencionada y debido a que poseen la mayor exposición al SARS-CoV 2, en Argentina la COVID-19 es considerada una enfermedad profesional (EP) en TS ³.

Los residentes de áreas médicas y no médicas forman parte necesaria y fundamental de los servicios de salud en Argentina por lo que, al igual que otros TS no se encuentran exentos del impacto físico, psíquico, social y económico negativo producido de forma directa e indirecta por la pandemia por COVID-19.

La residencia de pediatría del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" (HIAEP SML) de La Plata (capital de la provincia de Buenos Aires, Argentina) perteneciente al subsector público de salud, se configura como la residencia más numerosa de la provincia, e incluye la formación completa de pediatras y de los 3 primeros años de actividad de profesionales dedicados a la neonatología y terapia intensiva, además de participar en la educación profesional de médicos de otras especialidades (cirugía infantil, neurocirugía infantil y toxicología) y de otras unidades académicas que cursen rotaciones curriculares y extra-curriculares por la institución en cuestión ⁵. La unidad académica mencionada ha participado activamente en la preparación y ejecución de medidas para la contención, así como en la asistencia médica directa en un hospital de alta complejidad destinado a recibir pacientes pediátricos con COVID-19.

Estos trabajadores enfrentan un riesgo laboral sin precedentes, por lo que conocer el impacto real de la enfermedad para la implementación oportuna de medidas de protección a este grupo resulta imperante.

OBJETIVOS

El objetivo de este artículo es describir el impacto epidemiológico de la EP por COVID-19 en residentes de pediatría del HIAEP SML durante un año de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en médicos residentes de pediatría del HIAEP SML.

Período de estudio

El período de estudio comprendido fue del 01/10/2020 al 30/09/2021, tiempo de duración de un año lectivo completo de residencia.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el análisis a todos los residentes que participaron de la residencia de pediatría del HIAEP SML en el período de estudio detallado.

Variables de estudio

Las variables analizadas fueron:

- Género.
- Edad.
- Antecedentes personales: presencia o no de comorbilidades.
- Vacunación: calendario de vacunación para SARS-CoV 2 de los residentes al momento de desarrollar COVID-19.
- Caso clínico:
 - Caso sospechoso de COVID-19: todo residente que haya presentado sintomatología compatible con la enfermedad según las normativas vigentes en el momento.
 - Caso confirmado de COVID-19: todo caso sospechoso de COVID-19 que haya presentado resultado positivo en las técnicas de diagnóstico de laboratorio y/o que reúna los criterios clínicos y epidemiológicos vigentes a la fecha del diagnóstico.
- Síntomas: Se registraron todos los síntomas referidos por los residentes durante la COVID-19.
- Métodos diagnósticos:
 - Análisis de muestras provenientes de hisopados nasofaríngeos de casos sospechosos de COVID-19 mediante PCR, test de antígenos o amplificación isotérmica en tiempo real.
 - Criterio clínico epidemiológico según normativas ministeriales vigentes en el momento.
- Aislamientos epidemiológicos indicados por la autoridad sanitaria en el momento del diagnóstico de COVID-19.
- Licencias tramitadas
 - Licencias por aislamiento epidemiológico de casos sospechosos y/o confirmados de COVID-19.
 - Licencias por aislamiento epidemiológico por contacto estrecho con caso sospechosos y/o confirmados de COVID-19.
 - Licencias por motivos personales relacionados con la pandemia.
 - Licencias por síntomas post vacunales.

La información fue generada a partir del registro de datos elaborado por la jefatura de residentes de pediatría del HIAEP SML para la gestión del recurso humano en contexto de la pandemia por COVID-19.

Implicancias éticas

El presente trabajo fue presentado para su registro al Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (C.I..R.PI.) del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata.

Los datos primarios que formaron parte del análisis de este trabajo fueron codificados para evitar la identificación nominal de los individuos enrolados en el estudio.

RESULTADOS

Un total de 130 residentes formaron parte de las actividades asistenciales en el HIAEP SML en el período de estudio de los cuales 99 fueron mujeres y 31 varones.

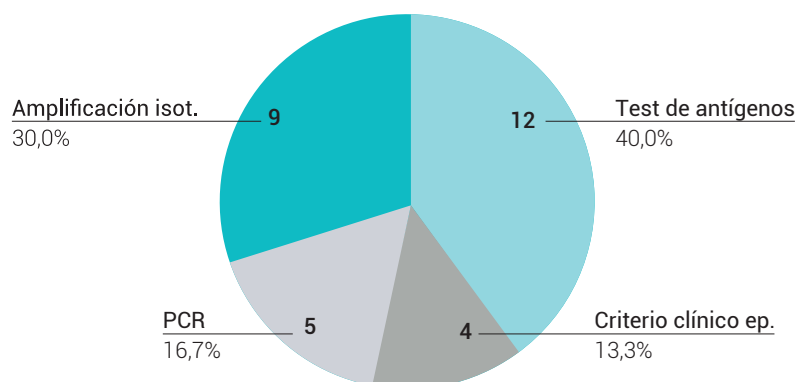
En un año de trabajo se detectaron 143 casos sospechosos de COVID-19 de los cuales 30 (23,1% de los residentes) resultaron casos confirmados de COVID-19. Además, se informaron 79 aislamientos por contacto estrecho con casos sospechosos y/o confirmados de COVID-19 de los cuales 5 (6,1% de los aislados por contacto estrecho) desarrollaron la enfermedad dentro del tiempo de aislamiento, y sólo 1 de los que desarrolló la enfermedad fue contacto estrecho de TS de otra institución.

De los 30 casos con COVID-19 la edad media fue de 31 años (intervalo [r]: 26-46 años), y 14 (47%) no estaban vacunados contra SARS CoV-2, 11 (36%) estaban completamente inmunizados y 5 (17%) habían recibido solo una dosis del agente inmunizante al momento de presentar la enfermedad. 2 casos (6,6%) reportaron comorbilidad previa.

Se realizaron testeos mediante pruebas de laboratorio en hisopados nasofaríngeos en 130 de los 143 casos. 13 casos sospechosos fueron finalmente descartados por criterio clínico por el servicio de control de infecciones del HIAEP SML. Así, la tasa de positividad relacionando los casos positivos sobre el número de pruebas diagnósticas realizadas en este grupo fue del 23,1%.

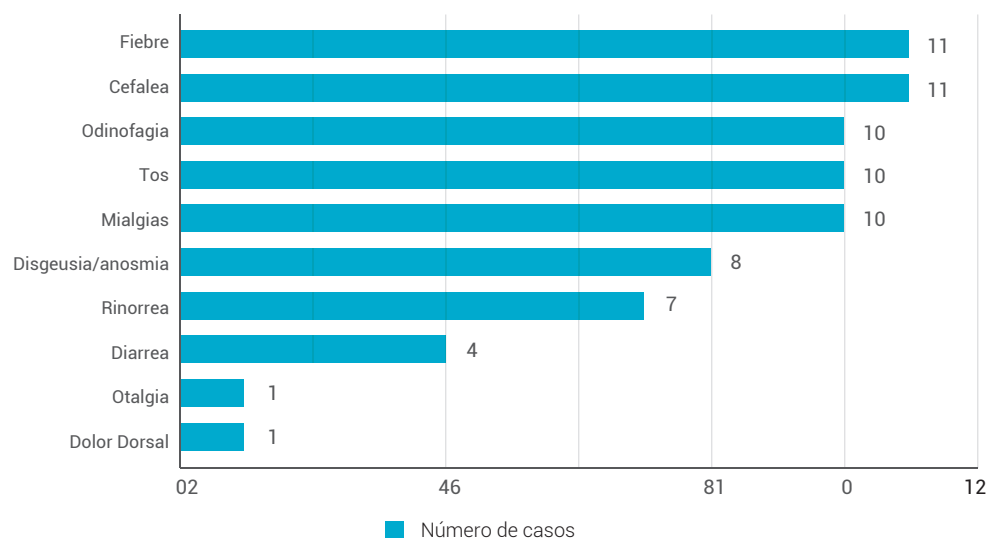
En la Figura 1 se detallan los métodos diagnósticos utilizados en los 30 casos confirmados de COVID-19.

Figura 1: Pruebas Diagnósticas



Los síntomas informados por los residentes al momento del diagnóstico de COVID-19 se reúnen en la Figura 2. Sólo 1 caso (3,3%) fue asintomático, diagnosticado en testeo de rutina previo a un viaje. 3 casos (10%) tuvieron neumonía como complicación, de ellos 2 no estaban vacunados y 1 tenía esquema de vacunación completo para SARS-CoV 2, ninguno de ellos tenía comorbilidad de base. Todos los casos evolucionaron favorablemente, sin requerimiento de ingreso hospitalario y sin secuelas significativas.

Figura 2: Síntomas Referidos



En un año de pandemia por COVID-19 fueron gestionadas por la jefatura de residentes de pediatría del HIAEP SML un total de 325 licencias debidas a aislamientos epidemiológicos, motivos personales de los residentes relacionados a COVID-19 (cuidado de familiar enfermo, fallecimiento de familiar, problemas familiares, enfermedades profesionales, licencias extendidas por embarazo, etc) y por efectos adversos leves relacionados con las vacunas contra SARS-CoV 2 (Tabla 1). Este número de licencias se tradujo en la pérdida de 2.830 días laborales totales, lo que equivale a un promedio de ausencia por licencias inesperadas de 21,8 días por cada uno de los 130 residentes en un año.

Tabla 1: Licencias tramitadas en 1 año.

TIPO DE LICENCIA TRAMITADA	n (%)
Aislamiento por casos sospechosos y/o confirmados de COVID-19	143 (44%)
Contacto estrecho con caso sospechoso o confirmado de COVID-19	74 (22,8%)
Motivos personales relacionados con la pandemia	74 (22,8%)
Síntomas post vacunales	34 (10,4%)
Total	325 (100%)

DISCUSIÓN

Los profesionales de la residencia de pediatría del HIAEP SML, al igual que la mayoría de los TS en Argentina han realizado un gran esfuerzo para la asistencia de pacientes, en contexto de la pandemia por COVID-19, en muy malas condiciones y enfrentándose a situaciones estresantes adicionales, muchas veces evitables. Tuvieron que lidiar con el aprendizaje rápido y la capacitación en nuevas prácticas y tecnologías para satisfacer a los pacientes así como con la atención con recursos no siempre suficientes y en ausencia de tratamientos específicos para COVID-19, sumados a la falta de vacaciones y disminución frecuente de sus ingresos producto de la crisis económica que azota a nuestra región ⁶.

El presente trabajo demuestra el elevado número de casos de COVID-19 en un grupo de primera línea de TS (21% de los residentes enfermaron de COVID-19 en 1 año) en comparación con la proporción de enfermos por la misma enfermedad y en el mismo período en la población general argentina (9,5% de la población), confirmando la mayor exposición de los TS al SARS-COV 2 ⁷. Esta mayor exposición de los TS probablemente esté relacionada a la atención directa de pacientes con COVID-19, las condiciones precarias de trabajo y las labores continuas y con sobrecarga emocional y física en contexto de los aislamientos y distanciamientos sociales dispuestos por el gobierno nacional a partir de la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19 ^{2,3,8}. En cuanto a las características clínicas de la enfermedad, la enfermedad fue leve en todos los casos y ningún residente requirió hospitalización así como tampoco se constataron fallecimientos por COVID-19, posiblemente debido a que se trata de un grupo joven de TS donde la mayoría no tiene comorbilidades significativas. Los síntomas referidos por los residentes enfermos son similares a los descritos para la presentación clínica general de casos leves resultando fiebre, cefalea, tos, odinofagia y mialgias los más frecuentes ^{10,11}. La baja cobertura vacunal se debe a que en el período de tiempo en estudio la disponibilidad y avance de la vacunación en Argentina fue variable, asociado al bajo número muestral no es posible establecer una relación entre el desarrollo de la enfermedad sintomática y la vacunación ⁷.

El impacto directo e indirecto de la pandemia por COVID-19 en los residentes queda expuesto en el elevado e inusual número de licencias que fueron gestionadas en un año lectivo y que obligó a la reestructuración de rotaciones curriculares y extracurriculares, sobrecargando el trabajo ya realizado en condiciones no salutogénicas, para garantizar la cobertura de servicios esenciales en contexto de gran ausencia de TS en toda la institución en cuestión. Finalmente, es pertinente destacar que la residencia de pediatría del HIAEP SML al igual que los principales sectores de cuidado en Argentina que se enfrentan a la pandemia por SARS CoV-2 está altamente feminizada. A su vez, la pandemia ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, aumentando así el tiempo que las familias dedican a este trabajo no remunerado, que recae históricamente sobre todo en las mujeres. Así, las

TS de Argentina se encuentran desarrollando su tarea en un contexto de alta vulnerabilidad sanitaria, social y económica por lo que su salud, seguridad y estabilidad económica tienen que ser protegidas y garantizadas como parte de los esfuerzos imprescindibles para asegurar el bienestar de toda la población durante la pandemia de la COVID-19¹².

Este estudio evidencia la alta exposición y susceptibilidad de los residentes a la infección por SARS-CoV 2, con las consecuencias que esto podría ocasionar según informes previos como el de Batra y cols, que en un metaanálisis, han descrito el impacto negativo de la pandemia en la salud física y mental de los TS.

CONCLUSIÓN

La experiencia descrita evidencia la magnitud del impacto directo e indirecto de la COVID-19 en los residentes, grupo sobreexigido y vulnerable.

COMENTARIOS FINALES

Desde la perspectiva de los autores, resulta urgente la necesidad de invertir recursos y generar mecanismos para promover y proteger significativamente la salud mental y física de los trabajadores de primera línea en salud^{6,14}. Para eso es necesario garantizar la seguridad y necesidades inmediatas de los TS, establecer límites máximos de horas de trabajo y promover modalidades flexibles de trabajo, recompensar el trabajo realizado en contexto de la crisis sanitaria, aumentar realmente la inversión en salud con orientación al primer nivel de atención y la atención primaria de la salud, formar y contratar más personal de salud y transversalizar la perspectiva de género e involucrar a las mujeres en todas las fases de respuesta y en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. 2020. OMS (Internet) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
2. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina. Decreto 367/2020. COVID-19 como enfermedad profesional. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derecho-facil/leysimple/covid-19-covid-como-enfermedad-profesional#ley>
- 3 Amable M. Análisis descriptivo de la enfermedad profesional por COVID-19 en trabajadores de la salud, Argentina, 2020. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13 Supl COVID-19:e38
- 4 Silva AP. Seroprevalencia de infección por SARS-CoV-2 en personal de salud de la Región Sanitaria VIII, provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12 Supl COVID-19:e14
- 5 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Residencias de salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias>
- 6 Croce, V; Chiappa, E; Moiso, A; Rabassa, M. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los médicos de la Plata, Argentina. UNLP. 2021. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/images/noticias/2021/Estudio_sobre_el_impacto_de_la_COVID-19_en_los_medicos_de_la_Plata_Argentina.pdf
- 7 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Reporte diario vespertino. Situación de COVID-19 en Argentina 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/septiembre2021>
- 8 Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 875/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 2020 Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>
- 9 COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Johns Hopkins University. Disponible en: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- 10 Struyf, T; Deeks, JJ; Dinnes, J; Takwoingi, Y; Davenport, C; et al. Leeflang MMG, Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 2: CD013665. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8407425/pdf/CD013665.pdf>
- 11 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Nuevo Coronavirus COVID-19. Definiciones y clasificaciones de caso. 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/definicion-de-caso>.
- 12 East, S; Laurence, T; Lopez, E. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe Técnico. 2020. OPS. Disponible en: https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang--es/index.htm
- 13 Batra K, Pal Singh T, Sharma M, Batra R, Shevaneveldt N. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A MetaAnalysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1-33; 2020.14 Ornell F, Chwartzmann Halpern S, Paim Kessler FH, Correa de Magalhaes Narvaez J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36 :1-6.

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA FRAGMENTACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LAS EXPERIENCIAS DE PERSONAS GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PLATA.

RESUMEN

El sistema de salud argentino se ha constituido de manera compleja, caracterizándose por la segmentación y la fragmentación que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Las personas gestantes constituyen una de las poblaciones de riesgo de padecer formas graves de enfermedad por coronavirus. Asimismo la Organización Panamericana de la Salud alertó sobre la interrupción de los servicios de atención de mujeres, especialmente al control prenatal y del recién nacido en la mitad de los países de las Américas. Se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de describir y comprender las experiencias de accesibilidad al sistema de salud de personas que transitaron embarazo y/o parto durante la emergencia sanitaria en la Plata y Gran La Plata. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales a esta población. Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis de contenido temático, cuyas principales categorías de análisis fueron la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Entre los resultados se destaca la importancia que tuvieron “las salitas” del primer nivel en el acceso a la atención de salud y el rol de las obstétricas en el intento de sortear los obstáculos que presenta la segmentación y la fragmentación del sistema sanitario. Se concluye que es menester pensar políticas para fortalecer el primer nivel de atención, la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en todos los niveles del sistema, al mismo tiempo que se requiere el fortalecimiento de una profesión autónoma y humanista, como lo es la obstetricia.

AUTORES:

SAPIENZA C¹,
FOTIA PERNICIARO L².

¹ Residencia post Básica Investigación en Salud Pública y Epidemiología.

² Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) “Prof. Dr. Fernando Viteri”- Hospital de Niños de la Plata /Comisión de Investigaciones Científicas (CIC).

Correspondencia: CINTHIA SAPIENZA:
c.a.sapienza@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

Atención prenatal, salud materna, pandemia, accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT

The Argentine health system has been constituted in a complex manner, characterized by segmentation and fragmentation that hinder accessibility to health services. Pregnant women are one of the populations at risk of suffering severe forms of coronavirus disease. The Pan American Health Organization also warned about the interruption of women's health care services, especially prenatal and newborn care, in half the countries of the Americas. A qualitative study was carried out with the aim of describing and understanding the experiences of accessibility to the health system of people who experienced pregnancy and/or childbirth during the health emergency in La Plata and Gran La Plata. For this purpose, individual semi-structured interviews were conducted with this population. The data obtained were subjected to a thematic content analysis, whose main categories of analysis were the segmentation and fragmentation of the health system. Among the results, the importance of the "salitas" of the first level in the access to health care and the role of obstetricians in the attempt to overcome the obstacles presented by the segmentation and fragmentation of the health system stand out. It is concluded that it is necessary to think of policies to strengthen the first level of care, the implementation of the primary health care strategy at all levels of the system, and at the same time the strengthening of an autonomous and humanistic profession, such as midwifery, is required.

KEYWORDS:

Prenatal care, maternal health, pandemic, health services accessibility.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino, como resultado de las transformaciones y del devenir histórico, se ha constituido de manera compleja presentando características que dificultan la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Es un sistema segmentado, fragmentado, superpuesto y heterogéneo con desigual calidad de atención¹⁻³. Si bien se encuentra organizado en tres niveles, su núcleo central lo ocupa el hospital. Estos niveles de atención han sido una forma de organización de los sistemas de salud para dar respuesta a la demanda creciente de las poblaciones, sintetizados en la idea de que "problemas complejos requieren respuestas complejas, problemas frecuentes requieren respuestas menos complejas"⁴. Sin embargo, se ha entendido la complejidad en el sentido de los recursos técnicos y de la hiperespecialización de los recursos humanos, en detrimento de una atención integral. Esto conlleva la dificultad de la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en todos los niveles y efectores del sistema. Si bien la APS es un concepto largamente debatido, varios autores coinciden en que es una estrategia de atención inte-

gral por lo que propone la cobertura universal, la articulación interdisciplinaria e intersectorial con recursos adecuados y el corrimiento del foco de la enfermedad hacia la ponderación de la prevención y la promoción de la salud. Ésta ha quedado reservada casi exclusivamente a efectores del primer nivel, que si bien debieran ser el primer contacto de la población con el sistema y sus abordajes los más elementales, la puerta de entrada al sistema muchas veces se encuentra en el segundo o tercer nivel ⁴⁻⁹.

En la provincia de Buenos Aires, el subsector público de salud se encuentra dividido en regiones sanitarias de acuerdo a la ley provincial 7.016. La finalidad de esta regionalización consiste en integrar en un área todos los servicios de salud cualquiera fuera su situación de dependencia (municipal o provincial) y la optimización de recursos. Esto implica la descentralización administrativa de manera tal que se distribuyan dichos recursos al mismo tiempo que se espera la coordinación de los mismos ¹⁰.

A esta estructura, se añadió en marzo del 2020 con motivo de la pandemia por COVID-19, una serie de medidas que tuvieron como objetivo mitigar la propagación del virus y fortalecer el sistema sanitario ^{11,12}. Esta situación sin precedentes generó en las/los trabajadoras de la salud, tensiones y sentimientos de pánico ante un escenario caracterizado por la incertidumbre y las constantes transformaciones ¹³.

Por otro lado, entre las poblaciones en riesgo de padecer formas graves de coronavirus, se encuentran las personas gestantes ¹⁴. A pesar de ello y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), casi la mitad de los países de las Américas interrumpió los servicios de atención de mujeres, especialmente el control prenatal y del recién nacido, alertando sobre la posibilidad de retroceder veinte años en la reducción de la mortalidad materna ¹⁵. Un estudio que describió la percepción de actores clave sobre la interrupción de la atención de embarazadas y otras poblaciones vulnerables de América Latina y el Caribe durante la pandemia por COVID-19, mostró que la afectación en la provisión de servicios fue heterogénea entre países y entre tipos de servicio, concluyendo que el principal desafío político con vista al futuro, es garantizar la cobertura, el acceso a los servicios de salud y su financiamiento ¹⁶.

En países de otras regiones, hubo interrupciones, retrasos, reducciones o cancelaciones en los turnos tanto maternos como neonatales afectando principalmente el acceso de personas con vulnerabilidad social y étnica ^{17,18}.

Este artículo se propone contribuir a generar conocimiento sobre esta problemática ya que no se han encontrado estudios locales. El objetivo es describir y comprender las experiencias de accesibilidad al sistema de salud de personas que transitaron embarazo y/o parto durante la emergencia sanitaria en La Plata y Gran La Plata. Si bien ya se presentaron resultados preliminares de este estudio [], en esta oportunidad, se tomarán como categorías de análisis la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo de tipo cualitativo en el Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Dr. Viteri (IDIP) de la ciudad de La Plata. La población objetivo fueron personas puérperas que tuvieron su embarazo y parto durante la emergencia sanitaria por COVID-19. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, buscando intencionalmente diversidad en las fechas de nacimiento dentro del periodo de emergencia sanitaria. Se invitó a participar a personas que hubiesen cursado el embarazo y/o el parto en el contexto de la emergencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires y que fueran mayores de 16 años. Se excluyeron a aquellas personas que no realizaron los controles pediátricos de sus hijos/as en el IDIP. A quienes accedían a participar luego de la invitación, se les entregaba un consentimiento informado y posteriormente a su lectura, se comprobaba por parte de la investigadora principal la comprensión del mismo así como también se evacuaron dudas.

Se utilizó la entrevista semiestructurada individual como técnica de recolección de datos. Estas entrevistas se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre del 2021 y fueron grabadas en audio. Se les adjudicó un código de manera de anonimizar los datos personales de las participantes.

Se realizó un análisis de contenido temático buscando identificar núcleos de sentido, patrones y recurrencias, así como también, singularidades y contrastes para dar cuenta de la diversidad de las perspectivas y significaciones que las personas otorgan a sus prácticas e interacciones sociales^{19, 20}. Las categorías de análisis fueron la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Se entiende a la primera como la convivencia de distintos subsistemas de aseguramiento para diferentes grupos poblacionales según sus condiciones económicas o de trabajo: público, de obras sociales y privado. Al mismo tiempo, el subsistema público presenta diferentes dependencias: municipal, provincial y nacional. Por otro lado, la fragmentación refiere a las dificultades de estos subsistemas para la articulación entre sí, así como también al interior de cada uno y que se replica incluso en cada efector de salud, traduciéndose en mayores dificultades de acceso para la población e incrementando los gastos de atención¹⁻³.

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" (CIRPI).

RESULTADOS

Se entrevistaron 20 personas entre los 17 y 40 años de edad. Todas accedieron al menos a un control en su embarazo y casi todas lo hicieron en La Plata o Gran La Plata (región sanitaria XI), exceptuando una persona que recibió atención en un efector de salud de la región sanitaria VI (Tabla 1)

¹ Presentados en abril del 2022 en el Congreso Provincial de Salud en la Ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Figura 1: Características de la población entrevistada

Total de entrevistas: 20	
Primer hijo/a	9
Atención embarazo y parto subsector privado	1
Control de embarazo en primer nivel público	16
Parto en tercer nivel público	9
Partos por cesárea	11
Atención sanitaria en La Plata y Gran La Plata	19

SEGMENTACIÓN Y FRAGMENTACIÓN: IMPLICANCIAS MUTUAS.

En un solo caso, la persona entrevistada contaba con obra social que le permitió el acceso a la atención en una clínica privada durante todo el proceso de embarazo y parto. Esto evitó que circulara por diversos efectores reduciendo la exposición a contraer coronavirus y permitió una mayor articulación entre profesionales. Es de destacar que fue la única entrevistada que accedió al curso de preparación integral para la maternidad.

"...por medio del médico tenía el contacto de la partera, me daban las clases [de parto] por celular, por Zoom, por el tema de la pandemia".

Otra entrevistada, realizó el primer control de salud en un efector privado, abonando la consulta y los estudios complementarios hasta tanto conseguir turno en un efector de primer nivel público ya que supo de su embarazo en las primeras semanas posteriores a la declaración de la pandemia. Cabe señalar también que recurrentemente aparece en las entrevistas, la forma de llamar a las obstétricas (licenciadas en obstetricia) como obstetras o doctora:

"En ese momento la obstetra no atendía porque era pleno cierre de todo, entonces no atendía. Conseguí en una clínica [...] pagué la primera consulta, después ya me mandó a un mes a hacer análisis y todo eso, eso lo hice todo pago y después ya en mayo me atendí con la obstetra de la salita [pública]."

Casi todas las personas entrevistadas asistieron en primera instancia a efectores de primer nivel de atención públicos. En un caso, el control del embarazo se realizó paralelamente en el primer y en el tercer nivel de salud, destacándose el vínculo construido con la obstétrica:

"La obstetra [obstétrica] de la salita me dijo 'si vos ya no quieres venir más acá, quedate con el hospital'. Pero como nunca me ponían un control en la libreta ni nada, me decían 'todos los estudios se quedan acá', bueno, como que no me gustaba mucho entonces regresaba a la salita y le dije a la doctora que no, que yo quería [atenderme] con ella hasta el último día que dé a luz."

Acudir a la salita y/o al hospital cuando la persona gestante se encontraba en situación de vulnerabilidad social no necesariamente tuvo que ver con el control del embarazo, sino con una gran variedad de situaciones que amenazan la vida y la salud integral de la persona y su hijo/a.

"...iba a las calles, pedía, pedía lo que les quedaba, así con mi panza [...] trabajé

de limpieza, trabajé vendiendo caramelos en la calle. Por trabajar en construcción, del cemento también me intoxicó de nuevo. Al hospital fui varias veces por intoxicación, de ahí se me quiso venir él, a los 6 meses y medio [...] Por la pandemia no estaban haciendo DNI [...] Mi caso lo llevaron [la obstétrica de la salita] con la asistente social y hablaron mucho por mi documento, para que me lo den."

Las formas de acceso a análisis de laboratorio, ecografías y otros estudios, se presentaron de diverso modo y con superposición de subsistemas, especialmente de acuerdo al recorrido que haya hecho la persona para poder acceder a las prestaciones en tiempo y forma adecuados según sus necesidades, en diferentes momentos epidemiológicos de la pandemia:

"No había donde sacarme sangre porque todos los hospitales estaban cerrados, las ecografías y todo eso [las pagué de manera] particular."

"Con el tema de la pandemia no conseguía para las ecografías, los estudios sí porque algunos me los hacía ahí en el UPA que pusieron para hacer análisis de sangre y esas cosas y me las hacían ahí. Y si no me derivaban al hospital."

"Los análisis de sangre los hice en el hospital y las ecografías las hice pagas [...] Porque me daban [turno] como de acá a dos meses para hacerme una ecografía."

"En la salita, en la primera [ecografía] no los dejaban entrar. Por eso, porque ellos querían tener esa experiencia de ver a su hermana en la panza [¿y en un privado sí te lo permitían?] En un privado sí."

"Hay mucha gente [en el hospital] y por ese lado, no iba. Por el miedo, porque estaba embarazada y porque tenés que esperar, no es que llegas y te atienden, hay mucha gente, aparte, mayormente hay gente adulta, entonces es muy riesgoso [...] todas las veces hice ecografía ahí [en un efector privado]".

En algunos casos, fue necesario que desde los efectores del primer nivel se derivara a la persona gestante a un tercer nivel (público) por tratarse de embarazos de riesgo o para descartar dicho diagnóstico. Las formas de derivación durante la emergencia sanitaria que aparecen en los relatos son diversas, algunas institucionalizadas, otras más improvisadas:

"La salita pidió la cita, el turno y yo lo que tenía que hacer era presentarme con mi hoja de interconsulta."

"Como no se daba vuelta [el bebé], por las dudas la obstetra [obstétrica] me mandó a revisarme al hospital [...] fui con la orden para que me atiendan. Me revisaron ese día [...] porque me mandaron a preguntar por una doctora conocida de la obstetra y me revisó"

"La obstetra [obstétrica de la salita] cumplió con el protocolo y me envié a hacer todos los estudios, pero como era algo de alto riesgo me enviaron al hospital [...] hasta que descartaron la condición, la enfermedad, no sé cómo se llama y ahí sí me devolvieron a la salita porque no había ningún riesgo."

Según los relatos de las entrevistadas, los partos fueron asistidos casi en la mitad de los casos en un hospital de alta complejidad del subsector público y los casos restantes, en hospitales del segundo nivel, también públicos. Las

derivaciones para la atención de los partos en términos generales no ocurrieron articuladamente, siendo variadas las experiencias:

"A lo último tuve colestasis así que hubo que sacarlo... Ese día fui a la salita, le dije [que tenía picazón], justo estaba la obstetra [obstétrica] ahí en la puerta y me dijo que me vaya al hospital. Así que me fui directamente a la guardia y ese mismo día nació."

"Me atendí primero en el UPA, me hice el control ahí y después me derivaron al hospital. Tres controles más me faltaban, ahí me mandaron al hospital [...] antes de que llegues a término te hacen tres o cuatro controles para planificar todo [para la cesárea]."

"Rompí bolsa en mi casa, así que tuvimos que salir de urgencia y nació en la guardia."

También aparecen narrativas en torno a la fragmentación al interior de un mismo hospital: entre diferentes especialidades o entre profesionales de una misma especialidad:

"Tuve una crisis nerviosa [durante la internación] La doctora vino a hablar conmigo porque le contaron las enfermeras que yo estaba llorando, ¿viste? y me dijo que si me quería atender con algún psicólogo de ahí. Yo le dije que sí, pero nunca pasó."

"Fui al mismo hospital a preguntar [al día siguiente del alta], me dijeron 'no sabemos mamá, yo no estaba ahí, porque la doctora que te dio a luz, ella no está [...] Le agarró una bacteria, un virus en el hospital y se quedó mi bebé internado 5 días."

DISCUSIÓN

Si bien en los relatos aparece repetidamente el "cierre" de efectores de salud de todos los niveles a partir de la declaración de la pandemia, es de destacar que esto coincide con un primer momento epidemiológico de ajuste o preparación en un contexto de emergencia. A pesar de ello, se destaca que los efectores del primer nivel de atención tuvieron un rol fundamental en el acceso a la atención prenatal durante la pandemia por COVID-19 dado que, como muestran los resultados, fueron la puerta de entrada al sistema sanitario en casi todas las entrevistas. Es de destacar la diversidad de dispositivos que componen este primer nivel y que se aúnan bajo la denominación de "salita" con la que la población reconoce a las Unidades Sanitarias (US), Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros Integrales Comunitarios (CIC) y/o Unidades de Pronta Atención (UPA). Asimismo, en las entrevistas se describieron a estos efectores como diversos en cuanto a los recursos con los que cuentan y en cuanto a las formas de articulación con otros niveles, por lo que se infiere que no hubo una forma institucionalizada o sistemática de derivación para realizar estudios complementarios o para la atención de los partos. A pesar de ello se destacan distintas estrategias por parte de las trabajadoras del primer nivel así como de la propia persona gestante para soslayar los obstáculos que la fragmentación del sistema interpuso en el acceso a la atención¹⁻³.

La forma de organización hospitalocéntrica del sistema hace que éstos cuenten con los recursos necesarios para realizar todos los estudios complementarios, lo que implicó que durante la pandemia los hospitales continuarán recibiendo personas gestantes (consideradas en riesgo de contraer formas graves de coronavirus) para realizarse estudios de rutina o para confirmar o descartar otros diagnósticos, al mismo tiempo que la atención en estos efectores se encontraba casi exclusivamente abocada al COVID-19¹³. En algunos casos, esta paradoja contribuyó a la segmentación, dado que algunas entrevistadas que podían costear algunas prestaciones optarán por realizarlas en efectores privados donde consideraban que no se exponían a contraer el virus, o donde evaluaban que la atención era de mejor calidad por diferentes motivos. Por otro lado, queda expuestas en las citas la fragmentación al interior de los hospitales donde parece no haber comunicación o abordajes articulados entre profesionales de la salud. Otra situación donde se evidencia la segmentación es el caso de la entrevistada que atendió su embarazo, parto y estudios complementarios en un mismo efector dado que contaba con obra social. Esto evitó que transitara por diversos efectores en el contexto de la emergencia sanitaria y que además accediera a una prestación diferencial (el curso de preparación integral para la maternidad) respecto de aquellas que se atendieron en el subsector público. A lo largo de las citas presentadas sobre las experiencias de atención, se puede entender a la segmentación y la fragmentación como características del sistema sanitario que se implican e influyen mutuamente.

Por otro lado, la singularidad del relato de la persona gestante que se encontraba en profunda vulnerabilidad social, exige repensar la organización de los niveles de atención en función de las conceptualizaciones de complejo y su relación con situaciones de salud-enfermedad frecuentes. Este ejemplo da cuenta cómo desde la APS en el primer nivel se aborda también la complejidad y el riesgo no en el sentido meramente biomédico. No se trata de atención de menor calidad, tampoco de trabajadoras/es de la salud con menor calificación sino, todo lo contrario, ya que la complejidad implica el abordaje de la integralidad de la problemática y de la interdisciplina⁸.

En este sentido, es importante resaltar que las "salitas" cuentan con licenciadas/os en obstetricia, quienes dentro de sus incumbencias tienen a cargo el control prenatal de bajo riesgo²¹. Esta figura aparece en los relatos bajo el título "obstetra", dejando entrever que las personas entrevistadas desconocen las diferencias en formación e incumbencias entre los títulos académicos (médico obstetra y licenciada en obstetricia). De esta manera, surgió una nueva categoría de análisis: el rol de las licenciadas en obstetricia. Esta categoría es transversal a las dos categorías de interés de este estudio, ya que en los relatos aparecen intentando sortear la fragmentación al emplear diversas estrategias de articulación con otros niveles, y la segmentación al brindar atención de calidad y no diferencial para todas las personas gestantes respecto de la salud, no solo biomédica, sino integral. Esto se debe a la formación bajo un modelo humanista y orientado por la APS, desplazando al modelo tecnocrático biomédico

que entiende a la mujer como una máquina defectuosa que necesita de un experto con saberes técnicos que puedan desencadenar el nacimiento de manera estandarizada, siguiendo y ajustándose a protocolos y reglas que parecen poder aplicarse en todas las situaciones independientemente de las individualidades y deseos de las mujeres y sus familia ^{22, 23}.

Si bien este estudio tomó como población a personas que gestaron y parieron durante la emergencia sanitaria, resulta necesario que se realicen nuevas investigaciones que puedan recabar en la voz de las obstétricas y otras/os profesionales de la salud, cuáles fueron los obstáculos y facilitadores que encontraron en la atención de esta población durante la pandemia, así como aquellas estrategias e intervenciones que se requirieron para el sostén de la atención en ese contexto. A pesar de ello, el conocimiento producido en el presente estudio podría ser un insumo para la planificación de estrategias de superación de los obstáculos en la accesibilidad de la atención en el pasaje de la pandemia a la nueva realidad socio-epidemiológica.

CONCLUSIÓN

A más de cuarenta años desde que se sentaron las bases de la APS, aún no se ha podido implementar esta estrategia de atención integral en todos los niveles de atención del sistema sanitario. La descripción de las experiencias de atención de personas que transitaron embarazo y parto durante la emergencia sanitaria en la Plata y Gran La Plata, señalan que incluso en un contexto como el de la pandemia por COVID-19, continúa siendo menester el desarrollo de políticas para fortalecer el primer nivel de atención y de plena implementación de la APS en todos los niveles. En este sentido, las licenciadas en obstetricia, intentaron responder a las necesidades de personas gestantes, aun sin contar con los recursos necesarios, buscando estrategias adecuadas para sortear los obstáculos que se presentaron para el acceso al sistema de salud, dejando en evidencia la fragmentación y segmentación del mismo. Se espera con este artículo fomentar el fortalecimiento de una profesión autónoma y humanista, como lo es la obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ballesteros MS. El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*. 2017,4(6):169-174.
2. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". Serie de Protección Social de la Salud N° 1. 2003. Washington DC, USA.
3. Belló M, Becerril, Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex*. 2011;(53 supl 2):S96-S108
4. Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* 2009;5(1):27-47.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978. Kazajstán: OMS.
6. Testa, M. Atención ¿Primaria o Primitiva? De la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Fondo de Centros de documentación "Pensar en salud" (CeDoPS), 1988. p. 75-90.
7. Rovere, M. La Atención Primaria en la Encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2018
8. Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciencia y Saúde Colectiva*. 2011. 16 (6): 2807-2816.
9. Castellanos Robayo, J. Situaciones de cobertura, Niveles de atención y Atención Primaria. *Boletín de la Oficina sanitaria Panamericana*. 1977.
10. Ley 7.016 Las regiones sanitarias estarán a cargo de un profesional médico con título especialista o con experiencia en la salud pública o en su defecto con la capacidad probada para el desempeño de la administración sanitaria con obligación de ejercer el cargo, a tiempo pleno o semipleno. Senado y cámara de diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Diciembre de 2022 Disponible en: <http://bitly.ws/xCAQ>
11. Decreto 167/202. DECNU-2021-167-APN-PTE - Decreto N° 260/2020. Emergencia Sanitaria. Prórroga. Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, Marzo 2021. Disponible en: <https://bit.ly/38pZg0K>
12. Decreto 168/2021. DECNU-2021-168-APN-PTE. Distanciamiento social preventivo y obligatorio y aislamiento social preventivo y obligatorio. Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, Marzo 2021. Disponible en: <https://bit.ly/37FQi2x>
13. Sy A, Moglia B, Derossi PD. Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Rev. Salud Pública (Córdoba)*2021; 26(2):60-72
14. Ministerio de Salud de la Nación. Covid-19: Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia. Actualización 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3kCNHsJ>
15. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 ocasiona impactos "devastadores" en las mujeres. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3yD2mJG>
16. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e140.
17. Whipps, M.D.M., Phipps, J.E. & Simmons, L.A. Perinatal health care access, childbirth concerns, and birthing decision-making among pregnant people in California during COVID-19. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 477 2021 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03942-y>
18. Cena L, Rota M, Calza S, Massardi B, Trainini A, Stefana A. Estimating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternal and Perinatal Health Care Services in Italy: Results of a Self-Administered Survey. *Front Public Health* 2021; 9:701638 . Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.701638>
19. De Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 165-207.
20. Borda, P. Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Buenos Aires, Argentina: Centro de Documentación e Información, IIGG. 2017. Capítulo 1.
21. Ley 11745. Ejercicio profesional de la obstetricia. Diciembre, 2022 Disponible en: <https://copba-cs.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Ley-11745-y-modificatorias.pdf>
22. Salsa-Cortizo V. El rol de la obstétrica ante barreras de acceso a la salud en la Región Sanitaria XI, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12:e20.
23. Salsa Cortizo V. Estudio antropológico del trabajo de la obstétrica en el sistema de salud bonaerense: ciencia y paciencia como modelo de atención. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; 2021.

MIOSITIS VIRAL AGUDA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Se presenta el reporte de un caso de miositis aguda en un niño de 4 años de edad con COVID-19. El paciente manifestó fiebre y dolor en ambas pantorri-llas. Con sospecha de miositis se realizó análisis de CPK, encontrando valores de 4460 UI/L. Asimismo se realizó hisopado nasofaríngeo para SARS-CoV 2, confirmando la infección. El paciente recibió hiperhidratación, presentando resolución de su cuadro clínico en menos de 5 días.

PALABRAS CLAVES:

miositis, COVID-19, SARS- CoV-2, pediatría

ABSTRACT

This case report describes a 4 year old child with COVID-19. He presented with fever and pain in both calves. Under the suspicion of myositis a CPK analysis was performed, which showed CPK: 4460 UI/L. Nasopharyngeal RT - PCR was also performed, which was positive. As a treatment, the patient received hyperhydration, achieving full recovery after five days.

KEYWORDS

myositis, COVID-19, SARS - CoV 2, pediatrics, children.

INTRODUCCIÓN

La miositis viral aguda es una complicación que afecta a niños preescolares y escolares, y que aparece posteriormente a una infección viral causada, en su mayoría, por los virus Influenza A y B. Es un proceso inflamatorio súbito, transitorio, autolimitado y benigno. Por lo general se manifiesta como altera-

AUTORES:

ZABALETA F,
BADIE JE.

Residencia de Terapia intensiva pediátrica.
H.I.A.E.P "Sor María Ludovica".

Correspondencia: FÉLIX ZABALETA:
zabaletafelix@gmail.com

ciones en la marcha o bipedestación con manifiesto dolor bilateral y sensibilidad en los músculos gastrocnemios y sóleos de los miembros inferiores, sin alteración del examen neurológico. Su complicación más temida es la rabdomiólisis, por lo que se debe hacer un seguimiento clínico y serológico de los valores de creatinfosfoquinasa (CPK) ¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 4 años de edad cuya madre consultó por fiebre de dos días de evolución asociada a mialgias en ambas pantorrillas. No presentaba antecedentes de enfermedad previa, sintomatología respiratoria, ejercicios físicos intensos, consumo de tóxicos ni traumatismos.

Al momento de la consulta el paciente se encontraba estable clínica y hemodinámicamente, normotenso, con fuerza y tono muscular conservados, reflejos osteotendinosos bilaterales presentes y simétricos y no se evidenciaban signos de flogosis en ambas pantorrillas. Presentaba ligero aumento de base de sustentación y manifestaba dolor al caminar.

Se solicitaron estudios de laboratorio cuyos valores significativos se presentan en la Tabla 1. Se evidenció aumento de CPK: 4460 UI/L (valores normales: 44-240 UI/L) y CPK-MB: 131 UI/L (valores normales: 0-25 UI/L), interpretándose el cuadro clínico como miositis de probable origen viral, por lo que se decidió su internación para control clínico y búsqueda etiológica.

Debido a la presencia de fiebre de dos días de evolución, el paciente ingresó, por protocolo epidemiológico institucional, en una sala de sospecha de COVID-19, donde se realizó hisopado nasofaríngeo para SARS-CoV-2, siendo este "reactivo" por técnica de PCR.

Al presentar aumento de fracción CPK-MB, se solicitó valoración cardiológica, la cual no evidenció trastornos en la repolarización ni signos de isquemia.

Dentro de las conductas instituidas, hasta descartar diagnóstico de rabdomiólisis y prevenir el daño renal, se realizó hiperhidratación a 3000 ml/m² con dextrosa 5%. La función renal y los niveles hidroelectrolíticos se mantuvieron dentro de rangos normales durante toda la internación.

El niño se mantuvo afebril durante toda su evolución, evidenciando mejoría clínica con recuperación de la marcha. Al quinto día de internación, por encontrarse estable clínicamente, sin dolor, y con tendencia a la recuperación de los valores normales de laboratorio, se decidió el egreso hospitalario.

Tabla 1: Valores de laboratorio durante los días de internación

	1er día de internación	3er día de internación	5TO día de internación
CPK (UI/L) VR: 44 - 240 UI/L	4460	1474	219
CPK – MB (UI/L) VR: 0 - 25 UI/L	131	73	-
Leucocitos por mm ³	5600	3400	-
Neutrófilos (%)/ Linfocitos (%)	49/46	34/59	-
Hematocrito (%)	34.4	40.6	-
Hemoglobina (gr/dL)	-	14	-
Plaquetas por mm ³	138.000	132.000	-
Ferritina (ng/mL)	-	49	-
Urea (gr/L)	0.32	0.07	0.24
Creatinina (mg/dL)	0.53	0.57	0.62
TGO (UI/L) VR: 14 - 48 UI/L	154	101	33
TGP (UI/L) VR: 0 - 41 UI/L	108	51	33
FAL (UI/L) VR: 320 - 872 UI/L	835	987	794
PCR (mg/L)	0.7	-	-
Hematíes en orina (por campo 400 x)	0-1	-	-
Eritrosedimentación (mm/hora)	10	-	-

VR: valor de referencia; PCR: Proteína Creativa

DISCUSION

La miositis viral aguda ocurre, con mayor frecuencia, en varones preescolares y escolares, con una media de edad de presentación de 8,3 años. Se observa habitualmente en períodos de pandemias y epidemias de virus respiratorios, como la ocurrida por Influenza H1N1. Los virus habitualmente descritos como etiologías frecuentes son Influenza A y B, aunque también se cuentan los adenovirus, rotavirus, parainfluenza, virus sincicial respiratorio, virus de Epstein-Barr, VIH, VHS, virus coxsackie y dengue ¹. En referencia al caso presentado en nuestro reporte, si bien no se realizó pesquisa de infección por Influenza A ni B, es importante mencionar que al momento de la enfermedad no existía, producto de las prácticas de confinamiento, circulación de dichos virus en nuestro país ².

La historia natural de la enfermedad es la de una infección respiratoria alta o gastrointestinal, que al tercer a séptimo día de su resolución presenta súbitamente dolor bilateral y simétrico en las extremidades inferiores, especialmente, en los músculos gastrocnemios y sóleos. Las marchas típicas son Frankenstein (extremidades rígidas y aumento del polígono de sustentación) y equino (en puntas de pie secundario al intenso dolor con la dorsiflexión de los pies ¹).

Mientras que en pacientes adultos se encuentran publicados varios casos in-

dividuales de miositis viral aguda por COVID-19 3-5, un reporte de series de casos ⁶ y una revisión sistemática ⁷, en la edad pediátrica los casos reportados corresponden a rabdomiólisis y COVID-19. Sólo se encontró un reporte de casos de un importante centro pediátrico de Irán que describe un llamativo aumento de los casos de dermatomiositis juvenil durante el 2020 (llegando al cuádruple que en años previos) ⁸. Considerando las características del caso presentado podría hipotetizarse que se trató de una miositis post viral desencadenada por SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Padrón Hernández ML, Vargas Latorre JR, Ortegón-Ochoa S, Naranjo-Medina N, Pacheco B. Miositis viral, reporte de un caso pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(5): e493-e496
2. Ministerio de Salud de la Nación, Boletín integrado de vigilancia, SE 15, edición semanal (2021) 11-18
3. Manzano GS, Woods JK, Amato AA. Covid-19- Associated Myopathy Caused by Type I Interferonopathy. *N Engl J Med* 2020;383(24):2389-2390
4. Uslu S. Myositis due to COVID-19. *Postgrad Med J*. 2021;97(1148):399.
5. Almadani M, Shiferson A, Swaringen B, Shih M, Jacob T, Rhee R. Compartment syndrome secondary to viral myositis as initial presentation in COVID-19 patient. *J Vasc Surg Cases Innov Tech* 2020; 6 (4): 524-527
6. Saud A, Naveen R, Aggarwal R, Gupta L. COVID-19 and Myositis: What We Know So Far. *Curr Rheumatol Rep* 2021; 23:63
7. Hannah JR, Ali SS, Nagra D, Adas MA, Buazon AD, Galloway JB, et al. Skeletal muscles and Covid-19: a systematic review of rabdomyolysis and myositis in SARS-CoV-2 infection. *Clin Exp Rheumatol* 2022; 40: 329-338
8. Movahedi N, Ziaee V. COVID-19 and myositis; true dermatomyositis or prolonged post viral myositis? *Pediatric Rheumatology* 2021; 19:86

APORTE DE FLUIDOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO.

RESUMEN

El aporte de fluidos constituye un elemento central en la atención del paciente pediátrico hospitalizado, existiendo aún controversias acerca de cuál es la composición óptima, la dosis adecuada y la mejor estrategia para administrar los mismos. El propósito de este artículo de actualización es brindar al médico que se desempeña en las diferentes áreas de la internación pediátrica, conceptos y enfoques terapéuticos que lo ayuden en la asistencia de los pacientes que por diversos motivos requieren la administración de fluidos endovenosos. La recomendación de utilizar cristaloides en la reanimación es casi uniforme. Se observa una clara tendencia al uso de soluciones isotónicas balanceadas para la reposición del déficit previo y el aporte de fluidos de mantenimiento. En relación a la dosis y a la estrategia, es generalizada la recomendación de un enfoque más restrictivo en el aporte de volumen, aún en los pacientes con shock, donde es necesario lograr un balance entre una resucitación efectiva y el riesgo de sobrecarga de fluidos. Respecto a la administración de albúmina al 20% en el paciente crítico con hipoalbuminemia, la evidencia existente es escasa y no permite formular recomendaciones. Sin embargo, es frecuente su uso en la práctica asistencial.

PALABRAS CLAVES:

fluidoterapia intravenosa en niños, sobrecarga de fluidos, reanimación con fluidos, fluidos de mantenimiento, fluidos balanceados.

ABSTRACT

Intravenous fluids administration is a central element in the care of hospitalized pediatric patients, and there are still controversies about what is the optimal composition, the appropriate dose, and the best strategy for their administration. The purpose of this narrative review is to provide the physicians

AUTOR:

MAGLIANO, J.P.

Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Nueva Clínica del Niño de La Plata
Residencia de Clínica Pediátrica. Nueva Clínica del Niño de La Plata

Correspondencia:

JUAN P. ALCONADA MAGLIANO
jpam63@hotmail.com

El autor no presenta conflicto de intereses.

who works in the different areas of pediatric hospitalization, concepts and therapeutic approaches that help them in the care of patients who for diverse reasons require administration of intravenous fluids. The recommendation to use crystalloids in resuscitation is almost uniform. There is a clear trend towards the use of balanced isotonic solutions to replace the previous deficit and the supply of maintenance fluids. In relation to the dose and strategy, the recommendation of a more restrictive approach in volume administration is generalized, even in patients with shock, where it is necessary to strike a balance between effective resuscitation and the risk of fluid overload. Regarding the administration of 20% albumin in critically ill patients with hypoalbuminemia, the existing evidence is scarce and does not allow recommendations to be formulated. However, it is frequently used in healthcare practice.

KEYWORDS

intravenous fluid therapy in children, fluid overload, fluid resuscitation, maintenance fluids, balanced fluid.

INTRODUCCIÓN

El aporte de fluidos constituye un elemento central en la atención del paciente pediátrico hospitalizado siendo imprescindible un adecuado conocimiento de los cambios fisiológicos y de los requerimientos de los mismos a través de las diferentes edades¹⁻⁵. La administración de fluidos debe ser equiparada a la administración de un fármaco, siendo necesario establecer cuál es el fluido para administrar, lo que implica conocer su composición, su farmacocinética y su farmacodinamia, la dosificación a utilizar en función de la situación clínica, el tiempo durante el cual se va a administrar, y si corresponde, cuando se va a disminuir la dosis del mismo⁵⁻⁷. En el contexto de la internación pediátrica las situaciones en que el médico debe utilizar fluidos endovenosos son muy variadas, van desde la simple indicación de un plan de mantenimiento para un niño que se ayuna para una cirugía programada de bajo riesgo, hasta la resucitación con volumen en el shock séptico y la administración de fluidos de mantenimiento en pacientes con fallo multiorgánico, pasando por diversas situaciones intermedias¹⁻⁵. En la medida que el paciente se agrava, ya no alcanza con conocer la fisiología y los requerimientos para la edad, es también imprescindible conocer la fisiopatología de procesos mórbidos tales como, por ejemplo, la inflamación sistémica y el incremento de la permeabilidad capilar, la disfunción de la microcirculación en la sepsis y las consecuencias del aumento de los fluidos intersticiales, entre otros⁸.

La necesidad de comprender en profundidad los procesos fisiopatológicos que se presentan durante la enfermedad crítica no es privativa del pediatra intensivista. Con frecuencia, la enfermedad crítica es un proceso que se inicia en las salas generales, estando ahí la oportunidad para un manejo hidroelectrolítico juicioso que aminore los procesos mórbidos del paciente crítico y que en ocasiones interrumpa una cascada de eventos que puede finalizar con la muerte del paciente⁹.

La terapia con fluidos endovenosos no está exenta de complicaciones. Fundamentalmente se presentan alteraciones en la concentración sérica de sodio, acidosis hiperclorémica asociada al aporte de cloruro de sodio al 0.9% y sobrecarga de fluidos^{1-5,10}.

Frecuentemente los pacientes son resucitados con fluidos con el propósito de mantener un adecuado volumen intravascular. Sin embargo, la administración agresiva de los mismos puede generar un balance positivo asociado a sobrecarga de fluidos^{10,11}. Una condición que ha sido asociada a múltiples efectos desfavorables y que puede agravar la situación clínica del paciente^{11,12}.

En los últimos años, ha habido un incremento exponencial del interés sobre la fluidoterapia endovenosa y sus efectos adversos. Muchos ensayos clínicos han intentado resolver el debate sobre el uso de soluciones isotónicas versus soluciones hipotónicas para los planes de mantenimiento^{13,14}, de coloides versus cristaloides para las expansiones o terapia de resucitación^{15,16}, mientras otros han puesto atención en el rol del cloruro, que puede generar acidosis metabólica hiperclorémica y alteración de la función renal, postulándose el uso de soluciones con menor concentración del mismo¹⁷⁻¹⁹.

La administración de fluidos y electrolitos en la práctica asistencial se puede esquematizar de la siguiente manera: fluidos de mantenimiento, son los requerimientos de agua y electrolitos para reponer las pérdidas diarias normales y se calculan según el peso del paciente; fluidos de déficit, son los fluidos perdidos previo a la atención médica (deshidratación por diarrea o vómitos, traumatismo con hemorragia, falta de ingesta de líquidos, etc.); fluidos de reemplazo o pérdidas concurrentes, son los requerimientos de fluidos para reponer las pérdidas anormales diarias (poliuria, pérdidas gastrointestinales, drenajes, etc.), que deben reponerse volumen a volumen; fluidos de resucitación, son los fluidos que se aportan en forma rápida durante la etapa inicial para restablecer una adecuada perfusión tisular y prevenir o mitigar el daño de órganos nobles; y fluidos para diluir o vehiculizar medicamentos o nutrientes por vía endovenosa, oral o enteral^{1-5,20}. Este último aporte, suele no estar adecuadamente documentado, y en ocasiones es lo suficientemente cuantioso para contribuir a generar un balance positivo y sobrecarga de fluidos²¹.

A su vez, la Academia Americana de Pediatría¹⁰, plantea la existencia de 4 momentos fisiológicos distintos en los pacientes con requerimiento de hidratación endovenosa: fase de resucitación, representa el momento agudo cuando es necesario restaurar la perfusión tisular y prevenir o mitigar el fallo de órganos; fase de valoración, corresponde a la transición entre la administración de fluidos en bolo y el aporte de fluidos de mantenimiento, es el momento en que hay que evaluar cuánto se ha replecionado el intravascular y cuál es la relación entre los ingresos y las pérdidas que presentan los niños con patologías agudas; fase de mantenimiento, luego de contabilizar los fluidos aportados en las dos primeras fases, representa el momento cuando los fluidos deben administrarse para lograr un balance homeostático entre las necesidades y las pérdidas; y por último, la fase de convalecencia, que es el periodo cuando se suspende el aporte exógeno de fluidos y el paciente retoma por sí mismo la regulación de sus fluidos.

En el paciente crítico la terapia hídrica se puede dividir en cuatro fases: rescate, optimización, estabilización y desescalamiento^{6,7}. Este enfoque se denomina modelo conceptual R.O.S.E., por su sigla en inglés. El mismo implica una reducción progresiva del aporte, intentando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos, manteniendo la entrega tisular de oxígeno y evitando las consecuencias de la sobrecarga de fluidos. De aquí se desprenden cuatro preguntas: "¿Cuándo iniciar el aporte de fluidos endovenosos?", "¿Cuándo suspender el aporte de fluidos endovenosos?", "¿Cuándo iniciar la remoción activa de fluidos?", y por último, "¿Cuándo suspender la remoción activa de fluidos?"^{6,7,12}.

Son numerosas las situaciones que requieren un enfoque específico en relación a la terapia con fluidos como por ejemplo, la cetoacidosis diabética, el fallo renal agudo, el fallo hepático, los pacientes quemados, el posoperatorio de las cardiopatías congénitas, los desnutridos severos, la enfermedad venooclusiva hepática asociada al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, etc., cuya revisión está más allá de los alcances de este artículo.

El propósito de este artículo de actualización es brindar al médico que se desempeña en las diferentes áreas de la internación pediátrica, conceptos y enfoques terapéuticos que lo ayu-

den en la asistencia de los pacientes que por diversos motivos requieren la administración de fluidos endovenosos. Además, se espera que estos contenidos generales sirvan de base para la posterior profundización en otros textos sobre el aporte de fluidos en las situaciones específicas ya mencionadas.

CONSIDERACIONES SOBRE FISIOLÓGÍA

El medio interno está representado por el líquido extracelular (LEC) que rodea a las células, con una composición estable que permite los intercambios metabólicos y la comunicación celular. Mientras que, la homeostasis es la constancia o estabilidad del medio interno, aún ante las variaciones del medio externo²³. Esta capacidad del organismo para autorregularse o volver a la normalidad es un concepto central en la fisiología y también en la patología.

El contenido de agua corporal total (ACT) se modifica significativamente desde la vida intrauterina hasta el final del primer año de vida. En la semana 24 de gestación, el contenido de ACT es cercano al 80% del peso corporal²⁴. Luego del nacimiento, se espera un descenso del peso corporal de aproximadamente el 5%-15%, siendo mayor aún en los neonatos de bajo peso^{1,24}. Además de las diferencias en el contenido de ACT, se presentan cambios en los porcentajes que del peso corporal representan el agua intracelular y extracelular^{1,24}. Cerca del año de vida, la relación entre el líquido intracelular (LIC) y el LEC alcanza los niveles del adulto^{1,24}, siendo, aproximadamente, el LEC el 20-25 % y el LIC el 30-40% del peso corporal. Como se verá más adelante, estas diferencias tienen implicancias clínicas y terapéuticas^{1,24,25}.

Del total del LEC, un 80% corresponde al líquido intersticial y un 20% al plasma sanguíneo^{1,24}. El líquido intersticial o tisular debe mantenerse constante, para lo cual se requiere la ayuda del sistema circulatorio. El plasma sanguíneo intercambia oxígeno y nutrientes, dióxido de carbono y desechos con el LEC a nivel de los capilares sanguíneos, debido a lo cual en ambos líquidos la concentración de solutos es igual, a excepción de las proteínas^{1,24}.

El agua se mueve a través de las membranas celulares en respuesta a cambios en la osmolaridad efectiva (tonicidad), determinada por las partículas restringidas al LIC y al LEC^{1,24}. El sodio (Na) es el catión con mayor concentración y el soluto más importante determinante de la osmolaridad del compartimiento extracelular por lo que determina su volumen^{1,24}. El balance de Na⁺ (y en consecuencia el volumen del LEC) es regulado por el riñón. El sistema renina-angiotensina-aldosterona estimula su retención y los factores natriuréticos su excreción^{1,3,24}. La concentración sérica de sodio está regulada principalmente por la acción de la hormona antidiurética (HAD), que actúa regulando la reabsorción de agua en el riñón. El aumento de la osmolaridad plasmática y la disminución del volumen arterial efectivo, constituyen los estímulos más importantes para la secreción de la HAD. Cuando existe contracción de volumen con osmolaridad baja, los estímulos para la secreción son contrapuestos y prevalece el estímulo para mantener la volemia. El cuerpo prioriza el volumen del compartimiento intravascular y el estado hemodinámico sobre la osmolaridad sérica. El equilibrio entre el líquido intravascular y el intersticial está determinado fundamentalmente por la presión hidrostática (sistema cardiovascular) y la presión oncótica, determinada principalmente por la albúmina, que tiende a mantener el agua dentro del intravascular^{1,3,4}.

De esta manera, tanto el aumento de la presión hidrostática como la disminución de la concentración sérica de albúmina, condicionan la salida de líquido hacia el intersticio, generando una hipovolemia (a pesar del aumento del agua corporal total) que estimulará la secreción de aldosterona y la retención de Na, perpetuando el círculo, con mayor aumento del agua corporal total y una hiponatremia dilucional^{1,24}.

ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS

Como ya se mencionó previamente, la administración de fluidos y electrolitos en la práctica asistencial se puede esquematizar de la siguiente manera: fluidos de mantenimiento, fluidos de déficit, fluidos de reemplazo o pérdidas concurrentes, fluidos de resucitación, y fluidos para diluir o vehicular medicamentos o nutrientes por vía endovenosa, oral o enteral ^{1-5,20}.

Fluidos de Mantenimiento

Los planes de mantenimiento deben cubrir las necesidades diarias de agua, sodio, potasio y glucosa. Se sabe que las necesidades de agua y electrolitos por kg de peso serán menores a medida que aumenta la edad y la masa corporal de los pacientes ^{1,3,4,26}. Esta disminución es paralela a la disminución de las calorías metabolizadas por kg de peso (desde 100 cal/kg/día en un lactante hasta aproximadamente 40 cal/kg/día en una mujer adulta) ³.

La primera cuestión práctica para resolver en relación a las necesidades de mantenimiento, es cómo calcular el volumen a aportar. En los menores de 30 kg se recomienda el método de Holliday-Segar ²⁶, basado en las calorías metabolizadas (Tabla 1). En los pacientes que pesan 30 kg o más las necesidades basales de líquidos se calculan a través de la superficie corporal (1.500 mL/m²/día). En los pacientes con pesos entre 20 y 30 kg puede usarse tanto el cálculo por calorías metabolizadas como la superficie corporal, mientras que en los menores de 10 kg siempre se debe hacer el cálculo por calorías metabolizadas, ya que el cálculo en base a la superficie corporal subestima las necesidades.

Sin embargo, más allá de la técnica que se utilice para calcular las necesidades de mantenimiento, las mismas siempre están determinadas por las calorías a metabolizar y la carga renal de solutos a eliminar ^{1,26}.

Tabla 1. Cálculo de las Necesidades de Mantenimiento según el método de Holliday-Segar.²⁶

Peso	Agua (mL/kg/día)
Primeros 10 kg	100
De 10 a 20 kg	50 (+ 1000 por los primeros 10 kg)
Más de 20 kg	20 (+ 1500 por los primeros 20 kg)

Cuando hay riesgo o sospecha de retención de fluidos asociada de un secreción no osmótica de la HDA, se debe considerar restringir el aporte. Para ello se dispone fundamentalmente de dos estrategias alternativas ²⁷. Una es reducir el aporte a un volumen equivalente al 50-80% de las necesidades de mantenimiento y la otra es administrar solo las pérdidas insensibles más la diuresis. Las pérdidas insensibles suponen un 35 a 40% de la pérdida de agua, y en condiciones normales se aproxima a 45 mL por 100 calorías (15 mL se pierden por el aire espirado y 30 mL por la piel) ^{1,25}. En los lactantes, se suelen estimar a razón de 20 a 30 mL/kg/día ^{2,3}, mientras que, en los niños más grandes, representan de 300 a 400 ml/m²/día ²⁷.

Una vez calculado el volumen de fluidos a aportar, la segunda cuestión práctica a resolver es cuál debe ser la composición de los mismos, arribando al debate entre soluciones isotónicas vs. hipotónicas.

Los fluidos isotónicos tienen una concentración de Na similar a la del plasma (135–144 mEq/L ^{1,3,4}. El plasma es 93% acuoso y 7% anhidro, con una concentración de Na en la fase acuosa de 154 mEq/L y una osmolaridad de 308 mOsm/L, similar a la de la solución de cloruro de sodio al 0.9% (Solución Fisiológica) ^{1,3,4}, mientras que los fluidos hipotónicos tienen una concentración de Na menor que la de la fase acuosa del plasma.

Es amplia la bibliografía disponible a favor de utilizar soluciones isotónicas en los planes de mantenimiento. Un cúmulo de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas concluyen en que su uso previene la aparición de hiponatremia en el paciente hospitalizado ²⁸⁻³³.

La concentración de Na utilizada en los diferentes ensayos clínicos reportados es muy heterogénea ²⁸⁻³³. Con un rango de 131 a 154 mEq/L para las soluciones isotónicas, como la solución de Hartmann o Ringer Lactato (sodio 131 mEq/L; osmolaridad 279 mOsm/L) y el PlasmaLyte (sodio 140 mEq/L; osmolaridad 294 mOsm/L), mientras que el rango para las soluciones hipotónicas es de 30 a 100 mEq/L³². En la mayoría de los estudios a las soluciones hidroelectrolíticas se les agregó dextrosa (2.5-5%) ¹⁰.

Los habituales planes de solución glucosada al 5% con una concentración de sodio de 77 mEq/L y de potasio de 20 mEq/L, tienen una osmolaridad de 406 mOsm/l (el plasma tiene 285-295 mOsm/l) ¹⁰. Sin embargo, cuando la glucosa ingresa en el torrente sanguíneo es rápidamente metabolizada, quedando la solución hipotónica respecto al sodio plasmático (osmolaridad efectiva o tonicidad) ^{3,10}.

Otro aspecto a tener presente es la concentración del anión cloro (Cl) en las soluciones. Como ya se sabe, la concentración del mismo, en la mal llamada solución fisiológica, es superior a la plasmática (154 mmol/L versus 98-106 mmol/L), y el aporte de grandes volúmenes de la misma suprime el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, disminuye el flujo renal y genera acidosis metabólica hiperclorémica ^{34,35}. Mientras que, las llamadas soluciones balanceadas, presentan una concentración de electrolitos similar a la plasmática. Los ensayos clínicos, tanto en adultos como en niños, han evidenciado valores más bajos de Cl plasmático, mayores niveles de bicarbonato y mayor pH en los pacientes que reciben soluciones balanceadas respecto a los que reciben cloruro de sodio al 0.9%. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en términos de mortalidad hospitalaria ³²⁻³⁷.

En cuanto al catión potasio (K) en los planes de mantenimiento, la recomendación más frecuente es aportar 20 mEq/L de K en forma de cloruro ³⁸⁻⁴⁰.

Es habitual en la práctica pediátrica, más allá de la concentración de electrolitos, que los planes de hidratación se prescriban con una concentración de glucosa del 5%. No obstante, es necesario adecuar el aporte de glucosa a la situación clínica del paciente, evitando tanto la hipoglucemia como la hiperglucemia, ya que ambas pueden producir injuria neuronal^{3,20,34}.

Si bien hay una nueva tendencia en la bibliografía a recomendar, luego del periodo neonatal y exceptuando los pacientes con riesgo de presentar hipoglucemia, la utilización de concentraciones glucosa que no superan el 2.5% ^{20,34}, o aún, soluciones isotónicas sin dextrosa, el aporte de glucosa ayuda a evitar la producción de cetonas y el catabolismo proteico ^{4,27}. De todos modos los pacientes que se encuentran recibiendo fluidos endovenosos deben tener, como mínimo, un control diario de la glucemia y un cálculo del flujo de glucosa que reciben, para finalmente ajustar la concentración de glucosa en forma personalizada ^{1,3,4}.

Aunque aún se debate cual es la solución ideal, en base a la evidencia científica disponible, por el momento hay consenso sobre que los pacientes deben recibir soluciones de mantenimiento isotónicas ^{10,27,39,40}. En especial, aquellos niños con mayor riesgo de tener aumentada la secreción de HDH.

En diciembre de 2018, luego de una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible, la Academia Americana de Pediatría (AAP) estableció como recomendación que los pacientes de 28 días a 18 años de edad que requieran hidratación parenteral de mantenimiento, reciban soluciones isotónicas con el agregado de adecuadas cantidades de cloruro de potasio y dextrosa, ya que las mismas disminuyen significativamente el riesgo de desarrollar hiponatremia ¹⁰. En junio de 2020, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) actualizó las

recomendaciones publicadas en el año 2015 para la fluidoterapia en niños y adolescentes hospitalizados ²⁷, estableciendo como recomendación el uso de cristaloides isotónicos que contengan sodio en un rango 131-154 mmol/L como fluidos de mantenimiento para todos los pacientes menores de 16 años (a partir de los 8 días de vida en los recién nacidos de término).

Fluidos de déficit

Son los fluidos perdidos previo a la atención médica (deshidratación por diarrea o vómitos, falta de ingesta de líquidos, etc.). Los mismos representan el grado de deshidratación calculado en base a las manifestaciones clínicas o en función de la variación de peso, si es que se cuenta con un peso confiable próximo al inicio de la enfermedad en curso. Cuando la hidratación oral o enteral ha fracasado o está contraindicada (deshidratación grave. depresión del sensorio, obstrucción intestinal, etc.), el déficit se debe aportar por vía endovenosa junto con las necesidades de mantenimiento ^{1,3-5,20}.

Una vez establecido el grado de deshidratación, se debe determinar el tipo de deshidratación en función de la concentración sérica de sodio. Cuando la natremia es inferior a 135 mEq/L, la deshidratación es considerada hipotónica, mientras que, cuando la natremia es superior a 145 mEq/l la deshidratación es considerada hipertónica ⁴³. Sin embargo, la mayoría de las deshidrataciones que se observan en la práctica pediátrica son isotónicas, con una natremia que oscila entre los 135 y los 145 mEq/L ⁴¹.

Dependiendo del tipo de deshidratación en cuestión y de la gravedad de la misma, se podrá establecer la estrategia a utilizar para reponer el déficit. Las deshidrataciones hipotónicas e isotónicas se tratan de igual manera, mientras que las deshidrataciones hipertónicas requieren otro abordaje terapéutico ^{1,3-5}.

Cuando la deshidratación es grave, independientemente de la tonicidad del plasma, la prioridad es restablecer una volemia que garantice una adecuada perfusión tisular. En cuyo caso el primer paso es administrar un bolo de solución fisiológica a razón de 20 mL/kg en 5 a 10 minutos y revalorar al paciente ^{1,3,4,5}.

Luego se administrarán en forma conjunta los fluidos de mantenimiento y el déficit restante. Un bolo de 20 mL/kg representa un aporte equivalente al 2% del peso del paciente y debe ser descontado del total del déficit calculado inicialmente ^{1,3-5}.

Sí se trata de una deshidratación grave de tipo hipo/isotónica que requirió bolos de cristaloides, habitualmente el resto del déficit se administra en un plazo de 24 horas junto a las necesidades de mantenimiento, con la mitad del déficit restante en la primeras ocho horas (fase rápida), y la otra mitad en las 16 horas siguientes (fase lenta) ^{1,3-5}. Mientras que, si la deshidratación es leve o moderada y no es posible la rehidratación oral, las necesidades de mantenimiento y el total del déficit previo se administran conjuntamente en 24 horas a un ritmo de infusión constante.

En cambio, si se trata de una deshidratación hipertónica, la estrategia es diferente, debido a que hay un estado de hiperosmolaridad plasmática. Excepto que la evolución del cuadro sea inferior a 24 horas, el déficit se debe administrar como mínimo en 48 horas. Es decir que, en 24 horas se administrarán las necesidades de mantenimiento más el 50% del déficit previo. Dado el gradiente de osmolaridad, una reposición rápida del déficit podría causar edema cerebral y convulsiones. Por lo tanto, el descenso diario del sodio sérico no debe ser superior a 10 mEq/L, siendo recomendable controlar la natremia cada 2-4 horas para ajustar el aporte de volumen ^{1,3-5}.

En cuanto a la composición de los fluidos endovenosos a administrar en el paciente con deshidratación, actualmente se sugiere el aporte de fluidos isotónicos (entre 131 y 154 mEq/L de

Na en forma de cloruro de sodio) tanto para las necesidades de mantenimiento como para el déficit previo, con el agregado de K a razón de 10 a 20 mEq/L (en forma de cloruro de potasio), una vez que el paciente ha orinado ^{1,3-5}. Utilizando habitualmente una solución de dextrosa al 5% para la elaboración del plan de hidratación parenteral, la osmolaridad efectiva de esta solución es de aproximadamente 300 mOsm/L.

En síntesis, la tendencia actual en el tratamiento endovenoso de la deshidratación es recomendar el uso de soluciones isotónicas de igual composición cualquiera sea la tonicidad de la misma ^{1,3-5}. Ya no se recomiendan soluciones hipotónicas para el tratamiento de la deshidratación hipernatremia o hipertónica ⁴. Lo que varía es la forma en que se administra el déficit previo. Lo cual dependerá de la gravedad de la deshidratación, del tiempo de evolución y de la osmolaridad efectiva del plasma.

Fluidos de Reposición o pérdidas concurrentes

Las pérdidas concurrentes son los requerimientos de fluidos para reponer las pérdidas anormales diarias de agua y electrolitos (poliuria, pérdidas gastrointestinales, drenajes, etc.), que deben reponerse volumen a volumen ^{1,3-5}, siendo la diarrea la pérdida concurrente más frecuente en pediatría ³. Para realizar una reposición adecuada, se debe constatar el volumen y medir el contenido en electrolitos de las mismas. Los electrolitos se reponen considerando sus valores plasmáticos y la naturaleza de la pérdida, y el volumen en función de lo cuantificado ^{1,3-5}. Tabla 2.

Tabla 2. Composición de las pérdidas medibles más frecuentes y sugerencias para su reposición.

PÉRDIDA	COMPOSICIÓN	REPOSICIÓN / COMENTARIO
VÓMITOS Y SNG	NA: 60 MMOL/L K: 10 MMOL/L CL: 90 MMOL/L	Solución fisiológica más 10 mEq/L de cloruro de potasio. Pérdidas excesivas llevan a la acidosis metabólica hipoclorémica con hipopotasemia.
DIARREA	NA: 55 MMOL/L K: 25 MMOL/L BICARBONATO: 15	Reponer con una solución que contenga partes iguales de dextrosa al 5% y solución fisiológica, con el agregado de 30 mEq/L de bicarbonato de Na y 20 mEq/L de cloruro de potasio.
TERCER ESPACIO (EDEMA Y ASCITIS)	MMOL/L ISOTÓNICO	Solución fisiológica o Ringer Lactato. Hay una transferencia desde el intravascular al intersticio.
DRENAJE PLEURAL	ISOTÓNICO	La pérdida de proteínas puede ser significativa y ocasionalmente requerir el aporte de albúmina al 5%.
URINARIA (POLIURIA)	MUY VARIABLE	Reponer en base a la determinación de electrolitos en orina.

*Tabla adaptada por el autor en base a datos de Greenbaum,1 Arpi,2 y NICE 27. En todos los casos, las reposiciones se realizan ml por ml cada 1 a 6 horas, y siempre que sea posible se deben determinar los electrolitos en las pérdidas, de manera de poder hacer una reposición lo más ajustada posible.
SNG: sonda nasogástrica; Na: sodio; K: potasio; Cl: Cloruro

Fluidos de Resucitación

El estado de shock puede emerger abruptamente en cualquier escenario, desde la vía pública hasta la UCIP, pasando por las diferentes áreas de internación. Se caracteriza por una entrega tisular de oxígeno inadecuada que genera metabolismo anaeróbico, acumulación de lactato y disfunción de órganos. Ante el reconocimiento del shock, la medida inicial de carácter general recomendada es el aporte rápido de fluidos que busca restablecer una adecuada perfusión tisular y prevenir o mitigar el daño de órganos nobles, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad asociada al shock ⁴²⁻⁴⁵.

Desde un punto de vista fisiopatológico, el shock se puede dividir en cuatro tipos o categorías: hipovolémico, distributivo, cardiogénico, y obstructivo⁴²⁻⁴⁵. A su vez, cada tipo de shock puede reconocer diferentes etiologías. Aunque es preciso tener presente que estas categorías se pueden superponer, generando un desafío diagnóstico y terapéutico.

Más allá del reconocimiento inicial del shock y de la administración precoz de bolos de cristaloideos o coloides, para una terapéutica adecuada que incluye, entre otros componentes, una administración juiciosa de fluidos, se requiere, a través de la recolección de antecedentes, el examen clínico, los exámenes complementarios, y cuando se dispone, del monitoreo hemodinámico, establecer de qué tipo de shock se trata y cuál es la etiología del mismo^{42,43,45,46}.

El tratamiento del shock hipovolémico secundario al incremento de las pérdidas por diarrea, vómitos o por disminución de la ingesta, se ubica en el contexto de la terapia de hidratación endovenosa que ya se ha mencionado previamente, puesto que se trata de una deshidratación grave^{42,43}. Mientras que, ante el shock hemorrágico de origen traumático, que fisiopatológicamente también es un shock hipovolémico, el enfoque es otro. En este caso, la cuestión se centra sobre la cuantía del volumen a administrar, y si bien la evidencia disponible es insuficiente para formular una recomendación al respecto para la población pediátrica^{42,44,46,47}, algunos ensayos clínicos parecerían señalar la existencia de mejores resultados cuando la resucitación se realiza con cantidades moderadas de fluidos⁴⁸⁻⁵⁰. La estrategia de resucitación gradual con volumen (también denominada resucitación con volumen restrictiva o resucitación hipovolémica), consiste en la administración de volumen relativamente pequeños que se repiten hasta que se logró el control definitivo de la hemorragia, asumiendo que una resucitación agresiva con fluidos puede aumentar el sangrado. El objetivo es restablecer la perfusión y la oxigenación tisular evitando el resangrado⁵¹.

Las recomendaciones sobre el aporte de fluidos de resucitación en el shock séptico (fisiopatológicamente distributivo), han cambiado recientemente en función de la evidencia científica^{44,46,47,52-54}.

Las últimas recomendaciones de Soporte Vital Avanzado Pediátrico (2020) que realiza la American Heart Association (AHA)^{46,47}, sugieren la administración de fluidos a razón de 20 ml/kg en 5-10 minutos para la resucitación de pacientes con shock séptico, y revalorización posterior.

Sin embargo, las recomendaciones actuales de la "Campaña Internacional Sobreviviendo a la Sepsis (2020)"⁵⁴, sugieren un enfoque más restrictivo, recomendando bolos de 10-20ml/kg en función de la respuesta clínica y de la disponibilidad o no de cuidados críticos. Para cuando se dispone de UCIP, la recomendación es administrar bolos de 10 a 20 mL/kg, hasta un total de 40 a 60 mL/kg en la primera hora, titulando la respuesta del paciente y suspendiendo la infusión ante la presencia de signos de sobrecarga de fluidos. Para cuando no se dispone de UCIP, la recomendación ante pacientes hipotensos es administrar bolos de 10 a 20 mL/kg, hasta un total de 40 mL/kg en la primera hora. Mientras que, cuando el paciente no presenta hipotensión y no se dispone de UCIP, se sugiere comenzar directamente con el aporte de mantenimiento. Finalmente, cualquiera sea la terapéutica administrada, se enfatiza la necesidad de revalorar al paciente ante la existencia de signos de deterioro clínico, como así también personalizar la estrategia de administración de fluidos.

Más recientemente, en noviembre de 2021, el primer "Consenso Latinoamericano de Manejo de Sepsis en Niños"⁵⁵, realiza recomendaciones con un esquema similar pero aún más restrictivo, con bolos de 5-10 mL/kg, hasta 40-60 mL/kg durante la primera hora, dependiendo si se trata de un shock normotensivo o hipotensivo (o la existencia franca de signos de hipovolemia). Con extrema cautela cuando existe una injuria pulmonar severa o disfunción miocárdica.

Cuando no se dispone de UCIP se recomienda no expandir a los pacientes que no presentan hipotensión, mientras que si se constata hipovolemia franca, abundantes pérdidas concomitantes o un tercer espacio acompañado de hipotensión, el aporte puede ser hasta 40 mL/kg. Para todos los casos de shock séptico la recomendación es el uso de cristaloides (Solución de Ringer lactato o similares).

En el shock cardiogénico, a diferencia de lo que sucede con otros tipos de shock, la resucitación con fluidos no es una intervención de primera línea⁵⁵⁻⁵⁸. El shock cardiogénico suele estar más frecuentemente asociado a hipervolemia que a hipovolemia, siendo frecuentemente más necesario el aporte de diuréticos que de volumen. En lo posible, se recomienda no administrar bolos de fluidos hasta constatar la existencia de un déficit en la precarga a través del ecocardiograma. En el caso de haber establecido la necesidad de aportar volumen, el mismo se debe administrar en forma lenta y cautelosa. Se sugiere administrar soluciones isotónicas a razón de 5 a 10 mL/kg en 10 a 20 minutos con el objetivo de mejorar la precarga e incrementar el volumen sistólico⁴⁴.

En el shock obstructivo, mientras se instaura en forma urgente el tratamiento específico que corresponde según la causa, por ejemplo el drenaje de un neumotórax hipertensivo, puede ser necesario optimizar la precarga con un bolo de una solución isotónica a razón de 5 a 10 mL/kg en 10 a 20 minutos, monitoreando la aparición de signos de sobrecarga de volumen⁴⁴. Resumiendo, la tendencia es a considerar que un enfoque conservador, basado en un razonamiento fisiopatológico, probablemente mejore los resultados en los pacientes resucitados con fluidos. Esto implica individualizar el aporte de fluidos en base a la causa del shock, el diagnóstico principal, las comorbilidades y el estado hemodinámico y respiratorio del paciente⁵⁹.

CONTROLES DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS

En primer término, de ser posible, todos los pacientes que ingresan a internación deben ser pesados, y en el caso de los pacientes que requieren terapia con fluidos endovenosos se debe realizar un detallado monitoreo clínico y de laboratorio que permita guiar racionalmente la terapéutica. El monitoreo clínico incluye, mínimamente, el control de los signos vitales, la búsqueda seriada de signos de deshidratación o sobrehidratación, la determinación periódica del peso del paciente de ser posible, la realización de un balance de ingresos y egresos, y la medición periódica de la densidad urinaria^{1,3,4}.

El balance debe revisarse por turno, o más frecuentemente si se sospechan alteraciones hidroelectrolíticas^{1,3-5,24}. La cuantificación de la diuresis forma parte de los egresos, mientras que la determinación del ritmo diurético ofrece valiosa información respecto a la suficiencia del aporte, la función renal, la posibilidad de la existencia de un Síndrome de Secreción Inadecuada de HAD (SIHAD) o de pérdidas renales asociadas a trastornos del sistema nervioso central (diabetes insípida, síndrome perdedor de sal)^{1,3-5,24}.

En los pacientes que requieren fluidos endovenosos por más de 24 horas, el monitoreo diario de laboratorio debe incluir la determinación de la glucemia, el estado ácido-base, ionograma, urea y creatinina plasmáticas^{1,3,4}.

CONSIDERACIONES SOBRE EL APORTE DE FLUIDOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

El aporte de fluidos en el paciente crítico requiere una valoración clínica basado en la fisiología de los fluidos corporales, los requerimientos hidroelectrolíticos y la fisiopatología de los procesos mórbidos que se asisten en la UCIP. En determinadas patologías, como por ejemplo el shock séptico, pueden coexisten diversas alteraciones fisiopatológicas, siendo difícil establecer cuáles son las que determinan el fallo circulatorio, y por consecuencia cuál es el aporte

de fluidos más adecuado. En estos pacientes puede haber una hipovolemia verdadera por aumento de las pérdidas y cierto grado de incremento de la permeabilidad capilar, pero lo que predomina es una vasodilatación patológica que genera una hipovolemia relativa que no se corrige solamente con volumen y que requiere el aporte de drogas vasopresoras^{8,60}.

En la medida que el paciente se agrava y se complejiza, el aporte de fluidos no puede considerarse aisladamente. Cuanto más crítico se encuentra el niño, más imbricada está la estrategia de aporte de fluidos al plan general de atención, que incluye el soporte respiratorio, hemodinámico, metabólico y nutricional, la eventual terapia de reemplazo renal, y los requerimientos y limitaciones que impone el posible fallo de los diferentes parénquimas.

El uso de cristaloides es de elección en la reanimación con fluidos. Los coloides semisintéticos como las gelatinas y los dextrans, se encuentran en desuso^{20,60}. Mientras que la administración de albúmina al 5%, el único coloide natural existente, todavía se observa en determinados escenarios⁶⁰⁻⁶², aunque no se dispone de evidencia suficiente para asumir que los resultados de su uso son superiores a los obtenidos con los cristaloides⁶³.

Respecto a la composición de los cristaloides utilizados en la reanimación del paciente crítico, Lehr y cols.⁶⁴, encontraron a través de una revisión sistemática, cierta evidencia sobre la mejora del pH y la concentración de bicarbonato a las 4-12 horas posteriores a la administración de soluciones isotónicas balanceadas en comparación con soluciones isotónicas no balanceadas. Aunque sin datos sobre el impacto clínico que permitan realizar recomendaciones.

En relación a los fluidos de mantenimiento, de déficit y de reemplazo en el paciente crítico, la tendencia actual es también el uso de soluciones isotónicas con baja concentración de glucosa o ninguna, como se mencionó en párrafos anteriores respecto al paciente pediátrico hospitalizado en general. Sin embargo, para el paciente crítico el énfasis está puesto más en la conveniencia de un aporte restrictivo de fluidos que en la tonicidad de los mismos^{5,8,20,21}.

FASES DE LA TERAPIA HÍDRICA

Una estrategia dinámica estructurada en fases o etapas, permite mejorar los resultados y minimizar las complicaciones del aporte de fluidos en el paciente crítico^{6,7,60}.

Fase de rescate. En esta fase el paciente requiere una rápida resucitación con fluidos por presentar una severa alteración en la perfusión tisular, como resultado de múltiples condiciones, tales como sepsis, hemorragias, deshidratación grave, quemados, trauma, etc^{6,7,60}. El balance será necesariamente positivo pero se debe estar atento a la sobrecarga de fluidos, una condición que se asocia con múltiples efectos desfavorables que pueden agravar la de por sí crítica situación del paciente.

Fase de optimización. En esta fase el aporte de fluidos debe ser limitado, evaluando la respuesta del paciente y complejizando el monitoreo. Además de la frecuencia cardiaca, las presiones invasivas y los gases en sangre, el monitoreo hemodinámico debe incluir el ecocardiograma para evaluar las presiones de llenado y la función ventricular, y la determinación del lactato sérico para estimar la oxigenación tisular^{6,7,60}.

Fase de estabilización. Cuando el paciente se ha estabilizado, o es evidente que no responde más al aporte de fluidos, el aporte agresivo de los mismos se debe suspender. En ese caso, se inicia la administración juiciosa de fluidos de mantenimiento con el objetivo de conservar la homeostasis y la función de los parénquimas, que puede llegar a ser mínima o ninguna^{6,7}. Las pérdidas insensibles se encuentran muy disminuidas cuando el paciente recibe el aire inspirado calentado y humidificado, la fiebre está controlada y los movimientos mayormente abolidos por la sedoanalgesia y el bloqueo neuromuscular. Además, el paciente crítico suele tener reducida su capacidad de excretar agua libre^{8,65}. En esta fase el pediatra intensivista deberá

estar atento a la aparición de fenómenos de isquemia y reperfusión, signos de incremento global de la permeabilidad capilar, con acumulación de fluidos y eventualmente la necesidad de removerlos, y signos de hipoperfusión como complicación de la SF ^{6,7,60}. En la práctica, es fundamental descontar los fluidos de dilución del cálculo de los fluidos de mantenimiento ²¹. Fase de desescalamiento. El aporte de volumen debe ser el mínimo necesario y el exceso de fluidos debe ser removido. Si el balance negativo no se produce espontáneamente, se puede recurrir al uso de diuréticos. Sin embargo, cuando los pacientes presentan insuficiencia renal, los diuréticos suelen ser menos efectivos y se hace necesaria una terapia de reemplazo renal. Es evidente que estas fases no reconocen límites nítidos entre sí, pero su visualización ayuda a organizar más racionalmente la terapéutica con fluidos. De manera más simple, se puede describir una estrategia bifásica: una fase precoz de resucitación enérgica seguida de una fase de mantenimiento restrictiva ⁸. El reconocimiento del punto de transición entre estas dos etapas constituye un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico.

Sobrecarga de fluidos

Un aporte adecuado de líquidos en el paciente crítico es fundamental para mantener una capacidad circulatoria y una perfusión tisular adecuadas ⁶⁶. Sin embargo, diversos estudios han evidenciado los efectos adversos de la excesiva acumulación de líquidos, como deterioro de la función pulmonar, prolongación del tiempo de ventilación mecánica, la estadía hospitalaria y la estadía en UCIP ^{20,64-66}. En cuanto a la mortalidad, los resultados de los estudios son controvertidos, pudiéndose considerar que la sobrecarga de fluidos (SF) como un predictor de mortalidad en el paciente crítico ^{12,70,71}.

A pesar de la creciente evidencia en relación a la asociación entre la SF y resultados adversos en los pacientes, no existe un consenso sobre cuál es el método óptimo para calcular la cuantía de la sobrecarga. En la mayoría de los estudios pediátricos se ha utilizado la fórmula propuesta por *Goldstein y cols* ^{11,70}. La fórmula es:

$$\%SF = \frac{\text{Ingresos diarios de líquidos (L)} - \text{total de egresos diarios (L)}}{\text{peso basal (kg)}} \times 100$$

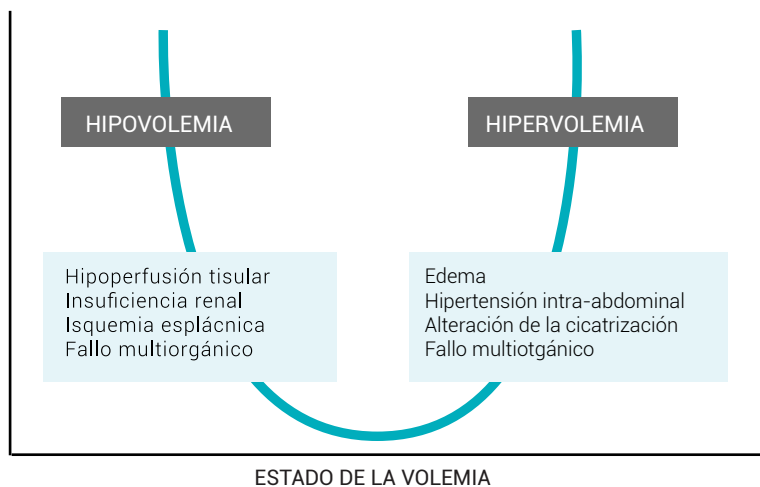
En los pacientes que se dificulta una certera cuantificación de los ingresos y los egresos, se puede calcular la SF en función del incremento porcentual del peso. La utilización como peso basal el registrado al ingreso a UCIP puede subestimar el grado de SF, pudiendo ser más fidedigno el peso de ingreso al hospital. Se suele considerar un incremento de 10% como umbral para la existencia de SF e iniciar la terapia de reemplazo renal, por lo tanto una subestimación en el porcentaje puede retrasar su instauración. Cuando la SF es mayor al 20%, representa un factor de riesgo independiente de mortalidad hospitalaria de pacientes pediátricos críticos con ventilación mecánica. Sin embargo, el correlato observado entre los cambios de peso corporal y la SF, observado en diferentes estudios, es escaso. Siendo evidente que se necesita algún otro método para evaluar la SF ^{11,71}.

Distintas variables han sido medidas con el afán de predecir la respuesta a la administración de volumen en los pacientes pediátricos, algo que sin duda podría contribuir a prevenir la SF. Sin embargo, la única variable que, aunque con limitaciones, ha demostrado utilidad, es la determinación de la variación respiratoria del pico de velocidad del flujo sanguíneo aórtico ⁷². Frecuentemente, la SF lleva a la hipervolemia y a la hiperhidratación, y genera edema periférico. Pero, mientras la hipervolemia se asocia habitualmente a edema, la presencia de edema

no implica que el paciente esté hipervolémico. Dicho de otro modo, el edema puede estar asociado a un volumen sanguíneo aumentado, normal o disminuido. Por lo tanto, ante un paciente con edema periférico, no siempre está indicado el uso de diuréticos. Sin duda que la hipovolemia es deletérea, pero la hipervolemia lo puede ser aún más. Por lo tanto, es necesario encontrar el equilibrio entre la hipovolemia, donde puede haber hipoperfusión y el oxígeno no llegar adecuadamente a los tejidos, y la hipervolemia, donde pueden existir trastornos de difusión y el oxígeno tampoco llegar adecuadamente a los tejidos ^{60,73}. Figura 1.

Figura1. Relación entre el estado de la volemia y el riesgo de complicaciones.

Riesgo de Complicaciones



Adaptado de Vincent JL, Pelosi P, Pearse R, et al ⁷¹. Se debe evitar tanto la hipo como la hipervolemia, ya que ambos extremos se asocian a un mayor riesgo de complicaciones

Administración de Albúmina

El aporte de albúmina en concentraciones altas (20%) en el paciente crítico, con el propósito de restablecer una concentración plasmática fisiológica y las funciones que dependen de la misma, es actualmente un tema de controversia ^{75,76}.

Diversos mecanismos están involucrados en la génesis de hipoalbuminemia en el paciente crítico, como ser la existencia de un desequilibrio entre la producción y la destrucción de albúmina, el incremento de la permeabilidad capilar, y la alteración de la distribución de la albúmina entre los espacios intra y extravascular ⁷⁵.

Las investigaciones sobre el rol de la albúmina en el paciente pediátrico críticamente enfermo son escasas y no permiten realizar recomendaciones. Yanni y cols.⁷⁷, a través de un estudio observacional, no pudieron demostrar una asociación estadísticamente significativa entre el nivel plasmático de albúmina y la duración de la estadía en UCIP y la mortalidad en pacientes críticos que recibieron albúmina por presentar una concentración inferior a 3 gr/dL. Por otro lado, Leite y cols.⁷⁸, observaron que la presencia de hipoalbuminemia al ingreso a UCIP se asocia a una mayor mortalidad a los 60 días, a una prolongación del tiempo de ventilación mecánica y a una menor probabilidad de egresar de la Unidad. Siendo dichas asociaciones independientes de la respuesta inflamatoria, la severidad clínica y el estado nutricional.

Sin embargo, aunque con reservas, su uso es frecuente en el paciente crítico o gravemente enfermo que presenta hipoalbuminemia con transferencia de fluidos desde el espacio intravascular hacia los tejidos y disminución de la volemia efectiva ^{60,76-79}.

Conclusiones

La administración de fluidos es equiparable a la administración de un fármaco, siendo necesario conocer su composición, su farmacocinética y su farmacodinamia, y establecer una adecuada estrategia para su administración en función de la situación clínica.

Existe una clara tendencia a favor de la administración de soluciones isotónicas balanceadas, en detrimento del uso de soluciones hipotónicas y/o isotónicas hiperclorémicas.

Son amplias las recomendaciones en favor de una administración juiciosa de fluidos con el fin de evitar la SF y las complicaciones asociadas a la misma. Esta consideración, se aplica tanto para los pacientes que reciben fluidos por imposibilidad de recibir un aporte enteral adecuado o que cursan un post operatorio que implica ayuno, como también para los pacientes con shock, en quienes la reanimación debe ser efectiva pero acotada, para luego dar lugar a una fase de mantenimiento que en líneas generales debe ser restrictiva, en especial en el paciente crítico.

La estrategia utilizada para el aporte de fluidos en el niño hospitalizado es tan importante como la composición de los mismos. Lo que junto a un adecuado monitoreo clínico y de laboratorio, minimiza la aparición de complicaciones asociadas a su uso.

El aporte de albúmina al 20% en el paciente crítico continúa siendo un tema de controversia y la escasa evidencia científica disponible no permite realizar recomendaciones. Sin embargo, es frecuente su uso en la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Greenbaum LA. Electrolyte and Acid-Base Disorders. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Twenty-First Edition, 2020 Elsevier Inc. Philadelphia. Chapter 68. pp. 2040-2182.
2. Cairoli H, Ibarra M, Meregalli C. Terapia de Hidratación en niños mayores de 28 días de vida. *Revista Pediátrica Elizalde* 2018; 9 (1):55-58.
3. Arpí L, Manfrín L. Hidratación Endovenosa. Hospital Garrahan. Disponible en: https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/guias_atencion/consenso_sap/mip/hidratacion%20endovenosa.pdf.
4. Montero D, Miron L, Cheistwer A, et al. Medicina interna pediátrica: guía práctica 2016. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Pfizer, 2018. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/03_10_18/guia_medicina_interna_pediatra_2018.pdf.
5. Meyers RS. Pediatric fluid and electrolyte therapy. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2009;14(4):204-11.
6. Malbrain M.L.N.G, Langer T, Annane D, Gattinoni L, Elbers P, Hahn R.G, et al. Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Ann Intensive Care* 2020; 10:64
7. Malbrain MLNG, Van Regenmortel N, Saugel B, De Tavernier B, Van Gaal PJ, Joannes-Boyau O, et al. Principles of fluid management and stewardship in septic shock: it is time to consider the four D's and the four phases of fluid therapy. *Ann Intensive Care.* 2018; 8(1):66.
8. Raman S, Peters MJ. Fluid management in the critically ill child. *Pediatr Nephrol.* 2014;29(1):23-34.
9. Bigatello LM, Hellman J, Beutler S, Zapol WM. Chapter 73. The Pathophysiology of Critical Illness. In: Longnecker DE, Brown DL, Newman MF, Zapol WM. eds. *Anesthesiology*, 2e. McGraw Hill; 2012. Disponible en: <https://accessanesthesiology.mhmedical.com/content.aspx?bookid=490§ionid=40114764>.
10. Feld LG, Neuspiel DR, Foster BA, Leu M.G, Garber M. D, Austin K, et al. Clinical Practice Guideline: Maintenance Intravenous Fluids in Children. *Pediatrics.* 2018;142(6):e20183083.
11. Raina R, Sethi SK, Wadhvani N, Vemuganti M, Krishnappa V, Bansal SB. Fluid Overload in Critically Ill Children. *Front Pediatr.* 2018;6:306.
12. Márquez-González H, Casanova-Bracamontes L, Muñoz-Ramírez CM, Peregrino-Bejarano L, Bolaños-Tellez B, Yañez-Gutierrez L. Relación entre sobrecarga hídrica y mortalidad en niños con shock séptico. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(2):105-113.
13. McNab S, Ware RS, Neville KA, Choong K, Coulthard MG, Duke T, Davidson A, Dorofaeff T. Isotonic versus hypotonic solutions for maintenance intravenous fluid administration in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 18;(12):CD009457.
14. Flores Robles CM, Cuello García CA. A prospective trial comparing isotonic with hypotonic maintenance fluids for prevention of hospital-acquired hyponatraemia. *Paediatr Int Child Health.* 2016;36(3):168-74.
15. Maitland K, Kiguli S, Opoka RO, Engoru C, Olupot-Olupot P, Akech SO, et al; FEAST Trial Group. Mortality after fluid bolus in African children with severe infection. *N Engl J Med.* 2011;364(26):2483-95.
16. Upadhyay M, Singhi S, Murlidharan J, Kaur N, Majumdar S. Randomized evaluation of fluid resuscitation with crystalloid (saline) and colloid (polymer from degraded gelatin in saline) in pediatric septic shock. *Indian Pediatr.* 2005;42(3):223-31.
17. Rein JL, Coca SG. "I don't get no respect": the role of chloride in acute kidney injury. *Am J Physiol Renal Physiol.* 2019; 316(3):F587-F605.
18. Ahmed HM, Elnaby HRH, Kareem RMAE, Hodeib M. The relationship between hyperchloremia and acute kidney injury in pediatric diabetic ketoacidosis and its impact on clinical outcomes. *Pediatr Nephrol.* 2022;37(6):1407-1413.
19. Williams V, Jayashree M, Nallasamy K, Dayal D, Rawat A. 0.9% saline versus Plasma-Lyte as initial fluid in children with diabetic ketoacidosis (SPinK trial): a double-blind randomized controlled trial. *Crit Care.* 2020;24(1):1
20. Langer T, Limuti R, Tommasino C, van Regenmortel N, Duval ELIM, Caironi P, Malbrain MLNG, Pesenti A. Intravenous fluid therapy for hospitalized and critically ill children: rationale, available drugs and possible side effects. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2018;50(1):49-58.
21. Van Regenmortel N, Verbrugghe W, Roelant E, Van den Wyngaert T, Jorens PG. Maintenance fluid therapy and fluid creep impose more significant fluid, sodium, and chloride burdens than resuscitation fluids in critically ill patients: a retrospective study in a tertiary mixed ICU population. *Intensive Care Med.* 2018;44(4):409-417.
22. Hoste EA, Maitland K, Brudney CS, Mehta R, Vincent JL, Yates D, Kellum JA, Mythen MG, Shaw AD; ADQI XII Investigators Group. Four phases of intravenous fluid therapy: a conceptual model. *Br J Anaesth.* 2014;113(5):740-747.
23. Cannon, W.B. 1932. The Wisdom of the Body. W.W. Norton.
24. Friis-Hansen B. Body water compartments in children: Changes during growth and related changes in body composition. *Pediatrics* 1961;28:169-81.
25. I. Vitoria, J. Dalmau. Recomendaciones de hidratación como base de una nutrición saludable en la infancia. Necesidades de agua en el niño. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69(3): 105-111.

BIBLIOGRAFÍA:

26. Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. *Pediatrics*. 1957; 19(5):823-32.
27. NICE. Intravenous fluid therapy in children and young people in hospital. NICE guideline Published: 9 December 2015. Updated: 20 June 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng29>.
28. Wang J, Xu E, Xiao Y. Isotonic versus hypotonic maintenance IV fluids in hospitalized children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(1):105-113.
29. McNab S, Ware RS, Neville KA, et al. Isotonic versus hypotonic solutions for maintenance intravenous fluid administration in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD009457.
30. Foster BA, Tom D, Hill V. Hypotonic versus isotonic fluids in hospitalized children: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr*. 2014;165(1):163-169.e2.
31. Padua AP, Macaraya JR, Dans LF, Anacleto FE Jr. Isotonic versus hypotonic saline solution for maintenance intravenous fluid therapy in children: a systematic review. *Pediatr Nephrol*. 2015;30(7):1163-1172.
32. Yang G, Jiang W, Wang X, Liu W. The efficacy of isotonic and hypotonic intravenous maintenance fluid for pediatric patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Emerg Care*. 2015;31(2):122-126.
33. Choong K, Kho ME, Menon K, Bohn D. Hypotonic versus isotonic saline in hospitalised children: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2006;91(10):828-835.
34. Mathew A, Rai E. Pediatric perioperative fluid management. *Saudi J Anaesth* 2021;15:435-40.
35. Allen CH, Goldman RD, Bhatt S, Simon HK, Gorelick MH, Spandorfer PR, et al. A randomized trial of Plasma-Lyte A and 0.9 % sodium chloride in acute pediatric gastroenteritis. *BMC Pediatr* 2016;16:117.
36. Cochito Sousa S, Sousa F, Vaz S, Abecasis F. Fluid Therapy in Perioperative Setting in Children. *Port J Pediatr* 2021; 52:262-8.
37. Antequera Martín AM, Barea Mendoza JA, Muriel A, Sáez I, Chico-Fernández M, Estrada-Lorenzo JM, Plana MN. Buffered solutions versus 0.9% saline for resuscitation in critically ill adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 19;7(7):CD012247.
38. Rowensztein H, Monteverde M. GAP 2015 Manejo de las Alteraciones del Potasio. Hospital Garrahan. Disponible en: http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP2015-MANEJO-DEL-PO-TASIO.pdf.
39. Standards for Paediatric Intravenous Fluids: NSW Health (second edition); Publication date: 31 Aug 2015. Disponible en: <https://nswhealth.files.wordpress.com/2016/04/nsw-health-paed-fluid-guidelines-aug-2015.pdf>.
40. Intravenous Fluid Guidelines - Paediatric and Neonatal. Children's Health Queensland Hospital and Health Service. Publication date: 24 dic 2017. Disponible en: <http://c-foam.com.au/wp-content/uploads/2018/04/ARCS-Paediatric-IV-Fluid-Guidelines.pdf>.
41. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Practice parameter: The management of acute gastroenteritis in Young children. *Pediatrics* 1996;97:424-435.
42. Mendelson J. Emergency Department Management of Pediatric Shock. *Emerg Med Clin North Am*. 2018;36(2):427-440.
43. Santillanes G, Rose E. Evaluation and Management of Dehydration in Children. *Emerg Med Clin North Am*. 2018;36(2):259-273.
44. Disque K. PALS – Pediatric Advanced Life Support. Provider Handbook. 2021 Satori Continuum Publishing. Las Vegas, Estados Unidos de América.
45. Standl T, Annecke T, Cascorbi I, Heller AR, Sabashnikov A, Teske W. The nomenclature, definition and distinction of types of shock. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 757-68.
46. Maconochie IK, Aickin R, Hazinski MF, Atkins DL, Bingham R, Couto TB, et al.; Pediatric Life Support Collaborators. Pediatric Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_1):S140-S184.
47. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al; Pediatric Basic and Advanced Life Support Collaborators. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_2):S469-S523.
48. Acker SN, Ross JT, Partrick DA, DeWitt P, Bensard DD. Injured children are resistant to the adverse effects of early high volume crystalloid resuscitation. *J Pediatr Surg*. 2014;49:1852-1855.
49. Coons BE, Tam S, Rubsam J, Stylianos S, Duron V. High volume crystalloid resuscitation adversely affects pediatric trauma patients. *J Pediatr Surg*. 2018;53:2202-2208.
50. Zhu H, Chen B, Guo C. Aggressive crystalloid adversely affects outcomes in a pediatric trauma population. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2019.doi: 10.1007/s00068-019-01134-0.
51. Henry S. ATLS Advanced Trauma Life Support 10th Edition Student Course Manual Chicago, IL: American College of Surgeons; 2018. Disponible en: <https://www.emergencymedicineny.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf>

BIBLIOGRAFÍA:

52. World Health Organization. (2016). Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463>.
53. Glassford NJ, Gelbart B, Bellomo R. Coming full circle: thirty years of paediatric fluid resuscitation. *Anaesth Intensive Care*. 2017;45(3):308-319.
54. Weiss, S.L., Peters, M.J., Alhazzani, W. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. *Intensive Care Med* 2020;46, 10–67
55. Fernández-Sarmiento J, De Souza DC, Martínez A, Nieto V, Lopez-Herce J, Soares Lanzotti V, et al. Latin American Consensus on the Management of Sepsis in Children: Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos [Latin American Pediatric Intensive Care Society] (SLACIP) Task Force: Executive Summary. *J Intensive Care Med*. 2021;37(3):753-763.
56. Subramaniam S, Rutman M. Cardiogenic shock. *Pediatr Rev*. 2015;36(5):225-6.
57. Brissaud O, Botte A, Cambonie G, Dauger S, de Saint Blaquat L, Durant P, et al. Experts' recommendations for the management of cardiogenic shock in children. *Ann Intensive Care* 2016; 6:14.
58. Brunow de Carvalho W. Choque Cardiogénico. Manual de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos. Disponible en: <https://www.slacip.org/manual-slacip/descargas/SECION-4/4.7-Choque%20cardiogenico.pdf>
59. Marik PE, Weinmann M. Optimizing fluid therapy in shock. *Curr Opin Crit Care*. 2019;25(3):246-251.
60. Vincent JL. Fluid management in the critically ill. *Kidney Int*. 2019;96(1):52-57.
61. Dingankar AR, Cave DA, Anand V, Sivarajan VB, Nahiriak S, Sheppard C, Hanot J, Garcia Guerra G. Albumin 5% Versus Crystalloids for Fluid Resuscitation in Children After Cardiac Surgery. *Pediatr Crit Care Med*. 2018;19(9):846-853.
62. Dittrich MHM, Hosni ND, de Carvalho WB. Association between fluid creep and infection in burned children: A cohort study. *Burns*. 2020; 46(5):1036-1042.
63. Navickis RJ, Greenhalgh DG, Wilkes MM. Albumin in Burn Shock Resuscitation: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Studies. *J Burn Care Res*. 2016;37(3):e268-78.
64. Lehr AR, Rached-d'Astous S, Barrowman N, et al. Balanced Versus Unbalanced Fluid in Critically Ill Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Crit Care Med* 2022; 23 (3):181-191.
65. Duke T, Molyneux EM. Intravenous fluids for seriously ill children: time to reconsider. *Lancet* 2003; 362:1320–1323.
66. Ker G.L., Gangadharan S. Management of Fluid Overload in the Pediatric ICU. In: Mastropietro C., Valentine K. (eds) *Pediatric Critical Care*. Springer, Cham 2019.
67. Vidal S, Augusto Pérez A, Eulmesekian P. Balance de fluidos y duración de la ventilación mecánica en niños internados en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(4):313-318.
68. Raina R, Sethi SK, Wadhvani N, Vemuganti M, Krishnappa V, Bansal SB. Fluid Overload in Critically Ill Children. *Front Pediatr*. 2018;6:306.
69. Sallee CJ, Smith LS, Rowan CM, Heckbert SR, Angelo JR, Megan CD et al. Early Cumulative Fluid Balance and Outcomes in Pediatric Allogeneic Hematopoietic Cell Transplant Recipients With Acute Respiratory Failure: A Multicenter Study. *Front Oncol*. 2021;11:705602.
70. Goldstein SL, Currier H, Graf JM, Cosio CC, Brewer ED, Sachdeva R. Outcome in children receiving continuous venovenous hemofiltration. *Pediatrics* 2001; 107:1309-12.
71. Kong X, Zhu Y, Zhu X. Association between early fluid overload and mortality in critically-ill mechanically ventilated children: a single-center retrospective cohort study. *BMC Pediatr*. 2021 Oct 26;21(1):474.
72. Gan H, Cannesson M, Chandler JR, Ansermino JM. Predicting fluid responsiveness in children: a systematic review. *Anesth Analg*. 2013; 117(6):1380-92.
73. Vincent, J.L., Pinsky, M.R. We should avoid the term "fluid overload". *Crit Care* 22, 214 (2018).
74. Vincent JL, Pelosi P, Pearse R, et al. Perioperative cardiovascular monitoring of high-risk patients: a consensus of 12. *Crit Care*. 2015 May 8;19(1):224. doi: 10.1186/s13054-015-0932-7.
75. Nicholson JP, Wolmarans MR, Park GR. The role of albumin in critical illness. *Br J Anaesth*. 2000; 85(4):599-610.
76. Yu YT, Liu J, Hu B, et al. Expert consensus on the use of human serum albumin in critically ill patients. *Chin Med J (Engl)*. 2021 Jul 20;134(14):1639-1654.
77. Yanni GN, Lubis M, Ali M. The Influence of Albumin Level in Critically Ill Children to Length of Stay and Mortality in Paediatric Intensive Care Unit. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Oct 30; 7(20):3455-3458.

BIBLIOGRAFÍA:

78. Leite HP, Rodrigues da Silva AV, de Oliveira Iglesias SB, Koch Nogueira PC. Serum Albumin Is an Independent Predictor of Clinical Outcomes in Critically Ill Children. *Pediatr Crit Care Med*. 2016 Feb;17(2):e50-7.

79. Demirdjian G. GAP 2009 Uso de Albúmina en Pediatría-Actualización 2016. Disponible en: https://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP-2009-USO-DE-ALBUMINA-VERSION-IMPRESA.pdf Consultado el 5 de mayo de 2022.

UN RECORRIDO POR LA RESIDENCIA EN BIOQUÍMICA.

En el año 1977, la apertura de la Residencia Básica en Bioquímica Clínica en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" dio lugar a un espacio de formación para profesionales bioquímicos en el ámbito hospitalario-asistencial del Sistema Público de Salud con un fuerte perfil pediátrico.

Con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de contar con bioquímicos especializados en distintas áreas del Laboratorio, en el año 1999 se incorporó a la sede la primera Residencia Postbásica en Bioquímica con orientación en Microbiología, y desde entonces se sucedió la apertura de Residencias Postbásicas en Bioquímica con distintas orientaciones, entre ellas Biología Molecular, Endocrinología, Hematología, Inmunología y Toxicología.

La cantidad de cargos ofrecidos para el ingreso de nuevos profesionales a la Residencia Básica en Bioquímica Clínica fue variando a lo largo del tiempo, sin embargo, durante los últimos 20 años y hasta el año 2021 contó con dos cupos anuales. En dicho año, se recuperó un cargo para el ingreso de un tercer residente, lo que generó cambios y nuevas expectativas para la Residencia. Sin embargo, el cambio mayor llegaría en el año 2022 al incorporarse en la sede cinco Residencias Básicas en Bioquímica de Modalidad Articulada con Biología Molecular, Endocrinología, Hematología, Inmunología y Microbiología. De esta manera, por primera vez en la historia de la Residencia Básica, hubo lugar para el ingreso de ocho residentes.

La duración de la Residencia Básica en Bioquímica Clínica es de tres años, mientras que las Residencias Básicas en Bioquímica de Modalidad Articulada tienen una duración de cuatro años. La Residencia Básica hoy está conformada por siete residentes de primer año (cuatro de ellos de las Residencias de Modalidad Articulada), tres residentes de segundo año y dos residentes de tercero. Pero eso no es todo... también cuenta con el valioso acompañamiento de una Jefa de Residentes y dos Coordinadoras Docentes. Por otro lado, la Residencia Postbásica en la actualidad cuenta con dos residentes en la orientación Microbiología y una residente en Inmunología.

AUTORES:

SPADAFORA M¹,
GRAU ME¹,
ALCALDE MB¹,
SHEPHERD SAFAR M²,
ALEGRE M¹.

¹ Residencia Básica en Bioquímica Clínica

² Residencia Postbásica en Bioquímica

Correspondencia: resibioq@gmail.com

Ahora bien... ¿de qué se trata la Bioquímica? Esta especialidad se ocupa del estudio a nivel molecular de los procesos metabólicos que ocurren en el ser humano. Aplica métodos químicos, físicos, biológicos, microbiológicos, inmunológicos, de biología molecular o genéticos con el propósito de obtener información útil sobre el estado fisiopatológico de los pacientes y participar mediante su interpretación en la prevención, diagnóstico, pronóstico y seguimiento del proceso salud-enfermedad. En la actualidad, al menos un 70% de los diagnósticos se basan en algún estudio de laboratorio, y resulta difícil imaginar un equipo de atención de la Salud sin la presencia de un profesional bioquímico.

Los residentes bioquímicos del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" se forman en un laboratorio de alta complejidad que cuenta con tecnología actualizada y personal en constante capacitación, en el cual se asisten desde patologías frecuentes que revisten urgencia hasta patologías pediátricas complejas. Durante su formación en la tarea asistencial transitan diversas áreas de la Bioquímica Clínica tanto dentro como fuera de la institución: Medio Interno, Química Clínica, Hematología, Hemostasia, Guardia, Microbiología, Endocrinología, Proteínas, Inmunoserología, Toxicología, Biología Molecular, Metabolopatías, entre otras. Y esta tarea se complementa con espacios de formación teóricos destinados a fortalecer y repensar la práctica asistencial, así como a fomentar el ejercicio de la investigación.

Los grandes cambios en el ámbito científico-tecnológico y por sobre todo epidemiológicos que ocurrieron en los últimos años, lejos de reducir la tarea del Bioquímico, modificaron y ampliaron el perfil del ejercicio de la Bioquímica Clínica como así también los roles que ejerce el profesional bioquímico no sólo ejecutando análisis clínicos, sino realizando tareas epidemiológicas, docentes y de investigación. En la actualidad, la Bioquímica Clínica se encuentra enmarcada en la necesidad de construcción de una salud colectiva y pretende ser partícipe de un ámbito de encuentro de todas las disciplinas.

En consonancia con estos cambios, se espera que durante su formación, los residentes bioquímicos puedan desarrollar un pensamiento creativo, analítico y crítico; que su paso por la Residencia les permita enfrentar en forma dinámica los cambios tecnológicos para adoptarlos rápidamente e instaurar el recurso óptimo; que sean capaces de trabajar en equipo bajo la lógica interdisciplinaria, con un compromiso social permanente por la salud pública; y, finalmente, que puedan visualizar el impacto de su trabajo en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, lo cual implica poder transmitir eficazmente el conocimiento logrado, tanto al equipo de salud como al paciente y su entorno.

SITUACIÓN DEL COVID-19 EN EL PERSONAL DEL H.I.A.E.P. “SOR MARÍA LUDOVICA” DE LA CIUDAD DE LA PLATA DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE JUNIO DEL 2020 A SEPTIEMBRE 2022.

A fines del 2019 tras el brote generado por la enfermedad causada por un nuevo coronavirus, registrado en la ciudad de China, Wuhan, se comenzó a registrar un masivo contagio en diversas comunidades, regiones y países del mundo, por lo que el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró, oficialmente, el brote de COVID-19, haciendo hincapié en que se tratara como emergencia sanitaria y de importancia internacional.

En América, el primer caso se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020 mientras que en América Latina y del Caribe, Brasil registró el primer caso el 26 de febrero del 2020. Posteriormente, el virus SARS-CoV-2 se ha propagado a los 54 países y territorios del continente americano.

El 12 de marzo, el director de la OMS proclamó esta situación sanitaria como estado de pandemia de acuerdo con el reglamento sanitario internacional del año 2005.

La situación de pandemia instalada en marzo del año 2020 en Argentina, llevó a implementar en el H.I.A.E.P “Sor María Ludovica” de la ciudad de La Plata, y por intermedio de la Dirección hospitalaria, en el área de enfermería en prevención y control de infecciones, y a través de un comité institucional, la rea-

AUTORES:

FULVIO F¹,
DÁVILA A²

¹ Sala de Enfermería en Control de Infecciones,

² Sala de Docencia e Investigación.

lización de hisopados para el personal del hospital, a los efectos de disminuir los riesgos de transmisión al detectar el personal sintomático.

El lugar destinado para la realización de los hisopados del personal de salud en nuestro hospital (coloquialmente denominado "hisopódromo Ludovica"), contó una cabina que se instaló en el área adjunta al acceso de la guardia de emergencias. Médicos y enfermeros participaron en la toma de muestras mientras que la higiene interprocedimientos fue realizada por el personal de limpieza de la institución.

La recepción de llamados telefónicos y vía chat para consultas y solicitud de turnos de hisopados fue atendida durante las 24 hs por un grupo integrado por dos enfermeros en control de infecciones), una médica infectóloga y un enfermero designado por la Dirección para la carga de datos.

A través de las comunicaciones se registraba el personal con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2, aquellos posibles contactos o los que eran positivos (hisopados en otra institución).

Los datos eran volcados en una base de datos online a la que tenían acceso la oficina de personal y los directivos de la institución. Esto permitió facilitar la gestión de las licencias y la comunicación con el personal afectado.

Al inicio de cada jornada se confeccionaban las planillas epidemiológicas para la correcta notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) de los casos sospechosos, casos confirmados y contactos estrechos. El personal de la sala de Microbiología (unidad de Virología), tuvo a su cargo la preparación de tubos e hisopos para las tomas de muestras y las determinaciones de laboratorio para confirmar las infecciones por SARS-CoV-2 mediante técnicas de P.C.R. real time y test de antígeno.

Conclusión:

El trabajo coordinado y en equipo permitió que este circuito de hisopados y sus resultados, facilitara la planificación de la labor en las diferentes áreas de servicios del hospital, acelerando los tiempos diagnósticos y permitiendo conocer los periodos en los cuales los trabajadores no podían concurrir a su lugar de trabajo por estar cumpliendo el aislamiento correspondiente.

Desde el Hospital de Niños Sor María Ludovica, a pedido del Ministerio de Salud provincial, comenzamos el mismo Diciembre de 2020 vacunando a todo el personal que de manera voluntaria quisiera hacerlo. Todo era nuevo, pero la alegría de ir encontrando la salida ante este virus que día a día se llevaba familiares, amigos, seres queridos, compañeros, fue un sentimiento genuino en todas y todos. En cada grupo que pasaba a vacunarse por el SUM de nuestro Hospital se vivía una fiesta, con aplausos de alegría en cada aplicación.

La vacunación del personal de nuestro hospital fue desarrollada, en un principio, por las vacunadoras de nuestro hospital y el Servicio de Farmacia. Luego

JORNADAS DE RESIDENTES INTERDISCIPLINARIAS E INTRAHOSPITALARIAS 2022.

POSTERS PRESENTADOS COMO TRABAJOS LIBRES - Índice -

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
1 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Aplicación de indicadores de calidad de la etapa preanalítica: experiencia de un laboratorio pediátrico.
2 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Comparación de dos inmunoensayos para la determinación del factor de crecimiento similar insulina 1 (IGF-1) y la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina (IGFBP-3)
3 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Comparación de parámetros de medida cuantitativos, entre dos contadores hematológicos.
4 A	Trabajo original	Si	Bioquímica	Comparación de dos métodos para la determinación de Ceruloplasmina en un hospital pediátrico.
5 A	Caso clínico	Si	Genética	Importancia del diagnóstico precoz en el Síndrome de Turner: A propósito de un caso.
6 A	Caso clínico	Si	Genética	Importancia del asesoramiento genético familiar: a propósito de un caso de una anomalía cromosómica heredada.
7 A	Caso clínico	No	Genética	Anomalías cromosómicas heredadas: descripción de una familia con inversión y recombinante de cromosoma 4.
8 A	Relato de experiencia	Si	Odontopediatría	Urgencia en odontopediatría en niño con compromiso médico y social. Abordaje interdisciplinario.
9 A	Relato de experiencia	Si	Odontopediatría	Contención del paciente en sus consultas intrahospitalarias: relato de un caso.
10 B	Relato de experiencia	No	Psicología	Clínica del desamparo e intervenciones posibles en la guardia.
11 B	Relato de experiencia	Si	Psiquiatría	Rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental 2021-2022.
12 B	Caso clínico	No	Psiquiatría	Presentaciones clínicas de la Encefalitis Autoinmune AntiNMDA en la población infantojuvenil. A propósito de 2 casos clínicos.
13 B	Relato de experiencia	Si	Psiquiatría	Dispositivo de Interconsulta en Salud Mental.
14 B	Caso clínico	No	Psiquiatría	Catatonía infantojuvenil, a propósito de un caso.
15 B	Trabajo original	No	Psiquiatría	¿Es la clozapina un fármaco seguro para su uso en la población infantojuvenil?
16 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Diagnóstico de Covid-19 en pediatría: ¿Es útil el aspirado traqueal?

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
17 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Evaluación de las colonizaciones por bacterias productoras de carbapenemasas en un hospital pediátrico.
18 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Efecto de la pandemia COVID-19 en la circulación de virus respiratorios en Pacientes pediátricos.
19 A	Serie de caso	No	Pediatría	Trastornos hidroelectrolíticos en post operados de tumores cerebrales: a propósito de 4 Casos.
20 A	Proyecto de investigación	Si	Kinesiología	Valoración Kinésica de la Capacidad Funcional en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil Oligoarticular en dos Hospitales Pediátricos de Argentina.
21 A	Trabajo original	No	Toxicología	Registro de pacientes intoxicados con monóxido de carbono
22 A		No	Toxicología	A propósito de 4 casos: ingesta accidental de preparados con cannabis en población Pediátrica.
23 A	Serie de casos	No	Inmunología	Ataxia-Telangiectasia: manifestaciones clínicas iniciales. A Propósito de 9 casos clínicos.
24 A	Serie de casos	Si	Trabajo social	Intentos de autoeliminación y conductas autolesivas en niños, niñas y adolescentes en el HIAEP "Sor María Ludovica" de La Plata.
25 A	Proyecto de investigación	No	Toxicología	A propósito de 2 casos: intoxicación crónica por digoxina en lactantes.
26 A	Caso clínico	Si	Inmunología	Dermatitis atópica como manifestación clínica de errores innatos de la inmunidad, casos clínicos.
27 A	Serie de casos	Si	Bioquímica	Evaluación en el tiempo de la seroprevalencia de anticuerpos anti Toxoplasma Gondii en residentes mujeres de un hospital pediátrico.
28 B	Proyecto de investigación	No	Toxicología	A propósito de caso: quemadura por pegamento de uñas postizas.
29 B	Caso clínico	No	Toxicología	Intoxicación por paraquat, reporte de caso.
30 B	Caso clínico	Si	Investigación	Evaluación de la calidad de dieta en niños menores de dos años y su relación con las representaciones sociales y prácticas cotidianas familiares: estudio con metodología mixta.
31 B	Proyecto de investigación	Si	Toxicología/ Trabajo social/ Psiquiatría	Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas y determinantes de riesgo en población adolescente atendida en un Hospital Pediátrico de La Plata.
32 B	Proyecto de investigación	No	Toxicología	Alcohol en la adolescencia. Serie de Casos
33 B	Serie de casos	Si	Cirugía pediátrica	Colopatía por Síndrome Urémico Hemolítico. Experiencia en un centro de tercer nivel
34 B	Proyecto de investigación	No	Fisiatría	Trastornos de la seguridad en la alimentación en niños con Parálisis Cerebral
35 B	Trabajo original Caso clínico	No	Toxicología	Reporte de caso: Intoxicación intencional con difenhidramina.
36 B	Caso clínico	No	Toxicología	Intoxicación grave por nafazolina. Reporte de caso.
37 B	Trabajo social	Si	Trabajo social	El juego como herramienta: relato de experiencia de la residencia de Trabajo Social del HIAEP "Sor M.Ludovica".

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
39 C	Clínica pediátrica	No	Clínica pediátrica	Tétanos generalizado, enfermedad prevenible con inmunización: A propósito de un caso.
40 C	Infectología	Si	Infectología	Endocarditis Crónica por Candida parapsilosis. Reporte de un caso.
41 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	A propósito de un caso: trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS).
42 C	Caso Clínico	No	Infectología	Enfermedad fúngica invasora por Exserohilum rostratum en un paciente pediátrico oncohematológico. Reporte de un caso.
43 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	Neoplasia como forma de presentación de inmunodeficiencia. Reporte de casos.
44 C	Caso clínico	Si	Infectología	Artritis séptica por Nocardia brasiliensis en un paciente pediátrico inmunocompetente.
45 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	Fungemia por Trichosporon asahii en un paciente pediátrico inmunocomprometido: a propósito de un caso.
46 C	Proyecto de investigación	Si	Clínica pediátrica	Proceso de transición de la atención pediátrica a la atención en centros de adultos de pacientes con enfermedades crónicas en seguimiento en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata.
47 C	Trabajo original	No	Clínica pediátrica	Rescate microbiológico en cultivos de piel de pacientes quemados durante el año 2020
48 A	Caso clínico	Si	Cirugía pediátrica	Presentación rara de leucemia linfoblástica aguda infantil con afectación pancreática al momento del diagnóstico, a propósito de un caso.

Aplicación de indicadores de calidad de la etapa preanalítica: Experiencia de un laboratorio pediátrico.

Shepherd Safar, M¹; Alcalde, MB¹; Grau, ME¹; Ortigosa A¹; Latorre, LM¹; Fresina, KN¹; Satarich, GE¹; Alegre, M².
¹ Residencia posgrados de bioquímica con orientación en microbiología, HIAEP Sor María Ludovica. ² Residencia de Bioquímica Clínica, HIAEP Sor María Ludovica.

INTRODUCCIÓN

- La fase preanalítica incluye: la solicitud de examen, la preparación del paciente, la recolección de la muestra primaria y el transporte hacia y dentro del laboratorio.
- Comúnmente parte de estos procedimientos no son realizados por personal del laboratorio, por ello su estandarización y control resultan dificultosos.

OBJETIVO: Evaluar los errores preanalíticos relacionados con la toma de muestras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las muestras de hematología ingresadas entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2019 en el laboratorio de guardia.

Se calcularon 5 indicadores de calidad desarrollados por el Grupo de Trabajo de Errores de Laboratorio y Seguridad del Paciente (WG-LEPS) de la IFCC.

Tabla 1. Definición de los indicadores de calidad.

Indicador	Definición
Muestras no recibidas	% de muestras de hematología no recibidas/total de muestras de hematología
Muestras con anticoagulante incorrecto	% de muestras de hematología con anticoagulante incorrecto/total de muestras de hematología
Muestras coaguladas	% de muestras de hematología coaguladas/total de muestras de hematología
Muestras con volúmenes insuficiente	% de muestras de hemogramas con volúmenes insuficientes/total de muestras de hemogramas
Muestras mal envasadas	% de muestras de hemogramas con rotación muestra-anticoagulante incorrecto/total de muestras de hemogramas

Se discriminó entre extracciones realizadas por personal de laboratorio y extracciones realizadas por personal de salas de internación. Los resultados fueron comparados con las especificaciones de calidad del WG-LEPS.

RESULTADOS

- Total muestras: 12.568
- Total errores: 739 (5,45%)
 - 32 (4,33%) personal del laboratorio
 - 707 (95,67%) personal extra-laboratorio

Gráfico 1. Distribución de errores.

Gráfico 2. Porcentaje de muestras coaguladas según la procedencia de la muestra.

Tabla 2. Porcentaje de errores y nivel de desempeño según las especificaciones del WG-LEPS.

Desempeño según WG-LEPS	Tipo de error				
	No recibidas	Anticoagulante incorrecto	Coaguladas	Volúmenes insuficientes	Mal envasadas
%	0,51	0,04	4,3	0,07	1,96
Desempeño según WG-LEPS	MEJORADO	MEJORADO	INACEPTABLE	ÓPTIMO	INACEPTABLE

CONCLUSIONES

- Error más frecuente: muestras coaguladas.
- Mayor porcentaje de errores en las salas de internación, especialmente neonatología.
- Desempeño inaceptable para el porcentaje de muestras coaguladas y mal envasadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sciaccaveili L, O'Kane M, Skaik YA, et al. Quality indicators in laboratory medicine: from theory to practice. Preliminary data from the IFCC Working Group Project "Laboratory Errors and Patient Safety". Clin Chem Lab Med. 2015;49:833-844.
- Greus DS, Vial DC, Dumitrasco V. Quality indicators in the preanalytical phase of testing in a laboratory. Lab Med. 2004;4(5):174-81
- Plebanzi M, Sciaccaveili L, Alta A, Pelizzo M, Chiozza ML. Performance criteria and quality indicators for the pre-analytical phase. Clin Chem Lab Med. 2015;53(8):948-9
- Hjerppegren N, Nilsson A, Andersson-Papasidiakakis N, Rizmo C, Ygge BM, Nordlund B. Retrospective study showed that blood sampling errors risked children's well-being and safety in a Swedish paediatric tertiary care. Acta Paediatr. 2019;108(3):522-528.

Comparación de dos inmunoensayos para la determinación del factor de crecimiento similar insulina 1 y la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina

Ortigosa, A; Faquini, MS; Martins, E; Tourm, AL.
 Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", Calle 14 N° 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. aortigosa2@igmail.com

INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico y seguimiento de pacientes con trastornos del crecimiento, se determinan el factor de crecimiento similar insulina (IGF-1), y su proteína transportadora, la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina (IGFBP-3). Para interpretar sus resultados de forma adecuada es necesario conocer factores inherentes a su propia fisiología y aspectos metodológicos que influyen en su medición. Es por esto importante determinar si ciertas plataformas arrojan resultados equivalentes.

OBJETIVOS: Evaluar correlación y concordancia entre dos inmunoensayos automatizados quimoluminiscientes para la determinación de IGF-1 e IGFBP-3, y determinar si los resultados son relevantes desde el punto de vista clínico utilizando criterios de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 62 muestras con solicitud de IGF-1 e IGFBP-3 de pacientes atendidos en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata.

Las determinaciones se realizaron mediante el método Maglum® 600 de Sibe, y el método Immute® 2000 de Siemens.

Para evaluar la normalidad analítica se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis de correlación se utilizó la regresión de Deming y para la concordancia, Bland Altman, en donde se comparó con los requisitos de calidad según variabilidad biológica (VB).

Tabla 1. Requisito de calidad según VB para IGF-1 e IGFBP-3.

Análisis	Coeficiente de variación	Coeficiente de correlación
IGF-1	14,4	0,45
IGFBP-3	10,3	0,53

CONCLUSIONES

Los dos análisis estudiados por ambos ensayos presentan buena correlación pero diferencias estadísticamente significativas en la concordancia. Para IGF-1 dichas diferencias no tienen impacto clínico pero sí para IGFBP-3, por lo tanto ambas metodologías pueden utilizarse pero no son intercambiables. Es por esto que para una correcta interpretación de resultados es importante realizar el seguimiento de estos pacientes con la misma plataforma metodológica.

RESULTADOS

Se obtuvo una distribución normal de los datos. En el análisis de IGF-1 el coeficiente de correlación entre ambos inmunoensayos fue 0,954 observándose diferencia estadísticamente significativa a medida que aumenta la concentración de IGF-1. Respecto a la concordancia, el gráfico de Bland Altman mostró error sistemático proporcional. La diferencia media \bar{x} (DM%) entre ambas medidas (7,7%) fue menor a la especificación deseable según VB (11,9%) (Westgard).

BIBLIOGRAFÍA

- Granada, M. L. Factores a tener en cuenta en la interpretación de los resultados de la concentración sérica del factor de crecimiento similar insulina tipo 1 (IGF-1). Junio 2014 10.2036.
- Alvarez, M. L., Pineda, N., Schmidt, C., Muñoz, M., Motta, M. Determinación del factor de crecimiento similar insulina en niños tratados con hormona de crecimiento. Centro Privado de Endocrinología Infantil - Avenida Corrientes, 1000 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- López, M., Campanario, C., González, E., y Villar Velasco, J. M. Estudio del paciente con talla baja. L. Edición y elaboración. Vol 15, número 11-12, 2014.

COMPARACION DE PARAMETROS DE MEDIDA CUANTITATIVOS, ENTRE DOS CONTADORES HEMATOLÓGICOS N° 3 A

Satarich, GE¹; Rico, Y¹; Saab, L¹; Horrach Haredia, BB²
¹Residencia de Bioquímica clínica, "Sector de Hematología, Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (HIAEP) "Sor María Ludovica", Calle 14 N° 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. lsahmetari@igmail.com

INTRODUCCIÓN

Para asegurar la utilidad clínica de los resultados, es indispensable que los laboratorios clínicos produzcan resultados comparables independientemente de los diferentes procedimientos y/o equipamientos de medida utilizados.

La comparación de equipamientos de medida cuantitativa implica la comparación de resultados obtenidos a partir de muestras de pacientes por dos equipos de medida que tienen como uso previsto la medición del mismo componente.

El Laboratorio del HIAEP "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata cuenta con dos sectores donde se procesan hemogramas, el Sector de Hematología que cuenta con un contador de 5 diferencial (equipo de Referencia), y la Guardia, donde se introdujo un nuevo contador de 3 diferenciales (equipo de Campo).

OBJETIVO GENERAL
 Comparar dos contadores hematológicos: "equipo de Campo" con "equipo de Referencia", para introducir el primero en la Guardia del Laboratorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 Evaluar el comportamiento de los parámetros Concentración de Hemoglobina (Hb) y Recuento de Leucocitos en el rango total de medida (normal y patológico).
 Evaluar el comportamiento del Recuento de Plaquetas en el rango de medida patológico.
 Evaluar el comportamiento de los parámetros Concentración de Hb, Recuento de Leucocitos y Recuento de plaquetas en los puntos de decisión médica (PDM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo de dos contadores hematológicos utilizando muestras de sangre entera obtenida con EDTA K3, de pacientes pediátricos de ambos sexos, ambulatorios e internados del HIAEP "Sor María Ludovica", en el rango etario de 0 a 14 años.

Los PDM fueron seleccionados teniendo en cuenta la bibliografía recomendada en nuestro hospital.

Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante el programa EP Evaluator Alternata (Quantitative Method Comparison 12.3.0.2) por el método de regresión de Deming, considerando las especificaciones de calidad disponibles según CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments).

Se procesaron 52 muestras distribuidas dentro del rango analítico para los parámetros de concentración de Hb y Recuento de Leucocitos. Para el Recuento de plaquetas, se procesaron 44 muestras, correspondiente a valores de recuento menores a $150 \times 10^9/L$, debido a los diferentes PDM en la población pediátrica.

RESULTADOS

Recuento de Leucocitos, Concentración de Hb y Recuento de Plaquetas

Tabla 1. Especificaciones de calidad disponibles en términos de error total aceptable (ETEA) según CLIA.

Parámetro	ETEA según CLIA
Concentración de Hb	± 7,7 %
Recuento de Leucocitos	± 15 %
Recuento de Plaquetas	± 25 %

Tabla 2. Error aleatorio aceptable (EPA), Error sistemático proporcional aceptable (ESPA), Error sistemático constante aceptable.

Parámetro	PDM Por método de Referencia (%)	PDM Por método de Campo (%)	Bias Percentual (%)
Concentración de Hb	7,61	7,3	4,3
Recuento de Leucocitos	1,5 (10,3)	1,27	4,7
Recuento de Plaquetas	20 (10,3)	20,3	10,1
Recuento de Plaquetas	20 (10,3)	30,3	34,5
Recuento de Plaquetas	50 (10,3)	43,3	-13,4
Recuento de Plaquetas	100 (10,3)	96,3	-3,9

Tabla 3. Análisis de los valores de Concentración de Hb, Recuento de Leucocitos y Recuento de Plaquetas en los PDM calculados con la regresión de Deming por el Método de Campo.

Parámetro	PDM	Porcentaje de Muestras
Concentración de Hb	150 g/L	100%
	160 g/L	100%
Recuento de Leucocitos	10.000	100%
	15.000	100%
Recuento de Plaquetas	150.000	100%
	200.000	100%

CONCLUSIONES

- Los valores de Recuentos de Leucocitos son comparables entre ambos contadores. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en los PDM.
- Los valores de Concentración de Hemoglobina no son comparables entre ambos contadores. Si bien hay una buena distribución de valores ($r = 0,9908$) y un error aleatorio aceptable, existe un error sistemático constante y proporcional significativo. Por otra parte, el Bias porcentual en el PDM considerado fue mayor al 50% del ETEA evidenciando diferencias significativas entre ambos contadores.
- Los valores de Recuentos de Plaquetas no son comparables entre ambos contadores. Existe Error Aleatorio significativo y también se observan diferencias significativas en los PDM.

Por lo expuesto anteriormente, no se aceptó el equipo de Campo para el uso en la Guardia del Laboratorio.

COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS PARA LA DETERMINACIÓN DE CERULOPLASMINA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Grau, ME¹; Procopio, D²; Collini, MB²
¹ Residencia básica de Bioquímica Clínica. ² Sector Metabolopatías. Sala Bioquímica Especializada, Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata. Calle 14 N° 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. emigrau@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La ceruloplasmina es una enzima que utiliza cobre como cofactor. Existen 2 tipos de métodos para determinarla: el método de referencia que mide actividad enzimática y aquellos que miden concentración de la proteína (forma activa e inactiva). En pacientes con enfermedad de Wilson y Menkes la ceruloplasmina se usa como criterio diagnóstico, encontrándose principalmente en su forma inactiva a causa del bajo cobre circulante. Esto hace que los métodos que miden concentración puedan sobrestimar y perder sensibilidad diagnóstica.

OBJETIVO:
 Evaluar la correlación y concordancia entre el método enzimático de referencia y un método inmunoturbidimétrico para la determinación de Ceruloplasmina.

RESULTADOS

CORRELACIÓN:
 Gráfico 1: Representación de la dispersión de datos con línea de tendencia central.
 Pearson ($r = 0,915$)
 Dispersión ($R^2 = 0,8367$)

CONCORDANCIA:
 Gráfico 2: Representación de Bland Altman con línea de tendencia.
 CV% promedio = 27%

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Observacional y analítico

MUESTRAS: Se analizaron muestras de suero de pacientes atendidos en el Hospital Sor María Ludovica en el periodo Abril 2018 – Marzo 2021.

Se excluyeron aquellas muestras con volumen insuficiente para ser procesadas por ambos métodos

TÉCNICAS: La determinación se realizó mediante el método enzimático de Henry et col, y el método inmunoturbidimétrico Ceru® (Roche, cobas c311).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:
CORRELACIÓN: Estudio de Pearson ($p < 0,05$)
CONCORDANCIA: Gráfica de Bland Altman

BIBLIOGRAFÍA

- Corizzo AM, editor. Enfermedades metabólicas hereditarias: Bases bioquímicas, moleculares, diagnóstico y tratamiento. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2021.
- Yapur VM, Bustos MF, González AS, Negri GA. Ceruloplasmina: determinación de su actividad ferroxidasa. Acta Bioquímica Clínica Latinoam [Internet]. 2007;41(3):347–51
- Henry RJ, Chalmers N, Jacobs SL, Segalove M. Determination of Ceruloplasmin Oxidase in Serum. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. 1960;104(4):620-624.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Juárez, J.M.¹; Rey, V. L.¹; Castro Monsonis, S.M.¹; Damia, A.L.¹
¹Residencia Básica de Genética Médica. Sala de Genética. HIAEP Sor María Ludovica



Introducción

El síndrome de Turner se debe a la ausencia parcial o completa de un cromosoma X. Tiene una prevalencia aproximada de 1/2000 nacidas vivas. El examen físico presenta características propias en cada etapa de la vida. En más del 50% de los casos la derivación al genetista ocurre en la infancia tardía o en la adolescencia. Queremos destacar la importancia de reconocer el fenotipo en la recién nacida para realizar el diagnóstico precoz.

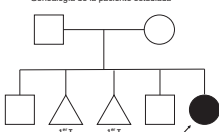


Ejemplo de Cariotipo de Síndrome de Turner

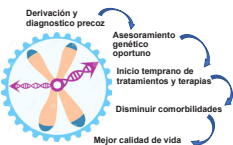
Descripción del caso:

Paciente de 6 días de vida evaluada durante su internación en el servicio de Neonatología, derivada por cardiopatía congénita y dismorfias. Al examen físico se observó: pterigium colli, cuello corto e hipertelorismo mamario. Al interrogatorio no refieren antecedentes familiares de relevancia.

Genealogía de la paciente estudiada



Cariotipo: 45,X[39]/46,X,+mar[11].ish der(X)(DX21+)[9]



Comentario:

La importancia del diagnóstico temprano radica en iniciar los tratamientos y seguimientos en forma oportuna. El rol del pediatra al conocer las características fenotípicas, podrá realizar una derivación y diagnóstico oportunos. De esta manera se pueden pesquisar tempranamente posibles comorbilidades asociadas.

Bibliografía:

NIH. Base de datos en línea. Síndrome de Turner. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55462/>
 NIH. SR KESLER. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2023872/>
 NIH/GARD. <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12996/sindrome-de-turner>

Contacto: José María Juárez. Tel: (0358) 15479399 – email: juarezjosemaria@gmail.com

Sala de Genética. Tel: (0351) 1546364. Email: genetica@saladegenetica.com.ar



ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS HEREDADAS: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA CON INVERSIÓN Y RECOMBINANTE DE CROMOSOMA 4.

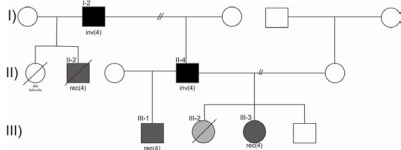
Justoni M.S., V.M. San Rame, A.L. Damia, S.M. Castro Monsonis
 Residencia de Genética Médica - HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina. E-mail: marisajustoni@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las anomalías cromosómicas son causa de discapacidad intelectual, dismorfias, malformaciones, abortos espontáneos recurrentes e infertilidad. Los individuos portadores de anomalías cromosómicas estructurales balanceadas pueden generar gametos desbalanceados lo que aumenta el riesgo de descendencia afectada. La importancia de su detección radica en poder realizar un correcto asesoramiento genético familiar. Nos proponemos ilustrar la relevancia de estas anomalías mediante la descripción clínica de una familia con una anomalía cromosómica heredada.

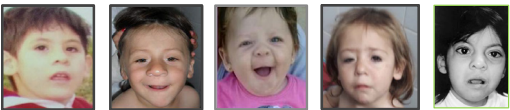
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una familia con individuos portadores de una inversión en el cromosoma 4 y pacientes con un recombinante de cromosoma 4. Se realizaron historias clínicas detalladas, genealogía ampliada y estudios citogenéticos con técnica convencional, bandejo G y FISH. Motivó la derivación a nuestra especialidad el caso de un niño con discapacidad intelectual y dismorfias. En 2 generaciones distintas se identificaron 4 pacientes con fenotipo similar caracterizado por dismorfias faciales entre las que podemos destacar las hendiduras palpebrales descendentes, el puente nasal ancho, la nariz con punta bulbosa y base ancha, el filtrum piramidal y desdibujado, pabellones auriculares con helix grueso. Presentaban retraso global del desarrollo y mayor frecuencia de infecciones respiratorias. Fueron estudiados citogenéticamente 3 de ellos y en todos se identificó la presencia de un recombinante de cromosoma 4. Los cariotipos paternos de cada uno de los afectados evidenciaron que los mismos eran portadores de una inversión pericéntrica de cromosoma 4.



CARIOTIPO:

I-2: 46,XY,inv(4)(p15.2q35.1)pat. ish inv(4)(p)(subtel4+), WHSCR-[q](WHSCR+), subtel4q-[p]2:46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q])(WHSCR+) II-4: 46,XY,inv(4)(p15.2q35.1)pat. ish inv(4)(p)(subtel4+), WHSCR-[q](WHSCR+), subtel4q-[p]1:46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q])(WHSCR+) III-1: Retraso, dismorfias y cardiopatía. No tenemos estudio cromosómico. III-3: 46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35.1)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q])(WHSCR+)



García-Heras J, Martín J. A rec(4) dup 4p inherited from a maternal inv(4)(p15q35): case report and review. Am J Med Genet. 2002 May 1;109(3):226-30.

COMENTARIO

Los estudios realizados permitieron establecer el diagnóstico de Síndrome de Duplicación 4p debido a la presencia de un recombinante de cromosoma 4 producto de una inversión en el cromosoma 4 de origen paterno. Se trata de una entidad poco frecuente con escasos reportes publicados. El fenotipo de nuestros pacientes concuerda con el reportado en la literatura. Al identificar individuos en riesgo se logró completar el asesoramiento familiar y establecer un alto riesgo de recurrencia para futuras gestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Heras J, Martín J. A rec(4) dup 4p inherited from a maternal inv(4)(p15q35): case report and review. Am J Med Genet. 2002 May 1;109(3):226-30.
 - González CH, Sommer A, Meisner LF, Eljaleel BK, Orita JM. The trisomy 4p syndrome: case report and review. Am J Med Genet. 1977;1:121-137-56.
 - Dalipoglu, S., Mastromarco, P.P., Morral, E. and Sommer, A. (1977). Trisomy 4p: five new observations and overview. Clinical Genetics, 12: 344-356.



IMPORTANCIA DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UNA ANOMALÍA CROMOSÓMICA HEREDADA

Rey, V. L.; Juárez, J. M.; Castro Monsonis, S. M.; Damia, A. L.
 Residencia Básica de Genética Médica, Sala de Genética. HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCIÓN

Las anomalías cromosómicas estructurales se caracterizan por el reordenamiento, pérdida o ganancia de material cromosómico. Las translocaciones balanceadas, donde no hay pérdida o ganancia de material, son las más frecuentes. Los portadores presentan un fenotipo inespecífico, pero por esta condición, existe el riesgo de transmitir cromosomas derivados desbalanceados a su descendencia, la cual puede presentar retraso madurativo, malformaciones congénitas o abortos espontáneos. En estos casos la sospecha, el estudio y el asesoramiento genético a toda la familia encuentra un rol fundamental.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

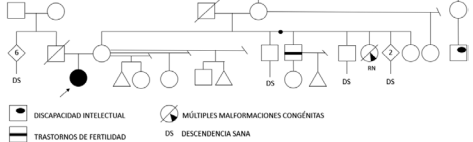
Niña de 12 años derivada por Endocrinología por presentar baja talla, hipogonadismo hipergonadotrófico y dismorfias, con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Turner.

De la consulta con Genética Médica se destacan los siguientes antecedentes y cuadro clínico:

- Embarazo no programado (sin intercurencias)
- RNT / APEG / APGAR 8/9
- 40 semanas
- Parto vaginal (sin intercurencias) y alta conjunta



GENEALOGÍA:



ESTUDIOS REALIZADOS:

CARIOTIPOS:

- Paciente: 46,X,der(X)t(X;20)(p11.2;q11.2)
- Madre: 46,X,t(X;20)(p11.2;q11.2)
- Media hermana: 46,X,t(X;20)(p11.2;q11.2)dmata

COMENTARIO

En el presente caso no solo se confirmó el diagnóstico en la paciente, sino que a partir de ello se pudo determinar el origen materno del mismo y detectar, a su vez, el estado de portador en la hermandad, aún en la infancia temprana. Mediante el asesoramiento genético a toda esta familia se ha informado sobre las condiciones heredadas, pronóstico, tratamiento, medidas preventivas y toma autónoma de decisiones en cuanto a conducta reproductiva futura. Se logró en todo el grupo familiar llevar a la práctica acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, pilares fundamentales del asesoramiento genético.

BIBLIOGRAFÍA

NIH (GARD). Trisomía del cromosoma 20. <http://rarediseases.info.nih.gov/govpages/1318/trisomia-del-cromosoma-20>
 NIH (GARD). Anomalías Cromosómicas. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2023872/>
 Día. Patricia Vinyes y Dra. María Adela Sánchez. Anomalías estructurales de cromosoma X y su relación clínica. Símbol. Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños (Casta Rica) vol 33 n:1-2 San José, Ene. 1998
 Turner syndrome. Genetic Home Reference. January, 2010. <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/turner-syndrome>



“Urgencia en odontopediatría en niño con compromiso medico y social. Abordaje interdisciplinario”

Autores Odontólogas residentes: Blanco, Martina; Fernández Lecco, Dolores; Krause Martina; Levy, Ana Florencia.; Quiñonez, Karen; Romano, Ana María; Taus, Celeste
 Jefa de servicio: Od. Coscarelli, M. Eugenia.
 SERVICIO DE ODONTOLOGIA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA, La Plata

INTRODUCCION

La identificación de las barreras existentes en el ámbito de la salud nos permite mejorar el acceso de toda la población y reducir las desigualdades sociales existentes. A raíz de esta situación, se plantea una problemática identificada en el HIAEP Sor María Ludovica

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

Concientizar a los actores involucrados en los diferentes servicios de salud, sobre las barreras existentes para lograr una cobertura universal con equidad

DESARROLLO

T. de 8 años de edad concurre al servicio de odontología derivado de nefrología por presentar calulitis facial lado izquierdo inferior. Ante el cuadro sintomático sumado al riesgo social que presentaba se decide internar para que reciba medicación endovenosa. Esto generaba un inconveniente en la dinámica familiar, motivo por el se negaba a la internación, ya que se identificaban diferentes barreras (económicas, geográficas y sociales) para su acceso al sistema de salud público. A través del trabajo interdisciplinario entre los diferentes servicios se pudo realizar un abordaje integral del paciente teniendo en cuenta las necesidades particulares de la familia.



Servicio de nefrología

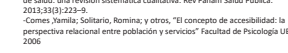
Servicio de odontología

REFLEXION TOTAL

Es de fundamental importancia recordar el enfoque interdisciplinario, manteniendo una fluida y empática comunicación con el grupo familiar, para poder lograr una correcta atención y abordaje teniendo en cuenta las diferentes barreras existentes logrando así un acceso equitativo al sistema de salud.

BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud "Informe Mundial sobre la Discapacidad" 2011
 Helms Adony M, Palfidj Angulo L, Jassem Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra, Vega Morales J, Barrera y Facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2018;23(3):223-9.
 -Comes, Verónica; Solitario, Romina; y otros, "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios" Facultad de Psicología UBA, 2006



“Contención del paciente en sus consultas intrahospitalarias: relato de un caso”

Autores odontólogos residentes: Blanco, Martina; Fernández Lece, Dolores; Krause, Martina; Levy, Ana; Florencia, Quiñones; Karen, Romano; Ana María, Taus; Celeste Jefa de Servicio: Od. Coscarelli, María E Servicio de Odontología. Hospital de Niños Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata

INTRODUCCION

El HIAEP Sor María Ludovica es un Hospital de derivación de pacientes de 0 a 14 años, referente de la provincia de Buenos Aires y de otros puntos del país. Las familias que concurren en busca de la atención en las especialidades medicas, muchas veces no conocen la ciudad y tampoco el hospital. Esto genera una complicación, cuando en su primer consulta, reciben múltiples derivaciones a otras especialidades, sin guiar ni contener al grupo familiar. Elegimos ejemplificar esta realidad con el caso de una paciente que fue derivada al Servicio de Odontología, en el contexto de la pandemia del año 2021.

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

- Reflexionar acerca de la importancia de guiar y contener a el/la paciente y su entorno familiar durante sus consultas en los distintos servicios del hospital
- Trabajo interdisciplinario entre los distintos actores/as del equipo de salud.

DESARROLLO

L. de 11 años de edad fue derivada con una interconsulta por un pediatra de una localidad de la provincia de Bs As a nuestro servicio, por presentar una "tumorcación en la boca". Una vez evaluada la paciente, consideramos realizar interconsultas con los servicios de oncología, cirugía plástica, laboratorio y diagnóstico por imágenes, por lo que se requirió su permanencia en la ciudad de La Plata por varios días. Esto generaba un inconveniente en la dinámica familiar por lo que gestionamos su estadía en la Casa Ludovica, la cual aloja a los y las pacientes y sus acompañantes, que por impedimentos geográficos o económicos no podrían continuar con los estudios y los tratamientos. Obtenidos los resultados, el diagnóstico y posible tratamiento, conjuntamente con el equipo de salud, se tuvo en cuenta las necesidades de la familia y respetando sus individualidades, se derivó a la paciente a otro hospital con la misma complejidad para realizar la cirugía correspondiente.

REFLEXION FINAL

- Establecer la importancia del acompañamiento del equipo de salud para con la familia
- Abordar a los y las pacientes de manera interdisciplinaria tomando decisiones en conjunto.
- Adaptar los tratamientos médicos/odontológicos a las posibilidades y necesidades de cada familia.



Derivación del pediatra Casa Ludovica

BIBLIOGRAFIA

- Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Ministerio de Salud de la Nación. 2° edición, Septiembre 2015.
- Estudio APFAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Viana Da Costa, Marcelo y otros. Educación Interprofesional en Salud. Brasil; 2018.

CLÍNICA DEL DESAMPARO E INTERVENCIONES POSIBLES EN LA GUARDIA

Lic. Capuzzi F.; Lic. Chacón Gigena, M L; Lic. De Lillo, L; Lic. Pedalino, R; Lic. Rodríguez Facio, J. Servicio de Salud Mental - Residencia básica de Psicología - HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCION

El presente trabajo decanta de los interrogantes que surgen a partir de la práctica en la guardia de salud mental como residentes del HIAEP "Sor María Ludovica". Se centrará en casos englobados dentro de la denominada "clínica del desamparo" -desde el psicoanálisis lacaniano-

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

Sistematizar las posibles intervenciones desde el dispositivo de guardia, frente a presentaciones de la clínica del desamparo. Son presentaciones en las cuales predomina la vulnerabilidad social. Este hecho impacta a los profesionales generando una sensación de impotencia a la hora de intervenir. De allí, surge la pregunta ¿qué intervenciones posibles por guardia frente a estos modos de padecimiento?

DESARROLLO

Se seleccionaron tres viñetas clínicas de la guardia de salud mental. Niños de 8, 10 y 14 años que asisten frecuentemente a este dispositivo, quedando la guardia como única referencia ante situaciones de urgencia subjetiva.

RESULTADOS

Podimos delimitar un posible horizonte de intervenciones desde el dispositivo de guardia, reconociendo los límites para operar desde allí. Dado que, se interviene en un tiempo acotado y la prisa institucional demanda una solución "rápida" y "eficaz", se tiende a querer resolver en una intervención cuestiones que datan de trayectorias invisibilizadas por innumerables actores sociales, que trazan un camino de errancia y dejan traslucir la deriva institucional. En primer lugar, consideramos que las intervenciones deben orientarse por la singularidad de cada niño en pos de dignificar al sujeto.

REFLEXION FINAL

Nos encontramos con la angustia de estos niños, que a su vez nos confronta con nuestra propia angustia, la cual es necesaria poner a trabajar (Mitre, 2014). Es por eso, que en el interior de la residencia contamos con diferentes espacios que nos permiten salir del lugar de testigos del horror y la concomitante impotencia frente al desvastamiento social, para habilitarnos a intervenir allí y crear condiciones de confianza para el sujeto que consulta, que luego puedan suponerse, instaurarse y multiplicarse en otros espacios.

BIBLIOGRAFIA

- Espert, J; Irujo, L; Wanzek, L. La infancia intervenida. Ciencia clínica y política. 1th.ed. Buenos Aires: Lugar; 2019
- Miller, J. A. El Otro que no existe y sus comités de ética. Seminario en colaboración con Eric Laurent. 2th.ed. Buenos Aires: Paidós; 1997
- Mitre, J. La adolescencia, esa edad decisiva, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano. 1th.ed. Buenos Aires: Grama; 2014
- Szpilo, L. Adolescencia y pasaje al acto. 4th.ed. Buenos Aires: Gramma; 2007

“Presentaciones clínicas de la Encefalitis Autoinmune Anti-NMDA en la población infantojuvenil”

A propósito de 2 casos clínicos

Dra. Aguiar Alejandra - Dra. Balbi Daniele - Dra. Besky Eliza - Dra. Barrolo Angela Residencia de Psiquiatría Infanto Juvenil - HIAEP "Sor María Ludovica"

Introducción

- La encefalitis anti-receptor de NMDA es una enfermedad inmunológica caracterizada por un complejo síndrome neuropsiquiátrico y la presencia de anticuerpos contra la subunidad GRIN1 del NMDAR
- Incidencia 1,5 por millón de habitantes por año
- 40% de los pacientes es menor de 18 años de edad
- Sexo femenino 4:1
- Fue descrita en 2007 como un síndrome paraneoplásico en mujeres adultas asociado con teratomas ováricos. Su relación con cáncer es menos frecuente en niños

Casos clínicos

"1". Paciente femenina de 6 años de edad quien ingresa por presentar crisis convulsivas en contexto de debut epiléptico, vómitos y cambios conductuales de 2 días de evolución. En una sala preoperatoria se le efectuó una evaluación de relevancia y comportamiento previo normal. Es evaluada inicialmente por servicio de clínica pediátrica y neurología con la realización de estudios complementarios. Se interpreta el cuadro como "crisis epilépticas en contexto de encefalitis en adultos", a descartar en primer instancia una "encefalitis autoinmune". Paralelamente la paciente presentó manifestaciones psiquiátricas que requirieron de intervenciones por el servicio de psiquiatría. Entre las sintomatologías se observó: crisis de irritabilidad, heterogeneidad, discurso desorganizado, desorientación visual, alteración de la atención, trastornos del sueño, dislexias simples y sintomas compatibles con un síndrome catatónico. La paciente recibió tratamiento farmacológico indicado por neurología y psiquiatría, con control de forma interdisciplinaria regular. Con el transcurso de los días se comienza a observar una mejoría clínica. El día 17º de internación se recibió el panel de anticuerpos con resultado positivo para ANTI-NMDA. La paciente recibe el alta hospitalaria.

"2". Paciente femenina de 12 años de edad derivada por presentar movimientos anormales y desorientación del medio, además sin antecedentes medicos paraneoplásicos de relevancia, riesgo consumo de sustancias tóxicas. Se interpreta el cuadro como una presentación compatible con una encefalitis autoinmune. Se destaca en la paciente que 2 meses previos presentó manifestación alimentaria con descenso de peso, aislamiento social, trastorno del lenguaje, movimientos anormales y alteraciones visuales. Al momento del ingreso a este nosocomio se evalúa que la joven presenta un síndrome catatónico ya que la evaluación se describe: flexibilidad cinesa, obediencia automática, regulares, mutismo, ecolalia y pérdida de control esfínteres, por lo que se decide realizar la prueba de trazar y modificar el esquema psicofarmacológico previo. Rápido abordaje interdisciplinario y seguimiento por neurología y psiquiatría. Con el transcurso de los días se comienza a evidenciar una mejoría sintomática con la administración de los tratamientos correspondientes. El día 28º de internación se recibió el panel de anticuerpos con resultado positivo para ANTI-NMDA. La paciente recibe el alta hospitalaria.

Discusión

- El cuadro clínico típico se caracteriza por una fase prodromática de cefalea, fiebre y sintomatología inespecífica gastrointestinal y de las vías respiratorias superiores. A esta fase le sigue un cuadro psicótico con desorientación, alteraciones en la personalidad, confusión, ideas paranoides, alucinaciones y déficit en la memoria. La tercera fase se caracteriza por hipovigilancia, letargia, crisis convulsivas, disautonomía y movimientos anormales. En los niños más jóvenes, los síntomas iniciales de la enfermedad suelen ser insomnio, irritabilidad, alteraciones del movimiento o crisis epilépticas, mientras que las alteraciones psiquiátricas son menos frecuentes o reconocibles
- El diagnóstico se realiza mediante la detección de anticuerpos contra los receptores NMDA en suero y líquido cefalorraquídeo
- El tratamiento de primera línea es combinación de corticoides más inmunoglobulinas intravenosas y de segunda línea es el Rituximab y/o Ciclofosfamida
- La encefalitis anti-R: NMDA es una entidad poco identificada y debido al debut con síntomas psiquiátricos, puede ser manejada como un trastorno psiquiátrico, sin presentar mejoría
- El 77% de los pacientes presentan síntomas psiquiátricos. Las familias refieren cambios en el comportamiento o la personalidad, agresividad y alucinaciones
- La enfermedad psiquiátrica se manifiesta de manera diferente a la de los adultos, con una asociación menos frecuente con neurologías y con predominio de trastorno del movimiento, alteraciones del comportamiento y convulsiones
- Son más susceptibles a desarrollar un síndrome neurológico milagroso y latencias más cortas. Por lo que se recomienda evitar el uso de antipsicóticos típicos para el tratamiento de síntomas psiquiátricos, se deben utilizar antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas como el lorazepam
- En general, los síntomas psiquiátricos mejoran con el tratamiento de base

Bibliografía

- Gamo M, Debraj J. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA. Med Clin (Barc). 2017.
- W. Travençolo B, Davis C, Lippi C, Zambelli S, Attene C, J. Campos N, Basso R, Pires A, J. Coimbra C, A. Steiner D, S. Lynch M, M. Rosenfeld, and J. Daloz. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents. American Neurological Association 2008.
- R. A. Gao, M. J. Coffey, J. J. Connor, J. Fennell, B. Lencina. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: A Review of Diagnostic, Phenotypic, and Management Considerations. A Report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2018
- Encefalitis autoinmune pediátrica. García-Bertrán C, Bermejo-Pelaez C, Chaves-Rodríguez D, Reyes-Gómez GA. Acta Paediatr Mex. 2017;38(4):214-219.
- Encefalitis Autoinmune de N-Metil-D-Aspartato: primera descripción en pediatría. Arao, Mariela y cols. Motricidad Mex. 2015.
- Pediatric autoimmune NMDAR receptor encephalitis: a case report of a 16-year-old girl. Rev Child Neurol India. 2015; 57(4): 403-405.
- Encefalitis contra los receptores NMDAR: sintomatología un síndrome neurológico milagroso. Parada CO, Aranzaburu B, Martínez RHR. Rev Mex Neurol 2014; 18 (8)

Rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental 2021-2022

Dra. Besky Eliza - Dra. Barrolo Angela Residencia de Psiquiatría Infanto Juvenil - HIAEP "Sor María Ludovica"

INTRODUCCION

El equipo de Internación se conforma en el año 2020 y atiende pacientes prevalentemente adolescentes que ingresan por intentos o ideaciones suicidas, episodios psicóticos agudos, aplicaciones psicomotoras, descompensaciones de cuadros psicopatológicos o otro tipo de presentaciones que los lleven a una situación de riesgo cierto e inmediato para sí y/o terceros

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

- Precisar la utilidad y función de la internación como estrategia de abordaje desde la Salud Mental
- Capacitar en la asistencia con presentaciones psicopatológicas agudas en la infancia y adolescencia
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario

DESARROLLO

La rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental se realiza en el último año de residencia. Se forman duplas de equipo interdisciplinario con residentes de psicología del mismo año o psicólogos del servicio. Se realiza evaluación y seguimiento de los pacientes, conversación de los casos clínicos con referentes del área y una vez otorgado el alta hospitalaria se cita a controles ambulatorios hasta realizar su derivación

RESULTADOS

Período comprendido entre septiembre 2021 y agosto 2022
TOTAL DE INTERNACIONES 49 PACIENTES (RESIDENCIA)

SEXO	N°
FEMENINO	37
MASCULINO	12

REFLEXION FINAL

- Durante el período correspondiente a septiembre 2021 y agosto 2022 se realizó el seguimiento de 49 pacientes por parte de la residencia, el rango etario comprendido fue de 7 a 14 años con un predominio de mujeres (75%) y los motivos de internación más frecuentes fueron las ideaciones de contenido autolítico e intentos de autolesionamiento
- Se consideró la internación en Salud Mental como el último recurso por utilizar si se pueden usar otros. Cuando en la indicación, se decide debe ser lo más breve posible.
- Es debe utilizar cuando hay riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros, o cuando se produce una descompensación de una enfermedad mental de base que hace que la persona no se pueda cuidar de sí misma y no cuenta con la red apropiada para hacerlo
- La rotación por este dispositivo permite al residente tomar conocimiento de las presentaciones de salud mental infantojuvenil más prevalentes, propiciar el intercambio y abordaje de manera interdisciplinaria y fomentar la actualización clínica-psicofarmacológica de las patologías mentales
- El objetivo de la medida de internación es resguardar la integridad psicofísica del paciente, llevar a cabo un proceso de evaluación interdisciplinaria (psicología, psiquiatría, pediatría) y trabajo social para arribar a un diagnóstico clínico/ situacional y tomar las medidas terapéuticas pertinentes según el caso

BIBLIOGRAFIA

- Ley Nacional de Salud Mental N°26.637
- Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumo problemáticos. Provincia de Buenos Aires 2022
- Lineamientos para la atención de las urgencias en salud mental. Ministerio de Salud de la Nación 2015
- Atención de las urgencias en salud mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación 2019

Evaluación de las colonizaciones por bacterias productoras de carbapenemasas en un hospital pediátrico.

Shepherd Safar, M¹; Oderiz, S²; Vescina, C²; Ortigosa, A²; Satarich, G¹; Gil, M.F.²
¹Residencia posbásica de bioquímica con orientación en microbiología, HIAEP Sor María Ludovica. ²Sala de microbiología, laboratorio central, HIAEP Sor María Ludovica. ³Residencia de Bioquímica Clínica, HIAEP Sor María Ludovica.

INTRODUCCIÓN

- El aumento de los aislamientos de bacterias productoras de carbapenemasas (BPC) constituye un importante problema de salud pública.
- Las BPC causan infecciones con elevados porcentajes de morbilidad y limitadas opciones terapéuticas.
- La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta para el control de la diseminación.

OBJETIVOS: Evaluar el porcentaje de colonizaciones por BPC y su correlación con aislamientos de muestras clínicas en pacientes hospitalizados en el HIAEP Sor María Ludovica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-retrospectivo de las colonizaciones y muestras clínicas con aislamientos de BPC registrados en la sala de Microbiología entre enero y septiembre de 2022.

Se incluyeron las primeras muestras de hisopos rectales para el estudio de vigilancia de colonización de BPC y los aislamientos de BPC provenientes de muestras clínicas de pacientes internados.

RESULTADOS

Aislamientos de BPC en hisopos rectales de vigilancia:
 Se procesaron 711 hisopos rectales para la búsqueda de BPC obteniéndose un 4,78% (34/711) de positividad.

Gráfico 1. Porcentaje de hisopos rectales positivos para la búsqueda de carbapenemasas por trimestre.

Gráfico 2. Distribución mensual de carbapenemasas (KPC o MBL) en cultivos de vigilancia.

Gráfico 3. Distribución de carbapenemasas en distintas muestras clínicas.

Gráfico 4. Distribución mensual de carbapenemasas (KPC, MBL u OXA) en aislamientos de muestras clínicas.

CONCLUSIONES

- ↑ del porcentaje de colonizaciones por BPC a lo largo del año.
- ↑ de los aislamientos de BPC en muestras clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Asensio A, Cantero M, Shaw E, Vergara-López S. Control strategies for carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at different levels of the healthcare system. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2014;32:61-6.
- Calderaro A, Buttrini M, Martinelli M, Montecchini S, Covari S, Ruggeri A, et al. Active surveillance for carbapenemase-producing Klebsiella pneumoniae and correlation with infection in subjects attending an Italian tertiary care hospital: a 7-year retrospective study. *BMC Open*. 2021;11(4):e242260.
- Abramowicz L, Gerard M, Marigny D, Dellinger M, De Wils S, Konopinski D. Infections due to carbapenemase-producing bacteria: clinical burden, and impact of screening strategies on outcome. *Medicine and Inflammation Infectious*. 2020;10(8):e58-64.

Trastornos hidroelectrolíticos en post operados de tumores cerebrales: a propósito de 4 casos.

AUTORES: Maskevich G, Orazi A, Flecha A.
 Residencia de Clínica pediátrica, HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción:
 Entre las complicaciones que pueden aparecer en el postoperatorio inmediato de los tumores cerebrales destacan los trastornos hidroelectrolíticos, diabetes insipida, síndrome pierde sal y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir los posibles efectos negativos que pueden tener sobre el propio sistema nervioso central (SNC).

Objetivos:
 Describir las características clínicas y de laboratorio de cuatro pacientes que cursaron trastornos hidroelectrolíticos en su postoperatorio inmediato de tumores cerebrales en nuestro centro.

Descripción:

Caso 1: Paciente masculino de 2 años con diagnóstico de craneofaringioma quístico en región selar y paraselar. Se realiza resección parcial. En las primeras 24 hs presenta poliuria, constatándose Nap 152 meq/l y Nau 73 mmol/Lt. Ante el diagnóstico de diabetes insipida, se inicia tratamiento con desmopresina EV.

Caso 2: Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de craneofaringioma en región selar. Se realiza resección parcial transfenoidal. En las primeras 24 hs presenta poliuria, objetivando Nap 160 meq/l y Nau 30 mmol/Lt, con diagnóstico presuntivo de diabetes insipida se indica tratamiento con desmopresina EV.

Caso 3: Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de meduloblastoma en fosa posterior. Se realiza resección parcial. Presenta a las 72 hs convulsión tónico-clónica generalizada, se constata Nap 113 meq/l y Nau 230 mmol/Lt, con diagnóstico presuntivo de síndrome pierde sal cerebral, se indica corrección con CLNa 3% y mantenimiento con solución fisiológica.

Caso 4: Paciente masculino de 4 años con diagnóstico de meningioma de fosa posterior. Se realiza exéresis total. En las primeras 24 hs presenta poliuria constatándose Nap 124 meq/l y Nau 173 mmol/Lt. Se diagnostica síndrome pierde sal cerebral, se indica corrección con CLNa 3% y mantenimiento con solución fisiológica.

Discusión:
 El posoperatorio inmediato de tumores de sistema nervioso central requiere un estrecho control del balance hídrico, ritmo diurético y monitorización del sodio plasmático y urinario para la pesquisa y tratamiento precoz de complicaciones hidroelectrolíticas como DBT insipida, SPSC y SIADH.

Bibliografía

- Segura Matute, M. Balaguer Gargallo, FJ, Cambra Lasaosa, S, Zambudio Sert, JM, Martín Rodrigo y A. Palomeque Rico. Trastornos hidroelectrolíticos en postoperatorio de tumores cerebrales. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(3):225-30
- Jesús Salvador Sánchez-Díaz, * Karla Gabriela Peniche-Moguel, * Enrique Antonio Martínez-Rodríguez, Oriando Rubén Pérez-Nieto, Eder Iván Zamarrón-López, Enrique Monarés-Zepeda. Disaritmias: un enfoque preciso, macizo y conciso. *Med Crit*. 2021;35(6):342-353

CAMBIOS EN LOS PATRONES DE CIRCULACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Ortigoza, A¹; Grau, ME¹; Shepherd Safar, M¹; Fortunato, ER²; Eguiluz, MP²; Treviño, N²; Vescina, CM²; Palau, MJ².
¹Residencia de Bioquímica Clínica con orientación en microbiología, HIAEP Sor María Ludovica. ²Sala de Microbiología, Laboratorio Central, HIAEP Sor María Ludovica. ³Residencia de Bioquímica Clínica, HIAEP Sor María Ludovica. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El comienzo de la pandemia COVID-19 y las medidas de confinamiento produjeron una variación en la circulación estacional de los virus respiratorios habituales.

OBJETIVO: Describir el impacto de la pandemia COVID-19 en los casos de bronquiolitis y los patrones de circulación de virus causantes de infección respiratoria aguda baja (IRAB) en nuestro medio

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre los casos de IRAB en el HIAEP Sor María Ludovica. Se incluyeron datos de las semanas epidemiológicas (SE) 1-53 del 2019 y 2020, y las SE 1-30 del 2022.

RESULTADOS

En el año 2020 disminuyeron 92% los casos de bronquiolitis respecto al 2019. Entre las SE 1-30 del 2022 se observó una disminución del 71% de los casos de bronquiolitis respecto de las mismas SE del 2019. Los picos de incidencia en 2019 y 2022 coincidieron entre las SE 21-25.

Gráfico 1. Distribución de casos de bronquiolitis en las semanas epidemiológicas (SE) 1-53 del 2019 y 2020.

Gráfico 2. Distribución de casos de bronquiolitis y su correlación con el aumento según semana epidemiológica hasta la SE 30 en el año 2022.

Gráfico 3. Distribución de casos de bronquiolitis y su correlación con el aumento según semana epidemiológica hasta la SE 30 en el año 2022.

Tabla 2. Coincidencias virales 2019 y 2022

COINCIDENCIAS VIRALES			
2019		2022	
12	VSR + FluA	12	VSR + SARS-CoV-2
8	VSR + PI3	4	MPV + SARS-CoV-2
27	OTRAS	4	FluA + SARS-CoV-2
		4	OTRAS
TOTAL	47		24

CONCLUSIONES

Desde el 2020 se observó una disminución significativa de las interacciones por bronquiolitis probablemente asociado a las medidas de confinamiento para la contención de la pandemia. Hasta la SE 30 del 2022 se observaron cambios en los patrones de circulación viral, con un predominio de MPV en los meses Mayo-Junio que coincide con el pico de bronquiolitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Licón MF, Juárez M, Páez M, Ordoñez AS, et al. Impacto del COVID-19 en la circulación de virus respiratorios en un hospital pediátrico: una encuesta retrospectiva. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):105-108.
- Licón MF, Fort DA, Fernández Benítez AM, Ordoñez AS, et al. Prevalencia de virus respiratorios habituales en pacientes pediátricos hospitalizados en un área de la pandemia de COVID-19. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):244-248.
- Bonaventura J, Zamora MS, Casillas PL, Raposo MB, Fernández S, Vignati AP. Influencia de la pandemia COVID-19 en la epidemiología de la bronquiolitis aguda. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2022;40(1):e1-4.
- Taylor A, Whitaker E. The changing epidemiology of respiratory viruses in children during the COVID-19 pandemic: a review in a COVID time. *Arch Dis Child*. 2020;95(12):1246-1248.

CONCLUSIONES

Desde el 2020 se observó una disminución significativa de las interacciones por bronquiolitis probablemente asociado a las medidas de confinamiento para la contención de la pandemia. Hasta la SE 30 del 2022 se observaron cambios en los patrones de circulación viral, con un predominio de MPV en los meses Mayo-Junio que coincide con el pico de bronquiolitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Licón MF, Juárez M, Páez M, Ordoñez AS, et al. Impacto del COVID-19 en la circulación de virus respiratorios en un hospital pediátrico: una encuesta retrospectiva. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):105-108.
- Licón MF, Fort DA, Fernández Benítez AM, Ordoñez AS, et al. Prevalencia de virus respiratorios habituales en pacientes pediátricos hospitalizados en un área de la pandemia de COVID-19. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):244-248.
- Bonaventura J, Zamora MS, Casillas PL, Raposo MB, Fernández S, Vignati AP. Influencia de la pandemia COVID-19 en la epidemiología de la bronquiolitis aguda. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2022;40(1):e1-4.
- Taylor A, Whitaker E. The changing epidemiology of respiratory viruses in children during the COVID-19 pandemic: a review in a COVID time. *Arch Dis Child*. 2020;95(12):1246-1248.

VALORACIÓN KINÉSICA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL OLIGOARTICULAR EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA.

Ramírez Mercedes¹, Veytes Julieta¹, Toyos María Clara¹, Serrano María Paula² Hospital General de Niños Pedro Elizalde de CABA¹ y H.I.A.E.P Sor María Ludovica de la Plata².

Proyecto no financiado. Presentado a CIRPI para su aprobación.

INTRODUCCIÓN. La artritis idiopática juvenil (AIJ) es definida como un proceso inflamatorio de una o más articulaciones, de comienzo habitual entre el año y los tres años de vida, que persiste durante 6 semanas. No constituye una entidad "única" sino un grupo heterogéneo de enfermedades o trastornos inflamatorios. La escala CAPFUN (capacidad funcional) es una herramienta que permite objetivar la evolución longitudinal de los pacientes, observar su comportamiento y brinda información relevante de la evolución del paciente.

OBJETIVO. Describir la capacidad funcional de los pacientes con AIJ en el momento del ingreso al servicio de Kinesiología de dos hospitales pediátricos públicos de la provincia de Buenos Aires y CABA.

MATERIALES Y METODOS. Se llevará a cabo un estudio multicéntrico observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Se analizarán historias clínicas de 33 pacientes con AIJ de tipo oligoarticular, que hayan ingresado a los servicios de kinesiología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde de CABA y H.I.A.E.P Sor María Ludovica de la Plata, en los periodos correspondiente entre 2010 a 2021.

Fig. 1 Escala de evaluación de la Capacidad Funcional CAPFUN

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL ABILITY FOR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS PATIENTS

Name and Surname	MRB	DATE
1. WALK		
2. WALK ON HEELS		
3. TIPOE		
4. GO UP AND DOWN THE STAIRS		
5. STAND ON ONE LEG		
6. SIT ON THE FLOOR AND STAND UP		
7. SIT DOWN LEGLESS		
8. BE IN A FOUR LEG POSITION		
9. SQUAT		
10. SNEEL DOWN LEAN A FOOT FORWARD		
SUBTOTAL 1		
1. JOINTS OVER THE HEAD		
2. PUT HANDS ON THE SHIRT		
3. PUT HANDS ON THE BACK		
4. PUT HANDS ON THE ELBOWS		
5. PUT HANDS ON THE THIGHS		
6. JOINTS ABOVE THE BODY		
7. CLIMB STAIRS		
8. GRIP STRENGTH OF THE DOMINANT HAND		
9. TOUCH THE FOOT WITH BOTH HANDS		
10. STRETCH THE NECK		
SUBTOTAL 2		
TOTAL		
CAPFUN INDEX		

CRITERIOS

Inclusión: Niños con diagnóstico de AIJ de tipo oligoarticular, con edad igual o mayor de 5 años hasta 18 años inclusive, que se les haya realizado la escala CAPFUN en la primera consulta de kinesiología.

Exclusión: Historias clínicas con algún dominio incompleto en la escala CAPFUN.

VARIABLES

Principal: Escala de capacidad funcional, CAPFUN. (Fig. 1).

Secundarias: sexo y edad; tratamiento farmacológico; tiempo transcurrido hasta la consulta; tipo de artritis oligoarticular.

RESULTADOS PRELIMINARES

La mediana del índice CAPFUN fue de 1,72. La mediana de edad fue de 8 años, 23 pertenecían al sexo femenino. 75% de los pacientes pertenecían a AIJ oligoarticular de tipo persistente.



Registro de pacientes intoxicados con monóxido de carbono

Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Popity, Agustina; Dozoretz, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica" Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
nlfranzappitelli@med.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

El monóxido de carbono (CO) es un gas imperceptible formado por la combustión incompleta de materia orgánica. Se une con gran afinidad a la hemoglobina y proteínas tisulares como el citocromo C y la mioglobina, esto genera hipoxia anémica e histotóxica con afectación principal del corazón y cerebro. La intoxicación puede presentar síntomas inespecíficos como cefalea, mareos y vómitos, pudiendo ser infravalorados por usuarios y por el personal de salud. El tratamiento se basa en el O2 normobárico y en casos graves o embarazo, de estar disponible, hiperbárico. Se expone una serie de casos de pacientes expuestos a CO asistidos en nuestro hospital durante los meses de otoño e invierno entre marzo de 2017 a julio de 2022.

CASOS CLÍNICOS

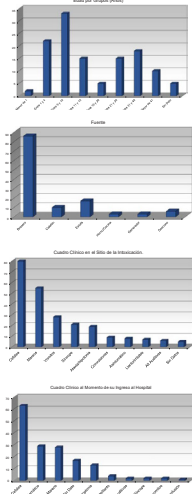
• De 136 individuos, se descartó un 8% por falta de información. De los restantes, el 68% presentaron exposición a brasero, 13,6% a estufas y 8% a calefón.
• La sintomatología más frecuente al inicio fue la cefalea (50%) seguida por mareos y vómitos. El síncope fue el síntoma grave más frecuente (16%) seguido de convulsiones. Al ingreso 50% presentó cefalea, 22% mareos y 23% fue asintomático. La Carboxihemoglobina se ubicó entre 0.9% y el 48.9%, con una media de 11.9%. Todos los casos recibieron O2 normobárico y 6.4% también O2 hiperbárico. Ninguno presentó alteraciones del ECG ni CPK, no disponiendo de tropoinas.

DISCUSIÓN

• En sudamérica hay un incremento de las muertes por CO. El brasero es un recipiente de metal utilizado para quemar combustibles sólidos (CS) como madera o carbón, sin salida al exterior. Su uso es popular en países pobres como alternativa económica de calefacción, principalmente en la población de bajos recursos (PBR), la bibliografía lo ha asociado frecuentemente a intoxicación por CO. Los CS se asocian con mayor producción de CO respecto a otros combustibles. La ventilación y tamaño del ambiente es determinante, ya que se han detectado niveles patológicos de COHb en pacientes que habitaron espacios reducidos en tan solo 30 minutos.

CONCLUSIONES

Consideramos fundamental la realización de medidas y políticas preventivas, orientadas a la población general y especialmente a las Poblaciones de Bajos Recursos, principales usuarias de braseros, así como mantener la educación continua dentro del sistema de salud.



RESUMEN: INTRODUCCIÓN: El monóxido de carbono (CO) es un gas imperceptible formado por la combustión incompleta de materia orgánica. Se une con gran afinidad a la hemoglobina y proteínas tisulares como el citocromo C y la mioglobina, esto genera hipoxia anémica e histotóxica con afectación principal del corazón y cerebro. La intoxicación puede presentar síntomas inespecíficos como cefalea, mareos y vómitos, pudiendo ser infravalorados por usuarios y por el personal de salud. El tratamiento se basa en el O2 normobárico y en casos graves o embarazo, de estar disponible, hiperbárico. Se expone una serie de casos de pacientes expuestos a CO asistidos en nuestro hospital durante los meses de otoño e invierno entre marzo de 2017 a julio de 2022.



ATAXIA-TELANGIECTASIA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES. A PROPÓSITO DE 9 CASOS CLÍNICOS.

Autores: Targuini L¹, Hernandez S², Gutierrez Gomez D³, Schenallt Faure A⁴, Cabanillas D⁴, Regairaz L⁴

¹ Residentes de Inmunología Pediátrica, Hospital de niños "Sor María Ludovica" de La Plata. ² Residente de Pediatría, Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez" de La Plata. ³ Residentes Pediatría, Hospital de niños "Sor María Ludovica" de La Plata. ⁴ Unidad de Inmunología, Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

INTRODUCCIÓN:

La Ataxia-Telangiectasia (AT) es una inmunodeficiencia primaria de herencia autosómica recesiva, causada por mutaciones del gen ATM. El diagnóstico temprano disminuye la morbilidad y permite el adecuado asesoramiento genético. Se presenta con ataxia cerebelosa progresiva, telangiectasias, predisposición a infecciones recurrentes y radiosensibilidad con alto riesgo de cáncer.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas iniciales de pacientes con AT que permita su reconocimiento precoz.

Métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo y transversal, en base a revisión de historias clínicas de pacientes con AT seguidos en la Unidad de Inmunología del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata, desde 1985 hasta 2022.

Criterios de inclusión (ESID):

Varón o mujer con ataxia crónica progresiva + Elevación de α -fetoproteína >10ng/mL (>2ED) +/- IgA <7 mg/dl

RESULTADOS:

Tabla 1: características de los pacientes

n	SEXO	Edad inicio síntomas	Edad Dx	α feto ng/ml	IgA mg/dl
1	F	0,3	1,05	140	6
2	M	1,4	3,7	64	7
3	F	1,5	3,2	134	130
4	F	1,5	3,2	108	7
5	M	1,5	4,5	105	6
6	F	2,3	6,1	106	6
7	F	2,5	5,6	139	3
8	M	7	8,0	143	121
9	F	7,7	8,0	36	7
9p	6F/3M	2,62(0,3-7,7)	4,56 (108 ng/ml)		

Ref.: n, número de paciente, ordenado según edad de inicio de síntomas en años; F, femenino; M, masculino; Dx, diagnóstico; α feto, α -fetoproteína; IgA, inmunoglobulina A.

Evolución:

- 7p presentaron linfopenia. Ningún paciente presentó neoplasias.
- 3/9p fallecieron: uno por sepsis, otro por insuficiencia respiratoria y uno de causa desconocida.
- El promedio de edad de fallecimiento es de 8.5 años (r:33-21,47).
- 6/9p se encuentran en seguimiento multidisciplinario.

CONCLUSIONES:

Describimos las manifestaciones clínicas iniciales de una cohorte de pacientes con AT. La edad media al diagnóstico en nuestra cohorte fue más baja que la reportada. La ataxia y las infecciones estuvieron presentes en la mayor parte de los pacientes al diagnóstico, mientras que las telangiectasias no fueron una característica inicial. Resaltamos el fácil acceso a las pruebas de laboratorio necesarias para el diagnóstico. El reconocimiento de todos los componentes de la enfermedad permite su diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y el consejo genético a la familia.

Fig. 1: Manifestaciones clínicas iniciales

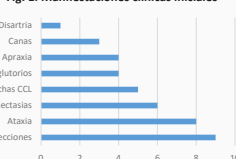
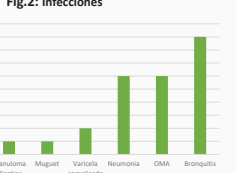


Fig.2: Infecciones



A propósito de 4 casos: Ingesta accidental de preparados con cannabis en población Pediátrica

Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Popity, Agustina; Dozoretz, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I; Pauca Amelia; Mariana Cafiete

Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica" Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
nlfranzappitelli@med.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La planta de cannabis es usada globalmente como sustancia psicoactiva. Por el aumento de la disponibilidad de esta planta y sus productos, se percibe un aumento de casos de intoxicación accidental en niños. Se presentan 4 casos de pacientes, asistidos en el servicio de emergencias por ingesta accidental de cannabis en alimentos.

CASO CLÍNICO

- 1) Niño de 3 años que ingresa con somnolencia, hipotonía y ataxia de 3 horas de evolución posterior a la ingesta de una porción de torta elaborada con cannabis.
- 2) Niño de 12 años que ingresa con mareos, náuseas, vómitos, debilidad muscular, ataxia, alucinaciones visuales y midriasis con inyección conjuntival, posterior a ingesta accidental de un brownie elaborado con cannabis, con 4 horas de latencia.



DISCUSIÓN

Los componentes activos de la planta de Cannabis son principalmente el tetrahidrocannabinol y el cannabidiol. Se utilizan las flores, las hojas y la resina. Puede ser inhalada, consumida vía oral en preparados gastronómicos o como aceite. Se debe sospechar esta intoxicación en niños previamente sanos que ingresan con síndrome sedativo hipnótico en ausencia de fiebre. Clínicamente predominan los mareos, la hipotonía, agitación/euforia y ataxia.

En el ámbito local según datos del SEDRONAR Unas 245.936 personas entre 12 a 65 años comenzaron a usar marihuana en el año 2017. En cuanto a la prevalencia en el mismo rango etario es de 7.8%, la diferencia entre 2010 y 2017 es de 9.3% y en términos de incremento implica una tasa del 121% con respecto al año 2010.

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas de intoxicación, anamnesis toxicológica y detección en orina de sales de metabolitos de THC. Las muestras de orina extraladas muy prematuramente en el inicio de la intoxicación pueden dar falsos negativos, ya que todavía no hay metabolitos circulantes. El tratamiento con naproxeno, pantoprazol, efavirenz y el tratamiento crónico con ibuprofeno pueden ocasionar falsos positivos. (cita Claudet)

CONCLUSIONES

Se plantea la importancia de la sospecha clínica y una correcta anamnesis, a fin de un diagnóstico y tratamiento temprano, para esta población en aumento.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La planta de cannabis es usada globalmente como sustancia psicoactiva. Por el aumento de la disponibilidad de esta planta y sus productos, se percibe un aumento de casos de intoxicación accidental en niños. Se presentan 4 casos de pacientes, asistidos en el servicio de emergencias por ingesta accidental de cannabis en alimentos.



Intentos de autoeliminación y conductas autolesivas en niños, niñas y adolescentes en el HIAEP "Sor María Ludovica" de La Plata

Autoras: Lic. Barrios, A.; Lic. Dubini, F.; Lic. Hecker, C.
Unidad de residencia: Residencia Básica de Trabajo Social, HIAEP "Sor M. Ludovica" de La Plata
Correspondencia: resitabajosocialludovica@gmail.com

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según una investigación realizada por UNICEF - ARGENTINA(2019), los casos de suicidio en adolescentes se han triplicado en los últimos 30 años, siendo la segunda causa de muerte en niños, niñas y adolescentes (NNYA) de entre 7 y 19 años. Dicha investigación revela que son las mujeres quienes ejercen más intentos de autoeliminación (IAE), mientras que en la población masculina es donde se concretan mayores decesos por este motivo.

Según el Ministerio de Salud (2011), los suicidios consumados son una fracción relativamente menor de los intentos totales, se calcula que la relación entre intento y consumación es de 20 a 1. Es necesario destacar que los IAE y los suicidios constituyen una problemática psicosocial grave, de enorme complejidad y anclada en la multicausalidad, por lo cual, las explicaciones lineales no dan cuenta de la misma.

En el Servicio Social del HIAEP Sor María Ludovica se reciben una gran cantidad de Interconsultas, provenientes de distintos Servicios, relacionadas a IAE y conductas autolesivas de NNYA de entre 10 y 15 años.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de las situaciones de IAE y conductas autolesivas en NNYA abordadas desde el Servicio Social del HIAEP Sor María Ludovica durante el año 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación con enfoque mixto, de corte transversal, observacional y descriptivo. La población objeto de estudio se trata de NNYA que asisten al HIAEP Sor María Ludovica de La Plata. El criterio de inclusión utilizado, se enfoca en la edad (entre 10 y 15 años), el género (hombres y mujeres), el motivo de la consulta que llega al Servicio Social (IAE, conductas autolesivas) y el consentimiento informado de los/as NNYA para ser incluidos/as. Los criterios de exclusión se centran NNYA de esa franja etaria y género que presenten diagnósticos de psicosis o padecimientos psicopatológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Kaplan, C; Melo, A; Vasquez, E. (2017). "Políticas de cuidado en la Escuela: Aportes para trabajar problemáticas del suicidio e intentos de suicidio". Publicación UNICEF - DICYE. Disponible en http://servicios.abg.gov.ar/infost/infost/sistemaeducativo/psicologasae/documentos/SUICIDIO_FINAL.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencal_apof



INTOXICACIÓN CRÓNICA POR DIGOXINA EN LACTANTES. REPORTES DE CASOS

Lufirano Zappitelli, Nicolás M; Popity, Agustina; Dozorzet, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I.

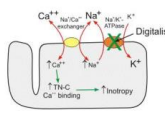
Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Supera Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
lufiranozappitelli@med.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

• La digoxina (DG) es un glucósido cardiotónico con margen terapéutico estrecho y con riesgo de intoxicación aguda o crónica.
• Las intoxicaciones severas tienen una tasa de mortalidad del 20%. Se expone una serie de casos de intoxicación crónica.

CASOS CLÍNICOS

1. Paciente de 5 meses con cardiopatía congénita (CC). Ingresa por crisis broncoobstructiva y descompensación de su CC. Inicia tratamiento con DG y a los 14 días presenta vómitos incoercibles y somnolencia por aumento en la frecuencia de administración, con dosaje de 6 ng/ml con 12 hs de latencia y K⁺ de 5,7 mmol/l, con evolución favorable tras la suspensión de DG.
2. Paciente de 4 meses con CC en tratamiento con DG. Ingresa por neumonía e insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza ajuste de dosis y al 5^o día, por falta de formulación en suspensión, se administran frascos de comprimidos. A las 48 hs presenta vómitos, rechazo del alimento, irritabilidad y deshidratación, con desmejoría progresiva y bradicardia a las 96 hs. Con evolución favorable tras la suspensión de DG. Dosaje a las 48 hs posteriores a la suspensión: 2,9 ng/ml y a las 72 hs 0,96 ng/ml.



CASOS CLÍNICOS

• La Digoxina actúa bloqueando la bomba Na⁺-K⁺ATPasa.
• En exceso lleva a despoliarización temprana, irritabilidad miocárdica y arritmias con bradicardia, pudiendo evolucionar a paro cardíaco.
• La hiperkalemia es un signo de mal pronóstico y la hipokalemia se asocia a arritmias tempranas.
• Los signos de intoxicación más frecuentes y tempranos en lactantes son náuseas, vómitos, anorexia y somnolencia, pudiendo ser confundidos con efectos adversos, además de dolor abdominal, letargia y bradicardia.
• En el ECG puede hallarse depresión del segmento ST, bloques aurículoventriculares y arritmias.
• El tratamiento se basa en el manejo de sostén y de las complicaciones.
• La bradicardia leve solo requiere monitoreo y rehidratación.
• Los cuadros severos pueden ser tratados con antiácidos Fab antidigoxina, recurso no disponible en nuestro medio.
• La atropina es el antiarrítmico más utilizado, reportándose también el uso de fenitoína y lidocaína.

CONCLUSIONES

La presencia de alteraciones en el ECG, síntomas gastrointestinales y/o neurológicos deben hacer pensar en intoxicación, su reconocimiento rápido permite un diagnóstico y tratamiento temprano.

Evaluación en el tiempo de la seroprevalencia de anticuerpos anti Toxoplasma gondii en residentes mujeres de un hospital pediátrico

Pessina, LM¹; Gelpi, P²; Grau, ME¹; Cabassi, MV³; González, MS³

Residencia Básica de Biología Clínica.
Residencia Proboscidea de Inmunología.
State de Inmunopatología, Servicio de Laboratorio Central

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina.
lufiranozappitelli@med.unlp.edu.ar

ESTADO DEL PROYECTO Y FINANCIAMIENTO

Diseño y recolección de datos. En Proceso de envío al comité de ética. No requiere financiación.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una zoonosis causada por el protozoo *Toxoplasma gondii*, cuyo ciclo involucra a los felinos como hospedador definitivo y variedad de mamíferos como hospedadores intermedios. La infección se adquiere por la ingestión de alimentos y agua contaminada, principalmente carne semicruda. Otra vía de infección es la transmisión vertical. Esta enfermedad es de gran importancia para la salud pública, principalmente la toxoplasmosis congénita, la cual puede producir secuelas en el recién nacido tales como: coriorretinitis, calcificaciones intracraniales e hidrocefalia. En aquellos niños asintomáticos al nacer y no tratados, las secuelas pueden presentarse años después del nacimiento, por lo tanto, resulta relevante la detección de anticuerpos en mujeres en edad fértil. Con respecto a los datos mundiales de prevalencia, se sabe que se encuentra en descenso en las últimas décadas. Por esta razón, es importante conocer dicha variable en el tiempo en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

• Se realizará un estudio retrospectivo, observacional y de corte transversal, utilizando los resultados de las serologías IgG anti *T.gondii* de las mujeres residentes ingresantes al HIAEP Sor María Ludovica de La Plata, realizadas en el marco de análisis serológicos preoperatorios.
• Se analizarán los datos correspondientes a un número de muestras similar al estudiado en el período 1996-2002 en la misma población y se compararán los resultados obtenidos mediante el test chi cuadrado (p<0.05).
• Se llevará a cabo una encuesta estructurada con el fin de conocer la relación entre los factores de riesgo y la seroprevalencia.
Las serologías se realizaron mediante inmunoensayos quimioluminiscentes de micropartículas (ARCHITEC Toxo IgG, Abbott) y sus resultados se obtendrán del sistema informático del laboratorio.

RESULTADOS PRELIMINARES

El trabajo realizado en el año 2003 y con el cual queremos comparar la seroprevalencia, estudió 91 mujeres residentes con un promedio de edad de 27,6 años (24-35), durante el período agosto de 1996-enero de 2002. En ese trabajo la seroprevalencia observada fue de 12,1% (11/91).

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson E, de Valk Henriette, Vilella Isabelle, Le Strat Yvan, Tournian Mathieu. National perinatal survey demonstrates a decreasing seroprevalence of *Toxoplasma gondii* infection among pregnant women in France, 1995 to 2016: impact for screening policy. Euro Surveill. 2021;26(5):pii=190070. https://doi.org/10.2807/15657917.2021.26.5.190070
2. Duthon R, Freuter C, Messina M, Frenel H, González Ayala S, Veronique MC, et al. Consenso Argentino de seroprevalencia congénita 2020. MEDICINA (Buenos Aires) 2021;81:257-268
3. Rahamanov V, Rahamanov K, Jahromi AS, Bokale S. Seroprevalence of toxoplasma gondii infection: An umbrella review of updated systematic reviews and meta-analysis. J Family Med Prim Care 2020;9:3645-54
4. MATIAS T, MESSINA M, VANESSA SCHNEIDER I, LILIANA CARRAL I, ESTELA DUTRA S, MARCELA PARRI I, MONICA RODRIGUEZ I, JAVIER DAGLIARTI I, GUSTAVO G. AMADIA I, CRISTINA FREULER I, FEDERICO KAUFER. Prevalencia de anticuerpos anti-toxoplasma gondii en embarazadas en siete hospitales de Buenos Aires. Comparación entre 2003 y 2017. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; 79: 433-437
5. González MS, Lasserre P, González Ayala S. Seroprevalencia de anticuerpos anti-toxoplasma en personal hospitalario. 2003 ACTUALIZACIONES EN CLINICA PEDIATRICA III Y JORNADAS INTERNACIONALES DE INVESTIGACION CLINICA, EPIDEMIOLOGIA Y CALIDAD DE ATENCION EN PEDIATRIA Y FERNATOLOGIA. La Plata 30 y 31 de mayo de 2003.

DERMATITIS ATOPICA COMO MANIFESTACION CLINICA DE ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD, CASOS CLINICOS

Schellnast Faure, Astrid (1); Tarquini, Lucía (1); Cabanillas, Diana (2), Regairaz, Lorena (2)
1-Residencia de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata.
2-Unidad de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es un motivo de consulta frecuente para el pediatra. A su vez el hallazgo de la Inmunoglobulina E (IgE) elevada es un motivo de consulta frecuente en el consultorio de inmunología.

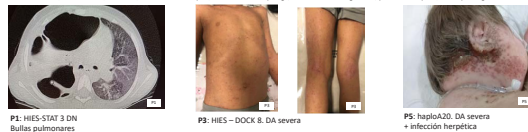
Objetivo: reportar las características clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de diferentes errores innatos de la inmunidad (EII) que se presentaron con DA asociado a IgE elevada

Resultados

Tabla 1. Características de los pacientes

P	Sexo	Edad inicio	Manifestaciones clínicas	IgE (UI/ml)	Diagnóstico	Mutación
1	F	2 m	DA severa, abscesos fríos. Infecciones respiratorias recurrentes	83,7	HIES	STAT3 DN
2	M	0,3 m	DA severa, Diabetes neonatal, hipotiroidismo autoinmune, enteritis autoinmune	1130	IPEX	FOXP3
3	M	72 m	DA severa, infecciones recurrentes, alergias alimentarias múltiples	7181	HIES	DOCK8
4	M	3 m	Petequias, deposiciones con sangre, plaquetopenia, microplaquetas.	2180	Wiskott Aldrich	WAS
5	M	3 m	DA severa, infecciones recurrentes, hemofagocitosis	3480	Haploinsuficiencia A20	TNFAIP3

Referencias: F: femenino; M: masculino; m: meses; DA: dermatitis atópica; HIES: síndrome Hyper IgE; IPEX: inmunoregulación, poliendocrinopatía, enteropatía ligada al X



Conclusiones

La DA puede ser una manifestación inicial de EII. Los antecedentes familiares, el comienzo precoz y la asociación con infecciones recurrentes (neumonías, abscesos, otitis media aguda supurada), eventos de autoinmunidad deben alertar al pediatra para derivación a inmunología, que permita un diagnóstico precoz.

A propósito de caso: quemadura por pegamento de uñas postizas

Popity, Agustina¹; Dozorzet, Daniel¹; Lufirano Zappitelli, Nicolás M¹; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Supera Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
popityagustin@med.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

• Cianoacrilato es el nombre genérico de los adhesivos de "acción rápida" a base de cianoacrilato, como el 2-cianoacrilato de metilo y el 2-cianoacrilato de etilo, utilizados actualmente en la industria de la belleza como pegamentos de uñas postizas. La exposición dérmica simple, usualmente no representa riesgos, ante exposiciones repetidas se describen dermatitis, paroniquia irritativa u onicomicosis alérgica.
• Cuando entra en contacto con prendas de fibras naturales como algodón o lana, genera una reacción exotérmica rápida e intensa, con el potencial de generar quemaduras en piel.

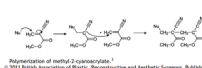


CASO CLÍNICO

• Paciente de 2 años de edad sin antecedentes relevantes que ingresa traída por su madre por lesión en rodilla derecha de 1 hora de evolución, posterior al volcado de pegamento para uñas postizas sobre el pantalón de jeans. Presenta una lesión de aproximadamente 7 cm por 7 cm, de bordes irregulares, pálidos, no dolorosa, compatible con quemadura tipo A/B/8. Se realiza limpieza con abundante agua y jabón, se realiza curación con Pilsuf[®] y se coloca un vendaje oclusivo, con seguimiento posterior por cirugía plástica.

DISCUSIÓN

• Los acrilatos son monómeros que presentan polimerización exotérmica rápida en presencia de iones de hidrógeno (-OH), formando cadenas largas y fuertes que unen las superficies unidas y solidifican rápidamente, en menos de un minuto, con una unión estable en cerca de dos horas. Se usan frecuentemente en la práctica clínica y cuando se aplican a la piel se provocan una reacción térmica mínima. Sin embargo, en presencia de fibras de algodón, que poseen gran cantidad de grupos hidroxilo (-OH), la polimerización exotérmica se acelera, llevando a una acumulación de calor con potencial daño por quemaduras térmicas cuando entra en contacto directo con la piel subyacente.



• Se recomienda la limpieza con agua jabonosa tibia, de forma precoz y profusa, con el fin de ablandar el pegamento. Se plantea que la adición de vinagre frío puede ser de utilidad. La acetona, suaviza el cianoacrilato al debilitar sus enlaces y se puede frotar directamente sólo sobre áreas intactas, por el riesgo de irritación química.
• Se contraindica el uso de hisopos de algodón o gasas ya que pueden reaccionar violentamente con el cianoacrilato. Una vez seca la zona se puede utilizar una lima de uñas para retirar el pegamento, con cuidado de no quitar la piel. Alternativamente, se puede usar una piedra pómez en agua tibia, las bajas temperaturas hacen que el cianoacrilato seque se vuelva quebradizo, por lo que se pueden utilizar objetos congelados para debilitar las uniones adhesivas de cianoacrilato.
• Se describe, además, que la aplicación de aceite mineral, como aceite de bebé o aceite vegetal, ayuda a lubricar la resina de cianoacrilato de la superficie de la piel. Las quemaduras deben ser tratadas de igual forma que otras quemaduras.

CONCLUSIONES

• Pensar en acrilatos ante quemaduras de diversa gravedad, de localización limitada, en áreas cubiertas por fibras naturales como algodón y lana, posterior al contacto con pegamentos. En este caso consideramos que la acción rápida de los padres condiciona la gravedad de la lesión.

Intoxicación por paraquat, reporte de caso

Popity Agostina: Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Dozoretz, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El paraquat es uno de los plaguicidas disponibles en nuestro país más peligrosos para el ser humano. Se presenta el caso de una paciente con ingesta accidental.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 meses que ingresa tras haber ingerido una cantidad desconocida de Paraquat, con una latencia de 10 horas. Ingesta con vómitos a repetición, lesiones en comisuras labiales y depauperación de la lengua. Se constata por test colorimétrico con ditonito de sodio en orina, resultado positivo. Se administra bentonita, N-Acetilcisteína por sonda nasogástrica, ciclofosfamida, asociado a MESNA y dexametasona. Con evolución favorable, egresando luego de 14 días de observación en sala.

DISCUSIÓN

El Paraquat es un plaguicida con alta toxicidad y rápida absorción, carente de antidoto específico, siendo letales ingestas de tan solo 10 a 20 ml de solución al 20%, con una mortalidad entre el 50% y 90%. Se concentra, principalmente en pulmón y riñón, donde experimenta ciclos de oxid-reducción con la producción de especies reactivas de oxígeno que dañan las membranas lipídicas, induciendo daño y muerte celular. De esta manera se produce una peroxidación sistémica de las membranas lipídicas, con afectación de mitocondrias, ribosomas y lisosomas. Esto resulta en citotoxicidad y necrosis celular.

En la toxicidad severa o fulminante, la muerte suele sobrevenir en horas o pocos días luego de la exposición principalmente debido a falla multiorgánica, con síndrome de distrés respiratorio agudo, edema cerebral y necrosis miocárdica, sumado a la probable perforación de vísceras del tubo digestivo de la vía aérea como presentación inicial.

Para su tratamiento se sugiere la restitución del sistema antioxidante, por medio de la terapia inmunosupresora para disminuir la respuesta inflamatoria en el tejido pulmonar. El uso de medidas extracorpóreas está indicadas ante falla renal, durante las primeras horas.

Debido a la absorción rápida del paraquat, el uso de bentonita, carbón activado o lavado gástrico (de no contar con los anteriores), debe realizarse a la brevedad, con posterior instauración de terapia inmunosupresora y antioxidante. El esquema más comúnmente utilizado en la bibliografía revisada es metiprednisolona y dexametasona, ciclofosfamida, asociado a MESNA, N-Acetilcisteína y vitamina E, con el fin de disminuir el daño oxidativo e inflamatorio principalmente en pulmón y riñón.

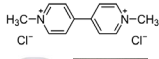
El corticoide de preferencia para iniciar el tratamiento sería la metiprednisolona por su inicio de acción rápido.

El uso de vitamina C resulta controversial por asociarse a aumento del daño por estrés oxidativo.

Se ha propuesto el uso de hemodiálisis y hemoperfusión. Si bien no se ha demostrado que modifiquen la mortalidad, su beneficio tuvo poca relevancia en incidencia renal.

CONCLUSIONES

Consideramos de fundamental importancia el conocimiento de esta intoxicación para asegurar su abordaje precoz y efectivo, con el fin de evitar complicaciones fatales y disminuir secuelas.



“Evaluación de la calidad de dieta en niños menores de dos años y su relación con las representaciones sociales y prácticas cotidianas familiares: estudio con metodología mixta.”

Edato del proyecto y financiación: Rotación curricular del segundo año de la residencia básica de Epidemiología, sin financiamiento. Aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del Hospital Sor María Ludovica.

Autores/Afirmación: Musciatti Y¹, Sapienza C², Méndez G IA³, Ballett AI, Jauregui B⁴ ¹Región Sanitaria XI, ²Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas, Hospital "Sor María Ludovica", ³Universidad Nacional de La Plata.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Período entre el nacimiento y los primeros dos años de vida: "ventana crítica".
- Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas a las necesidades de cada etapa son fundamentales para promover la salud, el crecimiento y desarrollo conductual.
- Existen guías elaboradas por organismos nacionales e internacionales, indicadores para evaluarlas.
- Los hábitos alimentarios están influenciados por el medio natural, social y cultural.
- **Objetivo:** analizar las representaciones sociales y prácticas cotidianas de alimentación en relación a la calidad de dieta en menores de dos años que concurren actualmente al control de salud en un hospital público de La Plata.

METODOLOGÍA

- Estudio mixto cuali-cuantitativo, observacional, de corte transversal.
- Población de estudio: familias con hijos menores de dos años que realizan su control de salud en el Observatorio Materno Infantil.
- Unidad de análisis: diada familiar-niño.
- Datos cualitativos: grupos focales.
- Datos cuantitativos: cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre lactancia materna, alimentación mixta, consumo de líquidos y alimentos sólidos, semisólidos y blandos (indicadores de patrones de alimentación de la Organización Mundial de la Salud).

RESULTADOS PRELIMINARES

Tabla 1. Descripción de muestra para metodología cuantitativa (n=90)

Total	90
M	45
F	45
%	100
Edad niños	
MeSES (Medio)	9
0-6 meses (%)	41,1
6-12 meses (%)	33,3
12-24 meses (%)	25,6

Tabla 2. Cumplimiento de indicadores (n=90)

INDICADOR	%
Prácticas de lactancia materna y alimentación mixta:	
Niños que fueron amamantados alguna vez	86,7
Inicio temprano de lactancia materna:	
Lactancia materna exclusiva en los primeros dos días después del nacimiento	64,4
Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	41,2
Lactancia materna mixta en menores de 6 meses	58,8
Lactancia materna continua a los 12 a 23 meses	68,9
Calidad de alimentación de los menores de 2 años:	
Introducción de alimentos sólidos o semisólidos o blandos en niños de 6 a 8 meses	92,3
Diversidad de dieta mínima	68,9
Frecuencia mínima de comidas en niños de 6 a 23 meses	92,3
Frecuencia mínima alimentación por lacte en niños no amamantados de 6 a 23 meses	100
Dieta mínima aceptable	58,9
Consumo de huevo y/o carne en niños de 6 a 23 meses	84,9
Consumo de bebidas dulces en niños de 6 a 23 meses	59,5
Consumo de alimentos no saludables en niños de 6 a 23 meses	58,9
Consumo de carne de vegetales y frutas en niños de 6 a 23 meses	9,4

Tabla 3. Descripción de muestra para metodología cualitativa (n=8)

Total	8
M	4
F	4
%	100
Ciudad (media)	3,3
Nacionalidades	
Argentina	50,0
Boliviana	12,5
Paraguaya	37,5
Lactancia Materna	
Amamantando	62,5
No amamantando	37,5
Encargada de elaboración de alimentos	
SI	100
Encargada de compra de alimentos	
SI	87,5
Colaboración para compra/elaboración de alimentos	
SI	50
Nivel Educativo Alcanzado	
Primario Incompleto	12,5
Secundario Incompleto	62,5
Terciario Incompleto	12,5
Universitario Incompleto	12,5
El niño realiza comidas fuera de casa	
SI	100

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Infant and young child nutrition: guiding principles for country-level policy development. Geneva, 2018. WHO. <http://www.who.int/publications/m/item/infant-and-young-child-nutrition-guiding-principles-for-country-level-policy-development>
2. Organización Mundial de la Salud. *Guía de alimentación infantil: lactancia materna y alimentación mixta*. Ginebra, 2015. <http://www.who.int/publications/m/item/infant-feeding-guidelines>
3. Organización Mundial de la Salud. *Guía de alimentación infantil: lactancia materna y alimentación mixta*. Ginebra, 2015. <http://www.who.int/publications/m/item/infant-feeding-guidelines>
4. Organización Mundial de la Salud. *Guía de alimentación infantil: lactancia materna y alimentación mixta*. Ginebra, 2015. <http://www.who.int/publications/m/item/infant-feeding-guidelines>

Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas y determinantes de riesgo en población adolescente atendida en un Hospital Pediátrico de La Plata. Proyecto de investigación presentado en Becas Julieta Lanteri 2022

Popity Agostina: Lufrano Zappitelli Nicolás¹; Pezzimenti Estefanía²; Agüero Alejandra³; Dozoretz Daniel⁴.

¹Residente de Pediatría H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ²Residente de Trabajo Social H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ³Residente de Psiquiatría Infantil Hospital H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ⁴Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

- A lo largo de los años se ha ido observando mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en gente joven, con edades de inicio cercanas a los 11 años y múltiples determinantes de riesgo.
- Cualquier uso de sustancias psicoactivas en adolescentes se considera un comportamiento con alto riesgo de sufrir efectos nocivos para la salud y el aumento de la probabilidad de desarrollar abuso o dependencia durante la vida adulta.
- Actualmente, no se cuenta con datos de prevalencia de determinantes de riesgo y uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente asistida en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (HIAEP), "Sup. Sor María Ludovica" de La Plata.

PROPÓSITO

Se plantea realizar un estudio transversal, observacional, analítico, cuali-cuantitativo, con el objetivo de conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas y los determinantes de riesgo específicamente: edad de inicio, prevalencia de consumo de cada sustancia, frecuencia de uso, factores asociados de protección y riesgo, asistencia escolar, herramientas socioafectivas, antecedentes familiares de consumo de sustancias, accesibilidad y percepción de riesgo.

DESARROLLO

- Se llevará a cabo en la población de 10 a 14 años, asistida en salas de internación de nuestra institución, durante el período comprendido entre diciembre de 2022 y septiembre de 2023.
- Se realizará una encuesta estructurada a todos los adolescentes con criterios de inclusión y se realizarán entrevistas semiestructuradas para aportar datos de calidad cualitativos.
- **Criterios de inclusión**
 - Pacientes que se encuentren cursando internación por cualquier tipo de patología aguda en salas de internación de clínica pediátrica, quirúrgicas de menor complejidad y de especialidad (salas n° 3, 4, 5, 21 y 25), infectología (Sala 5) y Neurología (sala 7).
 - Adolescentes de 10 a 14 años de edad.
- **Criterios de inclusión**
 - Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del enfoque cuantitativo
 - Pacientes en quienes se detecte historial de uso de sustancias psicoactivas a través de la encuesta estructurada realizada en el marco del enfoque cuantitativo.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes con tratamientos crónicos con internaciones prolongadas (mayor a 1 mes).
 - Pacientes con reinternación durante el estudio.
 - Pacientes derivados de otro Hospital.
 - Pacientes con déficit cognitivos que no comprendan la encuesta.

CONCLUSIONES

Consideramos que el proyecto aporta información específica, desde una perspectiva integradora y multidisciplinaria, con enfoque desde la toxicología, la salud mental y el trabajo social.

Esperamos que contribuya al mejoramiento de la salud global de los adolescentes, dando además información y datos para la toma de decisiones que luego podrán servir para implementar políticas de salud pública.

Alcohol en la adolescencia

Popity Agostina: Dozoretz, Daniel; Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período fundamental en el neurodesarrollo. El alcohol es la sustancia psicoactiva (SPA) más frecuentemente consumida. Se expone una serie de pacientes asistidos en el servicio de emergencias por cuadros asociados a consumo de alcohol, con el objetivo de exponer características, factores de riesgo y consecuencias, respecto al consumo de alcohol.

CASO CLÍNICO

- Caso 1:** Paciente de sexo femenino de 14 años, ingresa por politraumatismo secundario a accidente vial, en contexto de Intoxicación Alcohólica Aguda (IAA). Antecedentes de Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) desde los 13 años, en compañía de amigos, asociado a consumo experimental de marihuana y cocaína. No escolarizada. Sin percepción de riesgo. Relaciones sexuales de riesgo. Egresó luego de 3 días.
- Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 14 años, ingresa desde vía pública, por cuadro de IAA, con amnesia del episodio. Antecedentes de consumo regular de alcohol con familiares. Inicio de consumo a los 13 años. Escolarizada, con regular desempeño y mala adherencia a normas. Egresó luego de 5 días, sin complicaciones ni alteración en estudios complementarios. Presenta regular adherencia al seguimiento multidisciplinario posterior a la internación.
- Caso 3:** Paciente de 13 años, de sexo masculino. Ingesta por politraumatismo, secundario a accidente vial, en contexto de consumo excesivo de alcohol asociado a medicamentos sin prescripción. Antecedentes de consumo de alcohol desde los 12 años y consumo ocasional de Marihuana. Sin percepción de riesgo. Escasa red de contención familiar. Egresó luego de 4 días, sin complicaciones ni alteraciones en estudios complementarios. Presenta regular adherencia al seguimiento multidisciplinario posterior a la internación.

DISCUSIÓN

La adolescencia es un período de cambios tanto físicos, como psíquicos y sociales, fundamental en el neurodesarrollo. El alcohol es la SPA más frecuentemente consumida. Según la encuesta sobre consumo de alcohol en niñas, niños y adolescentes, entre 12 y 18 años de edad, de la ciudad de La Plata y gran La Plata, elaborada en el año 2019, por el "Observatorio de adicciones y consumo problemáticos, de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires", el 89 % de los encuestados inició su consumo entre los 12 y los 15 años de edad y el 20,2 % tuvo su primera experiencia de consumo a los 12 años. El 20,3% manifestó tener acceso a las bebidas alcohólicas en su hogar y el 29,8% las compra personalmente en comercios. Respecto a la presencia de personas cercanas con consumo problemático de alcohol, 29,8% refirió presencia de amigos, 52,1% de un familiar y 17,7% de un vecino. El 22,4% declaró realizar CEEA. Respecto a la percepción de riesgo, 53,1% de los menores de 17 años, piensa que el consumo de alcohol es menos peligroso que otras SPA y el 22,2% declaró no haber recibido información sobre las consecuencias físicas que produce en el organismo el consumo de SPA. Se describe que aquellos que inician su consumo antes de los 15 años, tienen 6,5 veces más probabilidades de desarrollar trastornos por consumo de SPA respecto a los que inician luego de los 21 años.

El CEEA está determinado por un patrón de consumo intermitente, intenso, con ingestas de 5 o más bebidas, en pocas horas y que suele terminar en cuadros de IAA. Se relaciona no solo con el mayor riesgo de accidente, situaciones de violencia, prácticas sexuales de riesgo, problemas sociales y legales, sino también con alteraciones cognitivas. Durante el desarrollo normal del cerebro adolescente, se genera un proceso de eliminación de sinapsis no utilizadas y consolidación de sinapsis útiles, que lleva a una mayor eficacia del funcionamiento del sistema nervioso central. Este proceso es altamente vulnerable al alcohol. Por otra parte, se describe que en adolescentes en edad escolar, las áreas que componen el sistema mesolímbico, relacionadas con la dopamina e implicadas en el mecanismo de recompensa y placer, maduran antes que las áreas prefrontales, relacionadas con funciones cognitivas y conductuales. Esto se relaciona con un control inhibitorio limitado, que aumenta la vulnerabilidad hacia comportamientos de riesgo.

Entre los factores de riesgo se describe la facilidad de acceso al alcohol y otras SPA, el abandono escolar, el entorno familiar y de pares con consumo problemático y antecedentes de situaciones en las cuales estuvieron expuestos a una oferta concreta o donde tuvieron la posibilidad de probar. Se describe una asociación clara entre consumo y entorno, más aun cuando se trata de familiares o pares con consumo

CONCLUSIONES

Se remarca la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de medidas orientadas a la prevención del consumo con el objetivo de evitar situaciones de riesgo y el desarrollo de trastornos por consumo.

"Colopatía por Síndrome Uremico Hemolítico. Experiencia en un centro de tercer nivel"
Trabajo en curso. Sin financiación económica.

Cuenca, E., Roumieu, P., Goda, A., Varasco, V. Médicos Staff Servicio Cirugía Pediátrica HIAEP Sor María Ludovica.
Serrano, L., Meza, A., Louvato, N. Residentes post básica de Clínica Quirúrgica Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. HIAEP Sor María Ludovica.
Lombardi, L., Pereyra, P., Cobeñas, C. Médicos Staff Servicio Nefrología. HIAEP Sor María Ludovica.
Zubieta, A. Médica Staff Servicio Imágenes. HIAEP Sor María Ludovica.

Introducción:

El síndrome urémico hemolítico (SUH) constituye una enfermedad prevalente en nuestro medio con un espectro amplio de manifestaciones clínicas y de complicaciones, siendo la primera causa de insuficiencia renal aguda y la segunda causa de insuficiencia renal crónica en la población pediátrica argentina. Dentro de las primeras causas de morbilidad en la fase aguda, se encuentra la afectación intestinal representada por la colopatía. En la bibliografía no existe un consenso en el manejo quirúrgico de esta patología, es por esto que creemos necesario realizar un protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes y generar recomendaciones para el resto de los efectores de salud.

Objetivo general:

Conocer la relación existente entre la ostomía la evolución de la enfermedad, de los pacientes con diagnóstico de colopatía por SUH entre enero de 2009 y diciembre de 2021 en nuestro hospital.

Materiales y métodos:

- Estudio retrospectivo, de corte transversal.
- Revisión de HC de pacientes con diagnóstico de SUH durante el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2021.
- Se recabaron las siguientes variables:
 - Edad, sexo, requerimiento y tiempo de diálisis, hallazgos intraoperatorios, tipo intervención quirúrgica, estado hemodinámico, presencia de sepsis, rescate de germen, hallazgos de laboratorio.
 - Parámetros clínicos: Distensión abdominal, dolor, aumento de tensión.
 - Hallazgos radiológicos: patrón de distribución aéreo anormal, asas dilatadas, neumoperitoneo, signo del reloj roeque.
 - Hallazgos ecográficos: engrosamiento parietal, asas dilatadas.
 - Hallazgos anatomopatológicos: colitis hemorrágica o necrosis.

Resultados preliminares:

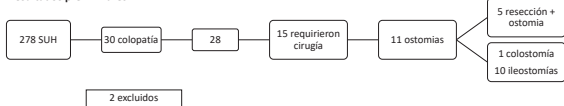


Gráfico 1: Población de estudio

	Pacientes colonizados (117)	Pacientes no colonizados (161)
ARM	7	4
Intodológicos	3	4
Hemodilísis	11	5
Promedio días HD	15	7
Hemoderivados	11	14
OSHA-2	11	3

Tabla 1: Comparación de variables entre pacientes operados y no operados

Bibliografía:
Bolívar Integrado de vigilancia epidemiológica. Semana 9 del año 2020. www.argentina.gob.ar/epidemiologia. Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en [argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/epidemiologia)
Rahman, R. y col. "Hemorrhagic colitis in post-dialysis hemolytic uremic syndrome: retrospective analysis of 54 children. Pediatric Nephrology. 2012
Taha, M. y col. "Hemorrhagic colitis in post-dialysis hemolytic uremic syndrome: retrospective analysis of 54 children. Pediatric Nephrology. 2012
Cobelli, J. y col. "Hypalbuminemia: a risk factor for patients with STEC-associated hemolytic uremic syndrome". Pediatric Nephrology. 2022
Rosa, A. y col. "Surgical complication of hemolytic uremic syndrome: single center experience". Indian Journal Association Pediatric Surgery. 2022
Hosman, N. y col. "Surgical complication of hemolytic uremic syndrome: single center experience". Indian Journal Association Pediatric Surgery. 2022.



Trastornos de la seguridad en la alimentación y deglución en niños con parálisis cerebral

De la Reto, JP.; Landívar, M.; Li Volti, F.; Martínez, G.; Martínez, ML.; Navarro Hein, P.

Colaboradores: Ayllón, C.; Coronei, MC.; Gil, N.; Morganti, GM.

Residencia de Medicina Física y Rehabilitación

Introducción

Los niños con diagnóstico de parálisis cerebral (PC), presentan una alta frecuencia de trastornos de la alimentación y deglución asociados, lo que condiciona una mayor morbilidad.

Objetivos

Determinar la prevalencia de Trastornos de la Seguridad de la Alimentación y Deglución (TSAD), y la distribución de los pacientes con PC que reciben tratamiento en nuestro servicio, por su nivel de afectación.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal. Revisión de historias clínicas, de pacientes con PC. Se dividió la muestra en dos grupos, uno sin TSAD y otro con TSAD. Se utilizaron los sistemas de clasificación Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) y Gross Motor Function Classification System (GMFCS).



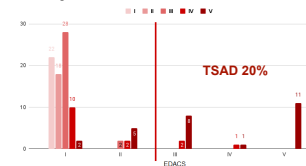
Resultados

Este estudio incluyó a 112 pacientes entre 3 y 15 años (con una media de 8,2 años), se encontró una prevalencia de TSAD del 20%. De éstos, el 87% se clasificaron como GMFCS V, mientras que el 13% restante corresponde a GMFCS IV. De todos los niños con GMFCS IV, solo el 20% presentaron TSAD; y todos los clasificados como EDACS V fueron GMFCS V. Del grupo "Sin TSAD" hubo un 79% de pacientes GMFCS I, II, III, el 21% restante presentó mayor compromiso motor (GMFCS IV y V).

Conclusiones

- Los TSAD en los pacientes con PC de nuestra muestra tuvieron una frecuencia del 20%.
- Observamos una influencia del nivel de afectación motora gruesa en la distribución de los mismos.
- Se requiere la incorporación de otras variables de estudio, para lograr mayor información acerca de la calidad y métodos de alimentación.

GMFCS según EDACS



1. De Sola, D., et al. "Efectos de la nutrición en el desarrollo de la función motora gruesa en niños con parálisis cerebral: un estudio de caso-control." *Public Health*, 2015, 129(1), 1-6.
2. Ruiz Álvarez, M., Carr, M. E., Rodríguez Méndez, M. A., Sánchez, A. E., & García, E. (2020). Estado nutricional de niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a centros de rehabilitación. *Developmental medicine and child neurology*, 62(12), 2155-2160.
3. Palazzi, A. J., Hernández, A., Borrelli, D., & López, M. A. (2008). Current validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental medicine and child neurology*, 50(5), 764-769.
4. Gilman, S. L., & Swanson, J. W., et al. (2006). Development and reliability of a system to classify the eating and drinking ability of groups with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 50(2), 245-250.

Reporte de caso: Intoxicación intencional con difenhidramina

Popity, Agustina; Lurano, Nicolás; Dozoretz, Daniel L.; Aguirre Céliz, Adriana I.

Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-44515555.
popityagustina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2020, en la red social "TikTok" surgió un challenge cuyo objetivo era que niños y adolescentes se filmen alucinando y compartiéndolo, bajo los efectos de altas dosis de difenhidramina (DIF) con el hashtag "Benadryl Challenge" (BC).

CASO CLÍNICO

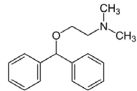
Paciente masculino de 13 años, asistido en el servicio de emergencia del Hospital de San Miguel del Monte durante el mes de marzo de 2021, en seguimiento conjunto con nuestro servicio, por la sobreingesta de 15 g de DIF (30 comprimidos de 50 mg) en contexto del BC. Ingresó con 2 horas de latencia, con un síndrome anticolinérgico, presentando midriasis, temblor, taquicardia e hipertensión, sin alteraciones en el electrocardiograma ni en parámetros bioquímicos. Se administró carbón activado y se establecieron medidas de sostén, con evolución favorable, sin requerimientos de tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

El BC se ha asociado a numerosos casos de intoxicaciones y se han reportado al menos dos casos fatales en EEUU durante el año 2020. El 24/09/20 la FDA publicó una advertencia a la comunidad sobre los riesgos del BC y solicitó a la red social "TikTok" que sean eliminados estos videos y sus etiquetas de las plataformas virtuales. La DIF, conocida como Benadryl® en dosis superiores a 7,5 mg/kg o 1 g en adultos puede producir desde un síndrome sedativo hipnótico hasta un síndrome anticolinérgico, pasando por somnolencia, confusión, agitación, alucinaciones, hasta convulsiones o coma, asociado además a compromiso miocárdico. Cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes vulnerables frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) tanto legales como ilegales. La exposición al consumo en niños y adolescentes en las redes sociales, presenta aceptación social al ser practicada y compartida por un amplio grupo de pares, lo que se asocia al bajo grado de percepción de riesgo frente al consumo de SPA en este rango etáreo y a la falta de supervisión de adultos responsables, factores presentes de igual forma en otros desafíos, como competencias de ingesta de alcohol.

CONCLUSIONES

Si bien el BC se ha asociado a intoxicaciones y reportes de casos fatales, con alerta por parte de la FDA y difusión de los medios de prensa, sigue presente en nuestro medio, como práctica entre adolescentes. Se refuerza la necesidad de mejorar la percepción de riesgo en este grupo etáreo y la supervisión por parte de adultos responsables.



Intoxicación grave por nafazolina. Reporte de caso

Popity Agustina; Nicolás Lurano; Aguirre Celiz, Iris A.; Castellano, Fabricio J.; Dozoretz, Daniel.

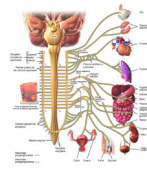
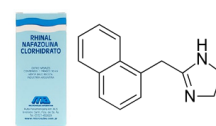
Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-44515555.
popityagustina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los derivados imidazólicos como la nafazolina son agonistas alfa adrenérgicos utilizados como descongestivos nasales y oftálmicos por sus propiedades vasoconstrictoras y descongestivas. Se presenta un caso de intoxicación por nafazolina vía oral en paciente de 3 años, enfatizando cuadro clínico rápido y potencialmente severo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad que ingresa a servicio de emergencias con antecedente de error terapéutico donde se utilizó gotas nasales de nafazolina vía oral (entre 100 y 500mg). Al examen físico presenta bradicardia (FC 25-30 lpm) con alteración del sensorio (somnolencia). Por su absorción rápida y presentar signos de intoxicación no se realizaron métodos de decontaminación. Se indicó hidratación parenteral, disminución de estímulos externos y administración de atropina en dosis única de 0,25 mg/kg. Presentó evolución favorable con alta hospitalaria luego de 48 horas de observación en sala general.



DISCUSIÓN

La nafazolina es un agonista alfa 2 adrenérgico, presináptico con ventana terapéutica estrecha. La intoxicación por nafazolina adquiere importancia por su riesgo en intoxicación, su amplia difusión y por pertenecer a los productos de venta libre. La intoxicación puede ocurrir a una dosis de 0,05 mg/kg. Los efectos sistémicos secundarios, raramente se observan a pesar de su libre comercialización. Los signos cardiovasculares incluyen hipertensión con bradicardia refleja, a nivel respiratorio bradipnea y a nivel del sistema nervioso central los signos van desde somnolencia hasta coma. El tratamiento consiste en medidas de sostén y en casos de bradicardia extrema considerar el uso de atropina a dosis habituales.

CONCLUSIONES

La sospecha clínica, el diagnóstico precoz, las medidas de sostén y el tratamiento con atropina ante bradicardia extrema son indispensables para una evolución favorable.

DECLARACIÓN:
1. Este artículo es una publicación científica que respalda la actividad profesional de los autores y no debe ser considerado como un producto comercial.
2. Este artículo es una publicación científica que respalda la actividad profesional de los autores y no debe ser considerado como un producto comercial.
3. Este artículo es una publicación científica que respalda la actividad profesional de los autores y no debe ser considerado como un producto comercial.



EL JUEGO COMO HERRAMIENTA: RELATO DE EXPERIENCIA DE LA RESIDENCIA DE TRABAJO SOCIAL DEL HIAEP "SOR M. LUDOVICA"

Autoras: Lic. Barrios, A.; Lic. Dubini, F.; Lic. Giovannone, B.; Lic. Hecker, C.; Lic. Mariscotti, S.; Lic. Renzo, J. Pezzimenti, E.
Coordinación docente: Lic. Herrera, A. Trabajo Social - HIAEP "Sor M. Ludovica" de La Plata. Residencia Básica de Trabajo Social, HIAEP "Sor M. Ludovica" de La Plata
 Correspondencia: estrabajosocialudovica@gmail.com

Introducción

Comprendiendo al juego como un derecho y recuperando experiencias de intervención de la Residencia de Trabajo Social - en las diversas rotaciones curriculares, dentro y fuera de este hospital- consideramos que es fundamental promover su incorporación al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de Niñas, Niños y adolescentes (NNYA).

Propósito

Problematicar y generar intercambios interdisciplinarios respecto de la importancia de habilitar espacios lúdicos en salud.

Desarrollo

Las interacciones y la atención de la salud suelen cancelar la experiencia lúdica, restándole importancia y reduciéndose a decisiones individuales. Desde una perspectiva integral de la salud, lo lúdico es una herramienta que permite incorporar la mirada de NNYA, sus saberes, deseos, intereses, ya que promueve la participación desde lógicas no adultocéntricas utilizando mecanismos alternativos a la palabra como único recurso. En el transcurso del último año, nos hemos vinculado con NNYA a través del juego, generando espacios colectivos, tales como Jornada Integral de Niñez, Posta de Niñez en el marco de la APS, talleres de ESI en escuelas, Jornada de visibilización en el marco del Día Internacional de la Mujer "Juntos por la igualdad", proyecto "El mundo es nuestro laboratorio", y otras actividades de promoción y atención de NNYA.

Reflexión final

Consideramos que el juego es un favorecedor del vínculo con NNYA, por ello, nos parece fundamental la implementación de lo lúdico como herramienta ya que nos permite conocer su vida cotidiana, abordando diversos aspectos en el marco de la intervención profesional.

Endocarditis Crónica por *Candida parapsilosis*. - Reporte de un caso -

AUTORES

Pichinella MI, Maydana MI, Regalado A, Sormani MI, Fagnani MI, Torre VI, Lagala YI, Alancay AI, Esposto SI, Lovano FJ, Krywezieta LI, Uriarte VI, García M, Iliosa MF, Irujo M, Maluender MF, Zamarán MA, Gares MTB, Morone J, et al. 1. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA. 2. RESIDENCIA CLÍNICA PEDIÁTRICA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA. 3. FEDRATRS SALA 3 DE CLÍNICA PEDIÁTRICA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA.

INTRODUCCIÓN

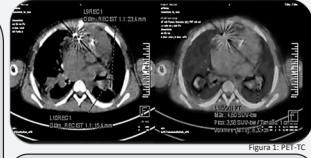
La endocarditis infecciosa (EI) debida a especies de *Candida* spp. es una entidad infrecuente con elevada mortalidad. Se presenta el caso clínico de un paciente con cardiopatía congénita (CC) corregida con material protésico y El Crónico por *Candida parapsilosis*.

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años con CC corregida al año de vida, con recambio de material protésico en 2017. Ingresa por hepatoesplenomegalia en estudio de 2 año de evolución. Como antecedente refiere múltiples episodios febriles asociados a cuadros respiratorios. Durante su internación presenta un cuadro de neumonía, presentado hemocultivos (HMC) positivos para *Candida parapsilosis*.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento con Anidulafungina y Anfotericina.
 Recambio de material protésico. Cultivos de prótesis y tejido cardiaco positivos para *Candida parapsilosis*.
 Completa 8 semanas de tratamiento EV y continua con fluconazol vía oral.
 Evolución clínica favorable.



IMÁGENES
 PET-TC: hipercaptación a nivel de tubo de conexión protésico y áreas hipercaptantes en ambos pulmones (embolias sépticas). Figura 1

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa fúngica (EF) es una entidad poco frecuente y representa solo el 1-2% de todos los casos de EI. *Candida albicans* representa la principal etiología de la EF y *Candida parapsilosis* es la especie no albicans más frecuente. No existe consenso sobre el tipo y la duración de la terapia antimicótica. Nuestro paciente realizó terapia combinada con resolución de la cardiopatía y buena evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guo R, He Y, Fan R, Wu Z, Chen Y, Huang T, et al. A case series of medically managed *Candida parapsilosis* complex prosthetic valve endocarditis. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [Internet]. 2021;20(1).
2. Iqbalov P, Vokobratov M, Mladenovic I, Pajkovic M, Mladenovic S, Samardic C, Colicovic D. *Candida parapsilosis* endocarditis. Report of cases and review of the literature. *Chech*. 2020;36:1-10. [cited 2020-09-25].
3. Martinez Pedro Antonio, Guerrero Martín, Santos José Fát, Hernández María Santos, Mercedés Mónica Cecilia. Experiencia clínica pediátrica en endocarditis infecciosa por *Candida* spp. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2016; 33(5): 533-539.

TETANOS GENERALIZADO, ENFERMEDAD PREVENIBLE CON INMUNIZACIÓN: Reporte de caso

AUTORES: Sepeeluk, F.; Bottino, M¹; Bouchoux, M¹; Ferreyra, M¹; Alancay, A²; Lovano, F³; Lagala, Y³; Morales, J³.

1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
 2-Residencia Post Básica en Infectología Pediátrica, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
 3-Servicio de Enfermedades Infecciosas, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

El tétanos es una enfermedad aguda, tóxico-infecciosa, causada por la neurotoxina que produce el *Clostridium tetani* en una herida contaminada. Se manifiesta por tres formas clínicas: generalizada, localizada y céfalica. No existe transmisión interhumana y es prevenible a través de una adecuada profilaxis primaria y secundaria. Se caracteriza por la presencia de espasmos musculares intensos e intermitentes con rigidez generalizada y trismus, agravada por estímulos externos.

OBJETIVO

Reportar las características clínicas de un paciente pediátrico con tétanos generalizado (TG)

DESCRIPCIÓN

Masculino de 3 años con deterioro agudo del sensorio de 24hs de evolución.

A su ingreso se encuentra despierto, hiporreactivo, mirada fija y pupilas fotoreactivas, con rigidez generalizada, trismus y movimientos distónicos constantes, en opistótonos.

Presenta lesión cortante, en mano derecha de 10 días de evolución, a la cual se le había realizado sutura y antibioterapia sin realizar la profilaxis antitetánica correspondiente.

Posee calendario de vacunación hasta los 3 meses de vida, refiriendo dificultad para realizar controles de salud.

Se indican medidas iniciales y se administra dosis de lorazepam con cese parcial de los síntomas.

Debido a no poder descartarse inicialmente encefalitis se realiza TAC de encéfalo y citofisiológico de LCR, sin hallazgos de relevancia.

Se interpreta el cuadro como crisis convulsivas, se administra dosis de fenitoína y antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Aciclovir.

Por persistencia de sintomatología descrita, ingresa a UTIP para AVM e infusión continua de Midazolam. Con cultivos y FilmArray de LCR negativos se suspende antibioterapia.

Se sospecha TG por clínica y antecedentes, iniciando tratamiento con gammaglobulina antitetánica específica 100 UI/Kg y Metronidazol.

Se realiza la notificación del evento.



Opistótonos. Sir Charles Bell 1809

CONCLUSIÓN

En Argentina, aún se registran casos en adultos asociados a heridas y accidentes.

Es una enfermedad de diagnóstico clínico. En los últimos años y acentuado por la pandemia de COVID 19 se registra un descenso en la cobertura de vacunación dando lugar a la reaparición de enfermedades controladas y eliminadas.

Debe hacer énfasis en la intervención oportuna a través de la profilaxis primaria y secundaria de las heridas, claves para lograr el control de la enfermedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO: trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS)

Bouchoux M.M (Residencia básica de Clínica Pediátrica), Lascano N.J (Residencia posbásica de Neurología Pediátrica), Armendariz F (Sala 4 de Clínica Pediátrica), Roche M (Sala 4 de Clínica Pediátrica) y Ceraci M (Sala 4 de Clínica Pediátrica) Gaita M (Residencia básica de Clínica Pediátrica), López Molina A (Residencia básica de Clínica Pediátrica) y Prieto P. (Posgrado de Pediatría UNLP).

INTRODUCCIÓN

El trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS) es un desorden de probable causa autoinmune poco frecuente en pediatría. Se caracteriza por la aparición súbita de cuadros obsesivo-compulsivos, tics, trastornos de la conducta alimentaria, anomalías neurológicas, alteraciones conductuales y/o emocionales de inicio posterior o concomitante a infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Se consensuaron los criterios diagnósticos en el año 2013 y existe escasa bibliografía en español al respecto.

DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 10 años que consulta por alteración en la conducta. Su madre refiere efusividad, labilidad emocional, olvidos, obsesiones, compulsiones, tics motores, ecolalia, conductas estereotipadas, dispraxias y alteraciones en la memoria reciente de 5 días de evolución. Presenta como antecedente faringoamigdalitis febril 11 días antes del inicio del cuadro neuropsiquiátrico con test rápido positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) y tratamiento incompleto con penicilina V por 5 días. Se solicitaron estudios complementarios para descartar otras entidades nosológicas (análisis sanguíneo, análisis toxicológico, RNM de encéfalo, EEG en vigilia, electrocardiograma, fondo de ojo con lámpara de hendidura). Se confirmó con curva de ASTO y cultivo de fauces infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Fue evaluada por especialistas en pediatría, neurología, infectología, psiquiatría y reumatología. Por sospecha de PANDAS se medicó con Penicilina G sódica durante 14 días e inmunoglobulina con respuesta favorable. Se otorgó egreso hospitalario y continuó en seguimiento ambulatorio por neurología y psiquiatría.

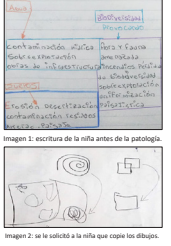


Imagen 2: se le solicitó a la niña que copie los dibujos.

COMENTARIO

Hemos descrito las características clínicas de una niña con PANDAS, la cual es una patología poco frecuente recientemente descrita. El bajo grado de sospecha por parte de profesionales de salud confiere infradiagnóstico y limita la oportunidad de tratamiento a los niños afectados. La presencia en niños de tics, obsesiones, compulsiones y/o alteraciones neurológicas de inicio abrupto asociado a la infección presente o reciente por estreptococo debería inducir la sospecha de PANDAS. El trabajo interdisciplinario es imprescindible para su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swedo, S. E. (1988). Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 25 Cases. *Ann Clin Psychiatry*, 1(2), 204-211. <https://doi.org/10.1177/1043986288012004>
2. Cheng, K., Fombonne, E., Caporinelli, M., Cunningham, M. W., Laxton, M. L., Swamy, T. A., Fombonne, M., Thompson, M., Williams, K., Walker, L. J. (2015). Clinical Evaluation of Youth with Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1073426814558484>
3. Cheng, K., Fombonne, E., Caporinelli, M., Cunningham, M. W., Laxton, M. L., Swamy, T. A., Fombonne, M., Thompson, M., Williams, K., Walker, L. J. (2015). Clinical Evaluation of Youth with Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1073426814558484>
4. O'Brien, A., Wernke, L. C., Bhat, S. R., Hershfield, M., Weisburg, M., & Barina, M. E. (2017). Association of Streptococcal Throat Infections with Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 174(7), 740. <https://doi.org/10.1093/psp/psw023>
5. Fombonne, E. (2015). *Trastorno autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo*. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5848-8_14
6. Swedo, S. E. (2018). *Trastorno autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo*. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5848-8_14
7. Fombonne, E., Murphy, T., Laxton, M., O'Brien, A., Cunningham, M., Cheng, K., et al. (2015). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-171. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>
8. Cunningham, M., Murphy, T., Laxton, M., O'Brien, A., Fombonne, E., Swedo, S. E., et al. (2015). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-171. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>
9. Cunningham, M., Swedo, S. E., Fombonne, E., Murphy, T., Laxton, M., O'Brien, A., et al. (2015). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-171. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>

Enfermedad fúngica invasora por *Exserohilum rostratum* en un paciente pediátrico oncohematológico. - Reporte de un caso -

Regalado A (1), Sornani M (1), Fagnani M (1), Torre V (1), Lagala Y (1), Alancay A (1), Maydana M (1), Esposto S (1), Lovano F (1), Krywezenia L (1), Uriarte V (1), García M (1), Sosa M (1), Vnusa M (1), Pichinchen M (1), Guzzetti L (2), López Guareño T (3), Morales JC (1), (1)Servicio de Enfermedades Infecciosas, HIAEP "Sor María Ludovica" de la Plata (2)Servicio de Micología HIAEP SML (3)Servicio de Hematología HIAEP SML.

INTRODUCCIÓN

El género *Exserohilum* corresponde a hongos dematiáceos, fitopatógenos, productor de infecciones localizadas y sistémicas en pacientes inmunosuprimidos como inmunocompetentes.

CASO CLÍNICO

Niño de 8 años con diagnóstico de LLA-B en reinducción. Consulta por dolor y lesión en rodilla izquierda de 24 horas de evolución (figura 1).



Figura 1: Lesión de rodilla izquierda.

MICROBIOLOGÍA

Examen directo hifas pigmentadas y septadas.

Cultivo: hongo dematiáceo.

Tipificación por secuenciación del ADN *Exserohilum rostratum*.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Desbridamiento quirúrgico de la lesión.

Búsqueda de focos profundos: foco secundario en tomografía computarizada de tórax.

Anfotericina liposomal y terbinafina 28 días ev. Continuo con voriconazol vo.

Evolución clínica favorable.

DISCUSIÓN

La infección cutánea por *Exserohilum rostratum* puede presentarse como una placa eritematosa, purpúrica y evolucionar a una úlcera necrótica. Su tratamiento depende del estado inmunitario del paciente. Este caso destaca la importancia de detectar oportunamente una infección fúngica invasora en un paciente inmunocomprometido, para establecer un tratamiento adecuado, siendo fundamental la toma de cultivo de lesiones en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Chowdhary A, Meis JF, Guarni J, et al. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of systemic phaeoconidiales: diseases caused by black fungi. Clin Microbiol Infect. 2019;20(Suppl 3):S7-75.
- Ferrández-Pulido C, Martín-Gómez MT, Repiso T, et al. Cutaneous infections by dematiaceous opportunistic fungi: Diagnosis and management in 11 solid organ transplant recipients. Mycoses. 2018;61(2):121-127.
- Ahmed SA, Desbois N, Quid D, et al. Phaeoconidiales Caused by a Novel Species, *Pseudothraustothraena martiniellii*. J Clin Microbiol. 2015;53(9):2927-2934.
- Pastor FJ, Guarni J. Alternaria infections: laboratory diagnosis and relevant clinical features. Clin Microbiol Infect. 2008;14(8):734-746.

Artritis séptica por *Nocardia brasiliensis* en un paciente pediátrico inmunocompetente. - Reporte de un caso -

Alancay A (1), Maydana M (1), Regalado A (2), Fagnani M (1), Pichinchen M (1), Torre V (1), Lagala Y (1), Krywezenia L (1), Lovano F (1), Grau ME (2), Fresina K (2), Ortigosa A (2), Pessina L (2), Satarich G (2), Guzzetti L (4), Bettoli M (4), Prieto M (5), Morales JC (1), (1)Servicio de Infectología HIAEP SML, (2)Residentes en la especialidad Biología Clínica HIAEP SML, (3)Bacteriología especial ANLIS Malbrán (4)Sala de Microbiología HIAEP SML

INTRODUCCIÓN

Los microorganismos del género *Nocardia* son una causa infrecuente de infecciones osteoarticulares (IOA) en pediatría. Se presenta el caso de un paciente pediátrico inmunocompetente con diagnóstico de artritis séptica (AS) por *Nocardia brasiliensis*.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 años, que ingresa por fiebre asociado a gonalgia de rodilla izquierda.

Antecedente de traumatismo en dicha rodilla.

Al examen físico presenta una lesión excavada con eritema perilesional, tumefacción y limitación a la flexión. Se interpreta el cuadro como AS, inicia tratamiento empírico con clindamicina y ceftriaxona.



Fig 1: Lesión de rodilla.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Artrocentesis y artrotomía

Cultivo

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Staphylococcus aureus*.

TIPIFICACIÓN

Cultivo líquido articular: Bacilos grampositivos ramificados. *Nocardia spp.* Identificación por MALDI-TOF: *Nocardia brasiliensis*.

Tratamiento: trimetoprima sulfametoxazol 4 semanas.

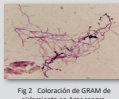


Fig 2: Colaboración de GRAM de aislamiento en Agar sangre.

DISCUSIÓN

Las infecciones por *Nocardia* representan una causa infrecuente de AS en niños inmunocompetentes. La rodilla es una de las articulaciones más frecuentemente afectada en las IOA. Resulta fundamental el drenaje articular diagnóstico y terapéutico. El pronóstico es generalmente favorable con una combinación de tratamiento quirúrgico y antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

- Fazili T, Bamsal E, Garner D, Bajwa V, Vasudeva S. Septic arthritis due to Nocardia: Case report and literature review. Am J Med Sci. 2022 Jul;364(1):88-91.
- Chausseide H, Lebeaux D, Gras G, Catherine E, Rammstein B, Poiree S, Lecuyer H, Zeller V, Bernard L, Lortholary O. Nocardia Arthritis: 3 Cases and Literature Review. Medicine (Baltimore). 2015; Oct;94(42):e1671.
- Wilson JW. Nocardiosis: updates and clinical overview. Mayo Clin Proc. 2012 Apr;87(4):403-7. doi: 10.1016/j.mayocp.2011.11.016.
- Torres D, Peroldo L, Galazka J, Pichón T, Giachetto G. Nocardiosis Infecciosa en una niña sana, a propósito de un caso clínico. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2019 [citado el 15 de noviembre de 2022];90(2):78-82.
- Bonifaz A, Ibarra G, Saúl A, Paredes-Solis V, Carrasco-Gerard E, Fierro-Arias L. Mycetoma in children: experience with 15 cases. Pediatr Infect Dis J [Internet]. 2007;26(1):50-2.

NEOPLASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE INMUNODEFICIENCIA Reporte de casos

AUTORES: Szepeluk, F¹; Martínez, B²; Mulreedy, L¹; Meis, L¹
1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son enfermedades genéticas con alteración de los mecanismos de la respuesta inmune. Disponen a infecciones, fenómenos autoinmunes, autoinflamatorios y neoplasias. Se manifiestan durante la infancia. Los síndromes de inestabilidad cromosómica pertenecen al grupo de IDP asociadas a síndromes genéticos, dentro de estos se distingue el Síndrome de Nijmegen (NBS). Las características clínicas incluyen microcefalia, talla baja, fascie peculiar (cara de pájaro), inmunodeficiencia, retraso en el desarrollo y una alta susceptibilidad al desarrollo de neoplasias linfoproliferativas.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y de laboratorio de 2p con diagnóstico de neoplasia linfoproliferativa que conducen a la sospecha de NBS.

CASO N°1

Masculino de 11 años, producto de consanguinidad 1^a, inmunización completa, sin antecedentes de relevancia, con diagnóstico de LLA-B. Al examen físico presenta microcefalia (PC -2DE), desnitración (IMC 16), máculas "café con leche" en tronco y miembros, hepatomegalia, fascie peculiar. Por múltiples infecciones y mala respuesta a la quimioterapia se sospecha inmunodeficiencia.

CASO N°2

Masculino de 15 años, con antecedente de Síndrome Nefrótico corticodependiente, diagnosticado con Linfoma de Hodgkin Clásico a raíz de masa abdominal. Al examen físico presenta microcefalia (PC -4DE), máculas hiperocrómicas en miembros inferiores, fascie peculiar, retraso madurativo y voz fina. En estudios muestra INMUNODEFICIENCIA COMBINADA

-Linfopenia Global
-Poblaciones Linfocitarias: CD3 75%, CD4 44%, CD8 31%, LB 8%, NK 17%
-Dosaje de IgG 16.3 gr/L, IgA 1.46 gr/L, IgM 0.47 gr/L
-DEFICIENCIA IgM

-Deficiencia IgA.
-Test de Dihidrodiamina (DHR): Normal



CONCLUSIÓN

Reportamos 2p que debutan con neoplasia hematológica, cuyas características sindrómicas permitieron una sospecha precoz de inmunodeficiencia subyacente. Este diagnóstico permite brindar un tratamiento apropiado de la neoplasia e instaurar medidas para la prevención de infecciones. Las IDP representan un desafío permanente para el pediatra. Es importante conocer sus características para tener una alta sospecha clínica y derivar al especialista oportunamente.

FUNGEMIA POR TRICHOSPORON ASAHII EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPROMETIDO: Reporte de caso

AUTORES: Szepeluk, F¹; Gaita, M²; Amado Cattáneo, M³; Sivilla Sosa, L³; Goyeneche MB³; Marín J³; Moles MP³; Maffia SA³

1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.
2-Sala de Inmunocomprometidos, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.
3-Coordinación Docente, Residencia en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

El *Trichosporon asahii* es una levadura oportunista descrita como un patógeno emergente en infecciones diseminadas y nosocomiales. La presentación clínica de este microorganismo suele ser inespecífica y de mal pronóstico, afectando mayormente a pacientes inmunocomprometidos con neutropenias prolongadas, en especial con neoplasias hematológicas.

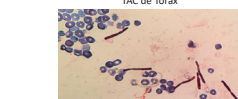
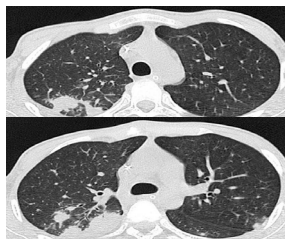
OBJETIVO: Describir un caso de infección micótica por *Trichosporon asahii* en un paciente pediátrico con neoplasia hematológica no controlada.

DESCRIPCION

Masculino de 15 años, con diagnóstico de LLA-B de alto riesgo, hiperleucocitaria con mala respuesta al tratamiento inicial (70% de infiltración en médula ósea al día 33).

Presentó múltiples intercurencias infecciosas por enfermedad de base. Durante la internación presenta lesiones a nivel de palmas y plantas de tipo ampollar estechadas, descamativas con colgajos y posterior a ello erupción eritemato maculo papular purpúrica extensa, pruriginosa, en dorso, tórax y abdomen.

Es evaluado por el Servicio de Dermatología, solicitándose serologías para Mycoplasma, Epstein Barr, Parvovirus B19 y SARS Cov-2, con informes negativos. Por cuadro de dificultad respiratoria, se realiza TAC de tórax evidenciándose afectación parenquimatosa pulmonar y pleural bilateral, con lesiones nodulares con signo de halo; se inicia tratamiento con Anfotericina B ante sospecha de Efi. Se realiza lavado broncoalveolar, con toma de muestra para cultivos. Persiste pancitopénico febril con detección de galactomananos en sangre y aislamiento en hemocultivos de elementos micóticos filamentosos. Presenta desmejoría de parámetros vitales, lo que ocasiona su óbito. Se identifica al *Trichosporon asahii* como agente etiológico.



Observación directa por MO de agente etiológico

CONCLUSIÓN

En pacientes inmunocomprometidos que cursan con neutropenias febriles prolongadas, debemos pensar en infecciones fúngicas ante la falta de respuesta a los tratamientos instaurados y presencia de síntomas habitualmente inespecíficos. Realizar controles seriados de este tipo de microorganismos, tener alta sospecha clínica para tomar las muestras necesarias a fin de detectarlas e instaurar el tratamiento oportuno mejoran la morbi-mortalidad de los pacientes.

Exantema eritemato maculo papular pruriginoso

Proceso de transición de la atención pediátrica a la atención en centros de adultos de pacientes con enfermedades crónicas en seguimiento en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata
Lafferriere, Gimena (1); Ramos, Danitza (2); Garmendia, Clara (3); Cabanillas, Diana (4)

- 1-Residencia de Pediatría. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata.
- 2-Residencia de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata.
- 3-Residente de Trabajo Social Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata
- 4-Unidad de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata

Estado del proyecto y financiación: Aprobado por CIRPI.
SELECCIONADO para becas JULIETA LANTERI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de transición, que permite a un niño o niña adquirir responsabilidad progresiva sobre los cuidados de su salud para finalmente encontrarse en condiciones de ser atendido en un centro de adultos, se lleva a cabo de forma heterogénea en diversos servicios que atienden pacientes con enfermedades crónicas en nuestro centro. Del éxito de este proceso depende, en la mayoría de los casos, la adherencia al tratamiento posterior, y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Objetivo:
- Describir el estado de situación del proceso de transición a centros de adultos de pacientes con diferentes enfermedades crónicas en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica".

PACIENTES Y MÉTODOS

Para caracterizar el estado actual del proceso de transición se llevará adelante un trabajo transversal y descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo. Se realizará de Noviembre 2022 a Noviembre 2023.

En un primer momento se realizarán encuestas estructuradas, previa firma de consentimiento informado, a referentes de los servicios del hospital que cuenten con pacientes con enfermedades crónicas que requieran proceso de transición.

En un segundo tiempo se realizarán entrevistas semi-estructuradas, al menos a 10 familias atendidas en diferentes servicios, y no más de 2 familias de 1 mismo servicio.

Criterios de inclusión:

1. Profesionales de la salud a cargo de servicios/unidades del hospital que realicen seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
2. Padres, madres o cuidadores de niños o niñas entre 13 y 18 años que estén transitando o hayan transitado un proceso de transición desde nuestro hospital a centros de adultos.
3. Niñas o niños de 13 a 18 años que estén transitando o hayan transitado un proceso de transición desde nuestro centro a hospitales de adultos.

Criterios de exclusión:

1. Se excluirán del análisis aquellas encuestas o entrevistas en la que los datos brindados sean incompletos por cualquier motivo.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Magnitud del problema: número (anual) de NNVA atendidos por servicio en nuestro centro, con patologías crónicas que requieran atención en centros de adultos.

2-Características del problema: tipo de patologías crónicas que padecen los pacientes que requieren transición. Tipo de atención requerida (de un sólo servicio, de múltiples servicios, ambulatoria, de internación), Centros a los que se transicionan los pacientes.

3- Características del proceso de transición: edad de inicio, edad de derivación, estrategias, actores involucrados, dificultades detectadas, barreras.

4-Perspectiva del paciente y la familia: vivencias de pacientes y familias respecto al proceso de transición, miedos, inquietudes, inseguridades, deseos, posibilidades, barreras.



PRESENTACIÓN RARA DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA INFANTIL CON AFECTACIÓN PANCREÁTICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, A PROPOSITO DE UN CASO.

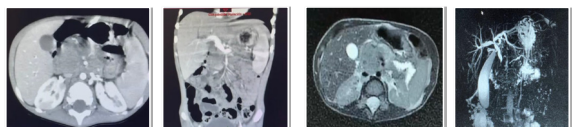
ARANDA, S. MEZA, V. Médicos staff Servicio Cirugía Pediátrica HIAEP Sor María Ludovica.
SERRANO, L. MEZA, A. LOVATO, N. Residencia post básica de Clínica Quirúrgica Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCIÓN

La infiltración pancreática es una manifestación de la leucemia linfooblástica aguda bastante rara. Debutando con colestasis y pancreatitis generando demora y confusión al momento del diagnóstico de la LLA. Este reporte de caso tiene como objetivo considerar las manifestaciones extramedulares de la LLA en niños para un adecuado tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 2 años quien consultó por dolor abdominal de +/- 1 mes de evolución. Acompañado de ictericia obstructiva. Con antecedente de trauma abdominal cerrado hace 1 mes. Los resultados de laboratorio informaban GB 26100 (cn:2% n:10% linfos 80%) hb:8.9 hcto:27.4 plt 321000. Presencia de eritroblastos Tgo: 117 tgp 108 fgl 2386 amilasa 514 ggt 644 bt 3.74 bd 2.68 bl 1.06 Per 18,4 lipasa 182,8. Ecografía abdominal vesícula biliar con barro biliar, colédoco de 0,4. Colangiormn: colédoco de 6mm. Porción cefálica del páncreas aumentada de tamaño. Cuerpo páncreas con discreto aumento de su diámetro para la edad 1,4cm. Persiste con intolerancia a la vía oral asociado a dolor abdominal. Se realiza tac de abdomen Dilatación de vía biliar intrahepática principal. Adenopatía por encima de cuerpo de páncreas. En cabeza de páncreas imagen de 3cm x 3cm x 2,8cm. CBC mide 5,5cm. Wirsung de 2,2 mm de diámetro y trayecto irregular. Se realiza nuevo hemograma donde evidencian 75% de blastos compatible con debut leucémico. Ante informe de laboratorios realizan pamo con diagnóstico LLA tipo B y sospecha de infiltración pancreática, inicia tratamiento para lisis tumoral, con mejoría en valores de laboratorio e imágenes.



DISCUSIÓN

Es importante plantear los diferentes diagnósticos diferenciales en un paciente con colestasis y/o pancreatitis. Siendo la Infiltración pancreática por la Leucemia una forma de presentación rara pero que debe ser tenida en cuenta al momento de la sospecha diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bari Malbora y col: A Case With Mature B-cell Acute Lymphoblastic Leukemia and Pancreatic Involvement at the Time of Diagnosis" J Pediatr Hematol Oncol 2008;30:87-89
Datta B. Search and coils: infantile leukemia presenting with cholestasis secondary to massive pancreatic infiltration" Pediatr Radiol (2003) 33:360-363
Mahdi Shahrani y cols: "Extramedullary manifestations in acute lymphoblastic leukemia in children: a systematic review and guideline-based approach of treatment" Am J Blood Res 2020;10(6):360-374
Bari Malbora y cols: A Case With Mature B-cell Acute Lymphoblastic Leukemia and Pancreatic Involvement at the Time of Diagnosis" J Pediatr Hematol Oncol 2008;30:87-89
Mahdi Shahrani y cols: "Extramedullary manifestations in acute lymphoblastic leukemia in children: a systematic review and guideline-based approach of treatment" Am J Blood Res 2020;10(6):360-374



RESCATE MICROBIOLÓGICO EN CULTIVOS DE PIEL DE PACIENTES QUEMADOS DURANTE EL AÑO 2020

AUTORES: Szepeluk, F.; Casalibas, S².

- 1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
- 2-Unidad de Quemados, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones prevenibles causantes de una elevada morbi-mortalidad. Presentan una incidencia anual de 5/1000 habitantes en nuestro país. Determinan la pérdida de función de la barrera cutánea y disminución de la inmunidad permitiendo la colonización por microorganismos.

Las infecciones son la complicación más frecuente y grave hasta en el 60% de los casos. El gold standard para su diagnóstico es el estudio histopatológico con biopsia cuantitativa siendo el hisopado una alternativa que aporta datos de la flora microbiana y orienta al tratamiento empírico.

OBJETIVOS

- Describir las características clínicas de los pacientes quemados con cultivos positivos internados durante el 2020.
- Identificar los agentes microbiológicos causantes de la colonización del área quemada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes internados, en la unidad de quemados del HIAEP en el año 2020. De cada historia clínica se obtuvieron: edad, sexo, causa de quemadura, tipo de quemadura (Clasificación de Benaim): A, AB, B), superficie corporal quemada (SCQ); área de afectación: 1 (cabeza, cuero cabelludo, región cervical), 2 (miembros superiores), 3 (tórax, abdomen, pelvis), 4 (miembros inferiores), 5 (zonas especiales: rostro, manos, pies, región genital y zonas articulares) y días de internación.

Las muestras de piel fueron recolectadas mediante hisopados del área afectada, con una frecuencia trisemanal en todos los pacientes. Se determinó mediante cultivos, los microorganismos y el estudio de susceptibilidad.

RESULTADOS

Durante el año 2020 se internaron 109 pacientes, de los cuales 29, tuvieron al menos un cultivo positivo (27%). La incidencia de cultivos positivos fue de 4.8%. La SCQ fue 11% (5-25%). La media de estadía hospitalaria de 23 días (2-83).

Las bacterias fueron el germen predominante (86%), siendo en el 45% del tipo cocos gram positivos. En 3p se aisló hongos y 1p presentó aislamiento viral.

Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico según sensibilidad y el 59% requirió cirugía. La totalidad recibió el alta por evolución favorable.

Tabla 2: Rescate microbiológico en cultivos de piel de pacientes quemados

SEXO	N (%)	RESCATE MICROBIOLÓGICO	
Masculino	19 (65)	Staphylococcus aureus	9
Femenino	10 (35)	SMAR	3
EDAD (meses)	52.2	Staphylococcus haemolyticus	1
ESTADIA HOSPITALARIA (días)	23.2	SBGA	1
SCQ	11%	Pseudomona aeruginosa	6
ETIOLOGIA		Klebsiella pneumoniae	3
Líquidos calientes	23 (79)	Klebsiella oxytoca	3
Fuego	6 (21)	Candida albicans	3
AREAS AFECTADAS		Candida parapsilosis	1
Área 1	13 (45)	Enterobacteriaceae	1
Área 2	18 (62)	Acinetobacter baumannii	1
Área 3	19 (65)	Hongos Simple tipo 1	1
Área 4	11 (38)	Flora mixta gram positiva	3
Área 5	14 (48)		
TIPO DE QUEMADURA			
A	1 (4)		
AB	16 (55)		
B	12 (41)		

CONCLUSIONES

Coincidente con lo reportado, las bacterias predominan como agentes causantes de colonización, siendo menor la incidencia de dicha colonización en comparación a otros estudios. Conocer las infecciones locales y su etiología nos permite implementar estrategias que mejoren la calidad de atención y el uso racional de los recursos.

Tabla 1: Características clínicas de pacientes quemados



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 ludovicapediatrica@gmail.com. En el "asunto" colocar la leyenda "Manuscrito para Ludovica Pediátrica". En el cuerpo del mensaje indicar el título del trabajo, el tipo de artículo y el nombre del primer autor.

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 reproducidos 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 (nombre y apellido; profesión; lugar de trabajo; e-mail). 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.

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

En el caso de trabajos presentados desde las Ciencias Sociales y Humanas, se deberá utilizar las normas de la American Psychological Association (APA), última versión. Las unidades de medida deberán ser expresadas según el Sistema Internacional de Unidades.

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 presentes en el texto. Las imágenes deben ser en formato Jjpg 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 el Comité de Gestión 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, encuestas 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 250 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/homepagee.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 2700 palabras (sin incluir el resumen, las tablas y la bibliografía). El número máximo de citas bibliográficas permitido será cuarenta (40).

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 incluir los procedimientos éticos seguidos, indicar si se ha uti-

lizado 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 resumirán 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 comentarse 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: no debe incluir más de quince (15) 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, y el número de citas no deberá exceder las quince (15).

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

Comprenden una amplia y completa revisión acerca de un tema de importancia incluyendo principalmente los avances de los últimos años. Los autores no deben ser más de dos (2). La estructura deberá incluir:

Resumen: en castellano 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 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



Fundación Ludovica